



UNIVERSITÀ DI PISA

# Università degli Studi di Pisa

Facoltà di Giurisprudenza

Dipartimento di Diritto Pubblico

Tesi di dottorato

## **La tutela del diritto alla salute ed i programmi di cooperazione internazionale. Il caso del programma *Selo Unicef – Municipio Aprovado* nella regione Nordest del Brasile**

Relatore: *Prof. Emilio Santoro*

Dottoranda: *Raffaella Greco Tonegutti*

Anno Accademico: 2007/2008

## INDICE

INDICE.....	2
INTRODUZIONE .....	3
PRIMO CAPITOLO : IL DIRITTO ALLA SALUTE. Definizione e strumenti internazionali per la sua promozione e tutela. ....	12
Introduzione.....	12
L'idea di salute dal XVIII secolo alla Costituzione dell'OMS .....	14
Prime Organizzazioni Internazionali per la Salute .....	21
Definizione di salute dell'OMS .....	30
La critica filosofica e sociologica: che cos'è la salute?.....	36
La salute dei giuristi: che cosa significa diritto alla salute? .....	42
Il diritto alla salute nella normativa internazionale: un diritto a due velocità .....	52
SECONDO CAPITOLO : GLI ATTORI E GLI STRUMENTI OPERATIVI.....	69
Introduzione.....	69
Salute e Sviluppo .....	71
Salute e sviluppo: problemi di misurazione .....	83
La salute per tutti: la Dichiarazione di Alma Ata.....	85
La cooperazione sanitaria dopo Alma Ata .....	93
OMS, Unicef e Banca Mondiale.....	97
TERZO CAPITOLO : IL DIRITTO ALLA SALUTE IN BRASILE: attori e strumenti operativi .....	109
Introduzione.....	109
Autonomia, autodeterminazione e consenso informato in Brasile .....	111
Salute e sviluppo in Brasile .....	119
'Salute per Tutti' <i>versus</i> economia della salute.....	128
Dalla 'Salute per Tutti' al ' <i>Programa Saúde da Família</i> ' .....	140
L'Unicef e la cooperazione sanitaria nel <i>Nordeste</i> brasiliano: il ' <i>Selo – Município Aprovado</i> ' .....	145
Conclusione .....	167
BIBLIOGRAFIA .....	171

## **INTRODUZIONE**

La cooperazione internazionale, a partire dal secondo dopoguerra, è stata presentata come uno degli strumenti per garantire la tutela e la promozione dei diritti umani. Tra di essi, il diritto alla salute è stato sempre considerato uno dei più fondamentali<sup>1</sup>, per la cui tutela si sono sviluppati il maggior numero di programmi e iniziative di cooperazione internazionale ad opera delle grandi organizzazioni multilaterali e delle organizzazioni non governative internazionali. Una rapida osservazione dei principali programmi di cooperazione sanitaria che sono stati realizzati dalla fondazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ad oggi, da parte degli attori nazionali ed internazionali più rilevanti, permette di notare che parallelamente ai riferimenti ai diritti individuali, alla libertà di scelta e all'autodeterminazione che hanno fatto della Costituzione dell'OMS l'inizio di una nuova era per la tutela della salute, si è mantenuta l'idea di salute come elemento funzionale allo sviluppo economico e sociale, individuale e collettivo. Da un lato, quindi, la salute è stata presentata come diritto individuale alla libera determinazione delle condizioni di vita da parte di ciascun individuo; dall'altro, essa ha continuato ad essere concepita come parametro fisso, codificabile secondo parametri standard, in funzione dello sviluppo economico e sociale degli individui. Garantire l'autonomia degli individui in merito alla determinazione delle proprie condizioni di salute e di vita, appare però in contrasto con la necessità di fissare parametri standard e obiettivi da raggiungere, com'è necessario qualora la salute sia vincolata in modo funzionale allo sviluppo sociale ed economico individuale. Se il diritto alla salute è inteso come libera espressione della determinazione delle proprie condizioni di vita da parte di tutti gli individui, secondo la definizione di salute dell'OMS, non sembra dunque possibile giustificare la presenza di parametri standard per misurare lo stato di salute dei soggetti e il loro grado di sviluppo sociale ed economico da raggiungere.

Questa ricerca ha preso avvio proprio dalla constatazione che, nei programmi di cooperazione sanitaria internazionale, lo sviluppo è presentato come il fine ultimo anche delle attività mirate alla tutela e alla promozione del diritto alla salute, mentre in altre aree del mondo, come ad esempio l'Europa o gli Stati Uniti d'America, prevale l'idea di salute che emerge dalla Costituzione dell'OMS, quindi di un diritto di libertà e

---

<sup>1</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1993.

autodeterminazione. Di fatto molti critici<sup>2</sup> sostengono che la cooperazione sanitaria internazionale non sia che uno strumento per mantenere l'asimmetria delle relazioni tra paesi del nord e paesi del sud del mondo anche attraverso due diverse concezioni di salute: l'una, quella cui - ad esempio - fa riferimento la Convenzione di Oviedo<sup>3</sup>, improntata sulle libertà personali; l'altra, cui farebbero riferimento i programmi di cooperazione sanitaria, imperniata sul dovere di raggiungere determinati standard sanitari e ancorata ad un'idea dei rapporti tra medico e paziente, tra amministratori pubblici e utenti dei servizi sanitari, tra pianificatori internazionali e politiche pubbliche locali, di stampo fortemente paternalista.

Sembra che le iniziative di cooperazione sanitaria realizzate dai maggiori organismi internazionali multilaterali abbiano favorito l'instaurarsi di un meccanismo che chiameremo di 'doppio paternalismo', ossia di uno specchio che riflette sulle relazioni tra pianificatori delle politiche pubbliche e individui che usufruiscono dei servizi sanitari la stessa immagine, e quindi lo stesso tipo di relazione, che esiste tra pianificatori della cooperazione internazionale e pianificatori locali. Il risultato per gli individui sembra essere quello di una relazione doppiamente paternalistica: non solo le politiche sanitarie adottate dai governi dei paesi cosiddetti in via di sviluppo non favoriscono l'autonomia di scelta e l'autodeterminazione degli individui, ma tali politiche sono esse stesse il frutto di un rapporto di tipo paternalistico tra gli organismi internazionali e le autorità di tali paesi.

Sarà necessario ripercorrere la storia delle organizzazioni che hanno fatto della cooperazione internazionale il principale strumento di elaborazione dei modelli sanitari da applicare nei diversi paesi, nato per la necessità di controllare la salute delle popolazioni extra-europee da parte delle grandi potenze del XIX secolo, molto prima che la cooperazione sanitaria assumesse il connotato umanitario di tutela e promozione del diritto alla salute con cui oggi viene comunemente identificata. La cooperazione sanitaria internazionale, infatti, ha rappresentato lo strumento attraverso cui gli Stati più industrializzati hanno tentato di controllare il livello sanitario delle popolazioni nel

---

<sup>2</sup> Silvestre, R., *A horizontalização da cooperação técnica internacional: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil*, Tesi di Mestrado sostenuta presso la Facoltà di Scienze Politiche, Università di Brasilia, Brasile, 2007; Carrino, L., *Perle e pirati. Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*, Erikson, Trento, 2005.

<sup>3</sup> Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, disponibile sul sito <http://www.portalediobioetica.it/documenti/001306/001306.htm>, ultimo accesso 20 maggio 2008.

bacino del Mediterraneo<sup>4</sup>, delle colonie che avevano acquisito nei territori d'oltremare, e delle aree con le quali intrattenevano intensi scambi commerciali, perché alla maggiore circolazione delle merci non corrispondesse anche una maggiore circolazione delle malattie<sup>5</sup>.

Sino alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), entrata in vigore nel 1948, infatti, la definizione di salute era legata all'idea classica epidemiologica di assenza di patologia nel corpo umano. Per garantire tale condizione di assenza di malattia, i diversi paesi avevano studiato tutta una serie di misure di prevenzione, quarantena, igiene e controllo che dovevano servire a garantire lo stato di buona salute e quindi di buona capacità produttiva di tutto il corpo sociale. La salute di cui gli Stati si preoccupavano era dunque la salute della popolazione nel suo insieme, la salute pubblica, ossia un aspetto della disciplina dell'amministrazione statale che si era sviluppata già dal XVIII secolo.<sup>6</sup>

A partire dal secondo dopoguerra, con la ratificazione della Carta delle Nazioni Unite e la Costituzione dell'OMS, l'approccio alla salute è cambiato radicalmente: non più interesse pubblico per la salute e l'igiene collettiva, bensì diritto individuale e, come si legge nel Preambolo della Costituzione dell'OMS, "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"<sup>7</sup>. Questo cambiamento di prospettiva ha imposto alla disciplina dell'amministrazione pubblica, a quella della medicina, della biologia, alle scienze sociali, di adattare il proprio modo di considerare la salute. Trovare una nuova definizione, compatibile con l'idea della salute come fatto individuale, ha occupato uno spazio importante nel dibattito interno alle scienze naturali e sociali, proprio perché, da una lato, si è reso necessario considerare la salute indipendentemente dal concetto di malattia<sup>8</sup>, e costruire quindi un concetto positivo di salute; dall'altro, le amministrazioni non potevano più considerare la salute come un dovere degli individui a raggiungere gli standard minimi necessari a garantire la prosperità degli Stati, bensì come un diritto di ciascun individuo verso cui ciascuna amministrazione statale acquisiva dei doveri in

---

<sup>4</sup> Trindade Lima, N., *O Brasil e a Organização Pan Americana da Saúde: uma historia em três dimensões*, in Finkleman, J., *Caminhos da saúde pública no Brasil*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002. Santos, W. G., *Razões da desordem*, Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1993.

<sup>5</sup> Rosen, G., *op. cit.*, p. 85; McKeen, M., Stott, R., Garner, P., *Introduction*, in *International cooperation in health*, McKeen, M., Stott, R., Garner, P., (a cura di), Oxford University Press Inc., New York, 2001.

<sup>6</sup> Ziino, G., *Sanità Pubblica*, in *Enciclopedia Giuridica Italiana*, vol. XV, parte I, Società Editrice Libreria, Milano, 1905.

<sup>7</sup> Preambolo dell'Atto Costitutivo dell'OMS, disponibile online sul sito: [www.who.int](http://www.who.int), ultimo accesso 20 aprile 2009.

<sup>8</sup> Almeida Filho, N. de, *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*, in "Cadernos de Saude Publica", n. 11, pp.257-285

termini di prestazione di servizi, di garanzia di qualità e di equità d'accesso ad essi, pur senza obblighi per gli individui.

L'entrata in vigore della Costituzione dell'OMS, quindi, ha rappresentato un punto di rottura con la tradizione, ed ha permesso di superare l'approccio pubblicistico in direzione di un'idea di salute inserita nel quadro dei diritti fondamentali della persona umana; di un'idea soggettiva di salute, definita come espressione della libera determinazione di ogni individuo che ha una "propria visione della vita e del suo significato"<sup>9</sup>, e che ha diritto di scelta in relazione a ciò che coinvolge "la persona anche nella sua dimensione fisica."<sup>10</sup>

Le grandi aperture contenute nella Costituzione dell'OMS, tuttavia, non sono prive di ambiguità: in essa, infatti, si possono trovare ancora tracce di un'idea di salute legata alla capacità degli individui di essere 'socialmente ed economicamente produttivi'<sup>11</sup>, come avrà modo di sottolineare il Direttore Generale dell'OMS, Mahler, nel corso della Conferenza Internazionale di Alma Ata, nel 1978<sup>12</sup>. Tale ambiguità appare con chiarezza osservando in prospettiva i programmi che l'OMS ha finanziato e realizzato in diversi paesi del mondo, nelle decadi successive alla sua costituzione, ed osservando quelli realizzati dalle altre organizzazioni internazionali multilaterali attive nel settore della salute, come l'Unicef e la Banca Mondiale, che hanno collaborato con l'OMS. Altri documenti rilevanti che mettono in evidenza le contraddizioni interne alla definizione di salute e all'approccio dell'OMS, sono quelli relativi alla Conferenza Internazionale dell'OMS e dell'Unicef del 1978, ad Alma Ata, al Rapporto *Investing in Health* della Banca Mondiale del 1993, alla Commissione Macroeconomia e Salute dell'OMS del 2000, e persino quelli relativi alla strategia degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>13</sup>, elaborati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite durante la Conferenza del Millennio realizzata a New York nel settembre del 2000.

---

<sup>9</sup> Ferrando, G., *Diritto di rifiutare le cure, amministrazione di sostegno e direttive anticipate*, in *Bioetica*, 2008, II, p. 926.

<sup>10</sup> *Idem*, p. 925.

<sup>11</sup> Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001.

<sup>12</sup> La Dichiarazione di Alma Ata, atto conclusivo della omonima Conferenza Internazionale organizzata dall'OMS e dall'Unicef nel 1978, è disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html), ultimo accesso dicembre 2007.

<sup>13</sup> Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito <http://development-goals.org/>, ultimo accesso agosto 2008.

Proprio intorno alla nozione di Sviluppo del Millennio e agli otto Obiettivi da raggiungere entro il 2015<sup>14</sup>, si è però generato un importante nucleo di consenso da parte di tutti i donatori internazionali – agenzie delle Nazioni Unite, Unione Europea, Banca Mondiale, organizzazioni non governative internazionali, agenzie nazionali di cooperazione, etc. – incorporando il discorso sullo Sviluppo come obiettivo principale di tutte le attività di aiuto umanitario, cooperazione internazionale e programmazione di politiche pubbliche interne agli Stati. La filosofia che sta alla base degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è che i paesi cosiddetti in via di sviluppo siano in una fase d'emergenza umanitaria<sup>15</sup> dalla quale sia possibile uscire solo attraverso la messa in opera di una massiccia operazione di lotta alla povertà, che di fatto rappresenta il principale risultato cui tendono gli Obiettivi del Millennio, innanzitutto attraverso la lotta alle principali epidemie. Tra gli otto Obiettivi del Millennio, infatti, quattro sono relativi all'innalzamento degli standard igienico-sanitari dei paesi in via di sviluppo, alla riduzione della mortalità infantile, della morbidità, della diffusione di epidemie e endemie. Partire dal riconoscimento di uno “stato di emergenza permanente (...) è diventata una delle pratiche essenziali (...), il modello dominante della politica contemporanea”<sup>16</sup>, ed ha permesso di fissare obiettivi per il “benessere comune” che spesso confliggono con l'idea di libertà individuale presente nella definizione di salute dell'OMS e nelle Dichiarazioni Europee. Tuttavia, è proprio attraverso tale ‘denuncia’ dello stato d'emergenza che, pur utilizzando il lessico tranquillizzante della tutela e della promozione dei diritti umani, gli Obiettivi del Millennio, approvati alla presenza di rappresentanti delle principali istituzioni internazionali tra cui l'OMS, hanno riportato il tema dello sviluppo e della crescita al centro del dibattito sanitario. Essi, infatti, fanno riferimento alla misurazione del livello di sviluppo – economico e sociale – degli individui, delle popolazioni e dei paesi nel loro complesso e rappresentano lo strumento attraverso cui la logica quantitativa dello sviluppo è stata ufficialmente reintrodotta nei programmi di cooperazione internazionale. Tale re-introduzione è stata possibile grazie al continuo riferimento ai diritti umani, il cui utilizzo retorico ha permesso di

---

<sup>14</sup>Gli 8 Obiettivi di Sviluppo del Millennio sono: 1. Sradicare la povertà estrema e la fame; 2. Garantire l'educazione primaria universale; 3. Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne; 4. Ridurre la mortalità infantile; 5. Migliorare la salute materna; 6. Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie; 7. Garantire la sostenibilità ambientale; Sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo. Maggiori informazioni sulla campagna per lo Sviluppo del Millennio sono disponibili sul sito: <http://www.un.org/millenniumgoals>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

<sup>15</sup> Schramm, F. R., *Health is a right or an obligation? A self-critical evaluation of public health*, in “Revista Brasileira de Bioética”, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 2, 2006, pp. 187 - 200.

<sup>16</sup> Agamben, G., *Stato di eccezione*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

mascherare il conflitto tra l'uso di criteri quantitativi e di obiettivi standardizzati di crescita, ed il rispetto e la promozione delle libertà individuali, insite nell'idea di diritto alla salute come diritto alla libera scelta e all'autodeterminazione. Alla nozione che l'autonoma determinazione della propria salute e della propria vita sia necessaria per il compiersi della salute nel suo senso più ampio, ossia della salute intesa salute come vita<sup>17</sup>, come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sostituiscono quella di salute come elemento funzionale alle possibilità di sviluppo; la salute torna così ad essere considerata una condizione essenziale per lo sviluppo economico e sociale degli individui e delle popolazioni.

Com'è avvenuta un'inversione di rotta di tale portata? Come è avvenuta la subordinazione del discorso dell'autonomia a quello dell'emergenza sanitaria e degli standard sanitari minimi descritti nella Dichiarazione del Millennio? Sono questi alcuni degli interrogativi cui si è cercato di dare risposta attraverso lo studio di un caso, quello del Brasile e in particolare della regione *Nordeste*, dove le tre principali organizzazioni multilaterali di cooperazione sanitaria, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Banca Mondiale e l'Unicef, hanno fatto registrare un'importante presenza sul territorio ed hanno inciso notevolmente sull'elaborazione delle politiche sanitarie pubbliche, sin dagli inizi del XX secolo. Attraverso l'analisi delle relazioni che tali organizzazioni sanitarie internazionali hanno instaurato con lo Stato brasiliano, è stata messa in evidenza la loro capacità di "socializzare"<sup>18</sup> la propria visione rispetto alle politiche sanitarie pubbliche da adottare da parte delle amministrazioni locali.

Ruben Mattos, noto esperto brasiliano di salute pubblica e relazioni internazionali, ha definito tale processo di socializzazione come 'offerta di idee'<sup>19</sup> alle amministrazioni centrali e locali da parte degli organismi internazionali che, dagli anni Novanta in avanti, ha sostituito la pratica dell'imposizione e del vincolo degli aiuti allo sviluppo caratteristica dei 'Piani di Aggiustamento Strutturale', ed ha inciso profondamente sulla programmazione e gestione sanitaria brasiliana. Proprio grazie alla capacità di socializzare le proprie idee da parte degli organismi internazionali, l'amministrazione brasiliana ha fatto degli Obiettivi del Millennio la base delle proprie politiche sanitarie,

---

<sup>17</sup> Dâmaso, R., *Saúde e autonomia: para uma política da vida*, in Fleury, S., a cura di, *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, pp. 213-31.

<sup>18</sup> Ikenberry, J., Kupchan, C. A., *Socialization and hegemonic power*, in "International Organization", vol. 44, n. 3, Cambridge UK, 1990.

<sup>19</sup> Mattos, Ruben A. de, *Desenvolvendo e ofertando ideias: um estrudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, Tesi di dottorato sostenuta presso la Facoltà di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.



conquistando anche il favore della critica che, pur riconoscendo l'importanza di garantire l'autonomia di scelta agli individui anche in un paese caratterizzato dalle disparità sociali come il Brasile, ha però finito per riconoscere che non si può parlare di individui "autonomi e coscienti delle proprie scelte quando le limitazioni di ordine economico e sociale sono così grandi"<sup>20</sup>.

Molti autori hanno sostenuto che la supremazia dell'impostazione quantitativa e orientata allo Sviluppo, caratteristica degli Obiettivi del Millennio, si debba all'influenza crescente che, a partire dagli anni Ottanta, la Banca Mondiale ha acquisito nell'arena della cooperazione sanitaria internazionale, anche nei confronti dell'OMS e delle Nazioni Unite nel loro complesso, legittimando l'approccio dell' 'economia della salute'<sup>21</sup>. L'economia della salute è un modello sanitario escludente e censitario basato sul principio dell'assistenza sanitaria selettiva, che garantisce alle basse fasce di reddito l'accesso alle prestazioni sanitarie minime e necessarie a garantire l'abbassamento del tasso di mortalità come le campagne d'immunizzazione; ed alle alte fasce di reddito lascia aperta la possibilità di accedere a servizi terapeutici iper-specializzati.

E' certamente vero che tale modello ripropone l'idea classica di salute intesa come assenza di malattia, e che ad essa accompagna il passaggio della salute "da diritto a dovere"<sup>22</sup>, così come aveva rilevato Michael Foucault quando parlava di "imperativo della salute"<sup>23</sup> cui tutti debbono conformarsi per il bene e la prosperità dello Stato. Sosterremo che l'OMS non ha opposto a questo ritorno la difesa del diritto alla salute intesa come libertà e autodeterminazione, ma si è limitata a tenere il punto sulla necessità di tutelare la salute individuale, pur intesa come componente dello sviluppo economico e sociale dei singoli. Come già ricordato, fu lo stesso Malher, Direttore Generale dell'OMS, a riferirsi alla salute come elemento fondamentale dello sviluppo economico e sociale individuale, sancendo definitivamente l'abbandono della strada della salute come diritto alla libertà ed all'autodeterminazione e consegnando allo sviluppo il ruolo da protagonista.

---

<sup>20</sup> Calmon Reis de Souza Soares, Rochel Camargo Jr., K., *A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde*, in "Interface - Comunicação, Saúde, Educação", v. 11, n. 21, janeiro/abril 2007, p. 74.

<sup>21</sup> Drummond, M. F., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, 2005; Wolfe, B., "Health economics", *The New Palgrave Dictionary of Economics*, seconda edizione, a cura di Durlauf, S. N. e Blume, L., Palgrave Macmillan, 2008.

<sup>22</sup> Schramm, F. R., *op. cit.*, p. 187.

<sup>23</sup> Foucault, M., *La politica della salute nel XVIII secolo*, in *Archivio Foucault*, vol. 2, Dal Lago, A., a cura di, Milano, Feltrinelli, 1997, p. 190.

Nel secondo e soprattutto nel terzo capitolo di questa ricerca, si metterà in luce proprio il ruolo che la stessa OMS – insieme ad altre agenzie e Fondi delle Nazioni Unite, come l'Unicef - ha avuto nell'affermazione dell'idea che la salute sia un elemento funzionale allo sviluppo, favorendo la logica degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. E' in questo quadro che va inserita l'analisi, presentata nel terzo capitolo, del programma di cooperazione sanitaria *Selo – Municipio Aprovado*, finanziato e realizzato dall'Unicef a partire dal 2004 nella regione *Nordeste* del Brasile, e destinato a rafforzare la logica della salute come funzione dello sviluppo attraverso l'adeguamento delle politiche sanitarie locali agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Tale programma è stato presentato dall'Unicef come strategia per la promozione e la tutela del diritto alla salute delle famiglie: ancora una volta, la sovrapposizione della retorica dei diritti umani a quella dello Sviluppo del Millennio ha permesso di socializzare quegli Obiettivi e di far convergere le politiche sanitarie locali sui principi in essi espressi, attraverso la messa in opera di meccanismi di cooptazione degli enti locali e della società civile, costruendo così il consenso su tali modelli a partire dal basso. E proprio la retorica della salute delle famiglie ha permesso all'Unicef di integrare le attività previste dal *Selo – Municipio Aprovado* nel quadro più ampio delle politiche sanitarie brasiliane al cui centro vi è il programma Salute della Famiglia (PSF), parzialmente finanziato ed elaborato dagli stessi tecnici dell'Unicef in collaborazione con la Banca Mondiale e con il Ministero della Salute brasiliano. L'integrazione delle priorità dell'Unicef nella pianificazione sanitaria brasiliana, ha fatto sì che la metodologia ed i criteri di misurazione, di valutazione e d'analisi degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio fossero inseriti nella gestione del PSF, togliendo così spazi di autonomia alle autorità e alle amministrazioni locali. Anche gli spazi di autonomia degli individui sono stati drasticamente ridotti, se non addirittura eliminati, inglobandoli negli spazi comunitari previsti dal PSF e regolati dal *Selo – Municipio Aprovado* attraverso la costruzione di momenti di incontro e discussione sui temi della salute tra i tecnici dell'Unicef e gli amministratori locali, le organizzazioni della società civile e il personale del PSF. La previsione di spazi di partecipazione della società civile su temi relativi alla gestione sanitaria, tuttavia, non fa che ribadire la distanza tra l'autonomia di un soggetto messo in condizioni di scegliere e deliberare rispetto alla propria salute, e la partecipazione a specifiche attività, inserite in spazi sociali appositamente creati da parte dell'Unicef in cui, sotto la guida di organizzazioni internazionali e/o di tecnici sanitari

locali, gli individui possono esprimersi entro un ambito di possibilità delimitate e non possono far altro che aderire alle proposte ed alle strategie già decise per loro.

Se, storicamente, la biopolitica può essere vista proprio come “pratica dei governi che cercano di garantire e incentivare la salute collettiva attraverso il controllo di determinati indicatori epidemiologici (come la natalità, la fecondità e la mortalità); il controllo delle malattie endemiche ed epidemiche; il controllo degli eventi e dei fenomeni che incidono sulla sicurezza e sul funzionamento delle società, come le politiche di assistenza e benessere sociale”<sup>24</sup>, il *Selo - Municipio Aprovado* rappresenta il nuovo ed efficace strumento per esercitare tale controllo da parte dello Stato – attraverso le strutture del PSF – e da parte delle organizzazioni internazionali sullo Stato brasiliano – attraverso la logica degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, e il subordinamento del discorso dei diritti a quello dello sviluppo.

---

<sup>24</sup> Idem, p 196.

## **PRIMO CAPITOLO : IL DIRITTO ALLA SALUTE. Definizione e strumenti internazionali per la sua promozione e tutela.**

### **Introduzione**

“La salute non è un oggetto che possa essere costretto all’interno del campo delle conoscenze scientifiche, e non si può tradurre in un concetto scientifico”, scrive Dina Czeresnia<sup>25</sup> richiamando la posizione del filosofo Hans-Georg Gadamer che, nella raccolta di saggi *Dove si nasconde la salute*<sup>26</sup> del 1994 dedicata ai concetti di salute e malattia, ha sostenuto che è impossibile costruire un’idea di salute come oggetto scientifico, o come campo scientifico specifico.<sup>27</sup> Eppure, le idee e le definizioni moderne di salute sono state costruite proprio all’interno di campi scientifici come la medicina, la biologia, la chimica e, più recentemente, all’interno di discipline sociali come la sociologia e l’antropologia. Il problema di definire la scientificità del concetto di salute ha occupato e ancora occupa uno spazio importante nel dibattito interno alle scienze naturali e sociali, ed ha influenzato molto lo sviluppo della nozione di diritto alla salute. In questo quadro, dare una definizione di salute scissa dal suo opposto – la malattia – si è dimostrato quanto mai arduo. Alcuni studiosi hanno provato a delineare una teoria generale della salute<sup>28</sup> costruendo un’idea di salute come concetto positivo non identificato con l’igiene o la salute pubblica, e quindi con l’interesse collettivo.<sup>29</sup> Altri, come Gadamer, hanno affermato che non sia possibile distinguere la salute dalla malattia e che quest’ultima ci colpisce per la sua presenza, mentre la salute non richiama la nostra attenzione ed è dunque difficile concepirla positivamente.<sup>30</sup> Secondo l’autore, nel momento in cui si presenta, la malattia produce il sentimento di pericolo e stimola una risposta terapeutica e scientifica; la salute, invece, non è qualcosa che possa essere studiato, misurato, conosciuto in termini universali, bensì è armonia e ritmo della vita, processo attraverso il quale si produce l’equilibrio della respirazione, del sonno, della veglia.

---

<sup>25</sup> Czeresnia, D., *The concept of health and the difference between prevention and promotion*, in “Cadernos de Saude Publica”, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, ott. – dic. 1999, p. 702.

<sup>26</sup> Gadamer, G. H., *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina editore, 1994, citato in Caprara, A., *An hermeneutical approach to health-disease relationship*, in “Cadernos de saude publica”, 2003, Rio de Janeiro, n. 19.

<sup>27</sup> Quest’idea è condivisa anche dall’autrice brasiliana Dina Czeresnia, citata in apertura del capitolo.

<sup>28</sup> Almeida Filho, N. de, *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*, in “Cadernos de Saude Publica”, n. 11, pp.257-285

<sup>29</sup> Noak, H., *Concepts of health and health promotion*, in *Measurement in health promotion and protection*, Abelin, T., Brezinski, Z., Carstairs, V., (a cura di) WHO Regional Publication, European Series 22, 1987, Copenhagen, pp.5-28.

<sup>30</sup> Gadamer, G.H., *Dove si nasconde la salute*, op. cit., p. 113.

Proprio per questa sua caratteristica, la malattia, più che la salute, è stata sino ad ora la preoccupazione centrale delle scienze e della medicina<sup>31</sup>. Al contrario, l'unica accezione di salute come oggetto indipendente dal suo opposto, la malattia, è quella di 'salute pubblica', ossia disciplina per la creazione e mantenimento delle condizioni sociali, economiche, culturali e psicologiche perché le persone vivano in modo sano<sup>32</sup>. La salute pubblica è "generalmente definita come il campo di conoscenze e pratiche organizzate istituzionalmente al fine di promuovere la salute delle popolazioni"<sup>33</sup> "in articolazione con le scoperte della medicina"<sup>34</sup>. Il campo scientifico della medicina ed il suo possibile sviluppo rappresentano la chiave per sconfiggere le condizioni patologiche attraverso l'isolamento delle "cause specifiche di malattia"<sup>35</sup> · "L'organizzazione e l'istituzionalizzazione delle pratiche"<sup>36</sup> per l'eliminazione della malattia, realizzate attraverso la salute pubblica, seguono le scoperte della medicina. La possibilità di isolare le 'cause specifiche delle malattie' e quindi di debellarle, secondo Daniel Callahan ha permesso che si realizzasse "una delle grandi tentazioni della medicina moderna (...) che da una parte si rivolge agli individui (...) il cui obiettivo è sempre più quello di essere per così dire 'esonerati dagli attacchi della natura', e dall'altra si rivolge alla società"<sup>37</sup> dando le risposte istituzionali, politiche e sociali per la creazione di quelle condizioni generali di salute. Pur se "la medicina tratta sempre la malattia in termini individuali", lo stretto legame con la salute pubblica "allarga le prospettive della medicina agli aspetti sociali".<sup>38</sup> Di fatti, come evidenzia Michael Foucault, "lo strutturarsi progressivo della grande medicina del XIX secolo non può essere disgiunto dall'organizzazione nella stessa epoca di una politica della salute e della presa in considerazione delle malattie come problema politico ed economico".<sup>39</sup>

---

<sup>31</sup> The International Bank for Reconstruction and Development, *World Development Report 1993, Investing in Health*, New York, Oxford University Press, 1993.

<sup>32</sup> Institute of Medicine, *Future of Public Health*, Washington DC, National Academy Press, 1988.

<sup>33</sup> Sabroza, P. C., *Saúde Pública: procurando os limites da crise*, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.

<sup>34</sup> Czeresnia, D., *The concept of health and the difference between prevention and promotion*, *op. cit.*, p. 702.

<sup>35</sup> Donghi, P., Preta, L., *In principio era la cura*, Roma - Bari, Laterza, 1995.

<sup>36</sup> Idem, *op. cit.*, p. 703.

<sup>37</sup> Callahan, D., *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini e Castaldi, 2000, pp. 151 - 152.

<sup>38</sup> Donati, P., *La salute, la medicina e il "sociale": legittimazione di una nuova disciplina*, in Donati, P., (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli editore, 1983, p. 38.

<sup>39</sup> Foucault, M., *La politica della salute nel XVIII secolo*, in *Archivio Foucault*, vol. 2, Dal Lago, A., (a cura di), Milano, Feltrinelli, 1998, p. 188.

## **L'idea di salute dal XVIII secolo alla Costituzione dell'OMS**

L'intreccio tra medicina e salute pubblica è stato al centro delle riflessioni dello storico George Rosen cui si deve un importante tentativo di ricostruire l'evoluzione dell'idea di salute pubblica in Occidente. L'autore sintetizza così questa inter-connessione: “da un lato vi è lo sviluppo della scienza medica e della tecnologia medica che hanno permesso di comprendere la natura e le cause delle malattie e hanno quindi fornito la base per azioni preventive e di controllo; dall'altro l'effettiva applicazione di queste conoscenze è dipesa da elementi non scientifici, basati soprattutto su fattori economici, politici e sociali, che rappresentano la seconda importante componente della salute pubblica.”<sup>40</sup>

La concezione della salute pubblica come intreccio tra scienza medica e amministrazione della popolazione da parte dello Stato si fa strada, secondo Rosen, a partire dal XVI secolo con il consolidamento degli Stati europei quando “le attività di salute pubblica erano divise essenzialmente secondo due principali tendenze. Da una parte vi erano organizzazioni locali, gestite a livello parrocchiale secondo lo schema medievale, dall'altra si assistette ad una tendenza opposta che ha coinciso con l'emergere dello Stato moderno e cioè lo sviluppo di una tendenza sempre più centralizzante a livello dei governi nazionali, con l'affermarsi di una serie di dottrine economiche e politiche che influenzarono in vario modo l'amministrazione della salute pubblica.”<sup>41</sup>

Fino agli inizi del XVII secolo gli amministratori pensavano l'arte del governo nei termini esposti da Lapière nel suo *Miroir Politique*, ossia partendo dal modello familiare ed espandendolo, *mutatis mutandis*, alla gestione degli Stati, laddove il nucleo preso in considerazione era la famiglia e non la popolazione nel suo complesso. Nel XVII e soprattutto nel XVIII secolo, a questo discorso si è sostituito un nuovo modo di vedere e intendere la popolazione. William Petty, medico, economista e scienziato inglese, nonché padre dell'aritmetica politica, fu tra i primi a sottolineare l'importanza per la ricchezza ed il potere degli Stati del fatto di poter contare su una popolazione sana e produttiva. La popolazione, la sua salute ed il suo benessere fisico cominciavano ad affermarsi come centro degli interessi del potere politico. La popolazione con “le proprie regolarità, i suoi tassi di mortalità e morbosità, i suoi cicli di scarsità. (...) La statistica ha mostrato che il dominio della popolazione implica una serie di effetti

---

<sup>40</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1993, p. 85.

<sup>41</sup> Idem, p. 86.

intrinseci e aggregati, fenomeni irriducibili al modello della gestione familiare, come ad esempio le epidemie, i livelli endemici di mortalità, le spirali crescenti di lavoro e ricchezza (...). La statistica, rendendo possibile quantificare questi fenomeni specifici della popolazione, ha chiaramente mostrato che questa specificità è irriducibile alla dimensione familiare.”<sup>42</sup>

La popolazione apparve come “fine ultimo del governo (...). Il governo da questo momento in poi ha come suo scopo (...) il benessere della popolazione, il miglioramento delle sue condizioni, l’aumento della sua ricchezza, la sua longevità, la sua salute, etc; e i mezzi che il governo usa per raggiungere questi fini sono essi stessi in qualche misura immanenti alla popolazione; è la popolazione stessa su cui il governo agisce direttamente – tramite campagne su larga scala – o indirettamente – attraverso specifiche tecniche, che rende possibile (...) l’aumento dei tassi di natalità, il direzionamento dei flussi di popolazione in certe regioni o verso certe specifiche attività. La popolazione rappresenta più il fine del governo che il potere del sovrano; la popolazione è il soggetto di bisogni e aspirazioni, ma è anche l’oggetto nelle mani del governo.”<sup>43</sup> Si fa strada quello che Foucault chiama “l’imperativo della salute: dovere di ognuno e obiettivo generale”. Non si trattava più di “proteggere una frangia particolarmente fragile – turbata o turbatrice - della popolazione ma di innalzare il livello di salute del corpo sociale nel suo insieme. I diversi apparati di potere dovevano farsi carico dei ‘corpi’ (...) per aiutarli, se necessario per costringerli, a garantire la loro salute”.<sup>44</sup> Indubbiamente questa trasformazione si deve all’accresciuta “importanza del mantenimento e della conservazione della forza-lavoro, (...) ma il problema è più ampio; concerne verosimilmente gli effetti economico-politici dell’accumulo di uomini. La grande spinta demografica dell’Occidente europeo nel corso del XVIII secolo, la necessità di coordinarla e di integrarla allo sviluppo dell’apparato di produzione, l’urgenza di controllarla con meccanismi di potere più adeguati e serrati, fanno apparire la popolazione non solo come problema teorico, ma come oggetto di sorveglianza, d’analisi, d’intervento di operazioni modificatrici, ecc. Si abbozza il progetto di una tecnologia della popolazione.”<sup>45</sup>

Questa nuova prospettiva di controllo e analisi della popolazione, nata dalla percezione dei nessi di continuità e delle relazioni multiple tra popolazione, territorio e ricchezza,

---

<sup>42</sup> Idem, p. 99.

<sup>43</sup> Idem, p. 100.

<sup>44</sup> Foucault, M., *La politica della salute nel XVIII secolo*, op. cit., p. 190.

<sup>45</sup> Idem, p. 192.

ha caratterizzato la fine del XVIII e tutto il XIX secolo, segnando il passaggio dall'arte del governo alla scienza politica, da un "regime dominato dalle strutture della sovranità ad uno regolato dalle tecniche di governo"<sup>46</sup>. Il legame tra popolazione e ricchezza ha costituito il centro dell'economia politica, "costruita intorno al discorso di aumentare la ricchezza degli Stati"<sup>47</sup>, ed ha caratterizzato la nuova visione anche di un antico fenomeno quale la povertà. La povertà, in questa prospettiva, è intesa essenzialmente come contro altare dell'abbondanza, e quindi parte integrante del discorso sulla ricchezza.<sup>48</sup> Essa non viene intesa come "stigma della *disuguaglianza* da combattere, ma in quanto *pauperismo*, insieme di comportamenti *diversi* [dalla norma]"<sup>49</sup> da sconfiggere, e diventa campo di sviluppo di tecniche per organizzare l'ordine sociale. Tra le armi per conoscere, analizzare e combattere i comportamenti *diversi* che porterebbero al *pauperismo* si trova, in primo luogo, la statistica, come tecnica di decifrazione del caos e della povertà.

Oltre alla statistica, Procacci elenca altre tecniche che furono elaborate per combattere il *pauperismo* che hanno al loro centro l'igiene: "regole per l'igiene pubblica nelle città, 'polizia delle abitazioni', regole di igiene nei luoghi di lavoro, igiene matrimoniale (di fama malthussiana) (...). L'igiene è un sistema che serve per inventare (...) nuove regole di convivenza più ordinate e più decifrabili."<sup>50</sup>

Scrivendo Foucault: "l'igiene, come regime di salute delle popolazioni, implica da parte della medicina un certo numero di interventi autoritari e di assunzioni di controllo. Prima di tutto sullo spazio in generale: dato che è questo a costituire l'ambito di maggiore pericolosità per la popolazione. (...) Le necessità dell'igiene richiamano un intervento medico autoritario su quel che passa per essere focolaio privilegiato di malattie (...), ed essendo la città un oggetto privilegiato da medicalizzare, si isolano nel sistema urbano delle regioni (...) che devono costituire il punto di applicazione dell'esercizio di un potere medico intensificato. A partire dal XVIII secolo, la medicina come tecnica generale della salute, ancor più che come servizio delle malattie e arte di guarigione, assume un posto sempre più importante nelle strutture amministrative. (...) A proposito della società, della sua salute e delle sue malattie, della sua condizione di

---

<sup>46</sup> Foucault, M., *Governmentality*, in Burchell, G., Gordon, C., Miller, P., (a cura di), *The Foucault effect, Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991, p. 101.

<sup>47</sup> Procacci, G., *Social economy and the government of poverty*, in *The Foucault effect, op. cit.*, p. 154

<sup>48</sup> Idem.

<sup>49</sup> Idem, p. 164.

<sup>50</sup> Idem, p. 165.



vita, comincia a formarsi un sapere ‘medico – amministrativo’ (...).”<sup>51</sup> Quest’osmosi tra medico, amministratore e politico si deve all’importanza che l’igiene acquisisce sul piano amministrativo, conclude Foucault. Ed è quindi attraverso il discorso sull’igiene che al tema della salute è riservato particolare rilievo tra il XVIII e il XIX secolo, per le sue interconnessioni con l’obiettivo di aumentare e poi mantenere il livello di efficienza della popolazione. La salute aveva una grande importanza in quanto si rifletteva sulla forza politica ed economica degli Stati.<sup>52</sup> A partire dal XVIII secolo, medicina e salute sono presentate come un problema essenzialmente economico. “La medicina si è sviluppata alla fine del XVIII secolo per ragioni economiche”, scrive Foucault, in quanto le si chiedeva di “fornire alla società degli individui forti, in grado di lavorare, di assicurare la conservazione della forza lavoro, la sua riproduzione e il suo miglioramento. Si è fatto ricorso alla medicina come a uno strumento di conservazione e rinnovamento della forza lavoro per il funzionamento della società moderna”.<sup>53</sup>

Foucault ha elaborato l’idea di *governamentalità* proprio partendo dall’analisi dell’uso che è stato fatto della medicina e della salute pubblica nel quadro dello sviluppo del potere centralizzato del governo degli Stati. Per *governamentalità* Foucault intende “l’insieme formato dalle istituzioni, le procedure, le analisi, e le riflessioni, i calcoli e le tattiche che permettono l’esercizio di una precisa e complessa forma di potere, quella che ha per target la popolazione, che ha come principale forma di conoscenza l’economia politica, e come tecniche essenziali quelle della messa in opera di apparati di sicurezza.”<sup>54</sup> Questa forma di potere si è affermata, secondo Foucault, proprio a partire dal XVI secolo quando “il governo come problema generale sembra sia esploso (...), in quanto è stato messo in discussione da diverse questioni fondamentali. (...) La questione del governo di sé stessi, (...) la questione del governo delle anime e delle vite, (...), e anche la questione del governo dei bambini e la grande problematica della pedagogia sono emerse proprio durante il XVI secolo. E (...) c’è poi la questione del governo dello Stato.” L’arte del governo, continua Foucault commentando il *Miroir Politique* di Laperrière, fino al XVI ha avuto “a che fare, essenzialmente, con la risposta alla questione di come di possa introdurre l’economia – cioè a dire, la corretta maniera di gestire gli individui, i beni e le ricchezze all’interno della famiglia per far sì che le

---

<sup>51</sup> Foucault, M., *La politica della salute nel XVIII secolo*, op. cit., p. 196.

<sup>52</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, op. cit., p. 90.

<sup>53</sup> Foucault, M., *Crisi della medicina o crisi dell’antimedicina?*, 1976, in *Archivio Foucault*, cit., vol. 2, , p. 215.

<sup>54</sup> Foucault, M., *Governmentality*, in *The Foucault effect*, op. cit., p. 102.

fortune familiari prosperino. (...). Questa è la questione centrale nello stabilimento dell'arte del governo: introdurre l'economia nella pratica politica (...), introdurla nella gestione generale dello Stato.”<sup>55</sup>

L'economia è entrata quindi anche nella gestione delle popolazioni attraverso la medicina e la salute pubblica. Amministratori statali e medici, infatti, erano consapevoli che non era sufficiente basarsi sulla naturale condizione di salute e fertilità delle popolazioni come condizione per la prosperità degli Stati, ma che bisognava assumersi la responsabilità di rimuovere gli impedimenti al pieno sviluppo della 'risorsa popolazione'. Per fare questo, era necessario “creare le condizioni per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, e rendere le cure mediche facilmente accessibili a chi ne avesse bisogno.”<sup>56</sup>

L'importanza di applicare le conoscenze scientifiche più avanzate ai bisogni di salute delle popolazioni è alla base dell'applicazione del metodo numerico – o approccio quantitativo – nel settore della salute, sviluppato proprio per rispondere ai bisogni politici ed economici degli Stati moderni. La rilevanza dell'amministrazione della salute da parte dello Stato fu sentita soprattutto negli Stati germanici dove, a partire dalla seconda metà del XVIII secolo, si è verificata una forte crescita della popolazione e soprattutto della popolazione urbana. Ed è proprio alla corte dell'imperatore Giuseppe II che ha visto la luce l'importante opera di Johann P. Frank, autore del primo trattato di politica sanitaria<sup>57</sup> volta “alla difesa della popolazione” secondo la quale “il medico si pone al servizio dello Stato come compito precipuo in ogni momento (e non solo nei periodi di epidemia). (...) Proteggere la salute della popolazione”<sup>58</sup> era, secondo Frank, responsabilità dello Stato, e per questo l'autore ha elaborato nei minimi dettagli un sistema di igiene pubblica e privata<sup>59</sup> dove proponeva, tra l'altro, anche l'istituzione di una polizia medica (*Medizinalpolizei*); idea, questa, che ben rappresenta “il modello illuministico di gestione sanitaria, in quanto teoria e pratica del controllo sociale totale”.<sup>60</sup>

---

<sup>55</sup> Foucault, M., *Governmentality*, in *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Burchell, G., Gordon, C., Miller, P., (a cura di), Chicago, The University of Chicago Press, 1991, p. 92.

<sup>56</sup> Idem, p. 91. .

<sup>57</sup> Frank, J. P., *Oratio academica de populotum miseria, morbum genitrice*, Pavia, 1790, citato in Parodi, A., *Storie della medicina*, Torino, Edizioni di Comunità, 2002, p. 195.

<sup>58</sup> Parodi, A., *Storie della medicina*, Torino, Edizioni di Comunità, 2002, p. 196.

<sup>59</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, op. cit., p. 142.

<sup>60</sup> Donati, P., *La salute, la medicina e il “sociale” : legittimazione di una nuova disciplina*, in Donati, P., (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli editore, 1983, p. 30.

Se da un lato la salute della popolazione era d'interesse per gli Stati per garantirsi potere e ricchezza, ed era affrontata seguendo il metodo numerico in medicina e la statistica demografica in epidemiologia; dall'altro era sempre più al centro anche delle riflessioni di movimenti in difesa della salute dei lavoratori coinvolti nelle grandi urbanizzazioni e ondate di industrializzazione massiccia. Proprio nell'Inghilterra del XVIII e XIX secolo, in concomitanza con l'affermazione del metodo numerico, si è sviluppato il movimento per la sanità pubblica, *Public Health Movement*, animato dall'avvocato Edwin Chadwick.<sup>61</sup>

In un rapporto pubblicato nel 1842, *Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, il Movimento aveva messo a fuoco i nessi causali tra povertà e malattia e provava "al di là di ogni ragionevole dubbio", che le malattie derivassero da condizioni ambientali precarie, inquinamento delle acque potabili, mancanza di drenaggio per l'apparato fognario, ritiro dei rifiuti dalle strade delle città insufficiente e non tempestivo.<sup>62</sup> Nella logica di Chadwick e degli altri riformisti, il crescente *laissez-faire* economico dell'era industriale equivaleva alla licenza di sfruttare i poveri, i lavoratori, ed in generale gli abitanti sempre più numerosi delle città. Sono state proprio l'industrializzazione e l'urbanizzazione a portare nuove riflessioni su come organizzare la vita in comunità preservando la salute delle popolazioni. Il movimento per la sanità pubblica diede un importante contributo in questo senso diffondendo l'idea che la salute dipendeva essenzialmente dalle condizioni fisiche e sociali dell'ambiente in cui le comunità si trovavano a vivere, ed influenzò nel ri-orientare la definizione stessa della salute pubblica che dalla seconda metà dell'Ottocento in avanti fu considerata un problema più di ingegneria amministrativa che un problema medico.

Si pensò così ad un organo amministrativo che mettesse in atto un programma di prevenzione e di bonifica ambientale, applicando conoscenze e tecniche dell'ingegneria. Il risultato paradossale, come nota Rosen<sup>63</sup>, è che dalla seconda metà dell'Ottocento, la medicina, la professione medica, ebbe relativamente poca influenza nello sviluppo della concezione della salute pubblica. Si noti, ad esempio, che la scoperta delle cause e delle cure delle principali malattie infettive che sono state al centro delle preoccupazioni degli amministratori della salute pubblica nel XIX secolo è avvenuta dopo che l'ingegneria sanitaria era riuscita ad arginarle, magari partendo da teorie e presupposti medici errati.

---

<sup>61</sup> Parodi, A., *Storie della medicina*, Torino, Edizioni di Comunità, 2002, p. 199.

<sup>62</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, op. cit., p. XXVI.

<sup>63</sup> *Idem.*, p. 201.

Anche Thomas Mckewon afferma che “le malattie infettive che occuparono il panorama europeo del secolo XIX diminuirono non tanto grazie alla farmacologia ingaggiata dalla medicina e dalla chimica, ma grazie alle misure a livello igienico e al miglioramento dell’alimentazione.”<sup>64</sup>

Per ragioni e con scopi differenti, dalla seconda metà dell’Ottocento, sia le classi governanti dei paesi europei che i movimenti popolari per la tutela della salute dei lavoratori e dei nuovi abitanti delle città hanno portato ad una parziale identificazione della salute con l’igiene pubblica. La salute e la malattia erano affrontate come fenomeni sociali determinati da forze politiche ed economiche<sup>65</sup>, e non semplicemente come processi biologici. Si pensi alle campagne per migliorare le condizioni igieniche delle aree periferiche delle città, all’incanalamento delle acque e alla costruzione della rete fognaria, rivendicati dai movimenti per l’igiene e la salute pubblica e pianificati dai governanti per garantire l’aumento della speranza di vita, e della forza lavoro, e soprattutto per eliminare il rischio di trasmissione delle epidemie. Fu il tentativo di debellare le più diffuse e perniciose malattie infettive a mettere in moto scienziati e amministratori per eliminare il rischio di contagio e trasmissione sia all’interno degli Stati che nelle loro reciproche relazioni. Le controversie legate alle origini delle malattie infettive sono state quindi alla base dei dibattiti interni agli scienziati e amministratori della salute pubblica nei diversi Stati europei ma soprattutto hanno rappresentato la prima occasione di dibattito a livello internazionale. “Con il fiorire dei commerci e la riduzione delle distanze, nel XIX secolo, le condizioni di salute delle popolazioni di sfere sempre più ampie di mondo non potevano restare indifferenti agli amministratori europei. La cooperazione internazionale per la prevenzione delle malattie trasmissibili diviene argomento di importanza crescente, e nel 1851 fu fatto il primo passo verso la creazione di un’organizzazione internazionale della salute, con l’apertura della prima Conferenza Sanitaria Internazionale a Parigi.”<sup>66</sup>

I risultati immediati della Conferenza, lo vedremo nel prossimo paragrafo, furono in realtà molto scarsi: la Convenzione proposta in quella sede fu approvata solamente dalla Francia, dal Portogallo e dalla Sardegna; questi ultimi due Stati però uscirono dalla Convenzione già nel 1865, e si dovette attendere la fine del XIX secolo per giungere ad un accordo sulla cooperazione internazionale in materia di salute, quando furono

---

<sup>64</sup> McKewon, T., *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*, Palermo, Sellerio, 1978, p. 55.

<sup>65</sup> Fee, E., Morman, E.T., *Doing history, making revolution: the aspirations of Henry Sigerist and George Rosen*, in *Clio Med*, 1993, n. 23, pp. 275 – 31.

<sup>66</sup> Rosen, G., *A history of Public Health, op. cit.*, p. 266. .

divulgate le importanti scoperte dell'immunologia e della batteriologia, che esercitarono la maggior influenza mai avuta da una scoperta scientifica in campo medico dal XIX secolo ad ora.<sup>67</sup>

Sull'elaborazione di trattati e convenzioni internazionali in materia di salute influirono molto anche le tesi della medicina sociale secondo cui la salute e la malattia sono intelligibili solo all'interno del loro contesto sociale<sup>68</sup>, e per cui, parafrasando Virchow<sup>69</sup>, se la medicina è una scienza sociale, la salute pubblica non è altro che una medicina su larga scala, tesa, secondo la felice espressione di Henry Sigerist, ad un'organizzazione in cui gli individui possano vivere in modo sano, ossia in equilibrio fisico e mentale, ambientale e sociale, ed esprimere un'attitudine positiva rispetto alla vita e ai suoi aspetti individuali e sociali.<sup>70</sup>

### **Prime Organizzazioni Internazionali per la Salute**

Così come l'idea di salute pubblica, è lo stesso concetto di salute in Occidente ad aver subito significative variazioni nel corso degli ultimi due secoli, a partire dall'idea di salute e sua tutela come "azione dello Stato diretta a prevenire e reprimere i danni che all'organismo umano possono derivare dallo stato di malattia [...] laddove per malattia si intende un processo patologico in atto [...]"<sup>71</sup>; sino alla affermazione della tutela della salute come garanzia di un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, nel pieno rispetto della persona umana.<sup>72</sup> La storia delle organizzazioni, uffici, convenzioni internazionali per la tutela e la gestione della salute si intreccia quindi con la storia della nozione di salute pubblica in Europa e nel Nord America.

Una delle ragioni principali che hanno portato all'istituzione della prima Conferenza Internazionale Sanitaria è stato il rapido aumento dei movimenti e degli scambi di merci e persone sulle rotte internazionali che ha caratterizzato i secoli XVIII e XIX ed ha reso

---

<sup>67</sup> Idem, p. 268.

<sup>68</sup> Rosen, G., *A theory of medical historiography*, in "Bulletin of the history of medicine", 1940, VIII, p. 655 - 665.

<sup>69</sup> Come evidenzia Roy Porter, l'associazione tra città di massa e patologia era diventata una costante nella seconda metà del XIX secolo, tanto che si erano fatti frequenti anche i dibattiti sulle riforme sanitarie e sulle risposte alle patologie epidemiche in termini di politiche pubbliche. Nel caso della Germania, Rudolf Virchow propose azioni fondate sull'idea della responsabilità dei medici quali avvocati dei poveri, caratterizzando la medicina come medicina sociale. Vd. Porter, R., *The great benefit of humanity: a medical history of humanity*, London - New York, W.W. Norton and Company, 1998. Le prossimità tra medicina e sociologia, durante il XIX secolo, sono state spesso messe in evidenza osservando la trasposizione di teorie e metafore, per esempio, il ricorso alle metafore basate su analogie organiche nelle proposte della filosofia sociale di Saint-Simon e nella sociologia di Emile Durkheim.

<sup>70</sup> Sigerist, H., *Medicine and human welfare*, New Haven, Yale University Press, 1941.

<sup>71</sup> Lessona, S., *Trattato di diritto sanitario*, I, Torino, Bocca, 1914, p. 17.

<sup>72</sup> Busnelli, F., Brescia, U., *Il diritto alla salute*, Zanichelli, Bologna, 1979, p. 1.

più pressante per i governanti dei paesi coinvolti la necessità di controllare questi flussi anche dal punto di vista sanitario per prevenire il dilagare di epidemie. Gli strumenti elaborati dal pensiero medico occidentale e soprattutto le scoperte scientifiche del XVIII e XIX secolo sono stati ben presto considerati un valido strumento per arginare il pericolo di epidemie generato dall'aumento dei traffici, in particolare di quelli marittimi.<sup>73</sup> Si pensi a titolo di esempio alla diffusione delle quarantene nei porti del Mediterraneo. Quella delle quarantene era una pratica che era stata elaborata nei secoli per evitare il contagio della peste; rientra nella tradizione plurisecolare di isolamento coatto dei portatori di contagio e di internamento dei miserabili *ad locum constitutum*<sup>74</sup>.

Il bagaglio di saperi e pratiche della medicina, a partire dal secolo XVIII, è stato applicato ai problemi collettivi della tutela della salute delle popolazioni<sup>75</sup> e l'evoluzione delle tecniche mediche e del discorso scientifico ne ha rafforzato la posizione facendo della medicina uno strumento di regolazione della vita pubblica da parte dei governatori e degli amministratori degli Stati. Nell'Austria di Maria Teresa e nella Prussia di Federico II il Grande, per esempio, si cominciò a delineare un quadro di controllo governativo sulla salute pubblica e sull'igiene privata. “Questi sovrani hanno creato organizzazioni statali efficienti e, al tempo stesso, paternalistiche ed invadenti, nelle quali ‘polizia’ ha il significato ampio di governo della popolazione e dell'economia (...). E’ il senso che dà a ‘polizia’ anche Cesare Beccaria, nei suoi *Elementi di economia pubblica*<sup>76</sup>, dove indica tra gli oggetti tutti compresi sotto il nome di polizia: le scienze, l'educazione del buon ordine, la sicurezza, la tranquillità pubblica – tutti ‘oggetti’ che contribuiscono a ottenere con perfezione e costanza i profitti delle terre, le opere della mano, gli scambievoli commerci e i pubblici tributi.”<sup>77</sup>

Nell'Europa del XVIII e XIX secolo, la salvaguardia e il miglioramento del livello di salute della popolazione diventa uno dei progetti prioritari del potere politico, per la

---

<sup>73</sup> Gmerk, M., *Storia del pensiero medico Occidentale*, Roma – Bari, Edizioni Laterza, 2007, voll. I, II, III.

<sup>74</sup> Panseri, G., *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria nei vari Stati Italiani*, in *Storia d'Italia*, Einaudi, Annali, III, 1980, p. 155.

<sup>75</sup> “Nel corso del Settecento si afferma un'idea della medicina che non soltanto cura la malattia, ma la previene, acquistando così una dimensione sociale. Un primo passo verso la protezione della *salute pubblica* viene compiuto dai medici inglesi e francesi che studiano le condizioni di vita e di igiene degli schiavi [...]. L'obiettivo è la salute generale dello Stato e l'ordine necessario per conservarla.”, Santosuosso, A., *Corpo e libertà, una storia tra diritto e scienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, pp. 18 e 20.

<sup>76</sup> Beccaria, C., *Elementi di economia pubblica*, Società dei Tipografi Italiani, Milano, 1822.

<sup>77</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, op. cit., p. 19.

“pianificazione della società come ambito di benessere fisico, di salute ottimale e di longevità.”<sup>78</sup>

A partire dalla metà dell'Ottocento, il controllo della salute delle genti che entravano in contatto con le popolazioni europee, il cui buon livello di salute era oggetto dell'attenzione dei nascenti programmi statali di salute pubblica, è diventato altrettanto prioritario proprio per via dell'incremento dei movimenti commerciali. Questo ha portato ad estendere criteri, standard e misure di prevenzione a tutte le popolazioni con le quali le grandi potenze economiche del XIX e XX secolo entrarono in contatto. Infatti, quando negli anni Trenta dell'Ottocento si diffuse in Europa il colera asiatico, la prima risposta degli Stati del continente è stata di affidarsi alle misure contumaciali, quali la quarantena e l'isolamento. Fu però proprio la crisi generata da questa ondata di colera ad insinuare forti dubbi sulla validità di queste misure. Il fatto che il colera indiano si diffondesse “ad onta delle barriere erettegli contro dalle quarantene e dai vecchi modi di internarle e praticarle”<sup>79</sup> ha implicato la necessità di cambiare sistema disciplinare per merci e persone provenienti da luoghi infetti, e di farlo in modo uniforme in tutti i paesi europei. Così sono nati i primi accordi, le prime organizzazioni ed i primi regolamenti per la salute pubblica internazionale, a partire dalla Convenzione e dal Regolamento Sanitario Internazionale di Parigi del 1850-1852.

Le tre principali organizzazioni internazionali per la salute che hanno dominato la scena nel Novecento sono l'Office Internationale d'Hygiène Publique (OIHP), istituito dalla Convenzione Sanitaria Internazionale del 1907; l'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni (HOLN), creata nel 1920 al termine della Prima Guerra Mondiale; e la Divisione Sanitaria dell'Amministrazione per la Riabilitazione delle Nazioni Unite, (UNRRA), istituita il 9 novembre 1943, tutte nate in ambito europeo e nordamericano, e che raramente hanno tenuto conto delle esperienze e tradizioni sanitarie dei paesi ai quali le misure elaborate al loro interno avrebbero dovuto applicarsi. Queste organizzazioni sono nate quando la batteriologia aveva “rivoluzionato lo studio delle malattie e cambiato l'orientamento degli interventi per la salute pubblica. (...) La filosofia delle quarantene era ormai sconfitta dall'igiene, (...) [dalla] individualizzazione delle misure sanitarie.”<sup>80</sup> L'igiene<sup>81</sup> rappresentava il “genio tutelare

---

<sup>78</sup> Colucci, M., *Medicalizzazione*, in *Lessico di biopolitica*, Laterza, Bari, 2006.

<sup>79</sup> Ziino, G., *Sanità Pubblica*, in *Enciclopedia Giuridica Italiana*, vol. XV, parte I, Società Editrice Libreria, Milano, 1905, p. 474.

<sup>80</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, *op. cit.*, p. 32.

dell'individuo e della società, preserva a ciascun individuo ed a ciascun popolo la propria salute”<sup>82</sup>.

A queste tre organizzazioni si sono presto affiancate organizzazioni regionali, come l'Ufficio Sanitario Panamericano (1923) ed il Consiglio Sanitario, Marittimo e per le quarantene d'Egitto, fondato nel 1938. La creazione, nel secondo dopoguerra, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), quindi, può essere considerata come il culmine degli sforzi di controllo sanitario fra gli Stati moderni, ma certamente non è stata il primo tentativo di gestire la salute a livello internazionale<sup>83</sup>.

I primi sforzi per la creazione di meccanismi e strumenti internazionali volti a combattere epidemie e malattie infettive risalgono alla Prima Conferenza Sanitaria Internazionale di Parigi del 1850–1851, che aveva l'obiettivo di armonizzare e ridurre al minimo i requisiti di quarantena marittima costosi e vessatori messi in atto dalle diverse nazioni europee, ed in particolare da quelle con sbocco sul Mediterraneo<sup>84</sup>. Tuttavia l'incontro di Parigi fallì nel tentativo di produrre una Convenzione Sanitaria Internazionale efficace e condivisa, tanto che la prima vera Convenzione Sanitaria Internazionale vide la luce solo nel 1892 come atto conclusivo della settima Conferenza Sanitaria Internazionale tenuta a Venezia. Tale Convenzione era ancora basata sull'elaborazione di misure di quarantena e la creazione di standard di igiene per arginare il colera. Altre Conferenze Internazionali seguirono quella di Venezia; vale qui ricordare quella del 1903, durante la quale venne affrontato per la prima volta il problema delle prevenzione delle epidemie. In quella stessa sede fu ipotizzata la costituzione di un ufficio sanitario internazionale permanente per monitorare i dati

---

<sup>81</sup> “Nel XIX secolo, le conoscenze scientifiche sulle condizioni di salute della collettività umana erano raccolte negli studi sull'igiene, disciplina che si stava formando sotto l'influenza dell'intenso processo di trasformazioni per cui stavano passando le società europee con l'avvento dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione. Londra, Parigi, Berlino raggiunsero un milione di abitanti, caratterizzando il fenomeno della formazione delle società di massa e dell'intenso processo di pubblicazione di rapporti medici e proposte di riforme sanitarie e urbane. L'associazione tra città di massa e patologie era una costante degli anni tra fine XIX e inizio XX secolo.” Trindade Lima, N., *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde*, in Finkelman, J., *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002, p. 30. In questo scenario, si intendeva per igiene “lo studio dell'uomo e degli animali nelle loro relazioni con l'ambiente, mirando al miglioramento dell'individuo e della specie.” Latour, B., *Les microbes: guerre et paix suivis de irréductions*, A. M. Metalie, Paris, 1984. In Europa, ed in particolare in Francia, il tentativo di “normalizzare la vita sociale partendo dai dettami dell'igiene, è stato un fenomeno così rilevante che portò a parlare di ‘Stato igienista’.” Rosanvalon, P., *L'Etat en France*, Seuil, Paris, 1990.

<sup>82</sup> Ziino, G., *op. cit.*, p. 159.

<sup>83</sup> Cooper, R. N., *International cooperation in public health as a prologue to macroeconomic cooperation*, in Cooper, R. N., Eichengreen, B., Henning, C. R., Holtman, G., Putnam, R. D., *Can nations agree? Issues in International economic cooperation*, The Brookings Institutions, Washington D.C., 1989, p. 179.

<sup>84</sup> WHO, *Introducing WHO*, Geneva, 1976, p. 8.



epidemiologici e, comunque, coordinare le azioni di quarantena nell'area europea e mediterranea.

Così, il 9 dicembre 1907, fu creato a Parigi l'Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica (*Office Internationale d'Hygiène Publique* - OIHP) con l'accordo dei ministri plenipotenziari di Belgio, Brasile, Egitto, Francia, Gran Bretagna, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Russia, Spagna, Stati Uniti e Svizzera, sulla scia delle proposte elaborate nelle Conferenze Sanitarie Internazionali, e in linea con l'evoluzione dell'idea di salute come prevenzione e controllo delle malattie infettive. Il volume che raccoglie i primi venticinque anni d'attività dell'Ufficio si apre proprio ricordando che “lo scopo dell'OIHP è di regolare la profilassi internazionale delle grandi epidemie. Questa profilassi è oggi [1933] regolata nei dettagli, per le misure di frontiera e marittime, dalla Convenzione Sanitaria Internazionale di Parigi del 21 giugno 1926, ma la lenta e laboriosa elaborazione di questa Carta per la protezione della salute pubblica contro i flussi pestilenziali è durata tre quarti di secolo.”<sup>85</sup>

L'OIHP, sebbene fosse un Ufficio sovra-nazionale, aveva l'obbligo di rispettare la sovranità territoriale degli Stati membri, senza ingerenze nella loro gestione interna, limitandosi ad informare i governi sullo stato di diffusione delle epidemie e ad elaborare proposte per le misure di quarantena e per gli standard igienici da adottare. L'Ufficio funzionava sostanzialmente come organo consultivo che “non [poteva] entrare in nessun modo nell'amministrazione dei diversi Stati”, e che aveva “l'obiettivo di raccogliere e di portare alla conoscenza degli Stati membri, i fatti ed i documenti di carattere generale che riguardano la salute pubblica, specialmente per ciò che riguarda le malattie infettive come colera, peste, febbre gialla, così come le misure prese per combattere le malattie citate.”<sup>86</sup> Inoltre, non era dotato di un sistema di controllo e di sanzioni per gli Stati membri che non tenessero in considerazione le informazioni prodotte e divulgate dai suoi esperti mediante i bollettini e le Conferenze Sanitarie Internazionali organizzate a Parigi rispettivamente nel 1911-12, 1926 e 1938. Quest'ultima conferenza avrebbe posto le basi del *Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte*.

---

<sup>85</sup> Office Internationale d'Hygiène Publique, *Vingt-cinq ans d'activité de l'OIHP*, OIHP Paris, 1933, p. 1.

<sup>86</sup> Idem, p. 5

Quasi in contemporanea alla costituzione dell’OIHP – nel 1902 – era stato istituito un Ufficio Sanitario Internazionale<sup>87</sup> con sede a Washington e rinominato nel 1923 come Ufficio Sanitario PanAmericano (PASB).

A queste organizzazioni, con la fine della Prima Guerra Mondiale, si aggiunse la proposta di costituzione dell’Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni, lanciata nel 1920 con l’idea ambiziosa di coordinare tutti gli uffici sanitari internazionali esistenti, incluso l’OIHP. L’Organizzazione, il cui fondamento si trova nell’art. 23 dell’Atto Costitutivo della Lega delle Nazioni, in cui la Lega si dava l’obiettivo “di compiere i passi necessari a livello internazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie”<sup>88</sup>, era costituita da un comitato di venti specialisti di discipline mediche non necessariamente appartenenti a paesi membri della Lega, e da funzionari di salute pubblica. A presiedere l’Organizzazione sarebbe stato il medico polacco Ludwik Rajchman, che ritroveremo nella storia delle più importanti organizzazioni di salute internazionale nel secondo dopoguerra in quanto ebbe spesso un ruolo fondamentale nella loro costituzione e gestione, come nel caso della *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA) e poi del Fondo Internazionale d’Emergenza per l’Infanzia (ICEF). L’Organizzazione si era data incarichi e competenze strettamente tecnici (es. Medicina preventiva per evitare la diffusione di infezioni ed epidemie come malaria, colera, tifo, febbre gialla...), ragione per cui gli esperti del comitato scientifico e della dirigenza non avevano alcun incarico politico né possibilità di ingerenza nella gestione della salute pubblica interna agli Stati membri. Tuttavia il progetto dell’Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni fallì, a causa del veto posto dagli Stati Uniti che non facevano parte della Lega.

La posta in gioco era il controllo della salute pubblica internazionale, la difesa delle popolazioni degli stati più industrializzati dalle epidemie provenienti dai paesi coloniali e la loro produttività, così come il controllo della salute e quindi dello sviluppo e della produttività dei paesi coinvolti nel secondo conflitto mondiale: gli Stati Uniti, potenza crescente nel panorama internazionale non potevano lasciare all’Europa la supremazia in un campo così delicato.

Fu così che, sul finire della Seconda Guerra Mondiale, su iniziativa degli Stati Uniti d’America e l’aiuto di [Unione Sovietica](#), [Gran Bretagna](#) e [Cina](#), venne creata la *United*

---

<sup>87</sup> WHO Manual, disponibile online [www.policy.who.int](http://www.policy.who.int).

<sup>88</sup> League of Nation, *Health Organization*, League of Nation Information Section, Ginevra, 1931, p. 3

*Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA).<sup>89</sup> L'argomentazione ufficiale a sostegno dell'istituzione di tale agenzia fu la necessità di portare aiuto ai paesi che uscivano dalla guerra: fornire assistenza immediata, attraverso la distribuzione di cibo, carburante, vestiario, medicine e protezione alle popolazioni civili delle aree coinvolte negli scontri e che quindi avrebbe dovuto avere mandato temporaneo limitato al periodo immediatamente post bellico. L'Organizzazione, cui aderirono altre 43 nazioni e che fissò la sua sede a Washington, cominciò ad operare in Europa nel [1944](#). "L'Agenzia per l'Amministrazione degli Aiuti e della Ricostruzione delle Nazioni Unite, formata dal governo degli Stati Uniti e da altre 43 nazioni, ha deciso che, man mano che le forze Alleate riescono a liberare aree occupate dai nazi - fascisti, o in seguito a loro spontanea ritirata, le popolazioni riceveranno aiuti e sollievo alle loro sofferenze, cibo, vestiario, riparo, aiuti contro il dilagare delle pestilenze e per il ristabilimento della salute delle genti... e per l'assistenza nella ripresa rapida delle attività agricole e produttive più necessarie così come nella rimessa in funzione dei servizi essenziali."<sup>90</sup>

Con la creazione dell'UNRRA, gli Stati Uniti hanno ottenuto una posizione di rilievo nella gestione della salute pubblica internazionale: prendendo le mosse da una situazione di emergenza che la guerra aveva provocato, hanno poi mantenuto il loro ruolo e la loro capacità d'influenza nell'identificazione delle strategie per la diffusione dello sviluppo attraverso il miglioramento delle condizioni igienico sanitarie delle popolazioni.

Nel tentativo di spezzare il legame tra salute, sviluppo e produttività, nel 1946, le delegazioni di Cina e Brasile presentarono una dichiarazione alla Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che fu approvata all'unanimità, nella quale richiamavano l'attenzione sulla necessità di costituire un'agenzia internazionale specializzata per la tutela della salute, svincolata dai programmi di ricostruzione, sviluppo e crescita

---

<sup>89</sup> Herbert Hoover (1874 – 1964) è stato il trentunesimo presidente degli Stati Uniti d'America, in carica dal 1929 al 1933. Su richiesta del Presidente Henry Truman, nel 1946 Hoover ha diretto la *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA).

<sup>90</sup> UNRRA Joint Resolution, *Resolution by the U.S. Congress November 9, 1943 approving U.S. participation in UNRRA*, Washington, D.C., U.S. Congressional Record, 1943. Il testo originale della risoluzione del Congresso degli Stati Uniti d'America recita: "The UNRRA formed jointly with forty-three other nations, resolved that immediately upon the liberation of any area by the armed forces of the United Nations or as a consequence of retreat of the enemy population thereof shall receive aid and relief from their sufferings, food, clothing, and shelter, aid in the prevention of pestilence and in the recovery of the health of the people...and for assistance in the resumption of urgently needed agricultural and industrial production and the restoration of essential service."

economica dei paesi coinvolti nel secondo conflitto mondiale. La pressione dei delegati della Cina, del Brasile e della Norvegia fece sì che prevalesse l'idea che alla salute dovesse presiedere un'organizzazione internazionale autonoma dalle Nazioni Unite, non limitata al controllo delle epidemie ed all'elaborazione di standard igienici, ma capace di occuparsi di tutti gli aspetti determinanti per la salute e la vita degli individui, come la nutrizione, l'accesso all'acqua, l'abitazione.<sup>91</sup> Un'agenzia che fosse in grado di elaborare una definizione di salute accettabile da tutti e applicabile in ogni luogo.

Il Consiglio per gli Affari Economici e Sociali convocò un Comitato Tecnico per cominciare i lavori di costituzione di una tale agenzia: furono riuniti esperti di tutto il mondo che avevano lavorato nel settore della salute pubblica internazionale, tra cui Sir Wilson Jameson dal Regno Unito, Szeming Sze dalla Cina, e Geraldo Paula de Sousa dal Brasile, che si incontrarono a Washington nell'aprile del 1946. L'agenda dell'incontro prevedeva lo studio delle molte proposte relative alla costruzione della nuova agenzia che il Comitato aveva ricevuto nei mesi precedenti. Tra queste, quella di Ludwik Rajchman, ex direttore dell'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni, che tuttavia non ricevette particolare attenzione ed alla quale non si fece seguito.

L'agenzia indipendente di cui si dotarono le Nazioni Unite fu l'OMS, la cui costituzione procedette per approssimazione successive: dal primo accenno alla necessità di occuparsi specificamente della salute, risalente già alla Conferenza di San Francisco del 1945; alla Conferenza tecnica della durata di 6 settimane, realizzata a New York nell'estate 1946, all'elaborazione dell'Atto Costitutivo che è entrato in vigore il 7 aprile 1948. Se la costituzione dei primi uffici sanitari internazionali può essere intesa come difesa dello standard di vita raggiunto in Europa ed in Nord America, e come concretizzazione di un pensiero medico radicato nella concezione occidentale, la costituzione dell'OMS può essere letta come il tentativo di includere in un'unica definizione ed in un'unica organizzazione idee sulla salute culturalmente diverse. L'idea che la salute non dovesse essere intesa soltanto come controllo delle epidemie e innalzamento del livello d'igiene delle popolazioni si riflette nella definizione di salute elaborata dall'OMS. Il Preambolo della Costituzione OMS; come vedremo diffusamente nel prossimo paragrafo, affianca all'elemento collettivo anche l'idea che la salute sia un diritto di ciascuno e che si identifichi con il benessere fisico, mentale e sociale degli individui. Era, questa, una proposta estremamente innovativa perché

---

<sup>91</sup> Yamey, G., *Why does the world still needs WHO?*, British Medical Journal, v. 325, n. 7375, Novembre 2002, pp. 1294 – 1298.

accanto alle ragioni classiche della salute pubblica venivano poste sullo stesso piano le ragioni individuali e la percezione soggettiva della salute.

Pur pensata come agenzia indipendente e con lo scopo di tutelare la salute individuale oltre che l'interesse collettivo, al momento della sua fondazione l'OMS ereditò parte dei fondi e della missione della *destituenda* UNRRA, la quale aveva tra i suoi obiettivi primari, l'impegno a rimettere in sesto quei "settori delle economie nazionali necessari a realizzare i programmi di aiuto, ed inoltre di fornire ai paesi ed alle loro popolazioni gli strumenti per cominciare a riprendersi autonomamente."<sup>92</sup>

L'UNRRA puntava alla ricostruzione post-bellica attraverso operazioni di aiuto e assistenza nei "diciassette paesi piegati dalla guerra"<sup>93</sup>, facendo della salute uno strumento necessario alla ripresa economica e produttiva di tali paesi. Pur avendo garantito agli Stati Uniti il controllo della ricostruzione dell'Europa post bellica e l'adozione da parte di tutti i paesi coinvolti nel conflitto dei propri standard igienico sanitari e delle proprie misure di ricostruzione e sviluppo, durante la V Sessione del Consiglio dell'UNRRA, nel 1946 a Ginevra, gli Stati Uniti avevano annunciato che non avrebbero rinnovato il loro contributo finanziario annuale all'agenzia. L'esempio degli Stati Uniti fu seguito dal Regno Unito.<sup>94</sup> Secondo quanto riportato nel Decimo Rapporto al Congresso degli Stati Uniti sulle Operazioni dell'UNRRA, pubblicato il 31 dicembre 1946, gli Stati Uniti avrebbero cessato di finanziare le attività dell'UNRRA ma avrebbero proseguito il loro impegno contro lo "spettro della fame" per le popolazioni delle aree liberate dal nazismo, proponendosi di costituire un altro fondo capace di portare a termine questa attività.<sup>95</sup> Nonostante il grande supporto popolare che l'Agenzia aveva guadagnato anche fuori dagli Stati Uniti proprio per la capacità di intervenire rapidamente nelle aree di emergenza distribuendo cibo, acqua e medicinali alle popolazioni civili, le critiche relative alla destinazione degli aiuti alimentari l'avevano resa estremamente vulnerabile al boicottaggio proprio negli Stati Uniti. Lo stesso presidente Truman, infatti, non approvava che gli aiuti americani fossero inviati in quelle regioni dell'Europa che erano sotto il controllo dell'Unione Sovietica e che

---

<sup>92</sup> *The Story of UNRRA*, pubblicata il 15 febbraio 1948 dall'*Office of Public Information*, della *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, Washington DC.

<sup>93</sup> *Idem*, p. 3.

<sup>94</sup> *The Story of UNRRA*, *op. cit.*, p. 44.

<sup>95</sup> *UNRRA, Tenth Report to Congress on Operations of UNRRA Under the Act of March 28, 1944 as of December 31, 1946*, Washington, DC, *United States Government Printing Office, Department of State Publication*. 2800, 1947.

invece erano state tra i destinatari prioritari dell'Agenzia.<sup>96</sup> Tra le altre ragioni per sospendere il finanziamento, c'era che molti dei paesi liberati avevano ristabilito governi che erano entrati in funzione e che quindi avrebbero potuto rivolgersi alla Banca Mondiale e al Fondo Monetario per avere aiuti da destinare alla ricostruzione.<sup>97</sup> Vi era poi un fattore di ordine economico, relativo all'adozione, da parte degli Stati Uniti, del Piano Marshall, il quale, per il finanziamento dei suoi programmi, necessitava di fondi che dovevano essere sottratti ad altre attività di aiuto internazionale.

Nella primavera del 1947, il Congresso degli Stati Uniti si preparava a versare il suo ultimo contributo all'UNRRA. Da quel momento, oltre che all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le funzioni ed il budget rimasto nelle casse dell'Agenzia, furono trasferiti all'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e destinati a creare un nuovo fondo dedicato in particolar modo alle esigenze dei minori delle aree post belliche, giungendo all'“accordo su una bozza di risoluzione dell'Assemblea della Nazioni Unite per la creazione di un Fondo Internazionale di Emergenza per i Minori (ICEF)”<sup>98</sup> che, nel 1953, sarebbe diventato il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF).

## **Definizione di salute dell'OMS**

I principali patti e dichiarazioni internazionali successivi al 1948, hanno mutuato l'idea di salute elaborata dai padri fondatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed enunciata nel Preambolo del suo Atto Costitutivo. Per questo, in ambito internazionale, la Costituzione dell'Organizzazione può essere considerata come punto d'arrivo e di partenza dei ragionamenti sul concetto di salute. Punto d'arrivo perché l'istituzione dell'OMS non è un'idea 'originale' ma il risultato di un processo cominciato negli anni Trenta dell'Ottocento con la creazione del *Sanitary, Medicine and Quarantine Board* basato ad Alessandria d'Egitto e con la Convenzione di Parigi del 1852, come abbiamo visto. Punto di partenza perché l'idea di salute che ne emerge è tutt'oggi il caposaldo di strategie, politiche, programmazioni e piani sanitari nazionali ed internazionali. La creazione dell'OMS e la definizione di salute che ha elaborato hanno rappresentato il tentativo di porre come centro delle future attività

---

<sup>96</sup> Incontro tra Hoover e Truman, maggio 1945. West Branch, Herbert Hoover Presidential Library; Official Documents, 1945, citato in Morris, J.M., *The origin of Unicef from 1946 to 1953*, Tesi di Dottorato in Storia Contemporanea, discussa alla Miami University, Miami, 2004.

<sup>97</sup> *The Story of UNRRA*, op. cit., p. 44-45

<sup>98</sup> *UNRRA, Tenth Report to Congress on Operations of UNRRA*, op. cit., p. 7.

dell'organizzazione, un'idea che si voleva il meno culturalmente determinata possibile, molto flessibile, in modo da poter essere usata come strumento di promozione sociale delle condizioni di vita degli individui oltre che come strumento di mantenimento della pace e della sicurezza delle nazioni. Per dirla con Bennet "il fatto che cinquanta nazioni si siano riunite per formare un'organizzazione internazionale manifesta il desiderio di raggiungere determinati propositi comuni; e l'accordo circa il modo di enunciare questi propositi, incorporati nei passaggi iniziali del documento finale di un incontro del genere, mette in evidenza i limiti e le potenzialità di tali propositi."<sup>99</sup>

Al centro del Preambolo della Costituzione dell'OMS si trova l'importante affermazione che "la salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità, e che il godimento del più alto livello possibile di salute è uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano senza discriminazioni" di sorta.<sup>100</sup>

Per la prima volta la salute è riconosciuta come diritto di ogni essere umano<sup>101</sup> e la sua definizione contiene principi di libertà (*stato di benessere mentale e sociale*) e principi di uguaglianza (ciascuno ha diritto al *più alto livello possibile di salute*). Per un verso, quindi, (1) la definizione di salute dell'OMS riconosce il diritto alla salute individuale e non limita l'idea di salute al controllo delle epidemie, alla loro prevenzione, all'igiene come strumento di miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni<sup>102</sup>. Per un altro, (2) si riferisce all'obbligo degli Stati di offrire servizi che, sì, mettano in condizioni gli individui di godere del loro diritto alla salute ma che garantiscano anche un livello di salute omogeneo e sufficiente a garantire la sicurezza e lo sviluppo nei e tra i paesi.

(1) "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell'assenza di malattie e infermità. (...) Il godimento del migliore stato di salute raggiungibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano".

(2) "La salute di tutti è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla completa collaborazione degli individui e degli Stati. (...). I risultati

---

<sup>99</sup> Bennet, A., *International organisations: principles and issues*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, Inc., 1984, p. 53.

<sup>100</sup> World Health Organization, *Constitution*, in *Basic Documents*, 36° ed., Ginevra, 1986. Disponibile sul sito internet: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf), ultimo accesso 3 giugno 2009.

<sup>101</sup> Il dibattito sul significato del diritto alla salute sarà presentato nel prossimo paragrafo.

<sup>102</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, p. 122.

conseguiti da ogni Stato nel miglioramento e nella protezione della salute sono preziosi per tutti. (...) Uno sviluppo ineguale nei differenti paesi nel campo della promozione della salute e del controllo delle malattie è un pericolo comune per la società internazionale”.

La presenza del riferimento alla salute come diritto soggettivo fa della definizione di salute dell'OMS un documento molto significativo, di rottura. Rappresenta, almeno teoricamente, il punto di svolta nella concezione della salute rispetto alle elaborazioni operate dagli Uffici e Organizzazioni Sanitarie precedenti: dall'idea che la cooperazione fra gli Stati in materia di salute dovesse servire essenzialmente alla lotta alle malattie, all'idea che ciascuno Stato e gli Stati in collaborazione fra di loro dovessero rendere possibile il godimento del più alto standard di salute, fisica, mentale e sociale raggiungibile. L'enfasi sulla salute da intendersi come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, e la considerazione della salute come diritto soggettivo, introducono nel discorso sanitario un parametro di giudizio soggettivo. Se la salute pubblica e l'igiene erano sempre stati valutati secondo il parametro oggettivo dell'economia, dell'efficienza, della produttività, la nuova definizione di salute proposta dall'OMS apre alla dimensione soggettiva, alla determinazione e alla libera scelta individuale.

Pur introducendo questo importante elemento di novità, tale definizione contiene tuttavia ad alcuni degli aspetti fondamentali contenuti già nell'articolo 55 della Carta delle Nazioni Unite adottata a San Francisco nel 1945, e dunque mantiene un forte legame con l'idea classica di salute come fattore chiave per lo sviluppo economico e la sicurezza degli Stati. Pur mantenendo il riferimento all'interesse collettivo, dunque, tale definizione tenta di scardinare la logica economica - definendo la salute come diritto soggettivo e aprendo ad elementi e criteri di valutazione non oggettivi; apre alla dimensione soggettiva e alla auto-percezione e determinazione delle condizioni di salute pur rimandando alla necessità di garantire la pace e la sicurezza degli Stati e tra gli Stati anche attraverso la promozione della salute.

Nonostante il rimando alla salute pubblica e alla sicurezza collettiva, si può dunque affermare che l'aspetto più innovativo della Costituzione dell'OMS è senz'altro l'idea che la salute sia un diritto soggettivo e che debba essere intesa come completo stato di benessere, come sostenuto nella bozza di Costituzione elaborata dal rappresentante della



delegazione Jugoslava, Alexandr Stampar<sup>103</sup>, Presidente della Prima Assemblea Mondiale della Sanità, che ha molto influenzato la scelta dei padri fondatori di inserire la componente soggettiva e quella sociale nella definizione di salute dell'OMS. E' soprattutto per questa caratteristica che tale definizione è stata definita come una delle più "avanzate e visionarie espressioni"<sup>104</sup> dell'idea di salute, per l'apertura a parametri soggettivi di valutazione e interpretazione della salute, cosa che le ha però valso un ampio numero di critiche.<sup>105</sup> La letteratura sociologica e antropologica ha dato molto rilievo all'introduzione dell'idea di salute come diritto e parametro soggettivo, discutendo la natura della salute a partire dalla nozione elaborata dall'OMS; mentre la letteratura giuridica ha approfondito l'analisi su quali dovessero essere le condizioni necessarie per garantire l'equità nell'accesso ai servizi sociosanitari. "Esplicitare il 'sociale' che ha a che fare con la salute – com'è stato fatto nella Costituzione dell'OMS - significa[va] in sostanza trattare le salute come un fenomeno sociale (...) denso di oggettività e di soggettività"<sup>106</sup>; dunque implicava, tra le altre cose, la promozione di migliori condizioni di vita come la nutrizione, la casa, il lavoro, oltre all'accesso alle cure mediche e all'assicurazione sanitaria per tutti. Le determinanti socio-economiche come l'accesso all'istruzione, all'abitazione, al lavoro sicuro e molto altro, venivano così considerate parte del complesso di condizioni che determinano lo stato di salute.<sup>107</sup>

In breve, le principali critiche sono fondate su tre principali argomenti, relativi al fatto che l'idea espressa nella Costituzione dell'OMS fosse:

(1) eccessivamente 'inclusiva'. I fautori di questa critica propongono che la definizione di salute si concentri più sull'aspetto prettamente fisico, medico, secondo la logica per cui la salute ed il suo raggiungimento deve essere affidata agli specialisti della medicina

---

<sup>103</sup> Come registrato nelle *Suggestions Relating to the Constitution of an International Health Organization*, WHO Official Records, 1. Annex 9, Andrija Stampar sottolinea sin dalle prime riunioni del Comitato nel 1946 come i lavori del Comitato dovessero essere estesi dagli aspetti negativi della salute, a quelli positivi della salute pubblica come il miglioramento delle condizioni alimentari, dell'educazione fisica, delle cure e dell'assistenza medica, etc.

<sup>104</sup> Burci, G., Vignes C., *The World Health Organization*, Manoscritto in via di pubblicazione, 2002, Ch. 5, citato in E. Minelli, World Health Organization. The mandate of a specialized agency of the United Nations, available at [http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO\\_Minelli/Index.htm](http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/Index.htm)

<sup>105</sup> Per l'analisi dettagliata e completa della nozione di salute a partire dallo studio linguistico dei termini utilizzati nel Preambolo dell'Atto Costitutivo dell'OMS si rimanda al Working Paper Series vol. 14 n. 7 dell'ottobre 2004 dell'Harvard Centre for Development and Population (a cura di) Sussela Bok, *Rethinking the WHO Definition of Health*.

<sup>106</sup> Donati, P., *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della malattia alla sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli editore, 1995, p. 29.

<sup>107</sup> Ibidem.

e della biologia capaci di interventi specifici e non fornire l'occasione di un'eccessiva pianificazione della vita da parte degli Stati;

(2) eccessivamente 'esclusiva' poiché non tiene conto di dimensioni importanti della salute, come ad esempio le dimensioni etiche e spirituali;

(3) sostanzialmente irrealistica.<sup>108</sup> Quest'ultimo gruppo di critiche si sostanzia nella tesi per cui "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale corrisponde più probabilmente alla felicità che alla salute."<sup>109</sup> O nella tesi che la nozione di salute dell'OMS sia "non originale ma piuttosto mitica" nel pretendere di affermare l'idea di una 'nuova medicina globale' risolutiva non solo nei casi di malattia, ma capace di rispondere anche alle necessità delle persone sane. Ne risulterebbe, secondo questi critici, un'organizzazione mondiale della salute caratterizzata dalla negazione delle libertà individuali.<sup>110</sup>

Le tesi relative all'eccessiva inclusività della definizione proposta dall'OMS sono state sin da principio le più numerose. Nel 1973 Daniel Callahan<sup>111</sup> nel suo *The WHO definition of Health*, analizzava le principali critiche emerse sino ad allora nei confronti del Preambolo della Costituzione dell'OMS, e concludeva proponendo una versione semplificata e a suo dire più accettabile di salute piuttosto che quella dello 'stato di completo benessere', argomentando che le persone possano definirsi sane anche se non in possesso del completo stato di benessere fisico, mentale e sociale. Qualche anno più tardi, durante un seminario sul Diritto alla Salute come diritto umano fondamentale tenutosi all'Aia<sup>112</sup>, è stato affermato che la definizione dell'OMS metteva – in teoria – gli individui in possibilità di richiedere agli Stati il godimento di un diritto che non è "disponibile su domanda", perché lo Stato non può essere ritenuto responsabile di fronte ai cittadini per il mantenimento o la ri-acquisizione dello stato di salute.<sup>113</sup>

Agli inizi degli anni Ottanta, il filosofo Christopher Boorse ha nuovamente proposto l'idea che l'unica possibile definizione di salute sia 'stato di assenza di malattia'; una

---

<sup>108</sup> Yach, D., *Health and illness: the definition of the World Health Organization*, 1998, disponibile online sul sito web: [www.medizin.ethnik.ch/publik/helth\\_illness.htm](http://www.medizin.ethnik.ch/publik/helth_illness.htm), ultimo accesso 3 maggio 2008.

<sup>109</sup> Saracci, R., *The World Health Organization needs to reconsider its definition of health*, in *British Medical Journal*, vol. 314, no. 7091, 10 May 1997, pp. 1409 – 1410.

<sup>110</sup> Cesana, G., *Il "Ministero" della Salute*, Studio Editoriale Fiorentino, Firenze, 2000, p. 35, citato in E. Minelli, *World Health Organization. The mandate of a specialized agency of the United Nations*, available at [http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO\\_Minelli/Index.htm](http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/Index.htm)

<sup>111</sup> Callahan, D., *The WHO definition of Health*, in Beauchamp, T., LeRoy, W., (a cura di), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company, 1978, pp. 90-95.

<sup>112</sup> Von Wartburg, W. P., *Right to Health as a Human Right*, Aja, 1978.

<sup>113</sup> Tratto dal Rapporto della Conferenza Internazionale sulle Cure Mediche Primarie, tenuta a Ginevra nel 1978.

posizione analoga è stata sostenuta da Norman Daniels che, nel 1981, argomentava però la sua visione “stretta” della salute come necessaria a preservare tanti aspetti della vita dall’eccessiva medicalizzazione cui sarebbe stata esposta dall’espressione troppo inclusiva proposta dall’OMS. In anni molto recenti (2003), Daniel Callahan è tornato sulla sua definizione re-introducendo il benessere mentale come condizione essenziale per la salute, pur respingendo l’ipotesi di includere nella definizione di salute anche le determinanti sociali che considera fuorvianti e non medicalizzabili.

Nel 2004 Sissela Bok<sup>114</sup>, *senior fellow* del *Center for Population and Development Studies*<sup>115</sup> dell’Università di Harvard, ha proposto una riflessione sull’astrattezza dei termini ‘salute’ e ‘benessere’, la cui comprensione sarebbe resa ancora più oscura quando il termine è accompagnato dall’aggettivo ‘completo’, così come avviene nel preambolo della Costituzione dell’OMS. Bok ha discusso l’uso della nozione di benessere, che offrirebbe le stesse complicazioni, ampiezza di significato, difficoltà di definizione e misura rispetto a quella di salute che dovrebbe definire; e dell’uso dell’aggettivo ‘completo’, che complicherebbe gli sforzi di rendere comprensibili le tre dimensioni del benessere – fisico, mentale e sociale – incluse nella definizione dell’OMS. L’idea stessa di un completo benessere fisico, mentale e sociale, agli occhi dell’autore, portava a medicalizzare tutta l’esperienza umana anche perché, conclude, bisognerebbe dimostrare di poter definire il benessere sociale per poterlo usare come complemento di specificazione dello stato di salute. Ad essere oggetto di critica qui è l’idea della medicina sociale, con la sua tendenza a prendere in carico vari aspetti economici e sociali della vita, finendo per promuovere, secondo i critici, il suo eccessivo controllo.

Un altro genere di critiche non riguarda il concetto di salute di per sé, quanto piuttosto le difficoltà di misurarla e di realizzare programmi che ne migliorino le condizioni tanto per i singoli che per le popolazioni nel loro complesso. In particolare, fu posta in questione la possibilità di misurare gli aspetti sociali e spirituali della salute definendo indicatori utili e strumenti di monitoraggio e valutazione adeguati.

Secondo i sostenitori dell’idea di salute espressa nella Costituzione dell’OMS, quella definizione proietta una visione di uno stato ideale di salute intesa come l’eterno

---

<sup>114</sup> Bok, S., *Rethinking the WHO definition of health*, Working paper series, v. 14, n. 7, Ottobre 2004, Harvard Centre for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.

<sup>115</sup> Centro per gli Studi sulle Popolazioni e lo Sviluppo dell’Università di Harvard, [www.hsph.harvard.edu/centers-institutes/population-development/](http://www.hsph.harvard.edu/centers-institutes/population-development/)

obiettivo da raggiungere.<sup>116</sup> Per questi autori la proposta dell'OMS include nella sua idea di salute anche la nozione di incompiuto e di 'tensione verso', per cui la salute risulterebbe essere una costante tensione verso uno stato di benessere cui si aspira, ma che non si vive mai in una dimensione di stabilità e di definitività; come se la salute non fosse altro che una costante ricerca.

### **La critica filosofica e sociologica: che cos'è la salute?**

Il dibattito interno alle scienze sociali, come abbiamo visto, è stato molto influenzato dalla definizione di salute proposta dall'OMS. Tuttavia, alcuni autori particolarmente rilevanti nel settore hanno continuato a sostenere un'idea di salute intesa come "stato ottimale per la realizzazione di compiti (socialmente) positivamente considerati"<sup>117</sup>, mostrando la capacità persuasiva capillare delle tesi funzionaliste di Talcott Parsons, sociologo statunitense che ha definito la malattia come "ruolo sociale *deviante*, disfunzionale per la società prima ancora che per la persona, ruolo che può essere legittimato solo del medico. (...) E' il medico che media tra il soggetto e il sistema, perché è lui che decide se un particolare insieme di 'simboli' riflette o no una malattia."<sup>118</sup> Questo schema, in cui il medico ha un ruolo che è allo stesso tempo etico, giuridico, educativo e in cui la medicina è l'istituzione atta al controllo sociale, ben riflette i principi culturali e i criteri organizzativi basilari delle società occidentali della prima metà del XX secolo. Parsons aveva preso le mosse dal problema di comprendere come, in una società capitalista in cui "l'attività professionale è spinta da orientamenti di valore individualistici e di profitto, possa ancora sussistere una professione come quella del medico, orientata in senso collettivo e spinta da motivazioni solidaristiche". Soltanto in un secondo tempo la sociologia medica parsonsiana si è allargata "agli aspetti culturali e simbolici della malattia / salute".<sup>119</sup> L'impostazione di Parsons ha condizionato profondamente la sociologia medica delle decenni successive. Alla metà degli anni Settanta, il filosofo funzionalista nord americano Christopher Boorse, nel suo *Health as a theoretical concept*, ha ripreso la tesi funzionalista parsonsiana, descrivendo la malattia (*disease*) come lo stato del corpo risultante dal funzionamento anormale di qualcuno dei suoi sistemi o sub sistemi interni<sup>120</sup>. Alcune malattie (*disease*), secondo

---

<sup>116</sup> Gruskin, S., Tarantola, D., *Health and Human Rights*, intervento presentato al seminario dell'OMS "Health and human Rights Training" nel 2000.

<sup>117</sup> Parson, T., *Social structure and personality*, citato in Almeida Filho, N. de, *op. cit.*

<sup>118</sup> Donati, P., *op. cit.*, p. 56.

<sup>119</sup> Idem, p. 32.

<sup>120</sup> Boorse, C., *Health as a theoretical concept*, in "Philosophie of science", n. 44, pp. 542-573.

l'autore, possono trasformarsi in invalidità (*illness*), portando a limitazioni per l'individuo che rispondono ad almeno una delle seguenti caratteristiche: non sono desiderabili dal soggetto, richiedono interventi medici, possono essere considerate una accettabile giustificazione per comportamenti altrimenti socialmente inaccettabili.

Durante gli anni Ottanta, pur partendo da posizioni funzionaliste, gli scandinavi Porn e Nordenfelt hanno ripreso la definizione pragmatica di salute correggendo l'approccio di Boorse e ponendo salute e invalidità (*illness*) come opposti simmetrici, nello sforzo di dare giustificazione filosofica ed economica al "neo-welfarism" scandinavo. La salute non sarebbe l'assenza di malattia (*disease*) ma la non esistenza di invalidità (*illness*) in termini di adattamento di ogni organismo umano all'ambiente biologico e sociale che lo circonda<sup>121</sup>. Nordenfelt ha proposto di distinguere tra una invalidità (*illness*) oggettiva ed una soggettiva: l'invalidità (*illness*) soggettiva si dà quando una persona sa di essere malata e quando si considera ammalata (ossia quando sperimenta una serie di stati mentali associati alla malattia). Di converso, la salute soggettiva si dà quando l'individuo non si sente soggettivamente ammalato, quando si considera sano, e quando non sperimenta nessuno degli stati mentali associati alla invalidità (*illness*) soggettiva. La novità di queste posizioni è rappresentata dall'apertura agli aspetti soggettivi e l'analisi del linguaggio della salute e della malattia per come sono percepite da chi ne fa esperienza, anche se, certo, è possibile rintracciare in queste proposte l'influenza della teoria funzionalista di Parsons, secondo cui la salute è intesa come "stato ottimale per la realizzazione di compiti (socialmente) positivamente considerati".<sup>122</sup> L'approccio fenomenologico, poi, dà ancora maggiore peso all'esperienza individuale, "pone al centro del suo interesse l'attività di cura della salute come 'agire significativo'"<sup>123</sup> ed esamina la salute e la malattia come 'esperienze umane'. E' il linguaggio stesso a costituire l'oggetto di analisi dell'approccio fenomenologico: parole come medicina, cura, paziente, ospedale, sano, malato "non vengono date come auto-evidenti, ma sono analizzate alla luce del contesto in cui emergono e vengono utilizzate, cioè dal punto di vista del significato – anche pratico – che hanno nel discorso e nell'azione sociale interattiva della vita quotidiana."<sup>124</sup> La definizione della salute e della malattia è riferita innanzitutto alla definizione che l'individuo dà della sua situazione, "l'accento [è posto] sulla 'susceptibilità individuale' nei confronti della malattia (...). La novità di questo

---

<sup>121</sup> Porn, I., *Health and adaptedness*, citato in Almeida Filho, N. de, *op. cit.*

<sup>122</sup> Parson, T., *Social structure and personality*, citato in Almeida Filho, N. de, *op. cit.*

<sup>123</sup> Donati, P., *Verso una nuova sociologia della salute*, in Donati, P., *op. cit.*, p. 58.

<sup>124</sup> Idem, p. 58.

approccio sta dunque nel mostrare che un fattore – chiave nella distribuzione sociale delle malattie (...) sta nella sfera culturale e rimanda all’interpretazione che gli individui danno della loro ‘situazione di vita’<sup>125</sup>. Una parte rilevante nell’essere o diventare sani o malati è giocata dall’immagine e dal rapporto simbolico che si ha con il proprio corpo, rapporto che è spesso esterno ai canoni pre-definiti della medicina ufficiale e rimanda ai modelli culturali propri di ogni gruppo sociale. In modo schematico possiamo dire che la malattia è quindi la rottura di una esperienza umana routinaria e l’emergere di una situazione in cui si verificano le seguenti caratteristiche:

- a. “tensione verso la piena attenzione alla vita;
- b. eliminazione di ogni dubbio rispetto alla propria esistenza concreta;
- c. problematicità dell’agire spontaneo, perché l’infermità o la diminuzione funzionale hanno effetti passivizzanti;
- d. preponderanza, sul ‘sé totale’, della corporeità nel caso di malattie fisiche, oppure delle condizioni spirituali nel caso di malesseri, indisposizioni, disarmonie interiori;
- e. perdita di capacità comunicativa e quindi rottura delle reti di socievolezza;
- f. misura diversa del tempo e dello spazio.”<sup>126</sup>

Anche le proposte dell’antropologia medica soprattutto di area anglosassone e francofona, si pensi ad autori quali Clifford Geertz<sup>127</sup>, Arthur Kleinman<sup>128</sup> e Byron Good<sup>129</sup>; Gilles Bibeau<sup>130</sup> e Ellen Corin<sup>131</sup> o, per l’Italia, a Mariella Pandolfi<sup>132</sup>, hanno tentato di costruire una definizione positiva che superi l’opposizione salute – malattia e quindi il diritto alla salute come mero diritto alle prestazioni sanitarie.<sup>133</sup> Hanno rimesso al centro del dibattito l’idea che la salute e la malattia sono oggetti socialmente e culturalmente determinati e che, quindi, devono essere interpretati nei contesti locali di loro produzione attraverso strumenti di comprensione e di cura culturalmente adeguati. Arthur Kleinman, che considera la malattia (tanto *illness* quanto *disease*) come costruito

---

<sup>125</sup> Idem, p. 59.

<sup>126</sup> Idem, p. 60.

<sup>127</sup> Geertz, C., *Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology*, New York, Basic Books, 1983, trad. it. *Antropologia interpretativa*, Bologna, Il Mulino, 2001.

<sup>128</sup> Kleinman, A., *The illness narratives*, New York, Basic Books, 1988.

<sup>129</sup> Good, B., *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

<sup>130</sup> Bibeau, G., *Entre sens et sens commun*, Ottawa, Société Royale du Canada, 1992.

<sup>131</sup> Corin, E., *Le feu de la différence*, Ottawa, Société Royale du Canada, 1992.

<sup>132</sup> Pandolfi, M., *Boundaries inside the body: women’s suffering in Southern peasant Italy*, in “Culture, medicine and Psychiatry”, 1990, n. 2, pp. 255-273.

<sup>133</sup> Almeida Filho, N. de, *op. cit.*

sociale, ha definito i disturbi di salute (*illness*) come ciò che si riferisce al modo in cui gli individui ammalati (*sick*) percepiscono, esprimono e si relazionano con il processo dell'ammalarsi. La malattia (*disease*), secondo Kleinman, si dà a partire dal discorso tecnico scientifico che nasce dalla relazione medico – paziente, attraverso una comunicazione mediata dal linguaggio culturalmente condiviso dei disturbi di salute (*sickness*). L'autore considera salute, malattia (*sickness*), cura e assistenza, come elementi comuni ad ogni specifico sistema culturale, per questa ragione questi concetti devono essere intesi nelle loro reciproche relazioni. Analizzarli separatamente distorcerebbe la nostra possibilità di comprensione delle loro rispettive caratteristiche e del loro funzionamento in un dato contesto. Le ragioni di possibili diversità nella percezione della salute e della malattia sono dovute, secondo Kleinman, alle diverse dimensioni dei disturbi di salute (*sickness*) e della salute: esse dovrebbero essere descritte secondo differenti modelli che tengano conto della complessa interazione dei vari fattori a livello biologico, psicologico e sociale, con una terminologia non limitata a quella della biomedicina.

Anche Byron e Mary-Jo Good hanno affermato che il confine tra il normale e il patologico, tra la salute e la malattia è definito dall'esperienza dei disturbi di salute (*illness*) nelle diverse culture, dalle sue narrazioni e dai rituali della ricostruzione del mondo che la malattia distrugge. Il disturbo di salute (*illness*) non è una cosa in sé, né lo è la sua rappresentazione; si tratta, piuttosto, di un oggetto risultante da questa interazione. I due autori propongono, a titolo di esempio, un modello per intendere la razionalità della visione biomedica occidentale. L'interpretazione dei sintomi in quanto manifestazioni di una realtà biologica è una caratteristica della razionalità clinica. Secondo il modello biomedico salute – malattia (*disease*), la pratica clinica si basa sulla conoscenza di catene causali che operano a livello biologico e segue un preciso cammino per decodificare ciò che il paziente riporta in modo tale da identificare le sottostanti ragioni somatiche o i processi psicologici e patologici. Il modello, quindi, ha due obiettivi principali: stabilire la diagnosi per la malattia (*disease*) e proporre trattamenti razionali. Gli autori argomentano che l'attribuzione di significato in quanto "sintomo" agli stati psicologici alterati è insufficiente come base per la pratica clinica in quanto vi sono molti fattori psicologici, sociali e culturali che influenzano l'esperienza della malattia (*sickness*), le sue manifestazioni e la stessa espressione dei sintomi. Uno dei punti principali su cui poggia la critica di questi autori al modello biomedico è la mancata differenziazione tra malattia intesa come *disease* e la malattia intesa come

*illness*. Se la malattia come *disease* si riferisce ad alterazioni biologiche o psicologiche, il disturbo in quanto *illness* si situa nel dominio del linguaggio e dei significati, e costituisce un'esperienza essenzialmente umana. La trasformazione della malattia come *disease* in un'esperienza umana oggetto di attenzione medica avviene attraverso l'attribuzione a questa di significati. Quindi, non più soltanto il disturbo come *illness*, ma anche la malattia in quanto *disease* costituisce una costruzione sociale, basata su teorie e reti di significati all'interno di sub-culture mediche, una rete di simboli costruiti nell'atto interpretativo, al quale gli autori si riferiscono come "semantic network".

Nel suo tentativo di sviluppare un approccio relativo alla determinazione della malattia (*sickness*) fondato sull'analisi delle relazioni sociali di produzione, l'antropologo Allan Young critica i modelli di Kleinman e di Byron and Mary Good, poiché intendono l'individuo soltanto come oggetto e arena di eventi significativi relativi al disturbo (*illness*), senza considerare le maniere in cui le relazioni sociali la determinano e la distribuiscono. E li critica anche nel sostenere che la divisione tra malattia come *disease* e il disturbo come *illness* non sia sufficiente a spiegare le dimensioni sociali del processo dell'ammalarsi. Young riconosce l'enfasi che Kleinman dà alle determinanti sociali nel suo modello, e riconosce anche la capacità di Byron and Mary Good di mettere in luce i rapporti di potere nei discorsi medici di attribuzione di significato alla malattia (*disease*), ma nessuno degli autori, a suo parere, affronta efficacemente questi temi nei propri lavori e modelli. Secondo Young, le pratiche mediche si avvalgono di componenti politiche e ideologiche significative fondate sulle relazioni di potere che giustificano la iniqua distribuzione di disturbi di salute (*illness*) e cure così come la iniqua distribuzione delle loro conseguenze. Sono le forze sociali che definiscono quali individui soffriranno determinati disturbi (*illness*), avranno quindi determinate malattie (*sickness*), e avranno accesso a determinate cure. A seconda della posizione economica dell'individuo in questione, la stessa malattia (*disease*) implicherà diversi *illness* e *sickness* e differenti processi di cura.

Young propone di incorporare nel concetto di malattia (*sickness*) il processo attraverso cui si attribuiscono significati socialmente condivisi a segni di comportamenti devianti e di segnali biologici, trasformandoli in sintomi e avvenimenti socialmente significativi. Per usare la sua stessa locuzione *sickness is a process for socializing disease and illness*.<sup>134</sup> Questa costruzione sociale della malattia (*sickness*) avviene, in parte,

---

<sup>134</sup> Young, A., *The anthropology of illness and sickness*, in "Annual reviews of anthropology", n. 11, p. 270.



all'interno e attraverso il sistema medico, strettamente legato ai circuiti ideologici della società in senso esteso. Questa dimensione ideologica, attraverso diverse forme di conoscenza e pratica relative alla salute, riproduce visioni specifiche dell'ordine sociale e agisce per mantenerlo. Young conclude affermando che le rappresentazioni della malattia (*sickness*) costituiscono gli elementi della mistificazione delle sue origini sociali e delle sue condizioni sociali nella produzione di sapere. La traslazione della sofferenza (*illness*) derivata da relazioni di classe in termini medici, costituisce il processo di neutralizzazione necessario alle classi egemoniche. Attraverso il processo di medicalizzazione, il disturbo (*illness*) è ridotto al livello biologico individuale, evitando così di considerarne le dimensioni sociali, politiche e storiche. In anni più recenti, Gilles Bibeau e Ellen Corin, dell'Università di Montreal, hanno enfatizzato la necessità di adottare un approccio sociale e storico per analizzare contesti locali, di stabilire connessioni epistemologiche, teoriche e metodologiche tra le diverse dimensioni della realtà, articolando una "prospettiva globale"<sup>135</sup> che intenda integrare elementi interpretativi e pragmatici per costruire un nuovo modello di salute-malattia-cura. Il punto chiave secondo questi autori sta nel riflettere sulle relazioni tra sistemi di significato e condizioni di produzione<sup>136</sup>, ossia l'organizzazione delle esperienze e le condizioni strutturali collettive.

Le condizioni strutturali collettive riguardano il macro contesto, ossia i limiti ambientali, le reti di potere politico, i parametri di sviluppo economico, l'eredità storica e le condizioni di esistenza quotidiana. In altre parole, le condizioni strutturali collettive riguardano i fattori condizionanti che modulano le culture e limitano la libertà di azione tanto a livello individuale quanto di gruppi.

L'organizzazione collettiva delle esperienze, invece, rappresenta gli elementi dell'universo socio-simbolico collettivo che agiscono per conservare l'identità del gruppo, i sistemi di valori, l'organizzazione sociale<sup>137</sup>. Nel postulare che i sistemi semiologici ed i modi di produzione sono collegati alla produzione dell'esperienza della malattia, Bibeau avvalorava la proposta di Young di considerare il contesto socio economico, politico e storico come aspetto primario nei processi di salute - malattia - cura. Questa lettura, ossia l'intendere il processo dell'ammalarsi (*falling ill*) in

---

<sup>135</sup> Bibeau, G. A., *Step forward thick thinking: from webs of significance to connections across dimension*, in "Medical Anthropology Quarterly", n. 2, 1988, pp. 402-416.

<sup>136</sup> Corin, E., *The social and cultural matrix of health and disease*, in *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, R., (a cura di), Aldine de Gruyter, Hawthorn, 1995.

<sup>137</sup> Bibeau, G. A., *Step forward...*, *op. cit.*

prospettiva globale, legando le traiettorie individuali e i codici culturali al contesto macrosociale ed alle determinanti storiche impone, secondo Corin<sup>138</sup>, l'adozione di prospettive transculturali che sono le uniche che ci permettono di riconoscere la relatività dei nostri concetti e delle nostre teorie e che ci aiutano ad ampliare la nostra idea di salute e della realtà.

### **La salute dei giuristi: che cosa significa diritto alla salute?**

“Si dice che tra i diritti fondamentali quelli il cui contenuto consiste in un obbligo di fare dello Stato sono diritti sociali; mentre sono diritti di libertà quelli che per contenuto hanno l'obbligo dello Stato di astenersi da ogni interferenza.<sup>139</sup> (...) La differenza tra diritti di libertà e diritti sociali dipende anche dall'aver configurato il diritto sociale come un diritto a una prestazione.”<sup>140</sup>

Il diritto alla salute, in quanto diritto sociale, prevede quindi l'esistenza di obblighi dello Stato nei confronti degli individui. Si possono rintracciare due ordini fondamentali di obblighi: da un lato assicurare il diritto alla cura degli individui, e quindi predisporre servizi atti a garantire adeguate prestazioni; dall'altro lato, assicurare le condizioni igieniche, ambientali e sociali per cui gli individui possano crescere e svilupparsi, ossia garantire “la presenza di condizioni favorevoli alla salute in cui il benessere venga promosso come bene comune, in cui (...) si adottino le misure di prevenzione e contenimento dei maggiori rischi che incombono sugli individui e le popolazioni”.<sup>141</sup>

La divisione tra diritti sociali e diritti di libertà, sostiene Palombella, “se resa un carattere strutturale, può essere però forviante: poiché ingenera la convinzione che il contenuto del diritto sia la pretesa ad una prestazione dello Stato, o l'obbligo di una prestazione pubblica, anziché il bene rilevato, come la salute (...). E' del tutto pacifico che nel caso dei diritti sociali la tutela necessaria consista in una prestazione statale molto più spesso che per i diritti cosiddetti di libertà. Ma il diritto alla salute andrebbe costruito più realisticamente: come la tutela di un bene sia attraverso divieti, sia

---

<sup>138</sup> Corin, E., *The culture frame: context and meaning in the construction of health*, in *Society and health*, Amick, B., Levine, S., Tarlov, A. R., Walsh, D. C., (a cura di), Oxford, Oxford University Press, 1995, pp. 272-301

<sup>139</sup> “Si tratta di una tesi tradizionale e in gran parte sino ad ora fondata: la si può trovare confermata e accettata nella nostra attuale teoria generale del diritto che si è pronunciata al punto”, Palombella, G., *Diritti fondamentali: argomenti per una teoria*, Sito Web Italiano per la Filosofia. Disponibile online sul sito <http://lgxserver.uniba.it/lei/filpol/glp.htm>, ultimo accesso 22 agosto 2008.

<sup>140</sup> Palombella, G., *op. cit.*

<sup>141</sup> Manifesto di costituzione della Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia, disponibile online sul sito web: [www.ais-sociologia.it](http://www.ais-sociologia.it), ultimo accesso 3 giugno 2009.

attraverso obblighi, dello Stato quanto dei privati; la preservazione o il sostegno si producono sia attraverso la regolazione statale sia sviluppando l'autonomia degli individui, non molto diversamente da quanto accade nel caso dei diritti di libertà. Lo Stato può doversi astenere da ogni attività che metta in pericolo la salute dei cittadini, o da ogni regolazione che limiti l'autonoma ricerca della cura.”<sup>142</sup>

In quanto diritto sociale, il diritto alla salute prevede l'obbligo da parte dello Stato di creare condizioni e offrire servizi per il raggiungimento della salute; in quanto diritto di libertà, però, implica anche l'astensione dello Stato dagli interventi nella sfera individuale per garantire il rispetto all'autodeterminazione dei singoli. Agli obblighi dello Stato – di intervento e di astensione - corrispondono, poi, anche degli obblighi per gli individui: lo Stato deve provvedere alla creazione e al mantenimento delle condizioni ambientali e igieniche adeguate a garantire la salute collettiva, tuttavia perché queste condizioni sussistano è necessario che i singoli accettino le norme e le pratiche imposte dallo Stato partecipando al progetto collettivo di tutela della 'salute come valore'.

Questo carattere composito ha portato alcuni a sostenere che sia difficile trovare una definizione più nebulosa e controversa relativa ad un diritto fondamentale di quella del diritto alla salute<sup>143</sup>, ed inoltre, proprio la compresenza di obblighi per lo Stato e di diritti/doveri per gli individui (come, ad esempio, il diritto/dovere di sottoporsi alle vaccinazioni per consentire la creazione di ambienti immuni a determinate malattie) alcuni autori più che in termini di diritto ne hanno parlato in termini di 'valore', definendo la salute come “valore in sé, perseguibile e raggiungibile in funzione della crescita umana.”<sup>144</sup> Al contrario, è stato sostenuto che “la salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal volere o, peggio, dall'arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che [...] riguarda la qualità della vita e che pertanto lui solo può legittimamente fare”.<sup>145</sup> Tale affermazione, pronunciata dalla sentenza della Corte d'Assise di Firenze nel 1990, ha rappresentato secondo Santosuosso un “riconoscimento

---

<sup>142</sup> Palombella, G., *op. cit.*

<sup>143</sup> Ruger, J. P., *Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements*, Yale Journal of Law & the Humanities, vol. 18, pp. 273-326, 2006. Disponibile sul sito <http://ssrn.com/abstract=933009>, ultimo accesso giugno 2008.

<sup>144</sup> Berlinguer, G., *Etica della salute*, Il Saggiatore, Milano, 1994, p. 30

<sup>145</sup> Sentenza n. 13/90 (18 ottobre – 8 novembre 1990) della Corte di Assise di I grado di Firenze nel processo a carico di Carlo Massimo. La sentenza è stata poi confermata anche in secondo grado dalla Corte d'Assise d'Appello di Firenze (sentenza n. 5/91 del 26 giugno – 10 agosto 1991) e dalla Corte di Cassazione con sentenza n. 699 del 21/4/92.

pieno del principio di autonomia e quindi di autodeterminazione nel rapporto medico – paziente, che viene colto in tutte le sfumature anche psicologiche”.<sup>146</sup> La salute intesa come libertà personale è “attributo essenziale dell’individuo (...) che ha priorità anche rispetto ad interessi pubblici relevantissimi. (...) Nel campo medico (...) questa è una conferma della totale illegittimità (...) di ‘trattamenti sanitari obbligatori’”.<sup>147</sup>

Facciamo un passo indietro. Nell’ambito del diritto internazionale, l’affermazione del diritto fondamentale alla salute deriva essenzialmente dall’articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, dalla definizione contenuta nella Costituzione dell’OMS, e dall’articolo 12 del Patto Internazionale per i Diritti Economici, Sociali e Culturali, che richiede che i governi riconoscano “il diritto di ciascuno al più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale.”<sup>148</sup> A che cosa si ha diritto? Alle prestazioni sanitarie? Ad un ambiente salubre? Alla possibilità di decidere autonomamente della propria vita e del proprio corpo?

Come abbiamo visto, la definizione di salute contenuta nella Costituzione dell’OMS riprende ed amplia l’idea contenuta nella Carta delle Nazioni Unite del 1945 che, oltre ad affermare che tutti gli uomini sono nati liberi ed uguali in dignità e diritti<sup>149</sup>, all’articolo 55 fa riferimento al dovere delle Nazioni Unite di impegnarsi per promuovere soluzioni ai problemi in materia di salute internazionale.<sup>150</sup> A sua volta, l’articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo del 1948, a partire dall’articolo 55 della Carta delle Nazioni Unite, proclama l’esistenza del diritto alla salute, diritto fondamentale di ogni uomo<sup>151</sup> cui corrispondono precisi obblighi per gli

---

<sup>146</sup> Santosuosso, A., *Evoluzione dle concetto di “salute”*, in *Dialoghi di bioetica*, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Bonacchi, G., (a cura di), Carocci editore, Roma, 2003, p. 114.

<sup>147</sup> Idem, p. 115.

<sup>148</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, adottato dall’Assemblea Generale il 16 dicembre 1966 con la risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966, a New York. Il Patto è entrato in vigore il 3 gennaio 1976. Il testo in italiano è disponibile sul sito web: <http://www.centrodirittiumani.unipd.it/scuola0304/documenti/04pattoesc.pdf>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

<sup>149</sup> ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, Adottata e proclamata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 217A (III) del 10 dicembre 1948, New York. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21001it.pdf).

<sup>150</sup> Vd. Supra nota 31.

<sup>151</sup> ONU, *United Nations Charter*, Statuto delle Nazioni Unite adottato a San Francisco, il 26 giugno 1945 a conclusione della Conferenza delle Nazioni Unite sull’Organizzazione Internazionale ed entrato in vigore il 24 ottobre 1945. Il testo in italiano è disponibile online sul sito web [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21000it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21000it.pdf). Art. 55 “Ogni individuo ha il 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, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La

Stati che avessero sottoscritto la Dichiarazione, mutuando alcuni dei passaggi contenuti nella definizione dell'OMS e riservando particolare attenzione al tema dei minori e delle loro madri.

Il preambolo della Dichiarazione del 1948 assume come dati evidenti l'esistenza di un certo numero di diritti spettanti a ogni uomo, e li definisce come maggiore aspirazione di tutte le persone e base della libertà, della giustizia e della pace. Il progresso sociale e il raggiungimento di migliori standard di vita in condizioni di sempre maggiore libertà tanto quanto il benessere individuale e collettivo, sono considerati dirette conseguenze dell'osservanza dei diritti umani da parte degli Stati e della comunità internazionale nel suo insieme. La Carta, dunque, fa riferimento a tutti e tre gli aspetti del diritto alla salute che abbiamo fin qui considerato: il diritto alla cura, il diritto ad un ambiente salubre, il diritto alla libertà individuale. Il diritto all'ambiente salubre ed il diritto alla cura sono presentati come strumenti la cui necessità per realizzare il 'valore della salute' è indiscussa e la cui accettazione da parte delle collettività è scontata.

Alcuni autori sostengono che sino alla proclamazione della Dichiarazione Universale del 1948 e alla ratifica della Costituzione dell'OMS, l'idea di salute era stata legata all'assenza di processi morbosi patologici nell'organismo umano, all'assenza di malattia, circoscrivendo l'oggetto di tutela alla cura del morbo ed eventualmente alla sua prevenzione attraverso trattamenti obbligatori quali la vaccinazione;<sup>152</sup> e che qualora si facesse riferimento ad un più ampio concetto di salute, si trattava dell'idea di governo delle collettività attraverso l'igiene e la creazione di ambienti salubri, ossia di quell'idea di salute pubblica sviluppatasi già alla fine del XVIII secolo.

E' a partire dalla fine degli anni Quaranta, che è stata valorizzata la componente di 'libertà' del diritto alla salute che non è stato più raffigurato solo nell'orizzonte pubblicistico nel quale era stato confinato e che, dopo un processo durato tutta la seconda metà del Novecento, ha raggiunto lo status di diritto soggettivo fondamentale non superabile in forza di esigenze pubbliche.

Tuttavia, pur dopo la proclamazione della Dichiarazione del 1948 e della Costituzione dell'OMS, il pieno riconoscimento del diritto alla salute come diritto soggettivo è stato lungo e faticoso: non soltanto tali documenti non avevano forza giuridica vincolante per gli Stati, quindi non attribuivano agli individui gli strumenti concreti immediatamente

---

maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori da esso, devono godere della stessa protezione sociale".

<sup>152</sup> Busnelli, F., Brescia, U., *op. cit.*, p. 4.

azionabili da poter usare nei confronti degli Stati<sup>153</sup>, ma soprattutto l'idea soggettiva di salute e la predominanza della percezione individuale rispetto alle conoscenze e alle decisioni mediche sono state, e per molti versi sono tuttora, di difficile accettazione socioculturale. L'affermazione del diritto all'autodeterminazione in materia di salute, pur enunciata nelle Dichiarazioni del 1948 e ribadita nelle Costituzioni di diversi Stati, come nel caso dell'Italia, ha dovuto affrontare resistenze culturali, morali, religiose, sociali ed ancora oggi costituisce un oggetto difficile con cui i giudici e le corti si trovano a fare i conti.

Per molto tempo, è stata la tradizione dell'igiene pubblica a dare forma all'idea di diritto alla salute, ossia la tradizione per cui uno Stato si preoccupava non tanto della salute come "interesse della collettività da proteggere (...), ma della non salute come limite all'assolvimento delle prestazioni cui ogni cittadino era tenuto nel quadro di un assetto ispirato a principi di efficienza produttiva"<sup>154</sup>, come ricorda Talcott Parsons. Era la concezione della salute appartenente alla tradizione del diritto pubblico ottocentesco, quando la salute era apertamente intesa come funzione dello sviluppo economico e della crescita degli Stati.

L'introduzione delle misure igieniche negli spazi pubblici, le città, gli ospedali, gli istituti d'istruzione di massa, il mito della creazione di ambienti salubri: questi sono stati gli stadi intermedi nel passaggio dalla preoccupazione per la produttività delle popolazioni, ossia della salute intesa essenzialmente come strumento per lo sviluppo e la crescita economica, alla presa in carico della collettività da parte dello Stato tipica delle concezioni del *welfare state*.

A sua volta, la Costituzione dell'OMS ha rappresentato un passo importante nella distinzione tra l'aspetto collettivo, legato all'igiene e alle tecniche della salute pubblica, e l'aspetto individuale, ossia la tutela della salute sia attraverso l'offerta di servizi di assistenza che come rispetto della libertà all'autodeterminazione. Tuttavia restava aperto il problema di come garantire in termini di diritto un concetto così complesso da comprendere in sé l'igiene, l'assistenza e la libertà di auto-determinarsi. In Italia, ad esempio, il primo documento ad affermare espressamente l'esistenza di un diritto alla salute, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, è stata la Carta Costituzionale entrata in vigore nel 1948. Nonostante sia stato molto importante

---

<sup>153</sup> Santosouso, A., *Evoluzione del concetto di "salute"*, op. cit., p. 103.

<sup>154</sup> Busnelli, F., Brescia, U., *op. cit.*, p. XV.

avere enunciato in quei termini il diritto alla salute nella nostra Costituzione, tale idea ha avuto per molti anni solo il valore di principio programmatico.

Nel mondo Occidentale, si dovettero aspettare circa dieci anni dalla Dichiarazione Universale del 1948 e dalla Costituzione dell'OMS perché, nell'ambito della legislazione interna ad uno Stato, si giungesse alla prima definizione di diritto alla salute come diritto di libertà. Ciò avviene nel 1957 in una sentenza della Suprema Corte degli Stati Uniti d'America in cui per la prima volta è stata formulata l'idea del consenso informato<sup>155</sup>. Il maggior pregio di questa sentenza, scrive Jay Katz, è di aver posto la *right question*, ossia il conflitto tra autonomia e *beneficence*.<sup>156</sup> E' formulata, dunque, per la prima volta l'idea che il paziente è persona attiva e deve poter capire e decidere della sua salute, fuori dallo schema che lo vedeva destinatario di cure e decisioni prese da altri. Il diritto alla salute muove così i primi passi in una nuova dimensione che è quella individuale, cominciando chiaramente ad allontanarsi dai termini e dall'immaginario igienico-sanitario che l'aveva sino ad allora contraddistinto. La definizione "consenso informato" prevede quindi che una persona "non sia più espropriata delle decisioni sul proprio corpo, sulla propria vita, sulla propria salute" ma che ciascuno si possa e debba "riappropriare di una parte di sé e delle proprie scelte".<sup>157</sup> Con il consenso informato nasce un nuovo soggetto morale, ossia un soggetto che ha diritto di informazione e di scelta sulla propria vita, sul proprio corpo, per la propria salute, "un soggetto giuridico con caratteristiche tali che lo stesso consenso informato diventa elemento costitutivo della cittadinanza. (...) Il prendere una decisione sulla base di un'informazione e usare come strumento la scelta consapevole (...) deriva da una decisione presa in ordine a una determinata collocazione all'interno dell'organizzazione sociale, in cui si riflettono convinzioni e il modo in cui si vedono i rapporti con gli altri. Allora è giusto dire che il consenso informato è parte di questa cittadinanza, che si costruisce intorno al rilievo che è venuto assumendo il ciclo vitale..."<sup>158</sup>

Nel 1958, ossia appena l'anno successivo alla sentenza statunitense, in Germania la Corte Suprema Federale ha emesso una sentenza relativa al consenso ed all'accesso all'informazione che occorre precedano la cura, per garantire la tutela degli interessi dei

---

<sup>155</sup> Sentenza *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*.

<sup>156</sup> Katz, J., *The Silent World of Doctor and Patient*, The Free Press, New York, Mc Millan Publishers, Londra, 1984, p. 65.

<sup>157</sup> Santosousso, A, *Volontà e autonomia: paradigmi giuridici della persona*, in *Dialoghi di bioetica*, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Bonacchi, G., (a cura di), Carocci editore, Roma, 2003, p. 63.

<sup>158</sup> Rodotà, S., *La volontà delle scelte*, in *Dialoghi di bioetica*, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Bonacchi, G., (a cura di), Carocci editore, Roma, 2003, p. 90.

pazienti che possono, ed in molti casi sono, diversi da quelli dei medici. La sentenza contribuisce a mettere in luce uno degli aspetti problematici relativi al concetto di salute nel momento in cui evidenzia la possibile coesistenza di punti di vista diversi tra medici e pazienti.

Nell'ambito della normativa internazionale, il diritto alla salute viene riconosciuto e formulato come diritto soggettivo fondamentale e inserito nel Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali adottato con la risoluzione 2200A (XXI) dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 16 dicembre 1966, ed entrato in vigore dieci anni dopo, il 23 marzo 1976, che è stato il primo trattato internazionale sui diritti umani a richiedere che gli Stati riconoscessero, ratificassero e realizzassero progressivamente il diritto alla salute. La definizione di salute contenuta all'articolo 12 del Patto, pur non coincidendo completamente con quella adottata dall'OMS, la presuppone nel momento in cui afferma che il diritto al "più alto grado di salute fisica e mentale raggiungibile" non si limita a definire il diritto alle cure sanitarie.<sup>159</sup> Il dott. Andrija Stampar, Presidente della Prima Assemblea Mondiale della Sanità, ha avuto una grande influenza sulla stesura del testo dell'articolo, contribuendo a dare continuità con la nozione ampia di salute espressa dalla Costituzione OMS.

Per l'affrancamento del diritto alla salute dall'orizzonte pubblicistico, è stato necessario considerare la salute come integro sviluppo della persona psico-fisica e abbandonare i riferimenti all'efficienza produttiva degli individui.<sup>160</sup> In questo senso si è espressa la sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti d'America del 1957 che, come ricorda Santosuosso, richiama un'idea di salute molto legata a quella delle libertà individuali e collettive e attenta alla nuova sensibilità in materia di diritti soggettivi. La Corte Suprema, così come indicato dalla Costituzione dell'OMS, si riferisce ad un concetto di salute svincolato dall'orizzonte pubblicistico, un diritto indipendente dalle esigenze di gestione della salute pubblica da parte degli Stati; tale sentenza segna il cammino per l'affermarsi dell'idea di libera determinazione delle scelte relative al proprio corpo.<sup>161</sup>

In Italia solo alla fine degli anni Settanta la Corte di Cassazione ha emesso una sentenza significativa in questa direzione, affermando che il diritto alla salute è un diritto fondamentale di ciascun individuo ed è prevalente sull'azione di tutela della salute

---

<sup>159</sup> Per un'analisi più approfondita del testo dell'articolo si rimanda al prossimo paragrafo *Il diritto fondamentale alla salute nella legislazione internazionale*.

<sup>160</sup> Busnelli, F., Brescia, U., *op. cit.*, p. XVI.

<sup>161</sup> Santosuosso, A., *Evoluzione del concetto di "salute"*, in *Dialoghi di bioetica*, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Bonacchi, G., (a cura di), Carocci editore, Roma, 2003, p. 112.



pubblica. Negli anni Novanta, poi, ha ricevuto riconoscimento pieno il principio di autonomia e quindi di autodeterminazione degli individui rispetto alla propria salute.<sup>162</sup> Il diritto alla salute non deve essere inteso soltanto come diritto alla prestazione sanitaria, ma anche come diritto di libertà e di autodeterminazione che Santosuosso descrive come attributo fondamentale dell'individuo e che ha priorità anche rispetto ad interessi pubblici rilevanti. Il diritto alla salute si configura quindi come diritto dell'individuo che si estrinseca nei confronti di chiunque, privato o potere pubblico, e che prevale di regola sull'interesse della collettività, salvo eccezioni.<sup>163</sup> Tale diritto include la possibilità degli individui di determinare autonomamente il proprio concetto di salute e di essere rispettati nelle scelte relative alla propria vita e alla propria salute. Conclude Santosuosso: “Si è passati dal rilievo che la salute è un diritto, che un diritto per definizione è esercitato volontariamente, che un diritto non può tramutarsi in un obbligo (...), [fino ad arrivare] all'affermazione che solo il titolare di questo diritto può decidere come esercitarlo, e che è libero di determinarsi come creda.”<sup>164</sup>

Il cammino compiuto dal diritto alla salute, lungi dall'essere stato un progetto lineare, si è costruito seguendo la necessità di dare risposta alle istanze di libertà che andavano affiorando nei conflitti sociali, ed ha contribuito a costruire i frammenti di un'idea di libertà della persona come libertà di determinarsi in ordine al proprio corpo. Tale idea di libertà poggia su un'idea integrale di personalità che “impone di attribuire rilevanza alla volontà individuale”.<sup>165</sup> Uno degli apici dell'idea di libertà, di autonomia e di autodeterminazione, è stato raggiunto dalla Convenzione europea per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina<sup>166</sup> del 4 Aprile 1997, più nota come Convenzione di Oviedo.

La Convenzione di Oviedo può essere considerata il punto di arrivo di un percorso che parte dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 e dalla Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà

---

<sup>162</sup> Santosuosso cita, a questo proposito, la sentenza 13/90 della Corte di Assise di I grado di Firenze nel processo a carico di Carlo Massimo: “La salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal (...) volere altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che (...) riguarda la qualità della vita.”

<sup>163</sup> Santosuosso, A., *Evoluzione del concetto di “salute”*, op. cit., p. 114.

<sup>164</sup> Idem, p. 115.

<sup>165</sup> Rodotà, S., *Dal soggetto alla persona*, in “Filosofia Politica”, anno XXI, n. 3, dicembre 2007, p. 374.

<sup>166</sup> Consiglio d'Europa, *Convenzione di Oviedo*, Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina), 1997. Disponibile sul sito web: <http://www.portaledibioetica.it/documenti/001306/001306.htm>, ultimo accesso 20 maggio 2009.

fondamentali<sup>167</sup> del 4 novembre 1950 e che si colloca nel segno “tradizionale del diritto e dei rapporti tra autorità, pubblica o privata, e libertà.”<sup>168</sup> Tuttavia va notato che la Convenzione di Oviedo si rivolge e si applica solo ai paesi europei ed i principi che enuncia, quindi, non hanno – neppure nelle intenzioni – portata universale.

Il secondo capitolo (dall’art. 5 all’art. 9 compreso) della Convenzione è interamente dedicato al tema dell’autodeterminazione e della libertà, attribuendo una forte rilevanza giuridica alle forme di manifestazione della volontà, per cui risulta chiara la considerazione dell’essere umano rispetto agli aspetti, *latu sensu*, terapeutici: la linea di confine tra la legittimazione degli interventi esterni e la legittimazione delle scelte è tracciata dal diretto interessato.<sup>169</sup> Anche la Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea<sup>170</sup>, all’articolo 3, afferma che “nell’ambito della medicina e della biologia deve essere rispettato il consenso libero e informato della persona interessata”. La Convenzione rompe con la tradizione classica della salute come funzione dello sviluppo economico: far prevalere il principio di libertà implica abbandonare la proporzionalità diretta tra salute ed efficienza fisica ed eliminare la logica del minor costo maggior beneficio.

Stefano Rodotà ha messo in luce un altro importante profilo del diritto alla salute come diritto di libertà: nel quadro della Convenzione di Oviedo lo stretto rapporto tra cura e volontà della persona interessata porta ad una ri-definizione della nozione di cura riferita ad una valutazione soggettiva e non più solo a nozioni (apparentemente) oggettive, come quella di guarigione o di maggiore possibile benessere. La libertà di scelta torna a far parte delle possibilità concrete delle persone.<sup>171</sup> Se la libertà di scelta coinvolge anche la libertà di scegliere se curarsi o meno ed anche il come curarsi, riemerge la dimensione dell’autogestione della salute insofferente a qualsiasi limite. L’autore, però, mette in guardia rispetto alla versione radicale della libertà di cura intesa come piena autodeterminazione che può essere rischiosa perché può far incorrere in pericoli per la propria vita, e, se si pensa al rifiuto delle vaccinazioni o delle basilari

---

<sup>167</sup> Consiglio d’Europa, *Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali*, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa il 4 novembre 1950. Entrata in vigore il 3 settembre 1953. Il testo in italiano è disponibile sul sito web: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/27008it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/27008it.pdf), ultimo accesso 20 maggio 2009.

<sup>168</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, op. cit., p. 295.

<sup>169</sup> Santosuosso, A., *Volontà e autonomia: paradigmi giuridici della persona*, p. 65.

<sup>170</sup> Unione Europea, *Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea*, adottata al Consiglio Europeo di Nizza il 7 dicembre 2000. Disponibile online sul sito web: [http://www.dirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/27007it.pdf](http://www.dirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/27007it.pdf), ultimo accesso 10 giugno 2009.

<sup>171</sup> Rodotà, S., *La vita e le regole, tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Roma, 2006, p. 239.

norme igieniche, alla vita altrui, ed è per questo che consenso informato implica la necessità di informazione adeguata, senza la quale il consenso non è tale.<sup>172</sup> Proprio per questo acquista particolare importanza l'informazione che precede il consenso e la libera scelta: il consenso informato è il rapporto tra la libertà individuale e l'informazione, esiste un dovere del medico di informare ed un diritto del paziente all'informazione, ma anche un onere di apertura all'informazione. E la scelta ultima è libera, spetta all'individuo interessato. La cura, lungi da considerazioni oggettive di funzionalità, deve consentire il raggiungimento di una possibile pienezza di vita, secondo la percezione della salute, che non è standard, non è una condizione oggettivamente misurabile che deve essere raggiunta da tutte le popolazioni per garantire agli Stati i livelli di produttività desiderati; essa risponde, al contrario, alla percezione individuale, al vissuto delle singole persone.<sup>173</sup>

Alcuni autori hanno continuato ad intendere il diritto alla salute soprattutto come esistenza di obblighi che lo Stato ha rispetto all'offerta di prestazioni socio-sanitarie. Per gli individui questo significherebbe accettare, parafrasando Foucault, 'l'imperativo della salute: obbligo di ciascuno e diritto di tutti' ad essere sani usufruendo dei servizi offerti, in particolare per quel che riguarda la prevenzione e l'igiene. Per gli Stati, invece, questi obblighi si traducono nel garantire l'equità delle condizioni di accesso ai servizi che essi predispongono per i cittadini, quindi la loro preoccupazione deve essere l'esistenza di servizi e prestazioni socio-sanitarie e l'equità nelle condizioni d'accesso.<sup>174</sup> In questo quadro, non è la salute – considerata un "oggetto inappropriato"<sup>175</sup> - ad essere oggetto di riflessione, ma è "l'assistenza sanitaria, necessaria alla promozione della salute"<sup>176</sup> ad essere la variabile realmente interessante e sulla quale, concretamente, avrebbe senso fondare un ragionamento di diritto. "L'esigenza di uguaglianza in materia di salute è più efficace e sensata se costruita come domanda di equità di accesso o diritto di accesso ai servizi socio-sanitari."<sup>177</sup> Il *diritto all'assistenza socio-sanitaria* "implica il diritto di accesso a determinati servizi", ed è quindi esigibile; il *diritto alla salute* "sembra

---

<sup>172</sup> Rodotà, S., *La volontà delle scelte*, op. cit., p. 89.

<sup>173</sup> Nussbaum, M., *Compassion and terror*, in Sterba, J., (a cura di), *Terrorism and International Justice*, New York, Oxford University Press, 2003, p. 243, trad. it., *Compassione e terrore*, in "Iride: Filosofia e Discussione Pubblica", v. 16, n. 38, 2003, pp. 23-46.

<sup>174</sup> Brock, D., *Broadening the Bioethics Agenda*, Kennedy Institute of Ethic Journal, n.10, 2000, pp. 21 - 38; Evans, T., Introduction, in *Challenging inequities in health: from ethics to action*, in Evans, T., et al., (a cura di), New York, Oxford University Press, 2001.

<sup>175</sup> Rugar, J.P., op. cit.

<sup>176</sup> Daniels, N., *Just health care*, New York, Cambridge University Press, 1985, p. 6.

<sup>177</sup> idem, p.7.

implicare il diritto ad essere sani, ciò che è impossibile garantire e fissare attraverso l'elaborazione di qualsiasi standard.”<sup>178</sup> Su posizioni opposte si trova la bioetica contrattualista *à la Engelhard*<sup>179</sup> che ha negato il diritto all'esistenza di un sistema sanitario pubblico non riconoscendo alcun obbligo per lo Stato nei confronti dell'offerta di servizi sociosanitari ai cittadini. “Non esiste un diritto umano fondamentale alla somministrazione di assistenza sanitaria, nemmeno alla somministrazione di un minimo accettabile di assistenza sanitaria... È difficile, se non impossibile, rispettare la libertà di tutti e nel contempo conseguire i loro migliori interessi nel lungo periodo. I diritti all'assistenza sanitaria stabiliscono delle pretese nei confronti di altri, in relazione alle loro prestazioni o ai loro beni.”<sup>180</sup>

## **Il diritto alla salute nella normativa internazionale: un diritto a due velocità**

L'idea di diritto alla salute che pervade gli strumenti internazionali di tutela dei diritti umani sembra porsi in contrapposizione con queste ultime affermazioni: la salute è riconosciuta come diritto di ciascun individuo cui gli Stati devono provvedere mettendo a disposizione strutture sociosanitarie e prevedendo la prestazione di servizi volti a garantire l'accesso a cure, terapie e servizi di prevenzione per tutti i loro cittadini. Questo è senza dubbio un aspetto importante contenuto in tutte le convenzioni, i patti ed i trattati che analizzeremo di seguito. Tuttavia, nel fare questo, tali documenti hanno messo in secondo piano la componente soggettiva del diritto alla salute introdotta dalla Costituzione dell'OMS e riaffermata nelle sentenze delle Corti di diversi paesi occidentali durante la seconda metà del Novecento.

La normativa internazionale si è curata principalmente di definire il tipo di servizi che dovevano essere messi a disposizione degli individui e di premere per la loro estensione a porzioni sempre maggiori di popolazione. All'idea di diritto alla salute come diritto alla prestazione di servizi sociosanitari da parte degli Stati, tale normativa affianca il discorso sull'equità delle condizioni di accesso ai servizi o, secondo alcuni autori, in

---

<sup>178</sup> Hessler, K., e Buchanan, A., *Specifying the Content of the Human Right to Health Care*, in *Medicine and social justice: essays on the distribution of health care*, Rhodes, R., Battin, M.P., Silvers, A., (a cura di), Oxford University Press, Oxford-New York, 2002, pp. 84 - 96, citato in Lora, P., *Is there a right to health care?*, disponibile sul sito <http://www.giuri.unige.it/phd/paper/lora.pdf>, ultimo accesso maggio 2008.

<sup>179</sup> Jr Engelhardt, T. Jr, *The Foundations of Bioethics*, tr. it. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1991.

<sup>180</sup> idem, p. 383.

modo più generale delle condizioni di salute.<sup>181</sup> Garantire l'equità e l'uguaglianza delle condizioni di accesso ai servizi e/o delle condizioni di salute ha implicato, sul piano giuridico interno agli Stati, il fatto di declinare che cosa spetti di diritto agli individui, cosa essi possano esigere; e di garantire la presenza di condizioni igieniche, ambientali e sociali che permettano lo sviluppo degli individui e delle collettività. La salute è intesa quindi come pre condizione essenziale dello sviluppo: per questa ragione, il diritto alla salute così com'è delineato nei documenti internazionali, coinvolge gli Stati sul piano dell'offerta di servizi e prestazioni sociosanitarie e nella garanzia di condizioni sociali, economiche e ambientali che permettano il raggiungimento del miglior stato di salute possibile e dello sviluppo delle capacità produttive degli individui. In questo paragrafo saranno presentati i principali Trattati, Patti e Convenzioni internazionali in cui è menzionato il diritto alla salute e rilevati gli obblighi che derivano agli Stati dalla sottoscrizione di questi documenti, evidenziando l'enfasi che è stata posta sull'offerta di servizi e prestazioni e l'assenza di riferimenti alla componente soggettiva del diritto alla salute.

Come abbiamo visto, però, la nozione di salute contenuta nella Costituzione dell'OMS del 1948 ha posto le basi di un'interpretazione della salute non solo come diritto di ciascuno al più alto livello di salute possibile, ma come diritto a determinare in modo soggettivo cosa significhi tale 'più alto livello di salute possibile': salute come possibilità di autodeterminazione da parte degli individui oltre che come onere per gli Stati di offrire loro servizi e assistenza sociosanitaria. L'idea di salute come di un congiunto costituito da una componente oggettiva e da una componente soggettiva è presente in alcune Carte Costituzionali promulgate dopo il 1948; tra queste, vi è la Costituzione della Repubblica italiana anche se, lo vedremo di seguito, essa intende soprattutto tutelare il diritto all'assistenza e alle cure sociosanitarie garantito attraverso la messa a disposizione di servizi e prestazioni ai cittadini da parte dello Stato. La Costituzione del nostro paese, infatti, all'articolo 32 descrive il diritto alla salute come diritto di ogni cittadino<sup>182</sup> indipendente da considerazioni legate alla salute pubblica,

---

<sup>181</sup> "La divisione tra diritti sociali e diritti di libertà se resa un carattere strutturale, può essere però forviante: poiché ingenera la convinzione che il contenuto del diritto sia la pretesa ad una prestazione dello Stato, o l'obbligo di una prestazione pubblica, anziché il bene rilevato, come la salute." Palombella, G., *op. cit.*

<sup>182</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, disponibile online sul sito internet: <http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009. Art. 32 "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

salvo disposizioni di legge, laddove comunque la “legge non può in nessun modo violare i limiti posti dal rispetto della persona umana”<sup>183</sup>. Tuttavia, “la salute di cui si parla è qualcosa che si colloca su un piano diverso da quello della libertà dell’individuo”.<sup>184</sup> D’altra parte, la sanità in Italia “fino all’istituzione dell’apposito Ministero (1957), è [stata] di competenza di una Direzione generale del Ministero dell’interno, secondo la tradizione dell’igiene pubblica. (...) Al momento, nulla lascia[va] sospettare che la salute come diritto [potesse] increment[are] la libertà di decisione del singolo rispetto alle estrinsecazioni del corpo”.<sup>185</sup>

Dal punto di vista della normativa internazionale, il principale documento che si riferisce alla salute in termini di diritto di ciascun essere umano è la Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo del 1948 che segna un momento importante nell’affermazione della salute come diritto degli individui. Non sono più le condizioni di salute delle popolazioni, che avevano costituito il fulcro delle azioni di salute pubblica, a dover essere al centro delle politiche degli Stati, bensì la salute delle singole persone. La salute è presentata come diritto alle prestazioni di servizi sociosanitari da parte degli Stati e alla garanzia di poter vivere in un ambiente igienico, salubre, dotato delle condizioni necessarie perché ad ogni individuo sia riservato “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, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari.”<sup>186</sup> Tale definizione di salute, e quindi di tutela del diritto alla salute, di cui all’articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, contiene alcuni degli elementi che troviamo anche nella definizione dell’OMS, ma nel testo non sono presenti riferimenti alla libertà di scelta rispetto alla propria vita, né alla autodeterminazione. La Dichiarazione, a differenza della Costituzione dell’OMS, non interrompe il legame di continuità tra condizioni di salute e produttività degli individui, che si ottiene attraverso la valorizzazione della percezione individuale dello stato di salute e la libertà di scelta rispetto alla possibilità e al tipo di trattamento.

---

sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti del rispetto della persona umana.”

<sup>183</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.

<sup>184</sup> Santosuosso, A., *Autodeterminazione e diritto alla salute: da compagni di viaggio a difficili conviventi*, citato in Borsellino, P. (a cura di), in “Notizie di Politeia - Il diritto alla salute tra libertà e vincoli sociali”, Anno XIII, 1997, nn. 47 – 48, p. 27.

<sup>185</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, op. cit., p. 180.

<sup>186</sup> ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, op. cit. Di seguito sarà riportato il testo originale dell’articolo in lingua inglese: “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care...”.

Circa dieci anni dopo la proclamazione della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha promulgato il Patto per i Diritti Economici, Sociali e Culturali adottato con la risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966, che è poi entrato in vigore il 23 marzo 1976. Il Patto si riferisce alla salute come diritto di ogni uomo a ricevere servizi e prestazioni socio-sanitarie da parte degli Stati intendendo con questo prendere le distanze dall'idea pubblicistica che considerava la salute uno strumento di controllo delle popolazioni e di potenziamento delle loro capacità produttive. Tuttavia, anche questo testo non fa alcun riferimento alla componente soggettiva del diritto alla salute, permettendo così di mantenere saldo il legame tra le condizioni di salute dei singoli, la loro produttività e quindi l'utilità per lo Stato. Nel testo del Patto sono invece approfonditi aspetti relativi all'esistenza e all'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari, in particolare all'articolo 12, dedicato interamente alla salute. Il testo dell'articolo afferma 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. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:

- a. la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
- b. il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
- c. la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
- d. la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia".<sup>187</sup>

Il Patto garantisce inoltre a tutti i lavoratori il diritto alla salute e alla sicurezza oltre che la certezza dell'impiego durante i periodi di maternità come enunciato all'articolo 7 in

---

<sup>187</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, *op. cit.*, art. 12. Di seguito sarà riportato il testo dell'articolo in lingua inglese: "The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for: The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child; The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene; The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases; The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness".

cui si legge che è necessario garantire “la sicurezza e l’igiene del lavoro”<sup>188</sup>; e all’articolo 10 in cui si trova che “una protezione speciale deve essere accordata alle madri per un periodo di tempo ragionevole prima e dopo il parto”. In questo stesso articolo si specifica inoltre che “i fanciulli e gli adolescenti devono essere protetti contro lo sfruttamento economico e sociale. Il loro impiego in lavori pregiudizievoli per la loro moralità o per la loro salute, pericolosi per la loro vita, o tali da nuocere al loro normale sviluppo, deve essere punito dalla legge.”<sup>189</sup>

Dal momento della promulgazione del Patto in avanti, i richiami al diritto alla salute presenti in altri documenti internazionali posteriori hanno tutti fatto riferimento a questo testo e a questa interpretazione dell’idea di salute, trascurando fino alla completa negligenza la componente soggettiva. Nello stesso 1966, ad esempio, è stata ratificata anche un’altra Convenzione internazionale che puntualizza la priorità dell’esistenza di servizi sociosanitari adeguati la cui messa in opera è a carico degli Stati, quella per l’Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione del 1965, che fece seguito alla risoluzione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite n. 1904 (XVIII) del 20 novembre 1963, in cui si afferma la protezione universale del diritto alla salute senza discriminazioni su base razziale. L’articolo 5 prevede il “diritto a servizi pubblici sociali, sanitari, di assistenza medica e di sicurezza sociale”<sup>190</sup> indipendentemente dalle origini etniche o razziali. A pochi anni di distanza, a seguito della risoluzione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite n. 2856 (XXVI) del 20 dicembre del 1971, fu elaborata la Dichiarazione per i Diritti delle Persone con Ritardo Mentale in cui si afferma la protezione universale del diritto ad un adeguato standard di salute e alle adeguate cure mediche per le persone con ritardo mentale.<sup>191</sup>

Mentre in Europa e negli Stati Uniti d’America venivano emesse sentenze delle più alte

---

<sup>188</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, op. cit., art. 7. Di seguito sarà riportato il testo dell’articolo in lingua inglese: “Safe and healthy working conditions”.

<sup>189</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, op. cit., art. 10. Di seguito sarà riportato il testo dell’articolo in lingua inglese: “Special protection should be accorded to mothers during a reasonable period before and after childbirth...” ed inoltre “...Children and young persons should be protected from economic and social exploitation. Their employment in work harmful to their morals or health or dangerous to life or likely to hamper their normal development should be punishable by law...”.

<sup>190</sup> ONU, *Convenzione Internazionale sull’Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Razziale*, adottata dall’Assemblea Generale con la risoluzione 2106 (XX) del 21 dicembre 1965 ed entrata in vigore il 4 gennaio 1969. Il testo in italiano è disponibile sul sito web: [http://www.centrodirittumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/09001it.pdf](http://www.centrodirittumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/09001it.pdf). Di seguito sarà riportato il testo dell’art. 5 in lingua inglese: “Right to public health, medical care, social security and social service”.

<sup>191</sup> ONU, *Dichiarazione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Ritardo Mentale*, proclamata con risoluzione dell’Assemblea Generale 2856 (XXVI) del 20 Dicembre 1971, New York. Di seguito sarà riportato il testo in lingua inglese: “The mentally retarded person has a right to proper medical care and physical therapy and to such education, training, rehabilitation and guidance as will enable him to develop his ability and maximum potential”.



Corti che tracciavano la strada delle libertà individuali e inserivano in quel solco anche l'autodeterminazione in ambito medico, affermando che quello alla salute è un "diritto soggettivo, proprio di ogni individuo e non superabile in forza di esigenze pubbliche o collettive (...) [affrancandolo] definitivamente dall'orizzonte pubblicistico dal quale proveniva e al quale ora si contrapponeva come diritto fondamentale dell'individuo"<sup>192</sup>; la salute in ambito internazionale continua ad essere presentata come diritto/dovere all'esistenza di condizioni salubri, di prestazioni e servizi socio-sanitari. Anche i documenti più progressisti, come lo stesso Patto del 1966, concentrano l'attenzione sui doveri degli Stati di garantire la presenza di servizi e l'offerta di prestazioni, enfatizzando eventualmente l'equità nelle condizioni di accesso a tali servizi.

In questa linea si inseriscono anche la Dichiarazione dei Diritti delle Persone Disabili del 1975 e la Convenzione per l'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne del 1979 che garantiscono condizioni di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari indipendentemente dalla razza, dal genere, dall'età, dalle condizioni psichiche e fisiche.

Nella prima si afferma la protezione universale del diritto ad un adeguato standard di salute e vi si stabilisce che tutte le persone disabili hanno il diritto di ricevere le cure specialistiche di cui hanno bisogno: "Gli Stati Parti prenderanno tutte le misure appropriate per facilitare il recupero fisico, cognitivo e psicologico, la riabilitazione e la reintegrazione sociale delle persone con infermità che siano vittime di qualsiasi forma di sfruttamento, violenza o maltrattamenti, in particolare attraverso l'offerta di servizi di protezione. Il recupero e la reintegrazione dovranno avere luogo in un ambiente che promuova la salute, il benessere, il rispetto verso sé stessi, la dignità e l'autonomia della persona e che prenda in considerazione le esigenze specifiche legate al genere, al sesso ed all'età."<sup>193</sup>

Nella seconda, si afferma la protezione universale del diritto ad un adeguato standard di salute e vi sono dettagliate la tutela e la speciale considerazione da riservare alle donne. L'articolo 10 della Convenzione per l'Eliminazione di Tutte le Forme di

---

<sup>192</sup> Santosouso, A., *Evoluzione del concetto di "salute"*, op. cit., p. 108.

<sup>193</sup> ONU, *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, proclamata dall'Assemblea Generale con la risoluzione 3447 (XXX) del 9 dicembre 1975, New York. Disponibile sul sito: [http://www.centrodirittumani.unipd.it/a\\_temi/disabilit%C3%A0/ris3447ag.pdf](http://www.centrodirittumani.unipd.it/a_temi/disabilit%C3%A0/ris3447ag.pdf). Di seguito sarà riportato il testo originale in lingua inglese: "Disabled persons have the right to medical, psychological and functional treatment, including prosthetic and orthetic appliances, to medical and social rehabilitation, education, vocational training and rehabilitation, aid, counseling, placement services and other services which will enable them to develop their capabilities and skills to the maximum and will hasten the processes of their social integration or reintegration".

Discriminazione contro le Donne prevede la tutela dell'“accesso alle specifiche informazioni di carattere educativo tendenti a garantire la salute ed il benessere familiare, comprese le informazioni ed i consigli relativi alla pianificazione familiare.”<sup>194</sup> L'articolo 11 prevede il “diritto alla tutela della salute ed alla sicurezza delle condizioni di lavoro, inclusa la tutela della funzione riproduttiva.”<sup>195</sup> Infine, l'articolo 12 definisce il ruolo attivo degli Stati nella garanzia del diritto alla salute per le donne, affermando che “gli Stati parti prenderanno tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizione di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare. 2) Nonostante quanto disposto nel paragrafo I del presente articolo, gli Stati parti forniranno alle donne, durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, i servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, ed una alimentazione adeguata sia durante la gravidanza che durante l'allattamento.”<sup>196</sup>

Fa indiretto riferimento al diritto alla salute anche la Dichiarazione Universale per lo Sradicamento della Fame e della Malnutrizione del 1974 che afferma il diritto di tutti gli individui al nutrimento e alla sussistenza tali da garantire il loro benessere. Agli Stati non si riferisce solo la responsabilità di provvedere all'adeguata nutrizione della popolazione, ma quella di stabilire politiche agricole e creare condizioni commerciali e di produzione che permettano il miglioramento delle condizioni di vita dei gruppi più vulnerabili.<sup>197</sup>

---

<sup>194</sup> ONU, *Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979, in vigore dal 3 settembre 1981. Il testo in italiano è disponibile sul sito web: [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/giornata\\_violenza\\_donne/Convenzione.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/giornata_violenza_donne/Convenzione.pdf). Di seguito sarà riportato un brano del testo dell'art. 10 in lingua inglese: “Access to specific educational information to help to ensure the health and well-being of families, including information and advice on family planning”.

<sup>195</sup> Idem, art. 11 di cui di seguito sarà riportato il testo in lingua inglese: “The right to protection of health and to safety in working conditions, including the safeguarding of the function of reproduction”.

<sup>196</sup> Idem, art. 12 di cui di seguito sarà riportato il testo in lingua inglese: “States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning”. Ed inoltre: “...States Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation”.

<sup>197</sup> ONU, *Dichiarazione Universale per lo Sradicamento della Fame e della Malnutrizione*. Di seguito sarà riportato il testo originale in lingua inglese: “Every man, woman and child has the inalienable right to be free from hunger and malnutrition in order to develop fully and maintain their physical and mental faculties... It is a fundamental responsibility of Governments to work together for higher food production and a more equitable and efficient distribution of food between countries and within countries. Governments should initiate immediately a greater concerted attack on chronic malnutrition and

La stessa OMS, a trent'anni dalla propria istituzione, è intervenuta nel dibattito internazionale abbandonando l'idea di promuovere entrambe le componenti del diritto alla salute e annunciando di volersi concentrare intensivamente sulla definizione di programmi e strategie per l'universalizzazione dei servizi di salute a tutte le popolazioni del mondo: con la pubblicazione della Dichiarazione internazionale nota come Dichiarazione di Alma Ata del 1978, l'OMS afferma il principio che la garanzia del diritto alla salute di tutti i popoli e di tutti gli individui passi attraverso la possibilità d'accesso ai servizi sociosanitari e alle cure sanitarie di base. L'affermazione della libertà e del principio di autodeterminazione non rappresenta più la priorità per l'OMS che, da Alma Ata in avanti, le sostituisce la diffusione delle cure di base, economiche e più facili da garantire ai cittadini dei diversi Stati, da raggiungere attraverso la strategia 'Salute per Tutti', che prevedeva di raggiungere un adeguato livello di salute per tutta la popolazione mondiale entro l'anno 2000. Tra gli strumenti previsti della 'Salute per Tutti' vi era il supporto di tecnologie culturalmente adeguate al paese in cui venivano messe in opera ed i cui costi fossero sostenibili per la comunità che le adoperavano e l'ammissione delle medicine tradizionali nei programmi e nelle politiche internazionali. La Dichiarazione di Alma Ata – lo vedremo in modo più approfondito nel prossimo capitolo – è il frutto di una Conferenza Internazionale organizzata congiuntamente dall'OMS e dall'Unicef nel 1978 nell'allora capitale del Kazakistan, e della risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Salute n. 30.43 del 1977 dedicata all'universalizzazione dell'assistenza sanitaria di base ed al recupero delle medicine tradizionali, che l'OMS definisce “come efficaci, diffuse sul territorio, disponibili per la popolazione e culturalmente compatibili”,<sup>198</sup> nell'ambito dei programmi per lo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali. Lo sforzo di includere le culture tradizionali e di supportare programmi adeguati al livello di sviluppo locale, per garantire l'accesso alle cure primarie da parte delle popolazioni, non ha però permesso di spezzare il legame tra salute e sviluppo che, al contrario, è stato rafforzato proprio attraverso l'abbandono da parte dell'OMS dei principi espressi nella sua Costituzione.

---

deficiency diseases among the vulnerable and lower income groups... All States should strive to the utmost to readjust, where appropriate, their agricultural policies to give priority to food production, recognizing, in this connection the interrelationship between the world food problem and international trade”.

<sup>198</sup> Schirripa, P., *Le politiche della cura*, Lecce, Argo editore, 2005, p. 102.

Dal punto di vista dell'equità sociale, la Dichiarazione voleva segnare un cambiamento importante per la salute mondiale, una "rivoluzione sociale nel campo della salute",<sup>199</sup> attraverso la 'Salute per Tutti' e quindi attraverso l'ingente intervento degli Stati per garantire l'accesso alle cure primarie da parte delle popolazioni, e attraverso la collaborazione fra l'OMS, l'Unicef<sup>200</sup> e i governi di tutti gli Stati<sup>201</sup> per l'elaborazione di programmi *ad hoc* per i singoli paesi. Contemplava la promozione, insieme ai livelli di salute, di condizioni sociali ed economiche di base, per permettere lo sviluppo di tutti gli individui e dedicava anche uno spazio, sia pure non predominante, all'educazione e all'informazione come componenti essenziali degli interventi statali e delle organizzazioni internazionali perché l'adesione ad essi fosse il più possibile libera ed informata.<sup>202</sup>

La posizione dell'OMS, per alcuni aspetti sorprendente vista la distanza che segna dalla sua stessa Costituzione, è più chiaramente comprensibile se inserita nel contesto storico ed economico in cui è avvenuta la Conferenza di Alma Ata. Proprio sul finire degli anni Settanta e all'inizio degli anni Ottanta, si sono verificate alcune profonde modifiche nello scenario internazionale che hanno avuto riflessi diretti sul settore della salute e sulla concezione del diritto alla salute. Alle organizzazioni internazionali preposte alla gestione globale della salute si è affiancata la Banca Mondiale con una serie di proposte sul settore della salute che minacciavano la struttura assistenziale degli Stati, soprattutto

---

<sup>199</sup> Minelli, E., *World Health Organization: the mandate of a specialized agency of the United Nations*, Tesi di Laurea discussa presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano in collaborazione con il WHO – Collaborative Centre for Traditional Medicine, disponibile sul sito [http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO\\_Minelli/index.htm](http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/index.htm), ultimo accesso luglio 2008.

<sup>200</sup> WHO, *Dichiarazione di Alma Ata, 1978*, disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html). Di seguito sarà riportato il testo del paragrafo 9 della Dichiarazione di Alma Ata in lingua italiana: "Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria, curato dall'OMS e dall'UNICEF, costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo".

<sup>201</sup> Idem paragrafo 5: "I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale".

<sup>202</sup> Idem paragrafo 1: "La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario".

dei paesi cosiddetti in via di sviluppo, che hanno poi influenzato profondamente anche il percorso della strategia ‘Salute per Tutti’. La Dichiarazione di Alma Ata può essere considerata il canto del cigno di un certo modo di intendere l’impegno pubblico per il settore sociosanitario in ambito internazionale, ed è in questa luce che si intende la ragione dell’insistenza sul tema dell’offerta dei servizi e la messa in secondo piano della tutela della componente soggettiva del diritto alla salute.

Proprio negli anni in cui in Europa e negli Stati Uniti all’ormai consolidato “riconoscimento del diritto alla salute si aggiunge l’importante affermazione che la tutela del diritto individuale alla salute è *prevalente* sull’azione della pubblica amministrazione a tutela della salute pubblica”,<sup>203</sup> la comunità internazionale mutava di indirizzo soprattutto rispetto alla gestione del settore salute nei paesi cosiddetti in via di sviluppo cui erano dirette le principali politiche e iniziative internazionali.

La Convenzione sui Diritti del Fanciullo, approvata con la risoluzione 44/25 dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 20 novembre 1989, recepisce molti dei principi espressi dalle Convenzioni e dai Patti che l’hanno preceduta. Definisce la protezione universale del diritto alla salute per i minori all’articolo 6.1: “gli Stati parti assicurano in tutta la misura del possibile la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo”<sup>204</sup>, e all’articolo 24: “1) Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi. 2) Gli Stati parti si sforzano di garantire l’attuazione integrale del summenzionato diritto e in particolare adottano ogni adeguato provvedimento per:

- a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli;
- b) assicurare a tutti i minori l’assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie;
- c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell’ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l’utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell’ambiente naturale;

---

<sup>203</sup> Santosouso, A., *Evoluzione del concetto di “salute”*, op. cit., p. 108.

<sup>204</sup> ONU, *Convenzione Sui Diritti dell’Infanzia*, 20 Novembre 1989, New York. Il testo in italiano è disponibile sul sito: <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/51>. Di seguito sarà riportato il testo originale in lingua inglese: “States Parties recognize that every child has the inherent right to life.” Ed inoltre: “States Parties shall ensure to the maximum extent possible the survival and development of the child”.

d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e post-natali;  
e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni;

f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare.

3) Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori. 4) Gli Stati parti si impegnano a favorire e incoraggiare la cooperazione internazionale in vista di ottenere gradualmente una completa attuazione del diritto riconosciuto nel presente articolo. A tal fine saranno tenute in particolare considerazione le necessità dei paesi in via di sviluppo”.<sup>205</sup>

La Carta dei Principi per la Protezione delle Persone con Disturbi Mentali e per il Miglioramento delle Cure Mediche del 1991, non fa che ribadire l'importanza di garantire il diritto alla salute inteso nei termini dell'accesso ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie anche per le persone con disabilità inserendo specifiche cure psichiche come parte integrante dei sistemi sociali e sanitari generali.<sup>206</sup>

Il Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (CESCR)<sup>207</sup>, l'organismo preposto al controllo sull'applicazione del Patto del 1966 da parte degli

---

<sup>205</sup> ONU, *Convenzione Sui Diritti dell'Infanzia*, *op. cit.*, art. 24 di cui sarà riportato il testo in lingua inglese: “States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services. States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures: To diminish infant and child mortality; To ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care; To combat disease and malnutrition, including within the framework of primary health care, through, inter alia, the application of readily available technology and through the provision of adequate nutritious foods and clean drinking-water, taking into consideration the dangers and risks of environmental pollution; To ensure appropriate pre-natal and post-natal health care for mothers; To ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents; To develop preventive health care, guidance for parents and family planning education and services. States Parties shall take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children. States Parties undertake to promote and encourage international co-operation with a view to achieving progressively the full realization of the right recognized in the present article. In this regard, particular account shall be taken of the needs of developing countries”.

<sup>206</sup> ONU, *Carta dei Principi per la Protezione delle Persone con Disturbi Mentali e per il Miglioramento delle Cure Mediche*, 1991. Di seguito sarà riportato il testo originale. “All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of the health and social care system”.

<sup>207</sup> <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr>.

Stati firmatari, nell'agosto del 2000 ha introdotto nell'ambito della salute uno dei capisaldi della retorica del così detto 'approccio alla salute basato sui diritti umani', il tema della partecipazione popolare alle decisioni relative alla salute per la promozione del diritto alla salute a livello comunitario, nazionale e internazionale<sup>208</sup>, attraverso il Commento Generale n. 14 (G.C. n. 14). Tale principio, che pure richiama il Patto sui Diritti Civili e Politici dove afferma che ogni cittadino deve avere il diritto e l'opportunità, senza discriminazione di sorta e senza restrizioni irragionevoli, di prendere parte alla condotta degli affari pubblici, direttamente o per mezzo di rappresentanti liberamente eletti,<sup>209</sup> rinvia al vincolo posto alle istituzioni dalle decisioni prese democraticamente dai rappresentanti della società civile. L'idea che emerge nel Commento Generale, infatti, è che si danno le condizioni per l'ottenimento di un buono stato di salute se gli individui partecipano a disegnare le politiche, i programmi, le strategie che devono servire per la protezione e promozione della salute stessa. L'azione nelle comunità ed il loro coinvolgimento viene considerata la chiave per mettere le persone in grado di vigilare sulla tutela dei loro diritti<sup>210</sup> ossia, rispetto al diritto alla salute, sull'adempimento da parte degli Stati dei loro doveri di offerta di prestazioni e servizi: il Commento, infatti, rappresenta soprattutto il rafforzamento dei principi espressi nell'articolo 12 del Patto. L'esercizio "delle libertà individuali [si darebbe, quindi] attraverso la libertà di partecipare alle scelte sociali e alle decisioni di politiche pubbliche perché siano orientate allo sviluppo di opportunità"<sup>211</sup> economiche che contribuiscano al miglioramento dello stato di salute degli individui, come sostenuto anche dal presidente della Commissione sulle Determinanti Economiche e Sociali della Salute istituita nel 2000 dall'OMS, Michel Marmot.<sup>212</sup>

Il diritto alla salute viene descritto come diritto a godere di una serie di beni, servizi e condizioni necessarie per la realizzazione del più alto grado raggiungibile di salute. A tal fine, il Comitato ha individuato quattro criteri utili per valutare l'effettivo

---

<sup>208</sup> ONU, Consiglio Economico e Sociale, CESCR, *Substantive Issues Arising in The Implementation of the International Covenant On Economic, Social And Cultural Rightscescr - General Comment No. 14*, Geneva, 25 April - 12 May 2000, disponibile sul sito: <http://www.fao.org/righttofood/KC/downloads/vl/docs/AH354.pdf>, ultimo accesso 25 maggio 2009.

<sup>209</sup> ONU, ICCPR art 25(a)7.

<sup>210</sup> Ascher, J., *op. cit.*

<sup>211</sup> Ruger, J.P., *Health and development*, in "The Lancet", vol 362, agosto 2003, p. 678.

<sup>212</sup> Marmot M. G., Bobak M., Davey Smith G., *Explorations for social inequalities in health*, in Amick B. C., Levine S., Tarlov A. R., Chapman D., a cura di, *Society and health*, London, Oxford University Press, 1995.

raggiungimento del massimo grado di salute ottenibile: *availability*, *accessibility*, *acceptability* e *quality*.

*Availability (disponibilità)*: disponibilità di beni, servizi e programmi pubblici per la cura della salute in quantità sufficiente per soddisfare i bisogni della popolazione;

*Accessibility (accessibilità)*: beni, servizi e programmi pubblici per la salute devono essere accessibili a tutti senza discriminazione. Le dimensioni dell'accessibilità sono la non discriminazione, l'accessibilità fisica, economica e d'informazione.

*Acceptability (accettabilità)*: beni, servizi e programmi pubblici per la salute devono rispettare etiche mediche e culturali appropriate, sensibili alle differenze di genere, rispettose della privacy ed elaborate per migliorare lo stato generale di salute degli individui.

*Quality (qualità)*: beni, servizi e programmi pubblici per la salute devono essere scientificamente appropriati e di buona qualità medica.

Se lo Stato non può garantire alle persone la protezione contro ogni possibile causa di malattia o invalidità, tuttavia deve permettere ad ogni individuo di godere di una serie di *facilities* e condizioni che esso ha la responsabilità di mettere a disposizione come necessarie per l'ottenimento e il mantenimento dello stato di buona salute. "Il diritto alla salute deve essere inteso come il diritto al godimento della varietà di *facilities*, beni, servizi e condizioni necessari alla realizzazione dello standard di salute più alto possibile... [E'] un diritto inclusivo che può essere esteso alle cure appropriate nel momento necessario, ma anche alle sottostanti determinanti della salute, come l'accesso all'acqua potabile e a condizioni igieniche adeguate, l'adeguata offerta di cibo sano, la corretta nutrizione e il diritto alla casa, condizioni di lavoro e ambientali salubri, accesso all'educazione e all'informazione sanitaria, compresa l'informazione sulla salute sessuale e riproduttiva".<sup>213</sup> Le *facilities* di cui gli individui devono disporre includono anche le condizioni ambientali favorevoli ad uno sviluppo psicologico e fisico adeguato, l'impegno pubblico a garantire le condizioni sociali ed economiche che rendono possibile l'instaurarsi di buone condizioni di salute ed il godimento dei diritti umani fondamentali.

---

<sup>213</sup> CESCR *Commento Generale 14*, op. cit., prgf. 9 e 114.



In tal senso, non si può esigere dallo Stato il *diritto ad essere sani*<sup>214</sup>: il Commento individua come determinanti dello stato di salute, oltre alle risorse di cui ciascuno Stato dispone per promuovere e tutelare la salute dei propri cittadini, le condizioni bio-fisiologiche e le scelte dei singoli in materia di salute; la somma di tutti questi fattori costituisce lo stato di salute individuale la cui realizzazione, secondo il testo del Commento, non può essere ritenuta piena responsabilità dello Stato proprio perché attiene anche alla libera scelta individuale. Con questa affermazione non si intende però includere la componente soggettiva del diritto alla salute bensì escludere dalle responsabilità dello Stato gli stati di patologia o non soddisfazione rispetto alla propria salute dovuti a comportamenti considerati a rischio da parte degli individui (es. il fumo di tabacco, la carenza di attività sportiva, una dieta non adeguata...).

Tutti i documenti presi in considerazione sino ad ora hanno mantenuto saldo il legame tra salute e sviluppo, riconoscendo essenzialmente il diritto all'assistenza sanitaria e a condizioni ambientali che mettano gli individui in grado di adempiere ai loro compiti economici e sociali. Anche gli strumenti che enfatizzano il diritto alla salute in quanto diritto di ciascun essere umano, privilegiano la tutela delle condizioni che permettono la realizzazione di attività utili alla persona e alla società.<sup>215</sup> Proprio il rafforzamento della relazione tra salute e sviluppo rappresenta uno degli snodi principali intorno al quale si è articolato il dibattito sulla cooperazione internazionale nel settore della salute che sarà l'oggetto del prossimo capitolo.

La nozione di salute che emerge da tutti i Patti e le Convenzioni internazionali, e quindi la sua tutela in termini di diritto, ha perso il carattere di complessità del diritto alla salute così come concepito a partire dalla Costituzione dell'OMS e riaffermato nelle Carte Europee del 1997 e del 2000 che hanno concentrato l'attenzione sulle libertà individuali e sulla possibilità di autodeterminazione dei soggetti nei riguardi della propria salute e quindi della propria vita.

---

<sup>214</sup> *CESCR Commento Generale 14, op. cit.*. Di seguito sarà riportato il testo originale. I. NORMATIVE CONTENT OF ARTICLE 12 "8. The right to health is not to be understood as a right to be *healthy*. The right to health contains both freedoms and entitlements. The freedoms include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation. By contrast, the entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health".

<sup>215</sup> Kickbusch, I., *Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space*, in Health impacts of globalization: Towards global governance, Lee, K., (a cura di), London, Palgrave, 2003, pp. 192 - 203.

Le Carte europee, in particolare la Convenzione di Oviedo sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, hanno riportato in primo piano la riflessione sulla componente soggettiva del diritto alla salute. Alla base di tali documenti sta l'idea che sia riduttivo intendere il diritto alla salute solo come garanzia dell'esistenza di servizi, prestazioni e attività di prevenzione contro possibili malattie da parte degli Stati. Per raggiungere un buono stato di 'salute' è necessario invece poter realizzare quel completo stato di benessere fisico, mentale e sociale preconizzato dall'OMS, anche attraverso l'affermazione della propria libertà ad autodeterminarsi, ossia eliminando qualsiasi legame tra salute e sviluppo economico, tra salute e utilità sociale. Ed è in questa direzione che si sono spinte le riflessioni della bioetica<sup>216</sup> e delle corti, in particolare europee e statunitensi. Santosuosso scrive, a questo proposito, che "la bioetica, dagli anni Settanta in avanti, ha il merito di aver costruito un luogo, (...), nel quale le pluralità di derivazioni potessero discutere di problemi vecchi e nuovi di intervento sulla vita, a partire da una sorta di *communis opinio* bioetica (autonomia, beneficalità, non maleficità e giustizia)."<sup>217</sup> E' proprio sull'idea di autonomia che si concentra il II capitolo della Convenzione di Oviedo ed è in questo ambito che si colloca anche la Corte costituzionale italiana quando parla della libertà di disporre del proprio corpo come di un postulato della libertà della persona. E' a partire dalle sentenze delle corti e dai principi affermati nelle Carte europee che, secondo Santosuosso, è avvenuto "il riconoscimento di spazi di libertà rispetto al corpo (...). In particolare, l'affermazione che, anche quando è in gioco la vita, il diritto di disporre delle cure spetta all'individuo direttamente interessato (...). Ormai il fatto che si parli della vita e del corpo non impedisce più di ragionare in termini di libertà."<sup>218</sup> E conclude: "è la libertà stessa che (...) appare come criterio ordinatore (...). La libertà non è qualcosa che può esservi o no, ma diventa requisito imprescindibile senza il quale *non si dà neanche l'individuo*."<sup>219</sup>

Questa idea di libertà e di autodeterminazione, che tuttavia non ha trovato riscontro nella maggioranza dei documenti internazionali, ed il dovere degli Stati di offrire servizi e prestazioni sociosanitarie, igieniche e ambientali ai propri cittadini dovrebbero essere

---

<sup>216</sup> E' accolta qui la definizione che Santosuosso dà della bioetica tanto come una "disciplina filosofica che come campo di confronto di diverse discipline con pari dignità. Un campo i cui confini e modi interni di convivenza sono ancora in corso di definizione e comunque mobili". Santosuosso, A., *Bioetica e diritto*, in Barni, M., Santosuosso, A., *Medicina e diritto: prospettive della professione medica oggi*, Milano, Giuffrè, 1995, p. 21.

<sup>217</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, op. cit., p. 295.

<sup>218</sup> Idem, p. 303.

<sup>219</sup> Idem, p. 308.

considerate le due componenti paritarie e essenziali per il raggiungimento del più alto livello di salute possibile. Vale chiedersi, però, se ciò accada realmente: se al dovere degli Stati di offrire servizi non corrisponda piuttosto un dovere dei cittadini di usufruirne. Cioè se, nonostante il riconoscimento della componente soggettiva interna al diritto alla salute e quindi della libertà di scelta degli individui, l'esistenza di servizi messi a disposizione per la cura non preveda poi il dovere degli individui di curarsi; e se all'esistenza di mezzi per la prevenzione delle malattie non corrisponda poi il dovere per gli individui di accettare le condizioni poste per la creazione di ambienti salubri. Il tutto, attraverso l'esaltazione dell'idea (della retorica?) dei diritti dell'uomo: la salute è un diritto umano e dunque il suo raggiungimento 'oggettivo' è un valore in sé, anche a scapito della libertà di autodeterminarsi o, come sostiene Norbert Elias, interiorizzando le scelte dello Stato invece che subirle come imposizioni esterne. Con il termine *individualizzazione*, Elias ha definito il processo di accentuazione dei diritti del soggetto per cui alla crescita dell'auto-controllo e dell'auto-determinazione segue un successivo inquadramento da parte dello Stato che incoraggia l'avvento di un soggetto trionfante, in parte favorito dai suoi stessi meccanismi di controllo. Il processo di *individualizzazione*, secondo Elias, rischia di configurarsi come sottoprodotto dello Stato moderno, ossia come un processo attraverso cui gli attori sociali interiorizzano i discorsi dello Stato piuttosto che subirli sotto forma di sanzioni giuridiche imposte a pratiche devianti. La regola esplicita tenderebbe, quindi, a lasciare spazio ad una autoregolamentazione. Gabriella Bonacchi propone di leggere Elias attraverso l'ultimo Foucault, cioè di considerare l'autocontrollo alla luce del ruolo svolto dal controllo dei racconti, ossia dalla richiesta agli attori sociali di aderire ai racconti della pratica che abbiano più probabilità di essere legittimati dallo Stato. Il disciplinamento dei corpi diventa qui disciplinamento dei racconti. La normalizzazione dei racconti può quindi essere intesa come una forma ben riuscita di controllo degli usi sociali del corpo<sup>220</sup>. Il diritto alla salute sarebbe quindi un diritto / dovere ad essere sani non imposto ma controllato attraverso l'interiorizzazione dei discorsi dello Stato e quindi del legame tra salute e sviluppo, tra salute e crescita economica. E la salute tornerebbe ad essere intesa in senso funzionalista, cioè "intimamente connessa con i requisiti funzionali del sistema

---

<sup>220</sup> Bonacchi, G., *Corpo e storia*, in Bonacchi, G., (a cura di), *Dialoghi di Bioetica*, Roma, Carocci editore, 2003.

sociale<sup>221</sup> (...). Ciò deriva in primo luogo dal fatto che la malattia rende incapaci a svolgere efficacemente i ruoli sociali.”<sup>222</sup> Per malattia qui si intende lo “stato di turbamento nel funzionamento ‘normale’ dell’individuo umano nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell’organismo come sistema biologico sia i suoi adattamenti personali e sociali.”<sup>223</sup> La salute così concepita consiste quindi in un obbligo per gli individui ad essere sani, di conseguenza funzionali per il sistema sociale, efficienti e produttivi. La libertà di scelta, in questo quadro, deve essere intesa come eventuale libertà di scelta tra terapie differenti e non tra ‘modelli di salute’ differenti.

Le scienze sociali hanno messo in luce la componente di libertà insita nel diritto alla salute, riconoscendo l’importanza della percezione della salute come fenomeno individuale, nonostante non abbiano mancato di sottolineare l’influenza che sulla salute e sulla percezione individuale che gli individui hanno a suo riguardo hanno le condizioni macrostoriche, sociali ed economiche. Ciononostante, come abbiamo visto, negli strumenti internazionali prevale la nozione di salute come diritto / dovere alla prevenzione e alle prestazioni sociosanitarie, in cui gli Stati si impegnano a offrire dei servizi e gli individui si impegnano ad usufruirne ed a tenere comportamenti e stili di vita adeguati all’ideale di salute che permetta loro di svolgere pienamente i loro ruoli e doveri sociali. La diffusione, in molti dei principali strumenti internazionali di tutela dei diritti umani e del diritto alla salute, di un’idea di salute in senso funzionale ha avuto un riflesso molto significativo sull’azione e sulle politiche dei principali attori operativi nel settore della salute in ambito internazionale a partire dal secondo dopoguerra, quali l’OMS, l’Unicef e la Banca Mondiale. Le concezioni di salute e di diritto alla salute che questi organismi hanno fatto proprie hanno contribuito sostanzialmente a differenziarne programmi in tema di diritto alla salute promosse in paesi terzi in collaborazione con i quali hanno realizzato attività di cooperazione internazionale, aiuto allo sviluppo e riforma dello Stato.

---

<sup>221</sup> Parsons descrive i requisiti funzionali dei sistemi sociali nel capitolo II de *Il sistema sociale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1965, p. 31 – 33.

<sup>222</sup> Parsons, T., *Il sistema sociale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1965, p. 438.

<sup>223</sup> Idem, p. 440.

## **SECONDO CAPITOLO : GLI ATTORI E GLI STRUMENTI OPERATIVI**

### **Introduzione**

Come abbiamo visto, la cooperazione sanitaria è nata alla metà del XIX secolo dall'esigenza di controllare la crescente diffusione<sup>224</sup> delle epidemie, soprattutto nel bacino del Mediterraneo. Nel corso degli anni, ai rudimentali metodi di controllo si sono affiancate tecniche di sorveglianza e raccolta dei dati<sup>225</sup> sempre più avanzate, che hanno portato al rafforzamento dei legami tra gli Stati<sup>226</sup>, tanto che alcuni autori hanno persino sostenuto che la cooperazione sanitaria abbia dato un forte impulso alle relazioni internazionali<sup>227</sup> nel loro complesso, proprio per la crescente necessità di coordinare le iniziative per tenere sotto controllo la diffusione delle epidemie<sup>228</sup>. In queste pagine approfondiremo la relazione tra gli interventi di cooperazione sanitaria internazionale realizzati dalla Costituzione dell'OMS sino ai nostri giorni, e l'evoluzione del rapporto tra salute e sviluppo.

La Conferenza Sanitaria Internazionale di Parigi del 1850-1851, le ulteriori Convenzioni Sanitarie Internazionali, ed infine l'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni nel 1920, secondo cui i membri dovevano intraprendere "tutte le azioni necessarie in materia di cooperazione internazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive"<sup>229</sup>, hanno dato alla cooperazione l'investitura ufficiale in quanto strumento per la gestione della salute pubblica internazionale. Come ricordato, si è però dovuto attendere sino alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e all'entrata in vigore della Costituzione dell'OMS, per considerare la salute non soltanto come un bene pubblico ma come un diritto di cui dovevano godere tutti gli esseri umani, e definire la cooperazione sanitaria come lo strumento di tutela di quel diritto. In seguito, la Dichiarazione Universale del 1948 e soprattutto la Costituzione dell'OMS hanno

---

<sup>224</sup> Plaut, M., Hughes, J., Berkelman, R., *A global theme issues on emerging and re-emerging global microbial threats*, in *Journal of the American Medical Associations*, n. 27, p. 217.

<sup>225</sup> Vacalis, T., Barlett, C., Shapiro, C., *Electronic communication and the future of international public health surveillance*, in "Emerging Infectious disease", 1995, vo. 1, n. 1, pp. 34.

<sup>226</sup> McKeen, M., Stott, R., Garner, P., *Introduction*, in McKeen, M., Stott, R., Garner, P., (a cura di), *International cooperation in health*, Oxford University Press Inc., New York, 2001.

<sup>227</sup> Trindade Lima, N., *O Brasil e a Organização Pan Americana da Saúde: uma historia em três dimensões*, in Finkleman, J., *Caminhos da saúde pública no Brasil*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002; Santos, W. G., *Razões da desordem*, Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1993.

<sup>228</sup> Weinberg, J., *Responding to the global challenge of infectious disease*, in *International cooperation in health*, in McKeen, M., Garner, P., Stott, R. (a cura di), *op. cit.*, p. 50.

<sup>229</sup> "State parties will endeavour to take steps in matters of international concern or the prevention and control of disease". Art. XXIII della Convenzione della Lega delle Nazioni Unite, 1919, Ginevra, disponibile sul sito: [http://avalon.law.yale.edu/20th\\_century/leagcov.asp](http://avalon.law.yale.edu/20th_century/leagcov.asp), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

aperto il cammino all'idea di autodeterminazione della propria salute e della propria vita da parte di ciascun individuo<sup>230</sup>, ed in questo senso hanno rappresentato un punto di rottura con la tradizione ed hanno permesso di compiere un importante passo per il superamento dell'approccio pubblicitario in direzione di un'idea soggettiva di salute.

La salute è stata quindi definita come espressione della libera determinazione di ogni individuo in quanto “ciascuno è unico, con la propria visione della vita e del suo significato”<sup>231</sup>, ed è stata inserita nel quadro dei diritti fondamentali della persona umana. L'autodeterminazione, a sua volta, è stata presentata come “libertà di decidere in relazione a scelte che coinvolgono la persona anche nella sua dimensione fisica. La tutela integrale della persona umana implica la sua inviolabilità fisica e, ad un tempo, la sua libertà nelle scelte personali.”<sup>232</sup> In questo nuovo quadro di riferimento, la cooperazione sanitaria non doveva più essere intesa soltanto come strumento di controllo delle epidemie bensì come uno degli strumenti principali per la tutela del diritto alla salute inteso come diritto fondamentale di ogni individuo. Tuttavia, come detto, quei documenti contengono elementi di ambiguità rispetto tanto al ruolo della cooperazione quanto alla definizione stessa di salute: in essi, infatti, si trovano tracce di un'idea di salute legata alla capacità degli individui di essere ‘socialmente ed economicamente produttivi’<sup>233</sup> che rimandano, seppure in misura minore rispetto a tutte le formulazioni precedenti, al legame tra salute e sviluppo<sup>234</sup>.

Tali ambiguità della Dichiarazione Universale del 1948 e della Costituzione dell'OMS hanno fatto sì che la cooperazione sanitaria internazionale avesse da un lato il compito di promuovere e proteggere il diritto fondamentale alla salute, inclusa la sua dimensione soggettiva, e dall'altro quello di promuovere la crescita e lo sviluppo delle popolazioni attraverso il miglioramento degli standard sanitari. Tale ambivalenza appare in maniera particolarmente evidente passando in rassegna i programmi delle principali organizzazioni internazionali multilaterali attive nel settore della salute: l'OMS, l'Unicef e la Banca Mondiale, e ripercorrendo la storia di alcuni momenti fondamentali della cooperazione sanitaria internazionale, come la Conferenza Internazionale di Alma Ata del 1978, la pubblicazione del Rapporto *Investing in Health* della Banca Mondiale

---

<sup>230</sup> Rapporto del Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OR 229, p. 7.

<sup>231</sup> Ferrando, G., *Diritto di rifiutare le cure, amministrazione di sostegno e direttive anticipate*, in *Bioetica*, 2008, II, p. 926.

<sup>232</sup> *Idem*, p. 925.

<sup>233</sup> Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001.

<sup>234</sup> *Idem*.

del 1993, la costituzione della Commissione Macroeconomia e Salute da parte dell'OMS nel 2000 ed infine l'elaborazione della strategia degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>235</sup> da parte delle Nazioni Unite, durante la Conferenza del Millennio realizzata a New York nel settembre del 2000.

## **Salute e Sviluppo**

Come ricordato, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 ha attribuito un nuovo significato alla cooperazione sanitaria internazionale introducendo la nozione di salute come diritto umano all'articolo 25<sup>236</sup> nel quale si afferma che godere del più alto livello di salute possibile è un diritto che deve essere garantito a tutti gli esseri umani. L'idea di salute, fino ad allora considerata essenzialmente come bene pubblico, grazie alla sua inclusione nel novero dei diritti dell'uomo ha cominciato ad essere definita come diritto individuale. Tuttavia il testo dell'articolo mantiene lo stampo classico di salute quale opposto di malattia, oltre che componente dello sviluppo individuale e collettivo. Per realizzare tale sviluppo e garantire il diritto individuale alla salute, agli Stati è stato affidato il compito di provvedere all'offerta dei servizi necessari, in termini di garanzia dell'esistenza di condizioni materiali minime. La cooperazione sanitaria, in questo quadro, era intesa come uno degli strumenti da utilizzare per supportare gli Stati nell'offerta di tali servizi.

Come anticipato, il momento in cui è stato inserito l'elemento soggettivo nella nozione di salute e, almeno nelle intenzioni, nella definizione del ruolo della cooperazione sanitaria internazionale, è rappresentato dalla Costituzione dell'OMS, nella quale si afferma che il diritto alla salute prevede sì l'offerta agli individui di servizi, principalmente sanitari, da parte degli Stati, ma che per il raggiungimento del più alto livello di salute possibile è necessario che essi godano della libertà di scelta e di autodeterminazione rispetto alla propria salute e, in definitiva, alla propria vita. L'inclusione della dimensione soggettiva scardinava la logica tradizionale della salute

---

<sup>235</sup> United Nations. Millennium Development Goals. Disponibile sul sito: <http://development-goals.org/>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

<sup>236</sup> United Nations, Universal Declaration of Human Rights. Disponibile sul sito: [http://www.un.org/events/humanrights/udhr60/hrphotos/declaration%20\\_eng.pdf](http://www.un.org/events/humanrights/udhr60/hrphotos/declaration%20_eng.pdf), ultimo accesso 3 giugno 2009. "1. 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, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. 2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale".

pubblica e della cooperazione sanitaria che legava la salute alla crescita e allo sviluppo delle popolazioni.

La novità introdotta nella Costituzione dell'OMS, che come abbiamo visto nel I capitolo, è stata lentamente recepita e rielaborata dalla giurisprudenza in materia di salute delle principali Corti europee e della Suprema Corte statunitense a partire dagli anni Cinquanta, non ha però prodotto i cambiamenti sperati nell'ambito della cooperazione sanitaria. Carrino<sup>237</sup> ha sostenuto che tale assenza di cambiamento sia stata dovuta alla congiuntura storica dell'immediato dopoguerra, quando è entrata in vigore la Costituzione dell'OMS e quando, però, le priorità degli attori della cooperazione internazionale erano piuttosto le attività di aiuto e ricostruzione dei paesi europei più colpiti dal conflitto, come dimostra la proclamazione del Piano Marshall per la ricostruzione dell'Europa e la creazione dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE).<sup>238</sup>

Più che al trionfo dell'idea soggettiva della salute, con la risoluzione 57(I) dell'11 dicembre 1946 presentata dal Segretario Generale Trygve Lie, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha provveduto a sostenere la creazione di una serie di strutture per fare fronte all'emergenza del dopoguerra; in particolare, in materia sanitaria, ha dato vita al Fondo Internazionale d'Emergenza per l'Infanzia (ICEF).<sup>239</sup> Gli interventi di Ludwik Rajchman, medico e esperto di salute pubblica già direttore dell'Organizzazione Sanitaria della Lega delle Nazioni, e del dimissionario direttore generale dell'UNRRA, Fiorello La Guardia, durante l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del dicembre 1946, lasciarono intendere che a prescindere dalla creazione

---

<sup>237</sup> Carrino, L., *Perle e pirati. Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*, Erikson, Trento, 2005.

<sup>238</sup> “La cooperazione nacque nell'atmosfera multilaterale, aperta e piena di speranze, del breve periodo che precedette la guerra fredda. (...) Quando la cooperazione fu concretamente organizzata, la cortina di ferro era già calata. Così non poté che schierarsi con i paesi che la promuovevano. Alcuni fanno coincidere il suo inizio con il Piano Marshall per la ricostruzione dell'Europa, e con la creazione dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) nel 1948. Altri ne mettono in evidenza le origini ideologiche e citano il celebre punto IV del discorso di Truman sullo stato dell'Unione del gennaio 1949, che annunciava una nuova politica di aiuti ai paesi che qualificava come sottosviluppati. Nel 1949 le scelte della guerra fredda erano appena state fatte e l'utopia multilaterale era già messa da parte. La visione di Truman affiancava alle azioni politiche e militari per contenere il comunismo, un grande programma di aiuti economici per sottrarre i paesi poveri alla sua influenza e portarli nel campo occidentale. Il progetto politico era certamente di unificare il mondo sotto la guida degli Stati Uniti e dell'appena nato Patto Atlantico. Un progetto che poteva riuscire meglio se i paesi più ricchi avessero aiutato gli altri ad aprirsi alle regole del libero mercato e ai valori occidentali. Per questo valeva la pena aiutarli a fare quei primi passi che li avrebbero condotti dallo stato sottosviluppato o arretrato a un livello sviluppato, moderno e competitivo.”, Carrino, L., *op. cit.*, p. 43.

<sup>239</sup> ONU, E/ICEF/160, Rapporto Conclusivo della Prima Sessione del Comitato Esecutivo, United Nations International Children's Emergency Fund, New York, Economic and Social Council Official Records, 22 gennaio 1951.



dell'OMS, l'Organizzazione delle Nazioni Unite doveva dotarsi di un altro organismo più agile, pronto ad intervenire nelle situazioni di emergenza e svincolato dalla complessa idea di salute che l'OMS aveva elaborato. Rajchman e La Guardia ritenevano che le Nazioni Unite e tutta la comunità internazionale dovessero impegnarsi per salvare un'intera generazione dalla devastazione della guerra<sup>240</sup> proprio attraverso la creazione di un nuovo organismo deputato alla difesa del diritto alla vita dei minori<sup>241</sup>. Molti delegati all'Assemblea manifestarono preoccupazione per le possibili sovrapposizioni tra le attività dell'ICEF e quelle della neo istituita OMS.<sup>242</sup> Tuttavia, proprio la scelta del “target umanitario più facilmente accettabile”<sup>243</sup> facilitò l'approvazione da parte dell'Assemblea Generale della costituzione del Fondo, in base all'articolo 55 della Carta delle Nazioni Unite<sup>244</sup> secondo cui “per creare le condizioni di stabilità e benessere necessarie per il mantenimento di relazioni pacifiche e amichevoli tra gli Stati... Le Nazioni Unite devono promuovere soluzioni ai problem sociali, economici e sanitari internazionli”<sup>245</sup>.

Con la risoluzione 215(III), l'Assemblea Generale ha poi confermato la volontà delle Nazioni Unite di dare “ampia risposta all'Appello per i minori” attraverso la collaborazione con i governi degli Stati membri e “il supporto delle organizzazioni non governative”<sup>246</sup>, per farsi carico delle necessità dei minori di tutto il mondo<sup>247</sup>, dando all'ICEF il compito di sopperire ai loro bisogni.<sup>248</sup>

---

<sup>240</sup> Hazzard, V., *UNICEF and Women, The Long Voyage: A Historical Perspective*, New York, United Nations Children's Fund, March, 1987, p. 1.

<sup>241</sup> Secondo La Guardia: “La pronta adozione di un piano di lavoro incoraggerà le genti di tutto il mondo e darà nuova speranza rispetto all'utilità e all'effettività di questa nuova organizzazione internazionale”. Discorso di Fiorello La Guardia, Direttore Generale UNRRA, davanti all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, sulla risoluzione relativa alla proposta di creazione del Fondo Internazionale di Emergenza per l'Infanzia, 1946. New York, Economic and Social Council Official Documents, 1946, citato in Morris, J.M., *The origin of Unicef*, *op. cit.*, p. 46.

<sup>242</sup> Dichiarazione di Alfred Davidson raccolta da Marta Balinska nel 1996, citata in Morris, J.M., *op. cit.*

<sup>243</sup> Hazzard, V., *op. cit.*, p. 1.

<sup>244</sup> ONU, *United Nations Charter*, ratificata a San Francisco, il 26 giugno 1945 ed entrata in vigore il 24 ottobre 1945.

<sup>245</sup> “...with a view to the creation of conditions of stability and well-being which are necessary for peaceful and friendly relations among nations... [the UN] shall promote solutions of international economic, social, and health related problems.”, UNICEF History Project, *The contribution of UNICEF to the peace process*. New York: UNICEF History Project, HIST/50 (Provvisorio), gennaio 1986, p. 1.

<sup>246</sup> ONU, E/ICEF/160, *cit.*, p. 30.

<sup>247</sup> *Idem.*

<sup>248</sup> ONU, *Risoluzione dell'Assemblea Generale 215 (III) intitolata “Extension during 1949 of the United Nations Appeal for Children”*, New York, Economic and Social Council Official Documents, 1948-49, presentata l'8 dicembre 1948 per assicurare all'UNICEF i finanziamenti necessari a continuare ad operare, e Risoluzione dell'Assemblea Generale 318 (IV) intitolata “United Nations International Children's Emergency Fund” presentata il 2 dicembre 1949. Entrambe affermavano l'importanza di continuare ad assicurare risposte rapide e efficaci ai bisogni dei minori.

Rajchman, autore della Carta costitutiva dell'ICEF, ha messo l'accento proprio sul ruolo che la salute infantile poteva svolgere per favorire la ripresa e lo sviluppo dei paesi devastati dalla guerra, attraverso la promozione dell'igiene e la lotta alle epidemie. La salute dei minori avrebbe così svolto quel "ruolo di cerniera tra gli obiettivi generali che concernono la buona salute del corpo sociale e il desiderio o il bisogno di cure degli individui (...) [permettendo] di agganciare 'un'etica privata' della buona salute (...) a un controllo collettivo dell'igiene".<sup>249</sup> La salute dei minori ha così contribuito alla *medicalizzazione* della vita degli individui, alla creazione di un 'ideale oggettivo di salute' cui conformarsi, in contrasto con l'idea di autodeterminazione sostenuta dall'OMS.<sup>250</sup>

In conformità con l'idea dell'aiuto e del primo soccorso alle popolazioni infantili danneggiate dalla guerra<sup>251</sup>, la Carta dell'ICEF prevedeva la realizzazione di campagne d'immunizzazione e d'igienizzazione delle abitazioni e degli ospedali, delle quali sosteneva che avrebbero beneficiato i minori attraverso la presa in carico delle loro madri.<sup>252</sup> Con l'ingresso nei luoghi della famiglia, la casa, i reparti di maternità, tali interventi andavano ad incidere sulla realtà privilegiata del rapporto tra madre e figlio, "ambito fisico denso, saturo, permanente, continuo, che avviluppa, conserva e favorisce il corpo del bambino, sano, pulito, valido. (...) [Le campagne] per l'inoculazione e la vaccinazione (...) organizzano attorno al bambino le cure mediche".<sup>253</sup>

L'organizzazione delle cure mediche d'emergenza intorno al corpo dei minori rimanda a quei 'bisogni dei minori' descritti nella Carta dell'ICEF, che a sua volta rimanda ad un'ideale oggettivo di salute da raggiungere per garantire il normale svolgimento delle attività di un sistema vivente.<sup>254</sup> Fondare una politica sociale sui 'bisogni',<sup>255</sup> implica di

---

<sup>249</sup> Foucault, M., *op. cit.*, p. 194.

<sup>250</sup> Martins, A., *Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health*, in "Interface - Comunicação, Saúde, Educação", v. 8, n. 14, p. 21-32, settembre 2003 – febbraio 2004, p. 26.

<sup>251</sup> "I minori [e le loro madri] rappresentano un dominio apolitico in virtù del loro status di cittadinanza incompleta, che li avrebbe resi estranei ai maggiori programmi di intervento e assistenza forniti dai governi degli Stati colpiti dalla guerra". Intervista ad Alfred Davidson realizzata da Marta Balinska nel 1996, citata in Morris, J.M., *op. cit.*.

<sup>252</sup> ONU, E/ICEF/160, *Final Report of the First Executive Board Session, United Nations International Children's Emergency Fund*, New York, Economic and Social Council Official Records, 22 gennaio 1951, pp. 3-9.

<sup>253</sup> Foucault, M., *op. cit.*, p. 194.

<sup>254</sup> Miller, J. G., *La storia generale dei sistemi viventi*, Milano, Angeli, 1978.

<sup>255</sup> Altri approcci sociologici hanno fornito della nozione di bisogno definizioni differenti; di seguito ne riportiamo una sintetica descrizione. L'approccio marxista identifica il bisogno con uno stato di carenza di risorse per l'auto-realizzazione del 'singolo sociale'; questo stato di carenza è a sua volta determinato dalla mancanza di potere politico, economico e sociale sui mezzi di produzione. Mentre l'approccio semiologico al bisogno pone quest'ultimo "entro l'analisi delle strutture inconsce che regolano la produzione sociale delle 'differenze'. (...) Non è il bisogno che regola il consumo, secondo lo schema per

definirli, presupponendo il sapere di esperti che li certifichino, e l'istituzionalizzazione di "servizi sociali" da parte dello Stato per la loro soddisfazione. L'interpretazione dei bisogni è un'arena politica fondamentale ed il linguaggio stesso dei "bisogni" secondo alcuni può essere considerato come una delle eredità più devastanti dello sviluppo.<sup>256</sup> Nei paesi cosiddetti in via di sviluppo, il processo di interpretazione e soddisfacimento dei bisogni è connesso all'apparato dello sviluppo che ha offerto un'idea della valutazione e misurazione dei bisogni razionale e scientifica, "soprattutto allorché (...) essi vengono ad essere intesi semplicemente come 'problemi' irrisolti o emergenti".<sup>257</sup> In termini generali, la definizione di salute come bisogno, rischia di ridurre la nozione di salute della popolazione infantile a mera efficienza o risorsa strumentale<sup>258</sup>, in quanto è volta ad "assicurare alle varie parti del sistema un corretto svolgimento delle loro funzioni, tramite adeguati meccanismi di adattamento e un'organica divisione del lavoro, per la realizzazione degli scopi collettivi (la salute come *raggiungimento dei risultati*)"<sup>259</sup>, secondo un'idea di salute e di sistema sociale che rimandano direttamente a quanto teorizzato da Talcott Parsons<sup>260</sup>.

---

cui a un deficit del soggetto corrisponde un certo comportamento volto a soddisfarlo, secondo il principio di massima utilità (...). Ma, al contrario, è l'orientamento di consumo della società (la collettività intesa come rappresentazione simbolica collettiva), con le sue strutture e funzioni manifeste e soprattutto latenti che determina i bisogni". Secondo Baudrillard, "si può avanzare l'ipotesi che - (...) - se si ammette che il bisogno non è mai tanto un bisogno di un oggetto specifico, quanto il bisogno di 'differenza', allora si comprenderà come non possa mai esserci soddisfazione realizzata, né quindi soddisfazione del bisogno". (Baudrillard, J., *La società dei consumi*, Bologna, Il Mulino, 1976, p. 98) Sebbene non tutti i bisogni siano di questo tipo ed esistano dei bisogni che si esauriscono e possono quindi essere definiti, questo approccio è utile per mettere in evidenza il carattere indotto dei bisogni una volta che essi siano assunti come segni di realizzazione dell'uomo 'sociale'. "Difficile è dire cosa sia 'salute' per questo approccio (...). Sembra che per Baudrillard essa consista in un rapporto tra gli uomini (...) regolato dall'economia del dono e dello scambio simbolico. Salute è un simbolo comunicativo che sta a significare (...) un illimitato scambio aperto (...) cosa che richiama molto da vicino le virtù della società conviviale di Ivan Illich". (Donati, P., *Bisogni sociali, salute e servizio sanitario nazionale*, in *La sociologia sanitaria*, Donati, P. (a cura di), *op. cit.*, p. 304.)

L'approccio fenomenologico intende il bisogno come mancanza di comunicazione piena soprattutto a livello soggettivo ma anche a livello strutturale. "Il bisogno viene interpretato in relazione alla consapevolezza soggettiva di ciò che manca al soggetto per esprimere sensatamente il mondo in cui vive (...). Particolare attenzione viene posta al modo di manifestare i 'sintomi', di malattia, di sofferenza, di pena o di dolore, di disagio e di malessere, e al modo in cui l'alter ego li interpreta e vi risponde;" e la salute viene definita in rapporto alla pienezza di senso nei rapporti umani quotidiani. (Donati, P., *Bisogni sociali, salute e servizio sanitario nazionale*, in *La sociologia sanitaria*, Donati, P. (a cura di), *op. cit.*, p. 305.)

<sup>256</sup> Illich, I., *Toward a History of Needs*, Berkley, Heyday Books, 1977, citato in Malighetti, R., *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, a (cura di), *Oltre lo sviluppo, Le prospettive dell'antropologia*, Roma, Meltemi editore, 2005, p. 192.

<sup>257</sup> Donati, P., *Bisogni sociali, salute e servizio sanitario nazionale*, in *La sociologia sanitaria*, Donati, P. (a cura di), *op. cit.*, p. 297.

<sup>258</sup> Culyer, A. J., *Need and the National Health Service*, Oxford, Robertson, 1976.

<sup>259</sup> Donati, P., *Bisogni sociali, salute e servizio sanitario nazionale*, in *La sociologia sanitaria*, Donati, P. (a cura di), *op. cit.*, p. 300.

<sup>260</sup> Parsons, T., *Il sistema sociale*, *op. cit.*

Pur caratterizzato da tali limiti, l'approccio dell'Unicef, ispirato alla soddisfazione dei bisogni fisiologici all'interno di una concezione di salute organicistica, ha prevalso durante tutto il corso degli anni Cinquanta e Sessanta ed ha condizionato profondamente la nozione di salute diffusa a livello internazionale, ispirando gli interventi di cooperazione realizzati in molte aree del mondo da altri attori.<sup>261</sup> La possibilità di definire e misurare quantitativamente i bisogni e quindi realizzare interventi di cooperazione commisurati alle problematiche identificate, ha contribuito al 'successo' di tali interventi facendo dell'Unicef "un simbolo mondiale della cooperazione internazionale, capace di coinvolgere governi, organizzazioni internazionali e transnazionali, e le organizzazioni non governative, sempre mirando all'obiettivo di migliorare le condizioni di salute, ed in ultima analisi di vita, dei minori delle aree più povere del mondo. E' stata proprio la capacità del Fondo di stabilire e coordinare i partenariati fra governi e società civile, organizzazioni governative e non governative internazionali a valere il Premio Nobel per la Pace che l'Unicef vinse nel 1965".<sup>262</sup>

La salute così intesa si inquadra in modo efficace nel discorso sullo sviluppo sostenuto dalle Nazioni Unite nel loro complesso. "Il problema dei paesi sottosviluppati non consiste esclusivamente nella crescita, ma nello sviluppo.[...] Sviluppo è crescita più cambiamento; quest'ultimo, a sua volta, è sociale e culturale così come economico, e qualitativo come quantitativo [...]. Il concetto chiave deve essere il miglioramento della qualità della vita della gente".<sup>263</sup> Nel linguaggio delle Nazioni Unite, lo sviluppo, benché 'sociale' era definito "in parte come una precondizione della crescita economica e in parte come una giustificazione morale ad essa e ai sacrifici che comportava".<sup>264</sup> Raggiungere un determinato livello di crescita economica<sup>265</sup> era ritenuto così importante per lo sviluppo che l'Assemblea Generale ha definito gli anni Settanta come la *decade dello sviluppo*<sup>266</sup>, durante la quale i paesi sottosviluppati avrebbero dovuto crescere di

---

<sup>261</sup> Goodman, N., *International health organizations and their work*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1971.

<sup>262</sup> Black, M., *Children and Nations. The story of Unicef*, Geneva, UNICEF Editions, 1997, cap. 10.

<sup>263</sup> Nazioni Unite, *The UN Development Decade: Proposals for Action* (New York: UN, 1962), in Esteva, G., *Sviluppo*, in Sachs W., (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Torino, EGA Editore, 2004, pp. 358-359.

<sup>264</sup> Istituto di Ricerca delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNRISD), *An Approach to Development Research*, Ginevra, UNRISD, 1979, in Esteva, G., *Op. cit.*, p. 359.

<sup>265</sup> Rist, G., *Lo sviluppo: storia di una credenza occidentale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

<sup>266</sup> Kuhnen, F., *Concepts for the development of the third world. A review of the changing thoughts between 1945 and 1985*, in "Quarterly Journal of International Agriculture", v. 26, n.4, Berlin, 1987, pp. 157 – 167.

un tasso annuo pari al 5%.<sup>267</sup> In contrasto con tale tendenza, proprio nel 1969 si era espresso il professor Dudley Seers dell'Istituto di Studi sullo Sviluppo dell'Università del Sussex, durante il suo discorso di entrata in carica quale presidente dell'Undicesimo Congresso Mondiale della Società per lo Sviluppo Internazionale (SID) tenuto a Nuova Delhi. “Abbiamo male interpretato la natura della sfida principale postaci dalla seconda metà di questo secolo. [...] E' stata una mancanza, da parte nostra, quella di confondere lo sviluppo economico con la crescita economica [...] E' stato ingenuo ipotizzare che aumenti del reddito nazionale, se più veloci della crescita demografica, possono portare prima o poi alla soluzione dei problemi sociali e politici. Sembra che la crescita economica non solo non sia in grado di dare una soluzione alle difficoltà sociali e politiche ma, anzi, che determinati tipi di crescita possano causare tali problemi”.<sup>268</sup>

Tuttavia, l'idea di sviluppo sociale e la 'detronizzazione del prodotto interno lordo' non ottenne consenso internazionale o accademico, se non nell'ultimo decennio del XX secolo, quando l'idea di uno sviluppo declinato in termini sociali si è affermato in ambito internazionale con l'adozione dello 'Human Development Index', ideato da Ul Haq<sup>269</sup> e adottato nel rapporto annuale del Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP) nel 1990.<sup>270</sup>

Sino ad allora e poi, come vedremo, in forme diverse anche dopo gli anni Novanta, i programmi di cooperazione sanitaria realizzati dalle agenzie delle Nazioni Unite e dagli altri attori coordinati dall'OMS, pur definendo la salute come un diritto fondamentale in conformità con il principio espresso nella Dichiarazione Universale del 1948 e nella stessa Costituzione dell'OMS, hanno avuto soprattutto l'obiettivo di promuovere lo sviluppo e la crescita dei paesi considerati più arretrati. Anche le politiche e gli interventi dell'OMS sono stati orientati alla realizzazione di “campagne contro le

---

<sup>267</sup> Mattos, Ruben A. de, *Desenvolvendo e ofertando ideias: um estrudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, Tesi di dottorato sostenuta presso la Facoltà di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.

<sup>268</sup> Seers, D., *The Meaning of Development*, in “International Development Review”, dicembre 1969, citato in Arndt, H.W., *Lo sviluppo economico: Storia di un'idea*, Bologna, Il Mulino, 1990, p. 130.

<sup>269</sup> “Il problema di base dello sviluppo deve essere ridefinito in termini di attacco selettivo contro le peggiori forme di povertà [...]. Gli obiettivi di sviluppo devono essere definiti in termini di riduzione ed eventuale eliminazione della malnutrizione, delle malattie, dell'analfabetismo, della miseria, della disoccupazione e delle disuguaglianze [...]. Ci avevano insegnato ad occuparci solo del prodotto interno lordo, perché poi quest'ultimo si sarebbe preso cura della povertà. Ribaltiamo questa opinione, occupiamoci della povertà perché ciò, a sua volta, si prenderà cura del prodotto interno lordo. In altri termini, preoccupiamoci del contenuto del prodotto lordo, ancor più del suo tasso di incremento”. Ul Haq, M., *Employment and Income Distribution in the 1970s: a New Perspective*, in “Development Digest”, ottobre 1971, citato in Arndt H.W., *op. cit.*, pp. 130-131.

<sup>270</sup> Bertazzon, M., *Sviluppo come obiettivo sociale: un'alternativa al Pil?*, Tesi di Master in Studi Interculturali presso l'Università degli Studi di Padova, settembre 2007.

principali malattie trasmissibili, al rafforzamento dei servizi sanitari di base, all'educazione ed addestramento del personale medico e paramedico, sanità nutrizionale ed ambientale<sup>271</sup> proprio per raggiungere tale obiettivo. Persino la storiografa ufficiale dell'Unicef, Mary Black, ha sottolineato che in quegli anni la salute era considerata essenzialmente come un fattore determinante dello sviluppo delle popolazioni ed ha identificato negli anni Sessanta e nell'indipendenza di molte delle ex colonie europee, il momento in cui vi è stata maggiore necessità di realizzare interventi di cooperazione sanitaria per supportare lo sviluppo di questi paesi attraverso la promozione delle condizioni di salute delle popolazioni.<sup>272</sup> Lo sviluppo di tali popolazioni e paesi passava, secondo Mary Black, attraverso il miglioramento delle infrastrutture sanitarie pubbliche e delle condizioni igieniche, e l'aumento del personale qualificato<sup>273</sup> nei nuovi Stati Membri delle Nazioni Unite<sup>274</sup>, per il rispetto degli standard internazionali e per tenere il passo della crescita demografica e delle trasformazioni sociali ed epidemiologiche a livello globale. In questo quadro, l'Unicef e l'OMS hanno partecipato alla "intensa preparazione, attraverso il complesso delle agenzie delle Nazioni Unite, di programmi di cooperazione per la promozione del progresso e della crescita dei Paesi in via di sviluppo (...) il cui elemento centrale [da ottenersi attraverso] significativi progressi nella condizione mondiale della salute. Senza questi progressi, tali Paesi non [avrebbero trovato] la necessaria forza lavoro per sostenere i programmi economici."<sup>275</sup>

Tuttavia, vi è stato un momento in cui l'OMS ha rivisto criticamente l'idea di sviluppo come crescita economica e il ruolo della salute nella promozione dello sviluppo: la Conferenza Internazionale di Alma Ata, organizzata nel 1978 dall'OMS in collaborazione con l'Unicef nell'allora capitale della Repubblica Sovietica del Kazakistan. Nel prossimo paragrafo vedremo più in dettaglio come in quell'occasione l'allora direttore dell'OMS, Mahler, ha presentato la salute come prodotto delle condizioni di sviluppo e non solo come loro determinante, ed ha insistito sul bisogno di considerare le dimensioni sociali, culturali e politiche dello sviluppo, insieme a quelle

---

<sup>271</sup> Scudeller, P., *L'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Tesi di Laurea sostenuta presso l'Università degli Studi di Pavia, Pavia, 2000, Pubblicazione Centro Studi per la Pace. Disponibile online sul sito: <http://www.studiperlapace.it>, ultimo accesso dicembre 2007, p. 34.

<sup>272</sup> Black, M., *Children and Nations. The Story of Unicef*, Unicef Editions, Geneva, 1997.

<sup>273</sup> Frenk, J., Gomez-Dantes, O., Adams, O., Gakidou, E., *The globalization of health care*, in McKee, M., Garner, P., Stott, R., (a cura di), *International co-operation in health*, New York, Oxford University Press, 2001, p. 32.

<sup>274</sup> Beigbeder, Y., *International Organization and the Evolution of World Society*, v. 4, The World Health Organization, The Hague / London / Boston, 1998, pp. 20-21.

<sup>275</sup> Scudeller, P., *op. cit.*, p. 35.

strettamento economiche. Pur non concedendo molto spazio alla dimensione soggettiva della salute, in quell'occasione Mahler ha descritto la salute come lo stato che mette le persone in grado di condurre vite non solo economicamente ma anche socialmente produttive.<sup>276</sup>

La Dichiarazione di Alma Ata, documento conclusivo della Conferenza Internazionale, ha declinato lo sviluppo come percorso non solo umano e non solo economico, e la salute come causa e prodotto di tale idea di sviluppo in una visione più complessa che ne includeva le dimensioni sociali e culturali. Contrariamente alle aspettative del direttore Mahler, però, le conseguenze politiche della Dichiarazione sono state piuttosto ridotte, e le idee lì espresse hanno avuto scarsa eco nell'arena della cooperazione sanitaria internazionale. Ciò si deve, secondo molti autori, soprattutto alla presenza sempre più pervasiva della Banca Mondiale in tale contesto. Le politiche proposte dalla Banca, orientate in senso apertamente neoliberale e fondate sullo stretto nesso causale tra salute e sviluppo economico, sono apparse da subito più compatibili con la nozione di salute organicista dell'Unicef piuttosto che con la complessa proposta dell'OMS, prima e dopo Alma Ata, che, tra l'altro, prevedeva la costituzione di sistemi sanitari nazionali anche nei paesi più poveri. Per la Banca, lo sviluppo era da intendersi in senso principalmente economico e rappresentava l'obiettivo di programmi e progetti anche in ambito sanitario, cosicché, negli anni Ottanta e Novanta, il dibattito sul diritto alla salute non è stato se essa dovesse essere intesa, o meno, come diritto all'autodeterminazione e all'autonomia, bensì se rendere universale l'accesso ai servizi sanitari di base avrebbe o meno favorito lo sviluppo economico. L'alternativa, come vedremo nel paragrafo relativo alla cooperazione sanitaria dopo Alma Ata, era di rafforzare i programmi selettivi, cioè mirati alla cura di specifiche malattie o 'bisogni', in un'ottica essenzialmente pubblicitica che, almeno teoricamente, l'OMS aveva superato ormai da tempo.

Nel 1998, Gro Harlem Brundtland, già primo ministro norvegese<sup>277</sup>, ha assunto la direzione dell'OMS, dopo gli anni di direzione del dot. Nakajima che era stato molto criticato per aver ridotto l'OMS ad un ruolo meramente tecnico cedendo il passo alla Banca Mondiale in quanto a formulazione di politiche sanitarie. Con la nomina di Brundtland, il legame tra salute e sviluppo è stato nuovamente posto al centro delle

---

<sup>276</sup> Rapporto del Direttore Generale, OR 229, pp. 7 - 9.

<sup>277</sup> Gro Harlem Brundtland è stata primo ministro in Norvegia per quasi dieci anni tra il 1981 e il 1996; dal 1998 al 2003 ha ricoperto il ruolo di Direttore Generale dell'OMS.

riflessioni e delle azioni dell'Organizzazione fino a che, nel 2000, è stata istituita la Commissione Macroeconomia e Salute, presieduta da Jeffrey Sachs<sup>278</sup>, con il compito di approfondire i legami e le causalità esistenti fra le condizioni di salute, la povertà e lo sviluppo economico. Il risultato del Rapporto prodotto dalla Commissione, pubblicato nel 2001, è stato molto più vicino alle prospettive della Banca Mondiale di quanto non ci si potesse aspettare dall'OMS. Il documento ha messo in evidenza il *peso economico* che la *cattiva salute* esercita a sfavore dello sviluppo e della crescita dei paesi considerati più arretrati affermando che “il peso delle malattie rallenta lo sviluppo economico.”<sup>279</sup> Questo ritorno alla centralità dello sviluppo economico ha fatto sì che l'OMS aderisse alla Campagna degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, contenuti nella Dichiarazione del Millennio frutto della Conferenza delle Nazioni Unite del 2000 a New York.

Nella Dichiarazione del Millennio sono stati fissati otto obiettivi da raggiungere entro il 2015 corredati da una serie di indicatori per la loro misurazione, destinati ad orientare i programmi delle organizzazioni internazionali di cooperazione. Gli Obiettivi di Sviluppo rappresentano innanzitutto un'organizzazione razionale delle proposte su cui, durante la seconda metà degli anni Ottanta ed il corso degli anni Novanta, le diverse organizzazioni delle Nazioni Unite hanno concentrato i loro sforzi. A ben guardare, essi coincidono anche con ciò che gli organismi finanziari internazionali sono efficacemente riusciti a *socializzare* nell'arena della cooperazione internazionale, in termini di Obiettivi – sviluppo e crescita – e di metodologia - interventi focalizzati per la risoluzione di problemi specifici, scegliendo gruppi di popolazione e aree geografiche determinate.

La salute rappresenta un tassello molto importante di questa iniziativa: tre degli otto Obiettivi di Sviluppo sono completamente dedicati alla salute e gli altri cinque, tra cui anche quello relativo alla eliminazione della fame, la presuppongono in quanto la salute è intesa come condizione essenziale per lo sviluppo. Gli Obiettivi che fanno riferimento diretto alla salute sono: la riduzione della mortalità infantile (obiettivo 4), il miglioramento della salute materna (obiettivo 5), la lotta all'HIV/AIDS ed alla malaria (obiettivo 6). La nozione di salute che vi si esprime è quella classica di opposizione alla malattia e le iniziative necessarie a promuoverla sono indicate negli obiettivi stessi e

---

<sup>278</sup> Allora direttore del *Center for International Development* dell'Università di Harvard.

<sup>279</sup> WHO, *Macroeconomics and Health*, disponibile sul sito: [www.who.int/macrohealth/en/](http://www.who.int/macrohealth/en/), ultimo accesso 30 maggio 2008..



rimandano ad interventi selettivi e verticali già collaudati da molte delle organizzazioni internazionali e soprattutto dalla Banca Mondiale.

Gli indicatori proposti per misurare il raggiungimento di tali Obiettivi si riferiscono ad azioni concrete – vaccinazioni, visite pre e post natali, diffusione di informazioni sulla trasmissione delle malattie sessualmente trasmissibili – e rimandano ad una nozione di salute molto medicalizzata, senza alcun riferimento alle dimensioni mentali e sociali né, l’abbiamo visto, al diritto umano all’autodeterminazione. Negli stessi anni in cui è stata elaborata la Dichiarazione del Millennio, il principio del consenso e dell’autodeterminazione rispetto alla propria salute, ha trovato riconoscimento nella Convenzione Europea di Bioetica, sottoscritta ad Oviedo nel 1997, e nella Carta dei Diritti Fondamentali dei Cittadini dell’Unione Europea, sottoscritta a Nizza ed ora parte del Trattato dell’Unione Europea<sup>280</sup>. La stessa Corte Europea dei Diritti dell’Uomo ha sostenuto come le scelte di vita siano espressione della libertà individuale ed attengano al rispetto della vita privata, essendo la vita un “diritto” e non un “obbligo” di preservare la propria vita a tutti i costi, dovendo prevalere la libertà (consenso-dissenso) e la dignità della persona.<sup>281</sup>

La distanza tra questi documenti e la Dichiarazione del Millennio sta nella profonda differenza che esiste tra il diritto alla salute inteso come diritto di libertà o invece come dovere di sviluppo.<sup>282</sup>

Il Premio Nobel Amartya Sen, proprio negli anni in cui ha preso piede la strategia degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, ha proposto un altro modo di considerare il legame tra la salute e lo sviluppo, secondo cui la crescita economica non può essere considerata un fine in sé. Sen ritiene che lo sviluppo non possa essere concepito solo come il processo di incremento del prodotto interno lordo *pro capite*, dello sviluppo industriale, dell’innovazione tecnologica, o della modernizzazione sociale. Il valore di questi aspetti deve essere fatto dipendere dall’effetto che essi producono sulle possibilità di vita e sulla libertà delle persone. L’oggetto centrale dello sviluppo, quindi, non è la crescita economica ma la libertà degli individui; consiste nell’aumento delle libertà delle persone, “è un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani.

---

<sup>280</sup> Di seguito riportiamo il testo dell’articolo 3 della Carta di Nizza, approvata dal Consiglio Europeo il 7 dicembre 2000 e ripresa dal Trattato costituzionale europeo approvato a Roma nel 2004. Art. 3 “Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell’ambito della medicina e della biologia devono essere particolarmente rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata secondo le modalità definite dalla legge”.

<sup>281</sup> *Pretty c. Regno Unito*, 29 aprile 2002, in *Foro it.*, 2003, IV, 57 ss.

<sup>282</sup> Inteso come “la crescita economica e ideale universale cui condurre le regioni sottosviluppate del mondo”. Missoni, E., Pacileo, G., *op. cit.*, p. 17.

Questa concezione, che mette al centro le libertà umane, si *contrappone* ad altre visioni più ristrette dello sviluppo.”<sup>283</sup> Lo sviluppo corrisponde alla possibilità di scegliere ciò che riteniamo importante, alla libertà di scelta. In questo quadro, Sen colloca tra le più importanti libertà quella dalle condizioni prevenibili di malattia e dalle morti evitabili, identificando la buona salute come parte integrante del buono sviluppo, non come sua condizione, ed afferma che “la causa della salute non ha bisogno della strumentale dimostrazione del contributo che la buona salute può dare alla crescita economica”.<sup>284</sup>

L’autore propone di guardare alla salute e allo sviluppo soprattutto come valori in se stessi, considerando la salute come un fine in sé e non solo come un mezzo per la crescita e lo sviluppo.<sup>285</sup> La libertà, e quindi anche la libertà dalle condizioni prevenibili di malattia e morte, è allo stesso tempo, il fine primario e il mezzo principale per conseguire lo sviluppo. Di conseguenza la sfida dello sviluppo consiste nell’eliminare i vari tipi di “illibertà” che limitano o negano all’uomo l’opportunità e la capacità di agire secondo ragione e di costruire la vita che preferisce.

L’idea dello sviluppo come libertà offerta da Amartya Sen, dunque, si fonda sull’idea che lo sviluppo sia lo “strumento che deve offrire le condizioni necessarie perché le persone possano condurre vite prosperose, ‘*flourishing*’”.<sup>286</sup> E’ un’idea ampia di sviluppo fatta di elementi fondamentali sovrapposti: Sen enfatizza che “una concezione adeguata dello sviluppo deve andare ben oltre l’accumulazione della ricchezza e della crescita del prodotto nazionale lordo o di altre variabili legate al reddito; senza ignorare l’importanza della crescita economica, dobbiamo però guardare molto più in là”.<sup>287</sup>

L’intuizione è che la povertà debba essere intesa come “privazione di capacitazioni fondamentali anziché come pura e semplice scarsità di reddito. La mancanza di capacitazioni di base può dare luogo a mortalità prematura, denutrizione accentuata (soprattutto nei bambini), mortalità persistente, e altri mali”.<sup>288</sup> Tuttavia, se l’approccio di Sen è molto efficace in termini di elaborazione dell’idea di sviluppo, non è altrettanto attento alle strutture sociali ed ai processi che inibiscono la realizzazione dello sviluppo così come l’autore lo ha concettualizzato. Sen sembra voler evitare di confrontarsi con

---

<sup>283</sup> Sen, A., *Lo sviluppo è libertà. Perché non c’è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano, 2000, p. 6.

<sup>284</sup> Sen, A., *Health in development. Keynote address by Professor Amartya Sen to the Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, WHO, A52/DIV/18 Maggio 1999.

<sup>285</sup> *Idem*.

<sup>286</sup> Stewart, F., Deneulin, S., *Amartya Sen’s Contribution to Development Thinking*, in “Studies in Comparative International Development”, n. 37 vol. 2, 2002, p. 62.

<sup>287</sup> Sen, A., *Lo sviluppo è libertà, op. cit.*, p. 21.

<sup>288</sup> *Idem*, p. 26.

questioni relative al potere e al conflitto sociale e quindi non fornisce proposte concrete di pratiche commensurate alla sua nozione di sviluppo. E', però, proprio nel mondo delle pratiche che le tensioni interne fra i diversi approcci allo sviluppo acquistano evidenza empirica e richiedono di prendere posizione per una scelta o un'altra.<sup>289</sup>

Inoltre, l'approccio di Amartya Sen allo sviluppo non risolve, pur affrontandolo, il problema della misurazione dello sviluppo, o della misurazione delle libertà fondamentali, che costituisce uno degli aspetti più problematici di qualsiasi definizione di sviluppo che esuli dalla crescita del Prodotto interno lordo.<sup>290</sup>

### **Salute e sviluppo: problemi di misurazione**

Tra le ragioni per cui l'idea di salute più diffusa tra gli attori della cooperazione internazionale sia rimasta quella di standard minimo necessario per lo sviluppo sociale ed economico, vi è la difficoltà di dare una traduzione concreta alle proposte di Amartya Sen e di quanti hanno evidenziato la priorità della tutela dei diritti umani e delle libertà individuali rispetto allo sviluppo inteso come crescita economica. La salute degli individui e delle popolazioni così come i risultati e l'impatto dei programmi di cooperazione sanitaria, se considerati nella prospettiva della funzionalità, possono essere misurati utilizzando l'approccio e gli strumenti quantitativi biomedici classici, mirati ad individuare la presenza di condizioni patologiche nell'organismo umano. Se invece si intende la salute come 'completo stato di benessere fisico, mentale e sociale', tali strumenti si rivelano inadatti, e si rende necessario approntarne di nuovi. Tale necessità ha subito presentato difficoltà di ordine teorico ed empirico, se è vero che, in parziale contraddizione con la nozione di salute espressa nella sua Costituzione, negli anni Settanta l'OMS ha definito lo *stato di salute (health status)* di una persona o di una popolazione quello "accertato in base alla morbosità generale, alla morbosità per particolari malattie, alle misure antropometriche e alla mortalità".<sup>291</sup>

---

<sup>289</sup> Chimni, B., *The Sen Conception of Development and Contemporary International Law Discourse: Some Parallels*, in "The Law and Development Review", n.1, vol 1, 2008.

<sup>290</sup> Già dagli "anni Settanta si cercarono dunque nuovi indicatori dello sviluppo: l'occupazione (rivalutata nei problemi della disoccupazione nascosta e della sottoccupazione), l'eguaglianza (distribuzione interna e gap fra nazioni ricche e nazioni povere), l'eliminazione della povertà e il soddisfacimento dei bisogni fondamentali (con i concetti di reddito minimo e l'enfasi sullo sviluppo rurale)". Bertazzon, M., *Sviluppo come obiettivo sociale: un'alternativa al Pil?*, Tesi di Master in Studi Interculturali presso l'Università degli Studi di Padova, settembre 2007, p. 2.

Tali aspetti erano correlati fra loro, anzi concatenati: dall'analisi sull'occupazione si passò alla ricerca di indicatori per il settore informale e da qui all'equità distributiva.

<sup>291</sup> WHO, *Glossary of Health Care Terminology*, Public Health in Europe series, n. 4, Copenhagen, 1975.

I critici dell'idea di salute introdotta dall'OMS hanno sostenuto che “la definizione dell'OMS, accolta quale vera e propria ‘scansione’ qualitativa in grado di rompere con i prevalenti referenti del passato, non è stata fatta oggetto di attente e successive riflessioni circa le implicazioni operative che dovevano trarsi in ordine all'esigenza di disporre anche di nuovi parametri di misurazione, oggettivi e significativi a un tempo”.<sup>292</sup> Secondo tali autori, perché una definizione di salute potesse considerarsi operativa sarebbe stato necessario individuare “dei parametri oggettivi che stanno certo nel soggetto ma su cui vi è accordo tra lui e gli osservatori esterni. Occorre un *referente oggettivo* che definisca, almeno in negativo, l'assenza di salute. E, in positivo, si riferisca ad un atteggiamento concretamente attivo da intraprendere (...)”.<sup>293</sup> Proprio la necessità di individuare parametri oggettivi ha determinato il continuo riferimento all'uso di strumenti statistici per la misurazione dello stato di salute degli individui e delle popolazioni. “Le statistiche di mortalità e morbosità, il cui uso risale rispettivamente alla fine del XVII secolo e alla metà circa del XIX, non potevano non essere assunte (...) come primi indicatori classici per ‘controllare la salute pubblica’. Sin dalla loro introduzione (...) le statistiche furono usate quali elementi informativi in ordine a molti problemi inerenti la salute sia per analisi descrittive e per la verifica di ipotesi eziologiche, (...) sia per la determinazione della diffusione delle malattie anche con specifico riferimento a determinate popolazioni”.<sup>294</sup> L'idea di salute come assenza e opposto di malattia non poteva che prevedere, per la misurazione delle condizioni di salute, di “privilegiare *strumenti* prevalentemente *statistico-quantitativi* e quindi *indicatori*, appunto, di *morbosità e mortalità*”.<sup>295</sup>

Tuttavia, anche questi autori che hanno sostenuto la necessità dell'adozione di un parametro oggettivo per la misurazione della salute di individui e popolazioni hanno riconosciuto che ci sono “*alcuni limiti intrinseci nell'utilizzo dei dati*”<sup>296</sup> statistici relativi alle condizioni di salute (o di non salute) degli individui: ad esempio, è stato riconosciuto che “la morte è di solito il risultato di un complesso di cause e che il sistema internazionale di codifica, costringendo ad enunciare una sola, può produrre

---

<sup>292</sup> La Rosa, M., *Ricerca sociologica e conoscenza dello stato di salute della popolazione: ipotesi a confronto*, in Donati, P., *La sociologia sanitaria*, op. cit., p. 196.

<sup>293</sup> Donati, P., *L'integrazione dei servizi sociali e sanitari nell'ottica dei bisogni di salute per la loro rilevazione e soddisfazione*, in “La Rivista di servizio sociale”, n. 3, 1981, p. 4.

<sup>294</sup> La Rosa, M., op. cit., p. 200.

<sup>295</sup> Idem, p. 201.

<sup>296</sup> Ibidem.

statistiche non realistiche”.<sup>297</sup> Sono stati così sviluppati indicatori che mirassero a realizzare *valutazioni globali* sullo stato di salute complessivo dei soggetti attraverso l’uso di più indicatori combinati per “la messa a punto di indici volti a misurare in modo *aggregato* lo stato di salute nel suo complesso”.<sup>298</sup> “Nessun indicatore, però [è in grado di] riflettere tutte le dimensioni che assieme possono andare a definire i concetti di *salute* e di *stato di salute*”<sup>299</sup>, soprattutto se si intende cogliere attraverso misurazioni e parametri oggettivi la dimensione soggettiva della nozione di salute contenuta nella Costituzione dell’OMS. Ad essa corrisponderebbero strumenti di misurazione delle condizioni sanitarie cui sono affiancate le “statistiche demografiche, sull’occupazione, sul tenore di vita, sull’educazione e sull’uso dei servizi e delle risorse. Allo *screening* e agli indicatori sanitari, sociali, di salute ambientale e di natura oggettiva e ‘soggettiva’, si sono aggiunte nuove tecniche più specificamente sociologiche quali l’intervista e il questionario, a fini di indagini mirate a privilegiare gli aspetti qualitativo-interpretativi”.<sup>300</sup>

Anche la misurazione dello stato di salute di individui e popolazioni, alla luce della nozione di salute tanto come diritto alla libertà e all’autodeterminazione quanto come libertà fondamentale, secondo l’approccio delle capacitazioni proposto da Amartya Sen, ha però presentato notevoli difficoltà di attuazione. Tali difficoltà sono infatti considerate il principale limite della proposta del premio Nobel. Esse hanno spesso portato i pianificatori delle politiche pubbliche e dei programmi di cooperazione a preferire la nozione classica di salute opposta alla malattia e funzionale allo sviluppo individuale e collettivo. E’ il caso, ad esempio, dei programmi focalizzati e selettivi che, in aperta opposizione con le proposte di Alma Ata che saranno presentate in dettaglio nel prossimo paragrafo, si sono affermati durante gli anni Ottanta.

## **La salute per tutti: la Dichiarazione di Alma Ata**

Alla metà degli anni Settanta, l’allora direttore generale dell’OMS Halfden Mahler, in carica dal 1973 al 1988, ha avviato un processo di revisione degli obiettivi e degli strumenti dell’Organizzazione per la gestione della cooperazione sociosanitaria, consapevole che gli interventi funzionali alla logica dello sviluppo realizzati sino ad

---

<sup>297</sup> Alderson, M., *Introduzione all’epidemiologia*, in “Epidemiologia in evoluzione”, n. 7, 1978, p. 17.

<sup>298</sup> Buratti, E., Geddes, M., Maciocco, G., *Manuale di sanità pubblica*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1981.

<sup>299</sup> La Rosa, M., *op. cit.*, p. 205.

<sup>300</sup> La Rosa, M., *op. cit.*, p. 202.

allora avevano allontanato l'OMS dall'obiettivo di garantire a tutti gli individui il raggiungimento del più alto livello di benessere fisico, mentale e sociale possibile. Per riorientare le attività dell'Organizzazione in linea con la sua Costituzione, nel 1977 l'Assemblea Mondiale della Salute ha promulgato la risoluzione WHA 30.43 nella quale si affermava che gli Stati avevano il dovere di garantire il miglioramento delle condizioni sociali, economiche e culturali delle popolazioni, definite come aspetti determinanti per il raggiungimento del più alto livello di salute possibile. Durante un'importante Conferenza Internazionale tenuta ad Alma Ata nel 1978, tale risoluzione fu poi tradotta nella strategia "Salute Per Tutti entro il 2000" (*Health for All by the year 2000 - HFA*). Pur se tornava a dare centralità alle dimensioni non mediche della salute, tale risoluzione non mirava a sciogliere il nesso causale tra salute e sviluppo, ma si limitava ad affermare che gli Stati avessero il dovere di garantire le condizioni socio-ambientali necessarie a promuovere la salute delle popolazioni<sup>301</sup>. La risoluzione, infatti, presentava come principale obiettivo quello di garantire "il raggiungimento da parte di tutti i cittadini del mondo entro l'anno 2000 del più alto livello di salute che permetta loro di condurre una vita economicamente e socialmente produttiva".<sup>302</sup> Malher stesso ha affermato che "è necessario portare la salute a tutti gli individui in tutti i paesi del mondo, ove per salute s'intende lo stato di benessere personale, non solo la disponibilità di servizi sanitari – uno stato di salute che metta in condizioni ogni persona di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva."<sup>303</sup>

Le parole del direttore danno due indicazioni importanti rispetto agli obiettivi di Alma Ata: la prima si riferisce al carattere di universalità che i servizi e le prestazioni sanitarie avrebbero dovuto assumere per garantire a tutti la copertura sanitaria di base, invertendo la logica emergenziale e puntuale che aveva caratterizzato gli interventi ispirati dall'Unicef. La seconda riguarda invece la definizione di 'salute' che viene riferita alla capacità economica e sociale degli individui, e non alla libera e autonoma

---

<sup>301</sup> WHO, *Dichiarazione di Alma Ata, 1978*, disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html), ultimo accesso 25 maggio 2009. Come riportato nella traduzione italiana, al paragrafo III della Dichiarazione si afferma che "lo sviluppo economico e sociale (...) è di importanza fondamentale per raggiungere appieno la salute per tutti e per ridurre il divario tra lo stato di salute dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati". Lo sviluppo, però, non è solo condizione per la salute, ma ne è anche il frutto: "la promozione e la tutela della salute delle persone è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita". Dichiarazione di Alma-Ata, prgf. III, Dichiarazione di Alma Ata, 1978.

<sup>302</sup> WHO, *Technical cooperation*, WHA Resolution, Document WHA30.43. Di seguito sarà riportato il testo originale della risoluzione in lingua inglese. "The attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that would permit them to lead socially and economically productive lives".

<sup>303</sup> Rapporto del Direttore Generale, OR 229, pp. 7 - 9.

determinazione della propria vita, in quanto il benessere viene sì definito come personale, ma non vi è alcun accenno alla dimensione soggettiva, mentale, di auto percezione e determinazione delle condizioni di salute.

Quanto alla descrizione dei servizi che devono essere messi a disposizione delle comunità, delle famiglie, degli individui, la Dichiarazione di Alma Ata afferma che “l’assistenza di base (...) dev’essere universalmente accessibile a tutti gli individui ed alle famiglie nelle diverse comunità, in modo compatibile con le possibilità di ciascuno, attraverso la loro piena partecipazione ed a costi sostenibili per le comunità stesse”.<sup>304</sup>

Per raggiungere tale obiettivo sono stati individuati e descritti alcuni provvedimenti essenziali: (1) le risorse destinate al settore della salute avrebbero dovuto essere suddivise equamente e l’assistenza di base deve essere accessibile a tutti; (2) doveva essere garantito il diritto ed il dovere di tutti a partecipare alla pianificazione e messa in opera dei servizi sociosanitari; (3) i servizi di promozione, prevenzione, assistenza e riabilitazione per i principali problemi di salute avrebbero dovuto essere a disposizione di ciascuna comunità; (4) le tecnologie sanitarie avrebbero dovuto essere adeguate al livello di sviluppo del paese in cui avrebbero dovuto essere impiantate ed i loro costi avrebbero dovuto essere sostenibili per la comunità che le avrebbe adoperate; (5) per il raggiungimento del più alto livello di salute possibile avrebbe richiesto la cooperazione tra i settori economico, sociale e sanitario. La Dichiarazione di Alma Ata, per ciascuno degli obiettivi e dei provvedimenti essenziali, prevedeva un ulteriore piano da realizzare attraverso azioni specifiche quali: (a) educazione sanitaria relativa ai più significativi problemi di salute di ciascuna comunità ed ai metodi per porvi rimedio; (b) promozione di strategie per la distribuzione di cibo e la corretta alimentazione; (c) fornitura di acqua potabile e diffusioni delle condizioni igieniche essenziali; (d) promozione della salute materno infantile, ivi inclusa la pianificazione familiare; (e) realizzazione di programmi di immunizzazione relativi alle principali malattie infettive; (f) prevenzione e controllo delle endemie per le diverse comunità; (g) diffusione di cure adeguate per gli infortuni più comuni; (h) diffusione e distribuzione dei farmaci di base.<sup>305</sup>

---

<sup>304</sup> WHO, *Dichiarazione di Alma Ata, 1978*, disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html), ultimo accesso giugno 2009. Di seguito sarà riportato un estratto del Preambolo in lingua inglese. “...essential health care (...) is to be made universally accessible to individuals and families in the community in ways accessible to them, through their full participation and at a cost that the community can afford”.

<sup>305</sup> Idem.

Attraverso la strategia di Alma Ata, l'OMS ha sostenuto l'universalizzazione dell'assistenza sanitaria – una delle componenti della tutela del diritto alla salute - che implicava l'istituzione di sistemi sanitari nazionali in modo tale da rendere universale ed equa l'assistenza di base, facilitava la partecipazione sociale, e ridava centralità al ruolo dell'OMS nella proposta degli interventi di cooperazione sanitaria, ridefinendo i suoi compiti rispetto all'Unicef.<sup>306</sup> Sino alla fine degli anni Settanta, infatti, la gestione della cooperazione sanitaria aveva seguito un modello che “sarebbe più esatto definire di imposizione degli aiuti e non di cooperazione (...); il rapporto tra donatori e riceventi si svolge[va] ai livelli superiori dei ministeri, mentre il coinvolgimento e la partecipazione delle popolazioni interessate [venivano] praticamente trascurati. (...) A muovere i paesi e gli organismi donatori fu la consapevolezza dell'esclusivo possesso del sapere e delle competenze tecniche; di conseguenza, si ritenne superfluo coinvolgere le popolazioni per cui ogni progetto risultava un'imposizione d'imperio”.<sup>307</sup> Possiamo definire questo sistema come 'doppio paternalismo': imposizione dall'alto di aiuti e modelli non discusi con le popolazioni locali, mirati ad introdurre un'idea di salute verticale, assistenziale e, appunto, paternalista. Uno specchio che riflette sulle relazioni tra pianificatori delle politiche pubbliche e individui che usufruiscono dei servizi sanitari la stessa immagine, e quindi lo stesso tipo di relazione, che esiste tra pianificatori della cooperazione internazionale e pianificatori locali. Il risultato per gli individui sembra essere quello di una relazione doppiamente paternalistica: non solo le politiche sanitarie adottate dai governi dei paesi cosiddetti in via di sviluppo non favoriscono l'autonomia di scelta e l'autodeterminazione degli individui, ma tali politiche sono esse stesse il frutto di un rapporto di tipo paternalistico tra gli organismi internazionali e le autorità di tali paesi.

In questo contesto, la Conferenza di Alma Ata ha rappresentato “un evento storico: a) è stata la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si sono ritrovati per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) è stata la prima volta che sono stati affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri (...); (...); d) è stato, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare che ‘la salute (...) è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso al più alto livello di salute possibile

---

<sup>306</sup> Correa Matta, G., *A medida da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, Tesi di dottorato sostenuta presso la Facoltà di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2005.

<sup>307</sup> Bernardi, B., “Salute per tutti”, *prospettiva XXI secolo*, in “L'Arco di Giano. Rivista di Medical Humanities”, n. 16, 1998, p. 21.



è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”<sup>308</sup>. Il tutto, attraverso la promozione della partecipazione comunitaria alle decisioni sulla gestione della salute e dell'assistenza sanitaria; e attraverso la promozione della nazionalizzazione e dell'universalità dei sistemi sanitari. Anche l'ammissione delle medicine e dei terapeuti tradizionali<sup>309</sup> all'interno dei programmi promossi dall'OMS prevista dalla Dichiarazione di Alma Ata, pur legata alla logica della promozione dello sviluppo economico attraverso il miglioramento delle condizioni di salute degli individui, ha comunque rappresentato un fatto “rivoluzionario rispetto a quelle che, fino a quel momento, erano state le linee guida delle politiche di cooperazione dell'OMS. (...) In particolare nelle parti del documento dedicate al ruolo dei guaritori e delle levatrici tradizionali (...), e alle medicine tradizionali, definite culturalmente compatibili. Si tratta di una decisa inversione di tendenza rispetto a quanto fatto precedentemente, dato che in fondo le linee guida sulle politiche sanitarie delle grandi organizzazioni internazionali avevano sostanzialmente privilegiato, nei cosiddetti ‘paesi in via di sviluppo’, la creazione di infrastrutture sanitarie sul modello biomedico occidentale, e di conseguenza la formazione e l'utilizzo di personale sanitario con curriculum di studi basato sulla biomedicina.”<sup>310</sup>

Tuttavia, tutti questi importanti aspetti non sono stati sufficienti a far sì che l'OMS uscisse dalla logica della salute intesa come condizione della crescita e quindi dalla concezione economicistica dei soggetti. La relazione biunivoca tra salute e sviluppo produce il risultato di considerare deviante chi non accetta le cure, il raggiungimento degli standard minimi e la funzionalità sociale previsti. Come sottolinea Rodotà in un suo recente lavoro, l'idea di persona libera di scegliere e di determinarsi, di “sviluppare un punto di vista *proprio*”<sup>311</sup> e quindi anche di non contribuire al proprio sviluppo economico né a quello collettivo, si oppone a quella di soggettività astratta, caratterizzata dalla “funzionalità economica, dall'intimo legame con la logica di

---

<sup>308</sup> Maciocco, G., Stefanini, A., *Da Alma Ata al Global Fund*, in OISG, working paper, Gennaio 2007, p. 2. Disponibile sul sito: <http://www.saluteglobale.it/pagine/documentazione/Da%20Alma%20Ata%20al%20Global%20Fund.htm>, ultimo accesso dicembre 2007.

<sup>309</sup> Ai terapeuti tradizionali era comunque previsto che fossero somministrati “corsi di base di primo soccorso e igiene, che consentissero loro di agire rispettando alcuni parametri di intervento che, a detta dei programmatori sanitari dell'OMS, non pregiudicassero la salute della popolazione”. Schirripa, P., *Le politiche della cura*, Lecce, Argo, 2005, p. 104.

<sup>310</sup> *Idem*, 102.

<sup>311</sup> Rodotà, S., *Dal soggetto alla persona...*, *op. cit.*, p. 375.

mercato”<sup>312</sup> che, pur non essendo l’obiettivo diretto di Alma Ata, ha finito per emergere nei discorsi di Mahler e nella strategia della ‘Salut per Tutti’. Una persona, per essere pienamente tale, deve godere del diritto di elaborare un punto di vista autonomo sulla propria vita, in modo libero, senza dover valutare le conseguenze economiche che le proprie scelte possano comportare per la società in cui ciascuna persona è inserita, come afferma Rodotà. Alma Ata, invece, ha finito per mettere al centro del proprio discorso un soggetto astratto “le cui caratteristiche formali rilevanti sono identificate con l’attitudine a partecipare pienamente all’attività economica, a non turbare la regolarità dei commerci”<sup>313</sup>, subordinando la libertà individuale e la possibilità della persona, sia pure con diversità fisiche o psichiche, di scegliere autonomamente rispetto alla propria salute ed alla propria vita.

In questo senso, Alma Ata non ha rappresentato un punto di rottura rispetto ai documenti internazionali che l’hanno preceduta; ciononostante, non può essere sottovalutata l’importanza politica della Conferenza e della Dichiarazione, che hanno rimesso al centro del dibattito il dovere degli Stati di garantire la presenza di servizi di assistenza di base di qualità per tutta la popolazione, ed il dovere delle organizzazioni internazionali di realizzare attività di cooperazione sanitaria orientate al supporto dei governi in questo loro compito. Il tentativo di Mahler era di marginalizzare l’approccio emergenziale dell’Unicef pur mantenendo l’impostazione classica della cooperazione sanitaria come strumento per lo sviluppo. Tutto questo, affrontando in modo diretto la necessità di universalizzare i sistemi sanitari e quindi l’offerta di servizi e prestazioni a carico degli Stati e delle organizzazioni di aiuto e cooperazione internazionale, rimettendo al centro la salute individuale anche attraverso la promozione delle medicine e delle terapie tradizionali, e di contrastare gli interessi dominanti nella grande industria multinazionale della salute. Dal punto di vista politico, sostenere che la tutela del diritto alla salute implichi l’accesso ai servizi sanitari di base, alla vita in un ambiente salubre e con condizioni igieniche minime da parte di tutte le popolazioni di ciascun paese del mondo, è stata senza dubbio una presa di posizione molto importante in un momento nel quale la logica prevalente era quella dell’emergenza e non quella della garanzia a tutti gli individui delle condizioni socio-economiche necessarie al raggiungimento e mantenimento della salute.

---

<sup>312</sup> *Ibidem.*

<sup>313</sup> *Ibidem.*

La Conferenza di Alma Ata, però, ha prodotto conseguenze di portata decisamente minore rispetto alle aspettative dei suoi sostenitori. A pochi mesi dalla diffusione delle proposte della strategia 'Salute per Tutti' per l'universalizzazione delle cure di base e il loro adeguamento culturale alle tradizioni locali, un articolo di Walsh e Warren pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 1979 titolava: *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*.<sup>314</sup> L'articolo evidenziava l'intenzione degli altri organismi internazionali attivi nel settore della salute di puntare su interventi selettivi, mirati, semplici da realizzare e da misurare, nella logica del controllo dei costi e della massimizzazione dei risultati, in alternativa alle ambiziose proposte di Alma Ata. L'articolo metteva in luce la ritrosia di molte organizzazioni di cooperazione e degli organismi finanziari internazionali ad investire in processi onerosi e di lunga durata, come le riforme dei sistemi sanitari nazionali o il miglioramento dell'educazione e dell'informazione sociosanitaria presentati dalla Dichiarazione di Alma Ata come interventi necessari.

La speranza dell'OMS che le organizzazioni internazionali rappresentassero i partner necessari perché i paesi portassero a termine le riforme necessarie si scontrava, secondo Walsh e Warren, con la tendenza degli organismi finanziari internazionali a dedicarsi "alla lotta contro alcune malattie, ad alcuni specifici interventi, vantaggiosi dal punto di vista costo/efficacia (secondo gli autori: vaccinazioni, allattamento al seno a lungo termine, terapia antimalarica e reidratazione orale). L'articolo di Walsh e Warren non era l'esercizio accademico di due ricercatori, bensì la descrizione di una tendenza che cominciava a muoversi in direzione esattamente opposta alle linee tracciate ad Alma Ata".<sup>315</sup> Tra le ragioni sostenute dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale per preferire altri tipi di interventi a quelli di riforma dei sistemi proposti dall'OMS, vi erano considerazioni economiche secondo cui il costo delle riforme dei sistemi sanitari e delle altre proposte di Alma Ata avrebbe richiesto un impegno troppo elevato per i donatori internazionali, che avrebbero dovuto supportare un costo tra i 5.4 ed i 9.3 miliardi di dollari dal 1979 al 2000 per realizzare le riforme nei principali paesi in via di sviluppo.

Diversi autori hanno evidenziato che le resistenze di molti Stati e organismi internazionali alle proposte di Alma Ata sono dipendese soprattutto dalla loro

---

<sup>314</sup> Walsh, A., Warren, K.S., *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*, in "New England Journal of Medicine", v. 301, n. 18, 1979, pp. 967-73.

<sup>315</sup> Maciocco, G., Stefanini, A., *op. cit.*, p. 3.

complessità<sup>316</sup>: modificare o addirittura istituire dei sistemi sanitari nazionali<sup>317</sup> era un compito difficile, costoso e controproducente per molte delle lobby mediche e farmaceutiche mondiali. Secondo Walsh e Warren, infatti, il prevedibile insuccesso della strategia era da imputarsi anche alle resistenze delle *élites* “economica, politica ed intellettuale [di molti paesi] che spingevano per servizi curativi di tipo ospedaliero, ad alta specializzazione, cari e non sostenibili”<sup>318</sup>. “Di fronte alla complessità di mettere in atto le trasformazioni richieste, si sviluppò una corrente di pensiero, divenuta poi dominante, che tradusse quella innovativa visione in un approccio riduttivo, denominato *Selective Primary Health Care*, consistente nell’applicazione selettiva di misure dirette a prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore morbosità o mortalità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia”.<sup>319</sup>

La *Selective Primary Health Care*, assistenza di base selettiva, riproponeva la versione classica di salute opposto di malattia da raggiungere attraverso interventi il più possibile semplici ed economici mirati alla risoluzione di problemi specifici, decisi e gestiti all’interno degli organismi finanziatori, senza il coinvolgimento di terapeuti né l’uso di terapie tradizionali né le comunità beneficiarie di tali iniziative. La logica di tali ‘interventi verticali’ era sostanzialmente “contraria all’idea (centrale nella *Primary Health Care*) dei servizi integrati. L’uso di criteri definiti centralmente per la selezione dei problemi da affrontare riduce[va] la possibilità del coinvolgimento della popolazione nella scelta delle priorità. Tutto ciò implica[va] il ritorno a un modello medico di salute, e ignora[va] l’importanza dello sviluppo inteso in senso più ampio”.<sup>320</sup>

---

<sup>316</sup> Missoni, E., Pacileo, G., *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, Edizioni Franco Angeli, Milano, 2005.

<sup>317</sup> WHO, *Dichiarazione di Alma Ata, 1978*, disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html), ultimo accesso giugno 2009, prgf. 7. “L’assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo, in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L’assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, che del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l’assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria”.

<sup>318</sup> Walsh, J. A., Warren, K. S., *Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries*, in “The New England Journal of Medicine”, n. 301, p. 967.

<sup>319</sup> *Ibidem*.

<sup>320</sup> Green, A., *An Introduction to Health Planning in developing countries*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.

“L’applicazione di strategie selettive per l’assistenza di base, si tradusse nella riorganizzazione dei sistemi sanitari per programmi verticali (immunizzazioni, pianificazione familiare, controllo di singole malattie, etc.) e quindi nella disarticolazione dell’azione di sanità pubblica, con moltiplicazione di costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollamento dell’azione di ‘sviluppo’ realizzato in altri settori (educazione, produzione, etc.). (...) L’attenzione si era allontanata dalla salute per focalizzarsi sulle malattie”.<sup>321</sup>

Promuovere l’equità nell’accesso ai servizi come componente essenziale del rispetto e della tutela del diritto alla salute avrebbe richiesto un impegno duraturo agli Stati e agli organismi internazionali; al contrario, “l’approccio selettivo impostosi negli anni Ottanta, non obbligando ad impegnative riorganizzazioni dei sistemi sanitari e significativi investimenti nella sanità pubblica, era anche confacente all’emergere di nuove dottrine macroeconomiche”<sup>322</sup> promosse, nei paesi cosiddetti in via di sviluppo, soprattutto dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale. Così la salute, “anziché essere considerata come valore intrinseco e come una delle precondizioni della libertà personale, è diventata una variabile del sistema economico-finanziario, un peso per i bilanci, una preda per i mercati.”<sup>323</sup>

La strategia ‘Salute per Tutti’, con l’accento posto sull’equità nell’accesso ai servizi e sulla loro diffusione universale, con l’ammissione delle terapie e dei terapeuti tradizionali, con l’importanza data all’educazione e alla informazione, ha rappresentato un’importante occasione per affermare le caratteristiche fondamentali di universalità e pluralismo del diritto alla salute che però, a causa del fallimento di Alma Ata, non hanno trovato sbocco nelle politiche di cooperazione sanitaria internazionale.

### **La cooperazione sanitaria dopo Alma Ata**

Alma Ata aveva rappresentato il tentativo di Mahler di porre la riforma dei sistemi sanitari nazionali al centro delle politiche di cooperazione sanitaria per garantire agli individui l’accesso all’informazione sanitaria, ad un’abitazione salubre, a condizioni di lavoro sicure e dignitose, oltre che al controllo delle epidemie, della loro prevenzione, e alla diffusione delle pratiche igieniche.<sup>324</sup> Tuttavia, il suo fallimento nell’arena della cooperazione sanitaria internazionale ha contribuito a far sì che anche tanto la Banca

---

<sup>321</sup> E. Missoni, G. Pacileo, *op. cit.*, p. 49.

<sup>322</sup> *Idem*, p. 50.

<sup>323</sup> Berlinguer, G., *Introduzione*, in E. Missoni, G. Pacileo, *op. cit.*, p. 10.

<sup>324</sup> Santosuosso, A., *Corpo e libertà*, *op. cit.*, p. 122.

Mondiale quanto, all'interno delle Nazioni Unite, l'Unicef subentrassero all'OMS nella pianificazione delle politiche sanitarie e spesso anche nella gestione operativa dei programmi d'intervento. Mentre le modifiche strutturali in senso universalista proposte dall'OMS ad Alma Ata sono state presto messe da parte, gli interventi di *assistenza selettiva* si sono diffusi con estrema rapidità e capillarità. Tra i principali interventi *selettivi* vi sono state le numerose campagne d'immunizzazione attraverso la diffusione delle vaccinazioni, che l'Unicef ha realizzato in diversi paesi del mondo.

Tali campagne di immunizzazione ed inoculazione, come sottolinea Santosuosso, sono parte di un'idea di salute impositiva e pubblicista antitetica a quella secondo cui la salute si sostanzia nel diritto di scegliere e determinare liberamente i trattamenti e le cure cui sottoporsi, e quindi le condizioni della propria vita. La pratica delle vaccinazioni pone chiaramente una questione di libertà degli individui nelle scelte sulla propria salute di fronte ai poteri sanitari.<sup>325</sup> “E' nella logica della libertà (...) [che si deve escludere] un obbligo che altrimenti rappresenterebbe una 'inframmettenza nelle azioni dei privati che urta naturalmente con la libertà individuale.' (...) Le vaccinazioni diventano quasi il paradigma generale dei rapporti tra sfera individuale e interesse collettivo.”<sup>326</sup> Come ha affermato Giuseppe Ziino, fervente sostenitore dell'obbligatorietà di talune pratiche sanitarie, coloro che propongono tesi come quella di Santosuosso, sarebbero “fuorviati da un *idolo*, da una *fisima*, qual è il rispetto indefinito della libertà individuale...(...). Nella logica parsonsiana dell'obbligo, invece, chi non si assoggetta in tempo opportuno è un 'pericolo permanente per la civile convivenza' e compie un 'misfatto contro l'esistenza e l'integrità personale dei consociati', poiché la libertà individuale in tanto è concepibile, in quanto 'coesiste e armonizza con la esplicazione dei diritti e delle facoltà altrui, in quanto non conturba l'andamento di quell'ordinamento complesso che è lo Stato’.”<sup>327</sup>

Le pratiche di prevenzione e tutela della salute promosse dall'Unicef, riflettono proprio quest'idea di obbligatorietà, in quanto sono caratterizzate da una concezione della salute chiaramente pubblicistica, direttamente collegata con l'idea che le condizioni di sviluppo dipendano dal grado di avanzamento delle condizioni di salute. L'Unicef, sin dalla sua creazione, ha adottato una strategia nota come “approccio diretto alla

---

<sup>325</sup> Idem, p. 123.

<sup>326</sup> Idem, p. 124.

<sup>327</sup> Ibidem.

malattia”<sup>328</sup>, secondo cui per ‘combattere’ lo stato di degrado della salute era necessario dare priorità alla diffusione dell’igiene e alla sicurezza pubblica attraverso il controllo delle malattie infettive, anche a scapito della libertà e delle scelte soggettive. Tale approccio ha costituito la base operativa dei programmi ‘selettivi’ o ‘focalizzati’, mirati alla soluzione in tempi rapidi di problematiche specifiche. Nell’ambito di tali programmi, a partire dal 1982 l’Unicef ha lanciato un’iniziativa conosciuta come *Child Survival and Development Revolution* (CSDR), basata sulla scelta di quattro interventi a basso costo per la riduzione della mortalità infantile. L’acronimo inglese ‘GOBI’ rappresenta le quattro componenti di quella strategia: monitoraggio della crescita (*growth monitoring*), per l’identificazione precoce dei sintomi di malnutrizione; re-idratazione orale (*oral rehydration*), per la prevenzione della morte per disidratazione che è una delle principali conseguenze della diarrea; allattamento al seno (*breast-feeding*), per ridurre fino all’eliminazione altre forme insalubri e a volte mortali di alimentazione dei neonati; e immunizzazione (*immunization*) attraverso la vaccinazione anti-polio, morbillo, tubercolosi, pertosse, tetano e difterite. La strategia *Child Survival and Development Revolution* è in breve diventata il principale strumento per la promozione e la tutela della salute utilizzato dall’Unicef. La relativa facilità di misurazione e divulgazione dei risultati raggiunti dai programmi di re-idratazione orale e monitoraggio della crescita dei neonati ha contribuito a diffondere il loro uso, garantendo all’Unicef sempre maggiore prestigio internazionale.

L’idea che la salute delle popolazioni dipendesse dall’eliminazione di singole malattie e cause di morte, idea che emerge da questa sorta di ‘imperativo dell’igiene e della salute’ promosso dall’Unicef attraverso l’“approccio diretto alla malattia”, è stata presto criticata anche negli ambienti internazionali. Già nel 1985, durante un importante seminario dedicato alla “Good Health at Low Cost”<sup>329</sup>, organizzato in Italia, a Bellagio, dalla Rock Feller Foundation<sup>330</sup>, al quale hanno partecipato amministratori, economisti e demografi provenienti da Cina, Sri Lanka, Costa Rica e dallo Stato del Kerala, in India, è stato dimostrato che in tali realtà, a fronte di un prodotto interno lordo molto basso (e con limitate risorse destinate alla sanità) si erano ottenuti ottimi risultati in

---

<sup>328</sup> Missoni, E., Pacileo, G., *op. cit.*, p. 48.

<sup>329</sup> Halstead, S. B., Walsh J.A., Warren K. S., (a cura di), *Good health at low cost*, The Rockefeller Foundation, New York, 1985.

<sup>330</sup> Gli Atti del Meeting di Bellagio, realizzato nell’aprile del 1985 e finanziato dalla Rockefeller Foundation sono disponibile sul sito web: [http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=271533&TN=Popline&AC=QBE\\_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay](http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=271533&TN=Popline&AC=QBE_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay), ultimo accesso 30 dicembre 2008.

termini di promozione della salute della popolazione<sup>331</sup> pur mettendo in opera azioni opposte a quelle previste dall'Unicef, e dando spazio, invece, ad alcuni elementi contenuti della Dichiarazione di Alma Ata. “I partecipanti, dopo aver esaminato i risultati presentati alla conferenza, unanimemente adottano le seguenti raccomandazioni: i quattro stati che hanno ottenuto ‘una buona salute a un basso costo’ hanno dimostrato un chiaro impegno, politico e sociale, verso un’equa distribuzione del reddito nelle loro società. Dato questo impegno, tre ulteriori fattori sembrano aver giocato un ruolo maggiore nel loro successo, come dimostrato dal marcato declino della mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei 5 anni e da livelli di speranza di vita alla nascita vicini a quelli dei paesi sviluppati. Questi fattori costituiscono raccomandazioni per i programmi di sviluppo in altri paesi: equa distribuzione del reddito e accesso per tutti ai servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria a partire dai livelli primari, rinforzati dai sistemi secondari e terziari; un sistema educativo accessibile a tutti, particolarmente di primo livello, con possibilità di passare al secondo e terzo livello; sicurezza di un’adeguata nutrizione in tutti gli strati della società”.<sup>332</sup>

Uno dei limiti del seminario di Bellagio, che pure ha rappresentato un’importante occasione di revisione critica dell’operato dell’Unicef e della Banca Mondiale in materia di cooperazione internazionale e pianificazione sanitaria, è di non aver messo in discussione l’idea di salute che tali organismi proponevano; e di non mettere in discussione i loro criteri di misurazione, monitoraggio e valutazione dei programmi e delle politiche sanitarie. Gli studiosi che si sono confrontati sulla tematica del diritto alla salute durante tale incontro, pur riconoscendo i problemi ed i limiti insiti nelle politiche e nelle proposte della Banca Mondiale e dell’Unicef, non hanno però posto al centro del dibattito il tema della libertà e dell’autodeterminazione degli individui. Le loro critiche, pur molto circostanziate, al criterio selettivo utilizzato nella pianificazione dell’assistenza sanitaria, all’approccio semplicistico della Banca e dell’Unicef, carente di analisi sistemiche e multifattoriali, sono risultate poco incisive proprio perché non sono state capaci di cogliere il problema di fondo, ossia la negazione della libertà e dell’autodeterminazione come fattori capaci di scardinare la logica funzionalista e organicista, insite in tali politiche per la salute. Le conclusioni del seminario di Bellagio,

---

<sup>331</sup> Warren, K. S., *The evolution of selective primary health care*, in “Social Science and Medicine”, vol. 26. n. 9, pp. 891-898, 1988.

<sup>332</sup> Halstead, S. B., Walsh, J. A., Warren, K. S., (a cura di), *Conferees Summary Statement. Good Health at Low Cost*, The Rockefeller Foundation, New York, 1985, p. 136, in Warren, K.S., *The evolution of selective primary health care*, op. cit..



pur rilevanti dal punto di vista empirico nel dimostrare la scarsa efficacia delle proposte della Banca Mondiale, non costituiscono però un punto di svolta nella considerazione della salute come un diritto di libertà e come elemento strutturalmente indipendente dalla capacità economica e sociale degli individui. Inoltre, dal punto di vista della capacità d'influenza e socializzazione, le conclusioni del Seminario di Bellagio non hanno determinato alcuna inversione di tendenza nelle politiche e nelle pratiche della cooperazione sanitaria oramai orientate a favore degli interventi settoriali e dei programmi verticali.

## **OMS, Unicef e Banca Mondiale**

La scena della cooperazione sanitaria all'inizio degli anni Ottanta si presentava con l'Unicef e la Banca Mondiale come *leaders* dell'arena internazionale. Il ruolo politico dell'OMS si era gradualmente ridotto a favore di tali organismi capaci di influenzare sia le scelte dei governi che le organizzazioni internazionali, orientandone le strategie.<sup>333</sup> Il modello di gestione dell'OMS non era riuscito ad imporsi ed è apparso a molti inadeguato a rispondere ai crescenti problemi sanitari di ampie regioni del mondo. Per questo, soprattutto dopo Alma Ata<sup>334</sup>, l'Unicef da un lato e gli organismi finanziari internazionali dall'altro, hanno incrementato l'offerta di alternative semplici, razionali ed economiche per 'risolvere' i 'problemi di arretratezza' in campo sanitario dei paesi considerati meno sviluppati. L'Unicef, come abbiamo visto, si è presto fatto interprete di questa maniera di affrontare i temi legati alla gestione della salute individuale e pubblica, tuttavia, non aveva la struttura per sostituirsi completamente all'OMS; è così che la *leadership* nell'ambito "della direzione e del coordinamento dell'attività sanitaria internazionale"<sup>335</sup> è passata dall'OMS alla Banca Mondiale<sup>336</sup>, producendo uno spostamento di potere dal pubblico (l'OMS come espressione di tutti i governi degli Stati membri) al privato (la Banca Mondiale), nel quadro di un ordine giuridico aperto, disponibile a recepire il contributo di nuovi soggetti non statali né pubblici. Questo

---

<sup>333</sup> Uso questa espressione nel senso dell'insieme delle agenzie nazionali di cooperazione, di agenzie multilaterali, di ONG internazionali e università che agiscono nel campo della cooperazione internazionale.

<sup>334</sup> Mattos, Ruben A. de, *Desenvolvendo e ofertando ideias...*, op. cit..

<sup>335</sup> WHO, *WHO Report*, 1999, p. 2.

<sup>336</sup> Ferrarese definisce la Banca Mondiale come un "soggetto giuridico transnazionale che svolge un ruolo molto rilevante nella politica economica internazionale". Ferrarese, M. R., *Le istituzioni della globalizzazione. Diritto e diritto nella società transnazionale*, Bologna, Il Mulino, 2000, p. 190.

cambiamento<sup>337</sup> è spesso definito come il passaggio da un ordine contrassegnato dal diritto internazionale a un ordine globale di diritto transnazionale<sup>338</sup>. Lo stesso James Wolfensohn, allora direttore della Banca Mondiale, in un discorso del 1999 tenuto a Washington davanti alla Giunta dei Governatori, ha affermato che gli organismi finanziari internazionali hanno contribuito profondamente alla costruzione di questo nuovo ordine mondiale e sono stati a lungo arbitri di tale ‘architettura’ globale – e forse ne sono ancora<sup>339</sup>. “Sappiamo tutti quanto i paesi dipendano gli uni dagli altri. Sappiamo che i paesi non sono più padroni del loro destino. Abbiamo bisogno di regole globali e di un comportamento globale. Abbiamo bisogno di una nuova architettura internazionale per lo sviluppo che corrisponda ad una nuova architettura finanziaria globale”.<sup>340</sup>

Il primo documento che ha segnato l’ascesa della Banca nel settore della salute è intitolato *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*<sup>341</sup> ed è uno studio settoriale realizzato e pubblicato nel 1987 dalla Banca Mondiale. Il testo, elaborato da John Akin, Nancy Birdsall e David de Ferranti, ha inaugurato “un nuovo livello di inserimento della Banca Mondiale nel dibattito sulle politiche socio-sanitarie. Attraverso tale documento la Banca ha cominciato a offrire proposte per le politiche pubbliche ai governi e anche alle organizzazioni coinvolte nei processi di aiuto internazionale allo sviluppo”.<sup>342</sup>

A dieci anni dalla Conferenza di Alma Ata, che aveva rappresentato il primo tentativo internazionale di elaborare criteri universali per la riforma dei sistemi sanitari nazionali di tutti i paesi e soprattutto di quelli considerati meno sviluppati, anche la Banca Mondiale ha elaborato un documento nel quale anch’essa preconizza la necessità di riforme strutturali dei sistemi sanitari. Le proposte contenute in *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*, però, sono molto diverse da

---

<sup>337</sup> La rivista medica britannica *The Lancet* nel 1987 ha pubblicato un editoriale nel quale dava per avvenuto il superamento dell’OMS in salute da parte della Banca Mondiale consacrata dalla pubblicazione di *Financing Health Services*. James Grant, allora direttore generale dell’Unicef, ha difeso la superiorità dell’OMS e la necessità che tutte le agenzie internazionali attive nel campo della salute ne riconoscessero l’autorevolezza.

<sup>338</sup> Ferrarese, M. R., *op. cit.*.

<sup>339</sup> L’australiano James David Wolfensohn è stato presidente del gruppo Banca Mondiale dal 1995 al 2005; l’attuale presidente è lo statunitense Robert Zoellick che è succeduto nel luglio 2007 al connazionale Paul Wolfowitz.

<sup>340</sup> Wolfensohn, J., *Coalizioni per il Cambiamento*. Discorso tenuto davanti alla Giunta dei Governatori. Washington, 28 settembre 1999. Disponibile sul sito [www.worldbank.org/html/exdtr/am99/jdw-sp/index.htm](http://www.worldbank.org/html/exdtr/am99/jdw-sp/index.htm), ultimo accesso 20 febbraio 2009.

<sup>341</sup> World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington, World Bank, 1987.

<sup>342</sup> Mattos, Ruben A. de, *op. cit.*, p. 75.

quelle contenute nella Dichiarazione di Alma Ata. Il testo, infatti, conteneva la proposta di un'agenda di riforma dei meccanismi di finanziamento dei servizi di salute, che includeva la diminuzione della presenza dello Stato nei servizi sociosanitari, il decentramento dei sistemi sanitari pubblici, il rafforzamento del privato sociale legato alla prestazione di servizi nel campo della salute, il pagamento delle prestazioni nel sistema pubblico, l'identificazione di ristrette misure essenziali per il miglioramento della salute della popolazione dei singoli Stati.<sup>343</sup>

Alcuni anni dopo *Financing Health Services*, molto criticato per la visione neoliberale della gestione sanitaria, la Banca ha elaborato un secondo documento che ne ha confermato l'importanza nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale e la capacità di trovare il modo di veicolare le proprie proposte senza passare attraverso meccanismi di imposizione. Il rapporto annuale della Banca Mondiale del 1993, *Investing in Health*, è stato così interamente dedicato alla salute.<sup>344</sup> “Il rapporto riproponeva un aggiornamento dell'approccio selettivo nel controllo delle condizioni morbose promuovendo l'introduzione di un 'pacchetto minimo 'essenziale' su cui focalizzare l'azione di sanità pubblica diretta ai poveri, tornando nel contempo a promuovere la riforma dei sistemi sanitari nel senso di una loro progressiva privatizzazione.”<sup>345</sup>

L'idea di 'pacchetto minimo essenziale' introdotto dalla Banca Mondiale, si rifà all'idea di salute fondata sui 'bisogni', legata all'ideale oggettivo di salute che garantisce il normale svolgimento delle attività del sistema vivente<sup>346</sup>, come già abbiamo avuto modo di approfondire, differiva sostanzialmente da quello di assistenza universale proposto ad Alma Ata, in quanto era costruito sull'idea di 'bisogni di base', e non - come nel caso di Alma Ata, di servizi di base. L'idea di salute in termini di bisogno, fortemente presente in Talcott Parsones, si ritrova nell'approccio dei 'basic needs' della Banca Mondiale, orientato a definire il limite minimo assoluto di risorse necessarie per il benessere fisico delle persone nel lungo periodo, inteso normalmente in termini di beni di consumo. A partire da tale limite minimo, era tracciata la linea che identificava la soglia di povertà di una regione o di uno Stato, che a sua volta coincideva con il reddito

---

<sup>343</sup> Stefanini, A., *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*, EMI, Bologna, 1997, pp. 57-59.

<sup>344</sup> World Bank, *World Development Report: investing in health*, Oxford University Press, New York, N.Y., 1993.

<sup>345</sup> Missoni, E., Pacileo, G., *op. cit.*, p. 53.

<sup>346</sup> Miller, J. G., *op. cit.*.

minimo necessario per soddisfare tali bisogni di base.<sup>347</sup> “La soddisfazione dei bisogni essenziali non dipende da variabili fisse ma varia nel tempo e a seconda delle società di riferimento, perché la soglia di povertà varia a seconda del tempo e dello spazio. Tuttavia, essa può sempre essere calcolata a partire dal livello di reddito e di consumo di beni materiali, attraverso studi campione”.<sup>348</sup>

L’idea di assistenza di base proposta ad Alma Ata era costruita in modo opposto, ossia offrire servizi e prestazioni sociosanitarie era considerato necessario perché si costruissero condizioni di sviluppo e si combattesse la povertà nei paesi cosiddetti in via di sviluppo. La proposta dell’OMS presupponeva l’offerta universale di servizi sanitari, avendo stabilito un pacchetto minimo di prestazioni considerate essenziali; l’approccio dei bisogni essenziali, al contrario, stabiliva il limite delle risorse che potevano essere destinate ai servizi sanitari, a partire dal livello di consumo di beni materiali da parte delle diverse comunità. Con il fallimento delle proposte dell’OMS di Mahler, si è definitivamente affermato l’approccio della Banca Mondiale che riportava il discorso economico al centro del dibattito sulla salute, e introduceva la proposta di privatizzare i servizi sanitari nei diversi paesi.

L’idea di cedere ad attori privati il diritto di erogare prestazioni e servizi sociosanitari era già contenuta in *Financing Health Services* in cui la Banca Mondiale aveva affermato di voler “ampliare il dialogo con i governi dei paesi che ricevono aiuti attraverso la cooperazione internazionale e con le organizzazioni che erogano i prestiti, per incoraggiare nuovi approcci di finanziamento e ripensare le strategie ed i concetti sui quali essi sono fondati”.<sup>349</sup> Nel rapporto del 1993, *Investing in health*, l’idea ha poi assunto forma definitiva rappresentando, durante tutti gli anni Novanta, il tema centrale del dibattito internazionale di fronte alla “crescente interdipendenza e alla globalizzazione [che cominciavano] a mettere alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie”.<sup>350</sup>

Tale scelta, che implicava profondi cambiamenti nella struttura economica e politica di molti paesi, aveva lo scopo di diminuire il ruolo dello Stato e rafforzare/finanziare il mercato nel settore della salute. La strategia poneva come priorità il controllo delle

---

<sup>347</sup> Denton, J. A., *Society and the official world: a reintroduction to sociology*, Dix Hills, N.Y., General Hall, 1990, p. 17.

<sup>348</sup> World Bank, *Understanding Poverty*. Disponibile sul sito: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20153855~menuPK:373757~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>, ultimo accesso 3 gennaio 2009.

<sup>349</sup> World Bank, *Financing Health Services...*, op. cit., pg. 49-50.

<sup>350</sup> Walt, G., *Globalization of international health*, in “The Lancet”, v. 351, n. 9100, London, 1998, p.434.

malattie trasmissibili e l'impianto di programmi in risposta ai 'bisogni essenziali' degli individui basati sul criterio di costo-efficacia, mentre lo Stato era chiamato solo all'offerta di un pacchetto di servizi minimi ed alla garanzia delle principali misure di salute pubblica.<sup>351</sup> Questa strategia non riguardava solamente i programmi e gli interventi di cooperazione internazionale, ma tutte le proposte di riforma delle politiche pubbliche per la razionalizzazione della spesa sociale, in quanto la pianificazione di interventi sanitari selettivi e focalizzati si inquadrava proprio nell'ambito della razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica.<sup>352</sup> Così, anche nei paesi considerati in via di sviluppo, le politiche sanitarie pubbliche, elaborate dai diversi governi, hanno dovuto adeguarsi alla logica dei 'programmi verticali', privatizzando i propri pur fragili sistemi sanitari e privilegiando controllo della diffusione delle epidemie e la promozione delle condizioni igieniche e ambientali nelle aree urbane e rurali. Le proposte della Banca Mondiale miravano alla subordinazione del principio di equità a quelli di efficienza, effettività e riduzione della spesa pubblica, intendendo la libertà e l'autodeterminazione nei termini di possibilità economiche di accedere a servizi sociosanitari, eventualmente erogati da privati.

Che la sensibilità internazionale generale fosse cambiata a favore di tali prospettive di riforma, lo dimostra il fatto che le tesi sostenute in *Financing Health Services* e in *Investing in health* non abbiano fatto scandalo e che, anzi, in pochi anni la Banca Mondiale abbia assunto sempre maggiore importanza nell'arena della cooperazione internazionale. La capacità asimmetrica di imposizione o di 'socializzazione' delle proposte della Banca Mondiale nei confronti delle agenzie e delle organizzazioni di cooperazione internazionale è stata efficacemente descritta da Ikenberry e Kupcham.<sup>353</sup>

A partire dalla categoria weberiana di 'socializzazione', gli autori hanno spiegato la particolare abilità delle organizzazioni internazionali di modificare intendimenti sostanziali nell'ambito delle politiche, a modificare gli orientamenti valoriali delle élites nazionali diffondendo nuove idee e connessioni causali, soprattutto in relazione alle funzioni dello Stato o ai mezzi ed ai fini dell'economia. Analizzando l'ascesa della Banca Mondiale, gli autori hanno mostrato che spesso è stata data molta enfasi agli aspetti coercitivi, come il 'ricatto dei prestiti', ed è stata messa in secondo piano la capacità di socializzare le proprie idee e proposte, che è il secondo modo attraverso il

---

<sup>351</sup> World Bank, *World Development Report*, Washington DC, 1993.

<sup>352</sup> Costa, N. R., *op. cit.*, p. 19.

<sup>353</sup> Ikenberry, J., Kupchan, C. A., *Socialization and hegemonic power*, in "International Organization", vol. 44, n. 3, Cambridge UK, 1990.

quale le potenze egemoniche esercitano il loro potere, ossia alterando la percezioni sostanziali delle *élites* domestiche. “Il controllo egemonico emerge quando *élites* straniere si riferiscono alla visione delle *élites* egemoniche sul piano internazionale e la accettano come fosse loro – ossia, quando interiorizzano le norme e gli orientamenti valoriali proposte (...). Le norme e gli orientamenti valoriali occupano lo spazio tra intendimenti profondi sulla natura umana e obiettivi più specifici su quali politiche possano massimizzare determinati interessi a breve termine e sono quindi adeguati a guidare il comportamento degli Stati e l’orientamento dell’agenda dalla quale le *élites* scelgono specifiche politiche da mettere in opera.”<sup>354</sup>

Anche il medico brasiliano Rubens Mattos, esperto di salute pubblica e relazioni internazionali, ha discusso i processi di formazione delle idee e delle strategie sanitarie *tra* gli attori della cooperazione sanitaria internazionale a partire dalla categoria della ‘socializzazione’, affermando che oltre alle relazioni tra l’agenzia e lo Stato che riceve cooperazione, è necessario considerare il tessuto di rapporti che s’intrecciano tra le agenzie, bilaterali, multilaterali, e le grandi ONG internazionali presenti nei diversi paesi.<sup>355</sup> L’autore ha poi evidenziato la stretta relazione che esiste tra la capacità di un’agenzia di influenzare le politiche sanitarie pubbliche di uno Stato che riceve aiuti e quella di orientare l’azione delle altre agenzie che agiscono nello stesso campo. E’ la Banca Mondiale, secondo Mattos, l’organismo che, dalla metà degli anni Ottanta in avanti, è stata più efficace nel socializzare le proprie proposte, offrendo e diffondendo la propria idea di salute e di cooperazione in materia di salute soprattutto nei paesi cosiddetti in via di sviluppo. La *leadership* della Banca Mondiale ha condizionato profondamente gli equilibri di potere, gli obiettivi e le strategie del settore sanitario<sup>356</sup>, sancendo il definitivo superamento della nozione di salute contenuta nella Costituzione dell’OMS e supportando la realizzazione di pacchetti minimi di interventi mirati all’efficienza del sistema.

Di fronte alla capacità della Banca Mondiale di socializzare le proprie proposte e alla capacità dell’Unicef di interpretarle e trasformarle in programmi e interventi operativi, l’OMS è stata travolta da una profonda crisi interna, seguita al passaggio dalla gestione Mahler a quella di Nakajima, all’inizio del 1988. Hiroshi Nakajima, che era stato il direttore dell’ufficio regionale dell’OMS del Pacifico Occidentale e che pure era stato

---

<sup>354</sup> *Idem*, p. 285.

<sup>355</sup> Mattos, Ruben A. de. 2000, *op. cit.*.

<sup>356</sup> *Idem*.

apprezzato per la sua capacità di gestire le operazioni dell'Organizzazioni in Vietnam e la liberazione di Saigon, ha ridimensionato sensibilmente il disegno politico e sociale nel cui solco si era mosso Mahler, e gli sostituì una gestione tecnocratica fondata su interventi verticali e selettivi.<sup>357</sup> “Dopo 15 anni sotto la carismatica e visionaria gestione Mahler, (...) l’OMS (...) ha sostituito l’approccio di alto profilo che aveva reso l’organizzazione un’importante avvocata dell’equità e dell’uso razionale delle risorse con il ruolo tradizionale di organizzazione tecnica dedicata a stabilire standard e dare pareri tecnici su questioni mediche specifiche”.<sup>358</sup> La gestione Nakajima, pur perfettamente in linea con il nuovo scenario sanitario internazionale, è stata definita come un momento di ‘crisi di identità’ dell’Organizzazione.<sup>359</sup> Le due domande principali cui l’OMS si è trovata a dover rispondere erano: a cosa serve l’OMS? E come deve agire?

Coordinare la produzione di azioni e politiche sociosanitarie in tutti i paesi del mondo, offrire manuali con orientamenti e protocolli, affiancare i paesi membri nella conduzione delle politiche e programmi sociosanitari? Oppure realizzare essa stessa interventi ed azioni e intervenire direttamente nella lotta alle malattie e alle disuguaglianze nello stato di salute delle popolazioni?<sup>360</sup>

“E’ il dibattito perenne relativo alla scelta dell’OMS di essere preminentemente un’agenzia normativa – che definisce standard, sviluppa linee guida e fornisce informazioni che debbano essere usate da governi e altre organizzazioni internazionali quando mettono in opera i propri programmi – oppure se debba essere essa stessa coinvolta in prima linea nella realizzazione degli interventi”.<sup>361</sup> Le scelte della gestione Nakajima di limitarsi agli aspetti più tecnici, fissare standard internazionali ed elaborare protocolli, privilegiare la lotta a singole malattie, collaborare con le principali organizzazioni e con gli organismi finanziari internazionali, hanno manifestato la superiorità di tali organismi nel socializzare le proprie politiche ed il fallimento del progetto politico e sociale dell’OMS di Mahler. “L’OMS ha perso. I programmi verticali sono generalmente orientati alla lotta contro specifiche malattie, come ad esempio la malaria, l’HIV/AIDS, la diarrea. Il loro aumento di numero e la quantità di

---

<sup>357</sup> Godlee, F., *The World Health Organisation: WHO in crisis*, in “British Medical Journal”, n. 309, pp. 1424 - 1428, 1994.

<sup>358</sup> *Idem*, p. 1426.

<sup>359</sup> Correa Matta, G., *op. cit.*, p. 89.

<sup>360</sup> *Idem*.

<sup>361</sup> McCarthy, M., *What's going on at the World Health Organization?*, in “The Lancet”, v. 360, n. 9340, 2002, p. 1108.

fondi che l'OMS vi ha investito sono andati a detrimento degli sforzi, al fianco dei paesi membri, di stabilire reti integrate per l'assistenza di base".<sup>362</sup>

Le proposte restrittive e focalizzate dalla Banca Mondiale non riguardavano soltanto il settore sanitario bensì rientravano nel più ampio processo di imposizione a molti paesi dei 'Piani di Aggiustamento Strutturale', soluzioni normative per rilanciare le economie deficitarie attraverso l'erogazione di prestiti che la Banca offriva a tassi vantaggiosi.<sup>363</sup>

Al centro delle discussioni, dunque, vi era la riforma dello Stato. La Banca Mondiale, anche attraverso la cooperazione sanitaria internazionale, intendeva portare le politiche sanitarie pubbliche<sup>364</sup> verso sistemi di tutela meno universalisti e meno costosi per lo Stato. I 'Piani di Aggiustamento Strutturale' erano basati sull'idea che le istituzioni del mercato e il potere dello Stato fossero necessariamente inversamente proporzionali. Essi erano costituiti da un elenco di politiche relative alla stabilizzazione macroeconomica da realizzare attraverso la normalizzazione della politica monetaria e fiscale, la liberalizzazione dei mercati di beni e di capitali attraverso la de-regolamentazione e la privatizzazione delle imprese statali.<sup>365</sup>

Durante gran parte degli anni Ottanta, l'obiettivo della Banca Mondiale è stato di diffondere le idee dell'ortodossia economica nelle politiche sanitarie nei paesi coinvolti dall'applicazione di tali Piani di Aggiustamento Strutturale, e di produrre un largo consenso su tali idee tra gli attori e le istituzioni dell'arena internazionale della salute, eliminando ogni residuo di autorevolezza all'OMS.<sup>366</sup> L'orientamento al mercato, dunque, è stata la parola d'ordine condivisa dalle comunità di specialisti<sup>367</sup> e delle agenzie internazionali nella discussione sulla riforma dello Stato. Nel settore sanitario, l'orientamento al mercato ha implicato l'applicazione di misure di contenimento dei costi per il controllo del bilancio, la ricerca di alternative alle cure ospedaliere, l'incentivo alla previdenza privata, il disincentivo alla domanda di servizi medici, di

---

<sup>362</sup> Godlee, F., *op. cit.*, p. 1427.

<sup>363</sup> Costa, N. R., *op. cit.*, p. 16.

<sup>364</sup> Costa, *op. cit.*, p.15.

<sup>365</sup> Haggard, S., Kaufman, R., (a cura di), *The politics of economic adjustment: International Constraints, Distributive Conflicts and the State*, New Jersey, Princeton University Press, 1992.

<sup>366</sup> Walt, G., *Health Policy. An Introduction to Process and Power*, London, Zed Books, 1994.

<sup>367</sup> Haas definisce 'comunità epistemica' quando tratta del ruolo delle specializzazioni scientifiche nei processi di produzione e diffusione degli intendimenti scientifici e che si dimostra particolarmente rilevante per l'analisi della socializzazione. Definisce inoltre la funzione dei *network* di professionisti con competenze riconosciute in una data area e che si affermano nel momento in cui producono conoscenze rilevanti per una determinata area di politiche. Haas, P. M., *Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination*, in "International Organization", vol. 46, n. 1, 1992, citato in Costa, N. R., *op. cit.*, p. 16.



consumo di farmaci, di esami di laboratorio, fino alla restrizione dell'offerta di servizi e prestazioni sociosanitari.<sup>368</sup> Gli organismi finanziari internazionali hanno prodotto un'alleanza tecnocratica transnazionale orientata alla razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica, anche nei paesi considerati in via di sviluppo con basso investimento *pro capite*<sup>369</sup>, ed hanno elaborato dei piani per il prestito in un settore, quello della salute, che sino ad allora non aveva avuto particolare rilievo nelle proposte di riforma della Banca e non era ancora di grande interesse per il capitale internazionale ma che avrebbero potuto diventarlo.<sup>370</sup>

Con il passare del tempo, però, persino i maggiori difensori degli 'Aggiustamenti Strutturali' hanno riconosciuto che tali piani avevano la tendenza a semplificare la realtà e non rispondevano alle necessità dei paesi indebitati e considerati in via di sviluppo.<sup>371</sup>

Il mutamento di sensibilità del clima internazionale, dovuto in larga parte al dilagare della crisi economica della seconda metà degli anni Ottanta, ha portato la Banca Mondiale a prendere atto della necessità di modificare almeno parzialmente i propri obiettivi, per mantenere la propria credibilità nel settore e per sviluppare nuovi campi d'azione per fare fronte alla crisi. Lo slogan '*lotta alla povertà*' ben rappresenta la nuova strategia della Banca che, pur mantenendo l'obiettivo della crescita economica, almeno nella retorica ha così dichiarato di mirare creazione di condizioni di vita dignitose per i più poveri. Il cambio di rotta dalla crescita ad ogni costo alla *lotta alla povertà* ha rappresentato l'occasione per la Banca Mondiale di rilanciare le politiche di cooperazione per lo sviluppo economico proprio nel mezzo di una crisi che stava destabilizzando anche le aree più ricche del pianeta, presentando tali politiche come strumenti per la riduzione della povertà ed il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni. La strategia della *lotta alla povertà*, sostenuta dalla corrente 'istituzionalista' della Banca Mondiale, più attenta all'impatto dei Piani di Aggiustamento Strutturale sulle popolazioni e soprattutto sui più poveri, riconosceva la necessità di rivedere tali Piani, affiancando alle severe misure macroeconomiche delle iniziative di sostegno delle fasce meno protette delle popolazioni, in modo tale da

---

<sup>368</sup> Klein, R., *Can we restrict the Health Care Menu?*, in "Health Policy", v. 27, n. 2, Amsterdam, 1994, pp. 103-112.

<sup>369</sup> Per maggiori informazioni sulle politiche promosse dalla Banca Mondiale è possibile consultare il sito ufficiale [www.worldbank.org/archives](http://www.worldbank.org/archives), ultimo accesso settembre 2008.

<sup>370</sup> Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *As estrategias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil*, in Barros, F., (a cura di), *As estrategias dos bancos multilaterais para o Brasil*, Brasilia, Rede Brasil, 2001; Latouche, S., *L'Occidentalizzazione del Mondo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1997.

<sup>371</sup> *Idem*, p. 392.

mitigare gli effetti più perversi di tali iniziative sui gruppi svantaggiati. Ciò sarebbe avvenuto attraverso la formazione e il rafforzamento delle capacità gestionali dei governi dei paesi considerati più arretrati, per assicurare a tali paesi ambienti economici adeguati alla riduzione della povertà e, in definitiva, alla crescita economica ed allo sviluppo. A questa ‘riforma istituzionalista’ ha corrisposto l’elaborazione di una nuova definizione di sviluppo, ‘lo sviluppo inclusivo’, per la realizzazione del quale era previsto un maggiore coinvolgimento dei governi dei paesi nella scelta degli interventi e degli strumenti da utilizzare, ma anche l’inclusione di altri attori pubblici e privati nella negoziazione dei prestiti. La ‘riforma istituzionalista’ e la diffusione della retorica dello ‘sviluppo inclusivo’ hanno contribuito al cambiamento dei dispositivi di condizionamento che avevano storicamente accompagnato gli ‘Aggiustamenti Strutturali’: invece che offrire prestiti a governi che non erano pienamente convinti dell’adeguatezza delle politiche suggerite, la Banca Mondiale ha modificato l’approccio in favore della ‘offerta di idee’. Per ampliare il consenso sulle politiche contenute negli ‘Aggiustamenti Strutturali’, la Banca Mondiale ha promosso il coinvolgimento di personale locale, attori statali e privati, ed attraverso la diffusione di un’immagine di se stessa meno impositiva e più dialogante. La Banca ha cominciato a praticare la socializzazione delle proprie politiche discutendole con gli altri attori nazionali ed internazionali, invece che condizionarle alla concessione dei prestiti, presentando le sue strategie come punto di intersezione tra le autonome scelte dei paesi e le misure di Aggiustamento Strutturale. Tale scelta ha permesso di “sviluppare tecniche per la costituzione di un ordine sociale organico (...) in grado di controllare e gestire le zone di vita sociale che fino a quel momento non avevano una definizione precisa”.<sup>372</sup>

Tanto nella retorica che in alcune pratiche, gli anni Novanta hanno segnato un cambiamento nelle pratiche della Banca Mondiale.<sup>373</sup> Joseph Stiglitz, ex capo economista e vice presidente della Banca, ha sostenuto che l’istituzione ha voluto mostrare di aver fatto tesoro del fallimento dell’esperienza dei Piani di Aggiustamento Strutturale presentandosi sulla scena internazionale con un nuovo profilo<sup>374</sup>, discostandosi dalle raccomandazioni del Fondo Monetario<sup>375</sup> e cercando di ricostruire la sua immagine istituzionale seguendo tre indirizzi principali: modificare la retorica

---

<sup>372</sup> Procacci, G., *op. cit.*, p. 164.

<sup>373</sup> Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *op. cit.*.

<sup>374</sup> Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *op. cit.*, p. 112.

<sup>375</sup> Stiglitz, J., *La globalizzazione ed i suoi oppositori*, Torino, Einaudi, 2002.

rispetto ai propri obiettivi aumentando l'enfasi sulla lotta alla povertà; modificare la visione degli aggiustamenti strutturali; dare importanza alla discussione e all'offerta di idee per le politiche pubbliche e al dialogo politico con i governanti dei paesi beneficiari dei prestiti. Lo stesso James Wolfensohn, allora presidente della Banca Mondiale, riferendosi alle prospettive della Banca ha formalizzato il passaggio dall'imposizione di misure specifiche all'offerta di idee affermando che "ciò che spetta a noi, come comunità internazionale per lo sviluppo, è aiutare i paesi – offrendo finanziamenti, sì, ma soprattutto offrendo conoscenze e lezioni imparate sulle principali sfide del presente e su come affrontarle."<sup>376</sup>

Sempre nella direzione del dialogo tra i diversi attori impegnati nel miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni attraverso la cooperazione internazionale, la Banca Mondiale si è posta l'obiettivo di rafforzare l'interazione con le organizzazioni non governative, che avevano rappresentato la 'resistenza' critica al suo operato. Per fare questo, ha incentivato gli Stati beneficiari dei propri prestiti a elaborare progetti in cooperazione con le organizzazioni della società civile presenti nei loro paesi, ed ha messo a disposizione dei finanziamenti *ad hoc* per le organizzazioni non governative. Alcuni autori, lungi dal dare credito alla buona fede delle intenzioni della Banca Mondiale di innescare meccanismi di dialogo con la società civile, hanno definito tale strategia come una "cooptazione della società civile organizzata. Tuttavia bisogna riconoscere che questi movimenti hanno permesso alla Banca, almeno a livello discorsivo, di includere nelle proprie argomentazioni alcune delle rivendicazioni dei movimenti sociali organizzati."<sup>377</sup> Tra queste, la lotta alla povertà proprio attraverso lo slogan *il nostro sogno è un mondo senza povertà*, lanciato agli inizi degli anni Novanta. Vennero così pianificati e realizzati una serie di interventi e di politiche economiche che, pur mantenendo il criterio della subordinazione delle politiche sociali a quelle economiche, venivano presentate come azioni per la riduzione della povertà (anche quando, paradossalmente, i loro effetti immediati avessero il risultato di peggiorare le condizioni di vita delle popolazioni invece che migliorarle).<sup>378</sup> La lotta alla povertà è stata il "grande tema consensuale tra gli organismi di cooperazione"<sup>379</sup> della seconda

---

<sup>376</sup> Wolfensohn, J. D., *The impact of AIDS on Peace and Security in Africa: War on AIDS, free from poverty, free from AIDS*, Conferenza tenuta presso il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite il 10 gennaio 2000, disponibile sul sito [www.worldbank.org/html/extdr/exteme/jdwp011000.htm](http://www.worldbank.org/html/extdr/exteme/jdwp011000.htm), ultimo accesso settembre 2007.

<sup>377</sup> Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *op. cit.*, p. 114.

<sup>378</sup> *Idem*, p. 115.

<sup>379</sup> Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *op. cit.*, p. 122.

metà degli anni Novanta, proprio grazie alla capacità della Banca di socializzare le proprie scelte di politica e cooperazione internazionale. “Non è un caso che ‘Eliminare la povertà entro il 2015’ rappresenti proprio il testo del primo Obiettivo di Sviluppo del Millennio<sup>380</sup>, nuova strategia delle Nazioni Unite per la cooperazione internazionale e il rispetto dei diritti umani per il XXI secolo, e nuova meta della comunità internazionale”<sup>381</sup>, come già discusso all’inizio di questo capitolo.

---

<sup>380</sup> Maggiori informazioni sulla campagna per lo Sviluppo del Millennio sono disponibili sul sito: <http://www.un.org/millenniumgoals>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

<sup>381</sup> *Ibidem*.

## **TERZO CAPITOLO : IL DIRITTO ALLA SALUTE IN BRASILE: attori e strumenti operativi**

### **Introduzione**

Questo capitolo conclude la riflessione sulla nozione di salute, sulla cooperazione sanitaria e sulla tutela del diritto alla salute attraverso le iniziative dell'OMS, della Banca Mondiale e dell'Unicef. Sarà messa in evidenza la relazione tra salute e sviluppo che tali organizzazioni hanno contribuito ad instaurare all'interno della programmazione e gestione sanitaria in Brasile, dagli inizi del XX secolo ai nostri giorni. Attraverso l'analisi dei loro programmi e dei loro rapporti con l'amministrazione brasiliana, si mostrerà che, in misura diversa a seconda dei periodi, ciascuna di queste organizzazioni ha favorito il mantenimento della nozione classica di salute e di quel meccanismo che nel secondo capitolo è stato definito come 'doppio paternalismo', a scapito dell'autonomia personale nel rapporto tra medico e paziente, tra servizi sanitari ed utenti, tra politiche pubbliche e loro beneficiari.

Tale meccanismo è stato reso possibile grazie alla subordinazione del discorso dell'autonomia a quello dell'emergenza sanitaria, ossia all'idea che esista uno standard minimo che deve essere garantito in termini economici e sociali, perchè si diano le condizioni per l'autonomia individuale. In tal senso, autori che pure hanno riconosciuto l'importanza del tema dell'autonomia di scelta anche in un paese caratterizzato dalle disparità sociali, come il Brasile, hanno però ritenuto necessario chiedersi se sia possibile parlare di individui "autonomi e coscienti delle proprie scelte quando le limitazioni di ordine economico e sociale sono così grandi, e l'ignoranza è data dalla mancanza di accesso all'informazione, in una relazione totalmente squilibrata di potere e saperi"<sup>382</sup>.

In queste pagine sosterrò che il rispetto dell'autonomia di scelta degli individui sulla definizione del proprio stato di salute, non è confliggente né concorrente con il dovere degli Stati di garantire l'accesso e la disponibilità universale dei servizi sanitari. Il dovere degli Stati di offrire servizi e il diritto degli individui di autodeterminarsi, così come affermato nei documenti delle Corti e nelle Convenzioni europee che abbiamo esaminato nei capitoli scorsi, dovrebbero procedere parallelamente ed intersecarsi nell'elaborazione delle politiche pubbliche, per assicurare la tutela del diritto alla salute

---

<sup>382</sup> Soares, J.C.R.S, Camargo Jr., K.R., *A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde*, in "Interface - Comunicação, Saúde, Educação", v. 11, n. 21, janeiro/abril 2007, p. 74.

inteso come diritto di libertà. A partire da questa considerazione, la domanda cui si cercherà di dare risposta riguarda l'influenza che le organizzazioni internazionali multilaterali sin qui considerate, hanno avuto sullo sviluppo dell'idea di salute e della sua tutela all'interno delle istituzioni pubbliche brasiliane, e che tipo di politiche sanitarie hanno contribuito a diffondere.

Il capitolo si apre con la presentazione dello stato dell'arte sul tema dell'autonomia, dell'autodeterminazione e del consenso informato in Brasile, e della crescente attenzione dedicata ad esso nell'ambito delle scienze sociali, soprattutto negli ultimi anni. Sarà poi evidenziato che tale maggiore attenzione scientifica non ha però avuto ricadute significative sul piano della elaborazione delle politiche sanitarie pubbliche. Una pur breve rassegna di tali politiche, elaborate nel corso del XX secolo dalle autorità preposte al mantenimento e alla tutela della salute della popolazione brasiliana, in collaborazione con l'Organizzazione Pan Americana della Salute (OPAS), permetterà di osservare che sino agli anni Ottanta il tema dell'accesso ai servizi sanitari e dell'equità delle condizioni di salute è stato l'unico argomento di discussione tra le organizzazioni internazionali ed il Ministero della Salute, dalle prime campagne 'sanitariste' dell'inizio del Novecento, fino all'istituzione del Ministero della Salute nel 1953, e alle iniziative di cooperazione sociosanitaria internazionale.

Anche in anni più recenti, il tema dell'accesso ai servizi è comunque rimasto di gran lunga preponderante rispetto a quello del consenso informato e della garanzia della libera determinazione delle condizioni di salute da parte di ciascun individuo, soprattutto nel dibattito interno alla cooperazione sanitaria. Con l'ingresso della Banca Mondiale nell'arena della cooperazione sanitaria internazionale, infatti, al tema dell'accesso universale ed equo ai servizi sanitari, si è sostituito l'approccio dell' 'economia della salute'<sup>383</sup>. Di conseguenza, l'OMS/OPAS ha radicalizzato la tutela del principio di universalità del diritto alla salute inteso come diritto alle prestazioni sanitarie sostenendo sempre più fermamente il tema dell'accesso ai servizi per tutti. Mostriamo, però, che l'insistenza sull'equità d'accesso ai servizi sanitari da parte dell'OMS/OPAS, pur sostenuta in alternativa ad un modello escludente e censitario come quello proposto dalla Banca Mondiale, ha permesso il rinsaldarsi dell'idea che la

---

<sup>383</sup> Drummond, M. F., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, 2005; Wolfe, B., *Health economics*, in Durlauf, S. N., Blume, L (a cura di), *The New Palgrave Dictionary of Economics*, 2° edizione, Palgrave Macmillan, 2008.

salute dei singoli debba essere preservata in virtù dello sviluppo economico e sociale, rafforzando così il nesso causale tra salute e sviluppo.

Ai rapporti di forza che si sono instaurati tra la Banca Mondiale, l’OMS/OPAS ed infine l’Unicef, e all’analisi dell’influenza di tali organizzazioni sulla definizione delle politiche sanitarie pubbliche brasiliane dagli anni Ottanta ad oggi, saranno dedicati gli ultimi paragrafi di questo capitolo, mettendo in luce come l’approccio dell’economia della salute, rafforzato nel 2000 dall’approccio dello Sviluppo del Millennio, ha contribuito a mantenere separati il discorso dell’autonomia e quello della pianificazione delle politiche sanitarie pubbliche, legato al principio dell’accesso ai servizi e del raggiungimento di standard di salute e obiettivi quantitativi.

Nel quadro di tale analisi sarà presentato il programma di cooperazione sanitaria *Selo – Municipio Aprovado*, realizzato dall’Unicef a partire dal 2004 nella regione *Nordeste* del Brasile, destinato a rafforzare la logica della salute come funzione dello sviluppo attraverso l’adeguamento delle politiche sanitarie locali agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Sosterremo che la convergenza delle politiche sanitarie, centrali e locali, con i principi sostenuti dalle organizzazioni multilaterali, si è realizzato attraverso meccanismi di cooptazione degli enti locali e della società civile, ossia costruendo il consenso su determinati modelli a partire dal basso, invertendo la logica fallimentare di strumenti quali i Piani di Aggiustamento Strutturale ed inaugurando una nuova fase della cooperazione sanitaria internazionale.

### **Autonomia, autodeterminazione e consenso informato in Brasile**

Una delle voci più autorevoli della sociologia della medicina in Brasile, Kenneth Rochel Camargo, ha evidenziato l’importanza che oggi ha la riflessione “sui concetti di salute, malattia, vita e autonomia”<sup>384</sup> in un paese come il Brasile dove le politiche sanitarie pubbliche ed i programmi di cooperazione sanitaria, sono ancora molto incentrati sulla prospettiva biomedica “fondata su una concezione di neutralità e oggettività che trascura la dimensione soggettiva”<sup>385</sup> che caratterizza la nozione di salute dell’OMS ed il concetto di salute come autonomia.

Al contrario, il dibattito su tali argomenti tra sociologi e filosofi della medicina, in Brasile, ha seguito, pur con qualche ritardo, le riflessioni dei grandi autori internazionali come John Finnis, che ha parlato di autonomia in termini di riconoscimento

---

<sup>384</sup> *Idem*, p. 66.

<sup>385</sup> *Ibidem*.

dell'uguaglianza di tutti gli esseri umani e dell'inalienabile responsabilità di compiere scelte libere che portino alla realizzazione dell'essere umano nella sua interezza<sup>386</sup>. Si definisce l'autonomia innanzitutto in termini di autodeterminazione<sup>387</sup> (ma anche di auto governo, libertà, *privacy*, scelta individuale, libertà di scelta<sup>388</sup>), essa viene descritta come diritto di scegliere ed agire in modo indipendente, fuori dal controllo esterno<sup>389</sup>, pur nel riconoscimento del contesto socioculturale e politico<sup>390</sup> in cui tali scelte vengono ad essere operate; rappresenta quindi la possibilità per ogni individuo di gestire la propria vita a partire dalla conoscenza e il riconoscimento dei limiti e delle alternative esistenti. La cooperazione internazionale, quindi, dovrebbe contribuire alla costruzione di contesti socioculturali, economici e politici che diano agli individui maggiori possibilità per esercitare liberamente le proprie scelte, valorizzando le soggettività con i loro saperi ed i loro valori che rimanda ad un'idea di autonomia come modo di essere dell'uomo. Tale riconoscimento dell'autonomia come caratteristica fondante degli esseri umani dovrebbe condurre all'elaborazione di politiche improntate al rispetto dell'altro e della sua autonomia, come fondamento della società.<sup>391</sup> Esse dovrebbero essere fondate sul rispetto degli individui come soggetti e agenti autonomi<sup>392</sup>, e sul riconoscimento del diritto a compiere scelte e agire in base a sistemi di valori e credo personali, sull'astensione dall'interferenza nelle scelte altrui, ma anche sulla creazione di condizioni e opportunità necessarie perché gli individui esercitino la loro autonomia di dibattere, interrogare, scegliere politiche e progetti, e partecipare alla loro implementazione, di non lasciarsi sottomettere dalle istituzioni e utilizzarle come strumenti per ampliare la propria autonomia.<sup>393</sup>

Nell'ambito delle politiche sanitarie, tali riflessioni avrebbero dovuto portare le istituzioni e le organizzazioni internazionali a considerare la salute di ciascun individuo a prescindere dalla sua capacità di essere socialmente ed economicamente produttivo<sup>394</sup>, bensì come frutto dell'intrecciarsi di condizioni sociali ed economiche, rispetto alle

---

<sup>386</sup> Finnis, J., *Abortion and health care ethics*, in Gillon, R. (a cura di), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, John Wiley and Sons Ltd., 1994, p. 40.

<sup>387</sup> Beauchamp, T. L., Childress, J.F., *op. cit.*, p. 120.

<sup>388</sup> Chigozie Okonkwo, C., *Paternalism: The Conflict Between Autonomy And Beneficence In The Case Of The Temporarily Mentally Ill Patients*, tesi di Master sostenuta presso l'Università di Linköping, Svezia, Centro di Etica Applicata, 2005, p. 13.

<sup>389</sup> Häyry, H., *Individual liberty and medical control*, Aldershot, Ashgate Publishers, 1998, p. 449.

<sup>390</sup> Soares, J.C.R.S., Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 74.

<sup>391</sup> Castoriadis, C., *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil – Points Essais, 1999.

<sup>392</sup> Beauchamp, T. M., Childress, J. F., *op. cit.*, p. 125.

<sup>393</sup> Soares, J.C.R.S., Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 75.

<sup>394</sup> *Idem*, p. V.



quali gli Stati e le altre organizzazioni hanno il diritto ed il dovere di intervenire per garantire il più alto livello di salute possibile; con le libere scelte individuali, che lo Stato e le diverse organizzazioni internazionali hanno il dovere di non influenzare. Tuttavia, l'oggettivazione dei concetti di salute e malattia, e la necessità di renderli misurabili, elementi essenziali nel modo di elaborare le politiche pubbliche ed i programmi di cooperazione internazionale che è stato adottato sino ad ora, hanno impedito di riconoscere gli individui come soggetti liberi<sup>395</sup> di compiere scelte autonome rispetto alla definizione della propria condizioni di salute, nel quadro di una democratizzazione del modello sanitario in cui tutti i soggetti sono co-responsabili nel processo decisionale<sup>396</sup>, in cui tutte le soggettività sono centrali<sup>397</sup>. Tale tendenza all'oggettivazione ha garantito il mantenimento di relazioni di dipendenza e paternalismo nel rapporto tra cittadini ed istituzioni, tra politiche pubbliche e loro beneficiari, tra medici e pazienti.

Il filosofo francese George Canguilhem, ha aperto la strada alla mediazione tra i sostenitori del modello dell'autonomia 'ad ogni costo', e i sostenitori del paternalismo nel processo terapeutico e decisionale. L'autore, che ha avuto una grande influenza sugli autori brasiliani<sup>398</sup>, ha introdotto l'idea di un 'corpo soggettivo'<sup>399</sup>, riportando al centro del dibattito sull'idea di salute il discorso sull'autonomia e l'autodeterminazione, però concepite in senso relativo e relazionale, ossia in termini di equilibrio nelle relazioni tra pazienti e professionisti del settore sanitario, medici e istituzioni e – in definitiva – tra politiche sanitarie e loro beneficiari, esaltando le connessioni tra l'autonomia e la dipendenza nel processo di tutela della salute e di cura. L'autonomia viene definita come processo di produzione continua, in cui il soggetto è autonomo in quanto riconosce la propria necessità dell'altro, di una corretta informazione, di condizioni sociali ed economiche che rendano possibile l'esercizio della scelta.

In questa prospettiva, superare il paternalismo medico implica il rafforzamento delle relazioni medico – paziente che nasce però dal riconoscimento della natura di soggetto del paziente nell'ambito del processo terapeutico; dallo stimolo all'*empowerment* ed alla

---

<sup>395</sup> Luz, M. T., *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*, PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 15 (Supplemento), pp. 145- 176, 2005.

<sup>396</sup> Soares, J.C.R.S., Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 71.

<sup>397</sup> Clavreul, J., *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, São Paulo, Brasiliense, 1983.

<sup>398</sup> In particolare Naomar de Almeida Filho, fondatore dell'Istituto di Salute Collettiva dell'Università Federale della Bahia. Si veda *O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?*, in "Revista Brasileira de Epidemiologia", vol. 3, n. 1 – 3, p. 4 – 20, 2000.

<sup>399</sup> Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, trad. it. *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998.

responsabilizzazione dei soggetti, in un'etica della solidarietà e del rispetto; ed infine dalla democratizzazione delle relazioni e dei saperi. Superare la dimensione autoritaria e paternalista e difendere l'autonomia significa quindi che a tutti i soggetti debbano essere riconosciuti il proprio spazio e la propria voce nel processo di salute/malattia, rispettando le loro differenze di valore, le aspettative, le domande, gli obiettivi.

Tuttavia, nella pratica medica contemporanea brasiliana – così come ha descritto Foucault nella conferenza del 1972 presso l'Istituto di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro (IMS/UERJ), intitolata “La nascita della Medicina Sociale” – le persone malate tendono ancora oggi a perdere “il diritto sul proprio corpo, il diritto di vivere, di essere malati, di curarsi e morire come desiderano”, e di conseguenza, a perdere la propria autonomia<sup>400</sup> rispetto alla tipologia di trattamento, al proprio stile di vita ed alla propria condotta.<sup>401</sup>

Lo stesso Foucault<sup>402</sup>, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, ha ben descritto la realtà del potere medico e la medicalizzazione della vita, come diffusione di un ‘ideale oggettivo di salute’ cui conformarsi, pena l'attribuzione di caratteristiche di devianza dalla normalità<sup>403</sup>, a detrimento dell'autonomia e della libera scelta sulla definizione della propria percezione della salute<sup>404</sup>. Tra gli altri autori che, insieme a Foucault, hanno affrontato il tema della crescente regolamentazione del sociale con conseguente perdita dell'autonomia individuale e che avuto una larga diffusione in Brasile ricordiamo Hans Jonas<sup>405</sup>, Caponi<sup>406</sup> e Swaan<sup>407</sup>.

Proprio l'influenza di tali autori ha permesso alla critica filosofica e sociologica brasiliana di dare una lettura molto attuale del concetto di autonomia, come abbiamo visto, intesa come tensione verso la democratizzazione delle relazioni tra professionisti sanitari e pazienti, la democratizzazione dei saperi, la valorizzazione della molteplicità,

---

<sup>400</sup> Foucault, M., *O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1979, p. 96, trad. it. Foucault M., *La nascita della medicina sociale*, in Dal Lago A., (a cura di), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 2, 1971- 1977, Feltrinelli, Milano, 1997.

<sup>401</sup> Martins, A., *Biopolitics...*, *op. cit.*.

<sup>402</sup> M. Foucault, *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, 1976, in *Archivio Foucault*, cit., vol. 2, p. 202-219.

<sup>403</sup> Martins, A., *op. cit.*, p. 26.

<sup>404</sup> Foucault, M., *La crisi della medicina o dell'antimedicina*, *op. cit.*; Foucault, M., *Nascita della clinica*, nuova edizione, Torino, Einaudi, 1998.

<sup>405</sup> Jonas, H., *Technik, Medizin und Ethik — Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt, Suhrkamp, 1985, trad. port. *Técnica e responsabilidade: reflexões sobre as novas tarefas da Ética*, in *Ética, medicina e técnica*, Lisboa, Veja, 1994, p. 27-61.

<sup>406</sup> Caponi, S., *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*, *Historia, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 4, n. 2, p. 287-307, 1997.

<sup>407</sup> Swaan, A., *Conclusion: the collectivizing process and its consequences*, in *In care of the State: health care, education and welfare in Europe and the USA in the Modern Era*, Cambridge, Polity Press, 1988. p. 218-57.

della diversità e delle singolarità, la maggiore responsabilità e partecipazione dei cittadini, e il riscatto di un'etica della solidarietà.<sup>408</sup>

Alcuni, come il sociologo Rui Dâmaso<sup>409</sup> hanno applicato tali riflessioni alla critica alla pianificazione e gestione delle politiche sanitarie brasiliane che esercitano il controllo sulla malattia a costo della perdita di autonomia degli individui, delle comunità e delle popolazioni, sostenendo che tali politiche dovrebbero essere innanzitutto “coerenti con il desiderio umano all'autonomia”<sup>410</sup>, dovrebbero riconoscere i propri limiti, garantendo e tutelando la salute delle popolazioni<sup>411</sup> senza cadere, però, nello schema di relazioni costruite sul modello paternalista. Al contrario, le politiche sanitarie e la maggior parte dei programmi di cooperazione internazionale, non riconoscono il soggetto come creatore di norme<sup>412</sup> e applicano modelli che rafforzano i legami di dipendenza e legano la salute alle possibilità di sviluppo individuale e collettivo.

A partire dalla metà degli anni novanta, la legislazione brasiliana ha però compiuto un passo importante per il riconoscimento del diritto alla libertà di scelta individuale, introducendo in via definitiva nell'ordinamento giuridico il concetto di consenso informato – ‘consentimento livre e esclarecido’<sup>413</sup>. I primi documenti relativi al ‘consentimento livre e esclarecido’ risalgono già agli anni Ottanta e riguardano le sperimentazioni mediche e farmaceutiche che coinvolgono gli esseri umani. L'esigenza del consenso informato riguardava proprio la necessità di rispettare l'autonomia di decisione dei soggetti, oltre al principio di beneficenza e a quello di giustizia.<sup>414</sup>

Alla fine del 1978<sup>415</sup>, la ‘Câmara Técnica de Medicamentos’ del Consiglio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute, ha pubblicato la Risoluzione Normativa 1/78 sugli aspetti etici della sperimentazione terapeutica, dichiarando che doversero essere in

---

<sup>408</sup> Soares, J.C.R.S, Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 74.

<sup>409</sup> Dâmaso, R., *Saúde e autonomia: para uma política da vida*, in Fleury, S., (a cura di), *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 213-31.

<sup>410</sup> *Idem*, p. 222.

<sup>411</sup> Soares, J.C.R.S, Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 72.

<sup>412</sup> Jonas, H., *op. cit.*.

<sup>413</sup> “Termine di Consenso Libero e Chiaro”(TCLE), come riportato nella Risoluzione 196/96 del Consiglio Sanitario Nazionale.

<sup>414</sup> Brenes V, Mesa A, Ortiz O, et al., *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en Mexico*, New York, Population Council; 1998. p. 56.

<sup>415</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Câmara Técnica de Medicamentos. Resolução Normativa 1/78, del 30 agosto 1978. Dispone della sistematizzazione della sperimentazione terapeutica e di tutti gli aspetti coinvolti nel processo sin dalle sue prime fasi. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXVI; n. 198, p. 16746, 17 ottobre 1978. Sezione 1- Parte 1.

accordo con la Dichiarazione di Helsinki<sup>416</sup>. E' poi tornata sul punto la Divisione Nazionale di Vigilanza Sanitaria dei Farmaci del Ministero della Salute, che ha emesso il documento "Termine di Conoscenza dei Rischi"<sup>417</sup>, da usare nelle sperimentazioni farmaceutiche. Tuttavia, sembra che tale documento non sia stato ben divulgato e quindi molto poco usato, tanto che nel 1987, il Consiglio Medico Federale (CFM) ha elaborato un nuovo Codice di Etica Medica in cui agli articoli 56 e 59 viene ripresa l'obbligatorietà del consenso scritto per qualsiasi sperimentazione terapeutica, dopo approfondita e chiara spiegazione sulla natura e sulle conseguenze della sperimentazione stessa.<sup>418</sup> Nel 1988, anno dell'approvazione della Costituzione Democratica brasiliana, il Consiglio Sanitario Nazionale<sup>419</sup> ha definito il consenso informato come un accordo scritto in base al quale il soggetto che si sottopone alla sperimentazione (o il suo rappresentante legale) accetta di partecipare allo studio, dopo aver ricevuto informazioni sui procedimenti ed i rischi implicati dalla partecipazione, libero da qualsiasi coercizione.<sup>420</sup> Nel 1996, il Consiglio Sanitario Nazionale è tornato sulle norme relative alla sperimentazione terapeutica e farmaceutica, elaborando Diretrici e Norme di Regolamento della Sperimentazione che coinvolge gli Esseri Umani che si basano sui principali documenti internazionali<sup>421</sup>, e che rappresentano

---

<sup>416</sup> Il testo in inglese della Dichiarazione di Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" è disponibile sul sito internet della World Medical Association (Associazione Medica Mondiale) <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009. La Dichiarazione, adottata dalla World Medical Assembly nel 1964, ha subito diverse modifiche nel corso degli anni. In particolare ricordiamo gli emendamenti:

29°	WMA	General	Assembly,	Tokyo,	Japan,	ottobre	1975
35°	WMA	General	Assembly,	Venice,	Italy,	ottobre	1983
41°	WMA	General	Assembly,	Hong	Kong,	settembre	1989
48°	WMA	General	Assembly,	Somerset	West, Republic	of South	Africa, ottobre
52°	WMA	General	Assembly,	Edinburgh,	Scotland,	ottobre	2000
53°	WMA General Assembly, Washington 2002						
55°	WMA	General	Assembly,	Tokyo			2004
59°	WMA General Assembly, Seoul, ottobre 2008.						

<sup>417</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED). Portaria nº 16, 27 novembre 1981. Dispone dell'istituzione standard dei Termini di Conoscenza dei Rischi nelle sperimentazioni con farmaci non registrati dalla DIMED, o con posologie non ancora approvate, o con prodotti importati ancora non analizzati dalla DIMED. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXIX; n. 235, p. 23745, 17 ottobre 1981. Sezione 1.

<sup>418</sup> Conselho Federal de Medicina (CFM), Código de Ética Médica. Resolução CFM 1246/88, Rio de Janeiro, Idéia & Produções, 1988. p. 25.

<sup>419</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 01/88 13 giugno 1988. Dispone dell'approvazione di norme sulla sperimentazione sanitaria. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXXVI, n. 110, p. 10713, 14 giugno 1988. Sezione 1.

<sup>420</sup> Hardy, E., Ferreira Bento, S., Duarte Osis, M. J., *Consentimento Informado Normatizado pela Resolução 196/96: Conhecimento e Opinião de Pesquisadores Brasileiros*, in "Revista Brasileira G O", n. 24, v. 1, 2002, p. 60.

<sup>421</sup> Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 10 ottobre 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [testo reperibile online]. Diário Oficial da

tuttora la normativa vigente in materia. Si noterà che, sino alla metà degli anni Novanta, il tema del consenso informato e della libera scelta sono stati relegati all'ambito delle sperimentazioni terapeutiche, senza aperture ad altri aspetti della relazione tra medico e paziente, tra le istituzioni sanitarie e i loro utenti, tra le politiche pubbliche e i loro beneficiari.

Alcuni recenti studi<sup>422</sup> mostrano inoltre che lo strumento del consenso libero e chiaro ha incontrato serie difficoltà d'utilizzo anche nel campo terapeutico e sperimentale. Tra i principali problemi sono stati elencati il basso livello di scolarità della maggior parte della popolazione brasiliana e quindi le difficoltà di comprensione dei termini del consenso libero e chiaro, l'attitudine dei medici a non dedicare sufficiente attenzione alla spiegazione di fronte a persone (soprattutto donne) le cui condizioni socioeconomiche siano fragili, la difficoltà di verificare se l'informazione sia stata efficace.<sup>423</sup> Così, si è cominciata ad affermare l'idea dell'*health empowerment*, ossia della necessità che il paziente conquisti il potere di prendere decisioni sulla propria salute e sulla propria vita; che da soggetto passivo si manifesti come titolare di diritti e capace di scelte libere. Di converso, il professionista sanitario, il medico, da soggetto attivo deve riconoscere il proprio *status* di titolare di un obbligo. Da sovrano nella presa di decisioni cliniche, è diventato consigliere, in un dialogo franco con il paziente, titolare di diritto di prendere decisioni a seguito dei chiarimenti che gli sono dovuti da parte dei medici.

Se la normativa brasiliana, pur con ritardo, ha mosso i primi passi per il rispetto dell'autonomia del paziente, tuttavia il 'Novo Código Civil brasileiro'<sup>424</sup>, con le sue tre decadi di gestazione, utilizza ancora espressioni paternaliste, dimostrando che tale

---

República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 16 ottobre 1996. Disponibile sul sito: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>, ultimo accesso dicembre 2008.

<sup>422</sup> Pereira da Silva, L., de Oliveira, F., Muccioli, C., *O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção*, in "Arquivo Brasileiro de Oftalmologia", n. 68, v. 5, 2005, p. 700; Gulinelli, A., Aisawa, K. R., Konno, S. N., Morinaga, C., Costardi, W. C., Antonio, R. O., Dumarco, R. B., Moino, R. M., Katz, M., Giavarotti, S., Skarbnik, A. P. Z., Forcione, C. S., Chiba, T., Martins, M. A., *Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário*, in "Revista da Associação Médica Brasileira", n. 50, v. 1, 2004; Goldim, J. R., da Fonte Pithan, C., Ghislani de Oliveira, G., Mocelin Raymundo, M., *O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem*, in "Revista da Associação Médica Brasileira", n. 49, v. 4, 2003, 372-4; Soares, J. C. R. S., Camargo Jr, K. R., *op. cit.*

<sup>423</sup> In questo quadro, acquista particolare rilievo l'affermazione di Rochel Camargo sulle condizioni minime che rendono possibile il discorso dell'autonomia e dell'autodeterminazione.

<sup>424</sup> Introdotto con la Legge n. 10/406 del 10 gennaio 2002, il cui testo è disponibile online sul sito: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>, ultimo accesso 9 marzo 2009.

concetto non è stato ancora assimilato.<sup>425</sup> L'articolo 13 del Codice Civile, infatti, afferma: “salvo esigenza medica, è proibito l'atto di disposizione del proprio corpo, quando ciò comporti la diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando offende il buon costume”. Tuttavia, con l'introduzione del principio di autonomia non esiste più l'esigenza medica, l'autonomia ha dato luogo all'indicazione, alla raccomandazione, alla prescrizione, eliminando l'esigenza, gli ordini. Anche nell'articolo 15 del Codice si trovano espressioni dal sapore chiaramente paternalista: “nessuno può essere costretto a sottoporsi, mettendo a rischio la propria vita, a trattamenti medici o interventi chirurgici”, ammettendo la conclusione che vi sia l'obbligo di accettare i trattamenti o gli interventi chirurgici che non mettono a rischio la vita, dando luogo così ad un controsenso etico e giuridico.<sup>426</sup> Al contrario, la lettura di tale articolo “*in conformità alla Costituzione*” deve essere: nessuno, neppure se mette a rischio la propria vita, può essere costretto a trattamenti o ad interventi chirurgici, in rispetto del suo diritto fondamentale all'autonomia.

Il dovere della cura, che decorre dalla relazione del paziente con il suo garante, sia questi medico oppure no, cessa con l'opposizione alla cura fatta autonomamente dal paziente o dal suo rappresentante legale: genitore, tutore, curatore o procuratore nominato con direttiva anticipata. A tale proposito, visto l'articolo 15 del Codice Civile, l'articolo 15 del Codice Penale brasiliano afferma che: “Costringere qualcuno, mediante violenza o minaccia grave, o dopo avergli ridotto attraverso qualsiasi mezzo la capacità di resistenza, equivale a non fare ciò che la legge permette o a fare ciò che la legge non comanda. (...) § 3o – Non è inclusa nelle disposizioni di questo articolo: I – l'intervento medico o chirurgico senza il consenso del paziente o del suo rappresentante legale, se giustificato per imminente pericolo di vita; II – la coazione esercitata per impedire il suicidio”. Le eccezioni fatte in questo terzo paragrafo significano che il medico non è obbligato a prendere tali decisioni, tuttavia, se decide di prenderle non praticherà un crimine, ciò che dimostra la permanenza del modello paternalista – il medico decide – inerente all'epoca della elaborazione del Codice Penale, in vigore dal 1942.<sup>427</sup>

Dopo più di mezzo secolo, il Ministero della Salute Brasiliano ha elaborato una circolare, la ‘Portaria n. 675/GM’ del 30 marzo 2006, con la quale è stata approvata la Carta dei Diritti degli Utenti dei Servizi Sanitari, consolidando, in un documento unico,

---

<sup>425</sup> Costa Ribeiro, D., *Viver a propria vida, morrer a propria morte*, in “Cadernos de Saúde Pública”, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 8, agosto 2006, p. 1750.

<sup>426</sup> *Ibidem*.

<sup>427</sup> *Idem*, 1751.

i diritti ed i doveri dell'esercizio della cittadinanza nell'area sanitaria in tutto il Brasile. Si noti che, in tale documento, la parola utente si sostituisce a quella di paziente o di soggetto passivo: non è stata una scelta linguistica neutra ma un passo decisivo per consolidare, nel sistema di salute nazionale, la prevalenza dell'interesse del malato rispetto a quello dei professionisti sanitari. Si tratta del primo vero momento in cui il consenso libero e informato ha preso ufficialmente il posto del paternalismo nelle relazioni sanitarie, garantendo agli utenti il diritto all'informazione nel rispetto delle diverse possibilità terapeutiche secondo la condizione clinica di ciascuno e considerando le evidenze scientifiche e la relazione costo-beneficio delle alternative di trattamento, con diritto di rifiutare quelle non gradite.<sup>428</sup>

Tale circolare ha riaffermato il diritto degli utenti al consenso o al rifiuto di qualsiasi procedimento diagnostico, preventivo o terapeutico dato in forma libera, volontaria ed informata, a seguito di adeguata informazione, a meno che ciò non arrechi comprovati danni alla salute pubblica. E' diritto dell'utente revocare o ritrattare, in qualsiasi momento, per decisione libera e informata, il consenso o il rifiuto anteriori, senza che gli siano imputate sanzioni morali, amministrative o di qualsiasi altra natura. Sono diritti dell'utente, inoltre, di non essere sottoposto a nessun esame senza informazione e consenso, e l'indicazione di un rappresentante legale cui affidare la presa di decisioni nel caso in di sopravvenuta incapacità di esercitare la propria autonomia (diritto di presentare e di vedere rispettate le proprie volontà anticipate).<sup>429</sup> Il principio di autonomia, l'autodeterminazione, il consenso informato, sono così stati inseriti nei Codici e nelle regolamentazioni dell'etica medica: resta ora da verificare se, tali principi siano stati incorporati nella pianificazione delle politiche sanitarie e nei programmi delle organizzazioni internazionali attive nel settore.

## **Salute e sviluppo in Brasile**

Nel 1986, ad un anno dalla fine della dittatura militare<sup>430</sup>, l'allora direttore dell'OPAS, il brasiliano Carlyle Guerra de Macedo, ha ricordato che l'obiettivo dell'Organizzazione era la promozione del diritto alla salute di ogni individuo<sup>431</sup>, senza però fare alcun riferimento al principio di autonomia e autodeterminazione. Come abbiamo visto

---

<sup>428</sup> *Idem*, p. 1752.

<sup>429</sup> *Idem*, p. 1755.

<sup>430</sup> Dreyfuss, R. A., *1964: a conquista do Estado*, Petrópolis, Editora Vozes, 1981.

<sup>431</sup> "Quando l'OPAS fu creata, il suo obiettivo manifesto era di combattere le malattie infettive per stimolare il commercio tra le nazioni. Attualmente, si proclama la salute come diritto umano (...)." Macedo, C. G., *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* 1, v. 100, n. 1, Brasilia, gennaio, 1986.

descrivendo la Dichiarazione di Alma Ata e le affermazioni del direttore Mahler, il riconoscimento del diritto individuale alla salute e il supporto all'universalizzazione dei servizi sanitari, in alcuni casi ha addirittura rafforzato il nesso causale tra salute e sviluppo, poiché la tutela dell'accesso universale, sostenuto dall'OMS/OPAS in Brasile sin dagli anni Sessanta, è stata presentata come garanzia dello sviluppo sociale ed economico individuale. E proprio il riferimento alla salute come diritto di ciascun essere umano allo sviluppo, oltre che come bene pubblico, ha rappresentato uno dei pilastri della Costituzione Democratica brasiliana del 1988.

La promozione dell'accesso universale ai servizi sanitari non è però stata una politica condivisa da tutte le organizzazioni internazionali: in opposizione alla proposta dell'OMS/OPAS, la Banca Mondiale e poi l'Unicef hanno proposto l'offerta di servizi mirati per le popolazioni indigenti e soltanto per alcuni tipi di malattie. Tali alternative prevedevano modalità differenti, più escludenti e selettive, che però rafforzavano invece che allentare la relazione tra salute e sviluppo, tra condizioni di salute e produttività individuale. Mentre il tema dell'autonomia e della libertà di scelta lasciava definitivamente spazio a quello di quale fosse la politica migliore per garantire condizioni di sviluppo, il tema dell'universalità d'accesso ai servizi sanitari ha rappresentato il terreno su cui l'OMS/OPAS, la Banca Mondiale e l'Unicef si sono affrontate per conquistare l'egemonia nell'offerta d'idee per le politiche sanitarie che il governo brasiliano avrebbe dovuto adottare.

In questo contesto, si è rafforzato anche il meccanismo del 'doppio paternalismo', descritto nel secondo capitolo, rafforzando il modello di rapporto paternalista tra utenti ed istituzioni sanitarie, e rallentando l'affermazione del principio del consenso informato. Tutto questo proprio negli anni in cui in Brasile si era aperto un grande spazio istituzionale di revisione della legislazione e delle politiche sociali valorizzando la soggettività come componente fondamentale dello Stato democratico.

Come si è arrivati a tal punto?

Se la Banca Mondiale e l'Unicef sono presenti in Brasile da tempi relativamente recenti, l'Organizzazione Pan Americana della Salute (OPAS), fondata a Città del Messico nel 1902 durante la Conferenza Internazionale degli Stati Americani per la gestione continentale della salute pubblica<sup>432</sup>, ha profondamente influenzato le politiche sanitarie

---

<sup>432</sup> OPAS, *Historia de la Organizacion Pan Americana de la Salud*, Washington D.C., OPAS, 1992.



elaborate dalle autorità brasiliane sin dall'inizio del secolo, veicolando i capisaldi del controllo sanitario applicati dalle grandi potenze europee dell'epoca. Le prime tracce di tale influenza risalgono proprio all'inizio del XX secolo, quando l'insorgere della peste bubbonica, della febbre gialla e del colera nei grandi centri brasiliani, aveva fatto precipitare il quadro sanitario nazionale, focalizzando l'attenzione degli amministratori pubblici sulla necessità di ridurre il rischio di diffusione delle epidemie.<sup>433</sup> L'OPAS aveva allora promosso una serie di riforme igienico-sanitarie, come le campagne per l'igiene e la prevenzione delle epidemie realizzate nelle principali città europee già dalla fine del XVIII secolo. Tra queste, ricordiamo la prima campagna per l'obbligatorietà delle vaccinazioni<sup>434</sup>, sostenuta dal più autorevole scienziato brasiliano dell'epoca, Oswaldo Gonçalves Cruz<sup>435</sup>. Nello stesso periodo sono state realizzate le prime riforme urbane, volte all'igienizzazione dei grandi centri secondo il modello della Parigi di Haussman<sup>436</sup>; e la fondazione dell' 'Istituto Soroterapico Federal', l'attuale 'Fondazione Oswaldo Gonçalves Cruz', a Rio de Janeiro, il cui impatto sullo sviluppo delle scienze biomediche e della salute pubblica in Brasile è stato indubbiamente di grande rilevanza.<sup>437</sup>

Gli inizi del XX secolo, in Brasile, sono stati segnati anche da importanti misure per la bonifica e l'igienizzazione delle regioni interne (*sertões*), presentata dalla stampa nazionale come grande evento per la modernizzazione del paese; si pensi, a questo proposito, agli articoli pubblicati sul quotidiano *Correio da Manhã*<sup>438</sup> poi riuniti

---

<sup>433</sup> Briggs, A., *Cholera and society in the nineteenth century*, in "Past and Present", n. 19, 1961, pp.76-96.

<sup>434</sup> L'iniziativa, che prevedeva che le brigate sanitarie accompagnate dalla polizia avessero il permesso di entrare nelle case e di vaccinare forzatamente la popolazione, è entrata in vigore dopo l'approvazione da parte del Congresso della Legge da Vacina Obrigatória (31 ottobre 1904). L'approvazione della legge fu accolta molto negativamente dalla popolazione che diede vita alla 'revolta da vacina' (rivolta contro le vaccinazioni). *Gazeta de Notícias*, quotidiano locale di Rio de Janeiro, allora capitale del Brasile, riporta nell'editoriale la descrizione della situazione in città. "Tiros, gritaria, engarrafamento de trânsito, comércio fechado, transporte público assaltado e queimado, lampiões quebrados à pedradas, destruição de fachadas dos edifícios públicos e privados, árvores derrubadas: o povo do Rio de Janeiro se revolta contra o projeto de vacinação obrigatório proposto pelo sanitarista Oswaldo Cruz" (*Gazeta de Notícias*, 14 de novembro de 1904).

<sup>435</sup> Scliar, M., *Oswaldo Cruz e Carlos Chagas: o nascimento da ciência no Brasil*, São Paulo, Odysseus, 2002.

<sup>436</sup> Benchimol, J.L., *Pereira Passos: um Haussman tropical*, Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, Rio de Janeiro, 1990.

<sup>437</sup> Benchimol, J.L., *Manguinhos do sonho a vida: a ciência na Belle Epoque*, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1990.

<sup>438</sup> Il *Correio da Manhã* è stato il primo grande quotidiano brasiliano, fondato a Rio de Janeiro nel 1901 da Edmundo Bittencourt, un avvocato del Rio Grande do Sul colto ed aristocratico.

nell'interessante volume *Saneamento do Brasil*<sup>439</sup>. Secondo gli autori, intellettuali educati all'europea con il mito delle funzioni sociali della scienza, la posta in gioco era la costruzione dello Stato a partire dal miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.<sup>440</sup> Si prevedeva, dunque, la creazione di un ente pubblico per la gestione della salute delle popolazioni, così come indicato dall'OPAS alla Conferenza di Lima del 1928, durante la quale è stata formulata la raccomandazione a tutti i paesi del continente di unificare i servizi sanitari nazionali e di costituire un'autorità sanitaria centrale, che fosse un Ministero specifico o un Dipartimento all'interno di istituzioni già esistenti<sup>441</sup>.

In tale clima, il fondatore e presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina, Miguel Oliveira Couto, sostenne che si trattava di lanciare una "crociata della medicina per la patria"<sup>442</sup>: i medici dovevano affiancare l'autorità governativa per garantire la sopravvivenza e la salute delle popolazioni, e quindi lo sviluppo economico del paese.<sup>443</sup> L'esito più rilevante di questa 'crociata' è stato la creazione della 'Liga pro Saneamento no Brasil' (Lega per l'Igiene e le Bonifiche in Brasile), nel febbraio 1918.<sup>444</sup> Nel 1920 venne poi istituito il Dipartimento Nazionale di Salute Pubblica all'interno del Ministero dell'Educazione, primo tentativo di gestire a livello federale la pianificazione delle politiche sanitarie, diretto sin dalla sua inaugurazione nel 1926 dallo scienziato Carlos Chagas, allievo di Oswaldo Gonçalves Cruz. Tale iniziativa aveva innanzi tutto l'obiettivo di rendere più efficace la lotta alle epidemie, priorità dell'OPAS e dei primi 'sanitaristi', nel contesto eugenetico-sanitarista del Brasile delle prime decadi del Novecento.<sup>445</sup>

---

<sup>439</sup> Penna, B., *O saneamento do Brasil*, Rio de Janeiro, Typographia Revista dos Tribunaes, 1918, citato in Peard, J. G., *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazil*, Durham, North Carolina, Duke University Press, 1999, p. 235.

<sup>440</sup> Si noti, soltanto di passaggio, che la bonifica 'o saneamento' era inteso da molti studiosi brasiliani, in senso eugenetico 'sanear è eugenizar: saneamento-eugenia è ordem e progresso', come riporta Adams, M. B., (a cura di), *The wellborn science*, Oxford University Press US, 1990, p. 121.

<sup>441</sup> Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, in qualità di rappresentanti del Brasile, hanno partecipato al dibattito dell'Organizzazione Pan Americana di Salute su tali temi.

<sup>442</sup> Britto, N., *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995, p.23. Un breve ma efficace descrizione di Miguel Oliveira Couto è offerta in Adams, M. B., *op. cit.*, pp. 116-118.

<sup>443</sup> In questa crociata, si faceva sentire la critica alla Repubblica oligarchica instauratasi dopo la fine dell'impero nel 1889 e soprattutto la critica all'autonomia concessa agli Stati confederati che impediva di programmare a livello federale le risposte da dare alle sempre più diffuse epidemie per migliorare le condizioni di salute della popolazione.

<sup>444</sup> Trindade Lima, N., *op. cit.*, p.42.

<sup>445</sup> Adams, M. B., *op. cit.*, p. 116 e seguenti; Peard, J. G., *op. cit.*, p. 81 e seguenti

Per la creazione di un vero e proprio Ministero della Salute, incaricato della promozione della salute degli individui e non solo dedito al controllo della salute pubblica, si dovette attendere il 1953 e la firma dell'accordo tra il governo brasiliano e l'Ufficio Regionale dell'OMS nelle Americhe<sup>446</sup>, avvenuta nel 1951.<sup>447</sup> In quegli anni, al 'sanitarismo' della Prima Repubblica che aveva enfatizzato il ruolo della salute nel progresso nazionale attraverso massicce campagne di igienizzazione, si è sostituita una corrente nota come 'sanitarismo sviluppista' secondo cui il livello di salute di una popolazione dipendeva in primo luogo dal grado di sviluppo economico e sociale del paese.<sup>448</sup> Tale corrente, che certamente non ha contribuito a sciogliere il legame causale tra salute e sviluppo, tuttavia ha contribuito a inquadrare la nozione di salute in maniera più complessa, riconoscendo l'influenza che le condizioni di sviluppo economico e sociale hanno sulle condizioni di salute degli individui, oltre che riconfermare l'importanza della salute collettiva ai fini dello sviluppo economico di ciascun paese.

La posizione del 'sanitarismo sviluppista' brasiliano riflette una tendenza che l'OPAS ed il Consiglio Interamericano Economico e Sociale hanno sostenuto con l'emanazione della *Carta de Punta del Este*<sup>449</sup> del 1961, nella quale la salute è definita come componente essenziale dello sviluppo, enfatizzando la necessità di realizzare piani per raggiungere obiettivi nazionali di benessere, democrazia e sicurezza attraverso l'aumento della speranza di vita della popolazione del continente, ed il miglioramento delle condizioni economiche e sociali dei diversi paesi. La *Carta* provvedeva ad individuare gli ambiti nei quali sarebbe stato necessario investire per raggiungere tali obiettivi: il rifornimento di acqua e le bonifiche, la riduzione della mortalità infantile, il controllo delle malattie trasmissibili, il miglioramento nel campo della nutrizione, la formazione di personale del settore salute, il rafforzamento di servizi primari e l'intensificazione della ricerca scientifica.<sup>450</sup>

I principi espressi nella *Carta de Punta del Este* hanno rappresentato l'orientamento dell'OPAS per le due decadi successive, attraverso il Piano Decennale di Salute

---

<sup>446</sup> Grazie ad un accordo firmato nel 1947, infatti, l'OPAS è stata accolta in seno all'OMS con funzione di Ufficio Regionale dell'Organizzazione per le Americhe.

<sup>447</sup> Fonseca, C. O., *As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990)*, in Benchimol, J.L., (a cura di), *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro – Bio-Manguinhos, 2001.

<sup>448</sup> Labra, E., *1955-1964: o sanitário desenvolvimentista*, in Teixeira, S.F., et al., (a cura di), *Antecedentes da Reforma sanitária: textos de apoio*, Pec/Ensp, Rio de Janeiro, 1988.

<sup>449</sup> Boletín de la Oficina Pan Americana de Salud, *Carta del Este*, vol. 7, n. 17, p. 315 - 332, 09/02/1961.

<sup>450</sup> OPAS, *Historia de la Organización Pan Americana de la Salud*, Washington D.C., OPAS, 1992.

Pubblica per le Americhe<sup>451</sup>, nel quale si preconizzava che per promuovere la salute e lo sviluppo era necessario spingere gli Stati delle Americhe a sostenere riforme sanitarie che garantissero l'universalità dell'accesso ai servizi. L'allora Direttore Generale dell'OPAS Abraham Horwitz, ha dedicato al rapporto tra salute e sviluppo anche il Secondo Piano Decennale per la Salute nella Regione<sup>452</sup>, nel quale si ribadiva che la lotta alle epidemie<sup>453</sup> rappresentava un'area d'azione prioritaria per l'Organizzazione<sup>454</sup>, in quanto garanzia di sviluppo sociale ed economico delle popolazioni; tuttavia l'ampliamento della copertura sanitaria era da ritenersi altrettanto prioritario, in modo tale da rispettare il diritto individuale alla salute e permettere il pieno sviluppo di tutti gli individui. L'OPAS riprendeva così i principi espressi ad Alma Ata e nella strategia risoluzione WHA30.43 dell'OMS, e cioè che la salute deve essere intesa come il diritto di ciascun individuo ad essere socialmente ed economicamente produttivo, e che la responsabilità di offrire servizi e prestazioni sanitarie a tutti i cittadini spetta agli Stati. In Brasile, così come in altri Stati del continente, attraverso il Programma Ampliato d'Immunizzazione (PAI), l'OPAS ha attivamente supportato la realizzazione di numerose campagne d'immunizzazione per malattie quali il morbillo, la tubercolosi, il tetano, la difterite, la poliomielite.<sup>455</sup> Le campagne d'immunizzazione sono state fatte rientrare nel Piano per la promozione del diritto individuale, portando come esempio l'impatto positivo della campagna per l'eliminazione della poliomielite nell'ambito dello sviluppo dei servizi di assistenza sanitaria in Brasile.<sup>456</sup>

Come ricorda Santosuosso<sup>457</sup>, l'utilizzo massiccio delle campagne d'immunizzazione, considerate dall'OMS/OPAS come obiettivo e come indicatore di risultato, rimanda ad un approccio che per definizione si definisce come paternalista, in quanto limita la

---

<sup>451</sup> Trindade Lima, N., *op. cit.*, p.83.

<sup>452</sup> Il testo del Piano Decennale è disponibile sul sito: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=34900&indexSearch=ID>, ultimo accesso marzo 2009.

<sup>453</sup> Fred Soper, allora direttore dell'OPAS, in un discorso del 1948, ha affermato che "storicamente, le organizzazioni internazionali nell'area della salute devono la loro esistenza, in gran parte, alle pestilenze, alla febbre gialla, al vaiolo, al colera, al tifo, e una grande parte del Codice Sanitario Panamericano è dedicata alla regolamentazione relativa di queste malattie, e finché esse esisteranno, chiaramente saranno una priorità per l'organizzazione sanitaria regionale". Soper, F., *Informe sobre o Programa da Oficina Sanitaria Pan-Americana*, in "Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana", n.11, anno 27, 1948, p. 977.

<sup>454</sup> Soper, F., *El Aedes Aegythi y la fiebre amarilla*, Bollettino dell'Organizzazione Sanitaria Pan Americana, vol. 64, n. 3, p. 187, 1968.

<sup>455</sup> Macedo, C. G., *Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina*, Brasília – OPAS, Rappresentanza brasiliana, 1977.

<sup>456</sup> OPAS / OMS, *La repercucion del Programa Ampliado de Imunizacion y la Erradicacion de la Poliomyelitis en los Sistemas de Salud en las Americas*, Rapporto della Commissione Taylor, Washington D.C., OPAS, Marzo 1995.

<sup>457</sup> Santosuosso, A., *Evoluzione del concetto di "salute"*, *op. cit.*.

libertà dell'individuo attraverso la diffusione di trattamenti sanitari obbligatori. La salute intesa come libertà personale è “attributo essenziale dell'individuo” ed ha “priorità anche rispetto ad interessi pubblici relevantissimi”<sup>458</sup>. Al contrario, la strategia ‘campagnista’ fondata sull’idea che la prevenzione e l’immunizzazione obbligatoria fossero gli unici strumenti validi per il raggiungimento di determinati standard e obiettivi sanitari legati ad altrettanto determinati obiettivi di sviluppo e di progresso, ha continuato a rappresentare il principale tema di cooperazione tra l’OMS/OPAS ed il Ministero della Salute brasiliano, insieme a quello dell’accesso ai servizi sanitari pubblici.

L’elaborazione di standard sanitari, di indicatori quantitativi di risultato e di strumenti per la loro misurazione, è una delle principali caratteristiche di un’dea di salute legata a quella dello sviluppo economico e sociale degli individui e delle comunità da legami causali. In questa prospettiva, l’universalizzazione dei servizi e la diffusione delle campagne d’immunizzazione, rappresentano tipologie d’intervento adeguate alla necessità di misurare e valutare risultati tangibili, ed all’obiettivo generale di promuovere lo sviluppo.

Fred Soper e poi Abraham Horwitz, che si sono alternati alla direzione dell’OPAS durante gli anni Sessanta e Settanta, hanno introdotto tra le attività dell’Organizzazione mirate a tale obiettivo, anche la formazione superiore dei medici e del personale sanitario, inserendo le proposte della medicina sociale nordamericana, relative ai fattori non medici nella determinazione delle condizioni di salute<sup>459</sup>, nei percorsi di formazione delle professioni sanitarie come avvenuto presso la Facoltà di Medicina Preventiva di Ribeirão Preto, istituita nel 1954, ed in altri corsi di medicina sociale.<sup>460</sup> A partire dagli anni Sessanta, l’OPAS ha sostenuto la riformulazione dei corsi di salute pubblica in molti istituti di formazione universitaria, diffondendo approcci critici al modello della storia naturale della malattia, sostituendole il modello multicausale e l’utilizzo delle scienze sociali applicate all’area della salute.<sup>461</sup> Tra le iniziative mirate alla considerazione della natura multicausale delle condizioni di salute, l’OPAS, insieme alla fondazione privata Milbank, ha finanziato un’ampia ricerca sullo stato

---

<sup>458</sup> Idem, p. 115.

<sup>459</sup> OPAS / OMS, *La repercusión del Programa...*, op. cit..

<sup>460</sup> Arouca, A. S. S., *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, Tesi di dottorato discussa presso la Facoltà di Medicina, Università di Campinas, Sao Paulo, Brasile, 1975.

<sup>461</sup> Escorel, S., *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998.

dell'educazione sanitaria in America Centro-Meridionale, coordinata dal sociologo Juan César Garcia. Tale lavoro ha stimolato la creazione di corsi post laurea in medicina sociale in vari paesi della regione: nel 1973 fu istituito il primo corso di Medicina Sociale presso l'Università Statale di Rio de Janeiro (UERJ), con l'appoggio dell'OPAS, della Fondazione Kellogg e di uno dei principali enti di sostegno alla ricerca nazionale dell'epoca, la FINESP (Financiadora de Estudos e Projetos).<sup>462</sup>

L'approccio della medicina sociale prevedeva che gli Stati non garantissero soltanto servizi di base e pacchetti minimi di assistenza sanitaria, ma la realizzazione di riforme integrate per il miglioramento delle condizioni di vita complessive delle popolazioni, soprattutto di quelle più marginalizzate. In pochi anni, l'approccio della medicina sociale si è affermato nei centri di ricerca di Campinas (UNICAMP) e dell'Università di São Paulo (USP), presso l'Istituto di Medicina Sociale dell'UERJ e la Scuola Nazionale di Salute Pubblica (ENSP)<sup>463</sup> di Rio de Janeiro, alla Fondazione Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).<sup>464</sup> Una delle implicazioni di questo processo è stata l'incorporazione di professionisti delle scienze sociali nei quadri docenti di tali istituzioni che hanno portato con sé approcci analitici di stampo marxista e/o legati al pensiero di Foucault.<sup>465</sup> “Accentuare il ruolo che l'OPAS ha avuto nella configurazione accademica e nella messa in opera di politiche pubbliche relative alla formazione di risorse umane nel settore sanitario, serve a mettere in luce il contributo dell'Organizzazione all'istituzionalizzazione della prospettiva della medicina sociale in Brasile”<sup>466</sup>, tanto nei corsi universitari che nel quadro della formazione dei dirigenti delle amministrazioni

---

<sup>462</sup> Nunes, E., *As ciências sociais na América Latina*, Brasília, OPAS, 1985.

<sup>463</sup> In particolare, devono essere considerate le esperienze dei Programmi di Studi Socio Economici nel settore della Salute (PESES) e le Ricerche sulle Popolazioni e l'Epidemiologia (PEPE), realizzati anche grazie alla cooperazione tra Fiocruz e FINESP.

<sup>464</sup> Teixeira, S. M. F., *As ciências sociais em saúde no Brasil*, in Nunes, E. D. (a cura di), *As ciências sociais na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília, OPAS/OMS, 1985.

<sup>465</sup> Per una critica approfondita all'adozione di tali prospettive nel campo della salute pubblica si veda il capitolo di Rezende de Carvalho, M. A., Lima, N. V. T., *O argumento histórico nas análises de saúde coletiva*, in Fleury, S. (a cura di), *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Abrasco/Relume Dumarà, 1992.

<sup>466</sup> “Ao acentuar o papel da OPAS na configuração de espaços acadêmicos e na implementação de políticas públicas de formação de recursos humanos na área de saúde, coloco em evidência a contribuição desse organismo para a institucionalização da perspectiva da medicina social no Brasil. Uma segunda dimensão que também deve ser realçada consiste no eu reverso, ou seja, quanto essas experiências repercutiram no desenvolvimento de programas pela OPAS. O compartilhamento com técnicos brasileiros na condução de projetos e os desafios enfrentados na implementação prática de propostas para a saúde consistiram, certamente, em uma base para outras iniciativas da organização.” Trindade Lima, N., *op. cit.*, p. 94.

sociosanitarie pubbliche<sup>467</sup>, come è stato il caso del Programma di Preparazione Strategica del Personale Sanitario (PREPS).<sup>468</sup> Ed è importante anche nell'ottica di rilevare come, seppur non apertamente, il nesso causale tra salute e sviluppo sia rimasto nei decenni al centro della programmazione e gestione sanitaria anche grazie alle iniziative dell'OMS/OPAS.

Uno studio del 1998<sup>469</sup> sul movimento per la riforma sanitaria e l'universalizzazione dei servizi sanitari in Brasile nelle decenni Settanta e Ottanta, ha illustrato la rilevanza dell'appoggio istituzionale dell'OPAS per la creazione della base accademica del movimento, come confermano anche gli incontri di Cuenca del 1983 e del 1988, che l'OPAS ha dedicato al tema del rapporto tra movimenti sociali e promozione della salute<sup>470</sup> intesa come possibilità di sviluppo. Il consenso costruito a partire dalle università ha garantito legittimità ai temi discussi durante la VIII Conferenza Nazionale per la Salute realizzata nel 1986<sup>471</sup>, appena un anno dopo la fine della dittatura militare, in piena fase di re-democratizzazione. La Conferenza ha rappresentato un importante forum di discussione per l'elaborazione della riforma del Sistema Sanitario Nazionale nella quale la salute è stata definita come dovere dello Stato e diritto del cittadino. In quel contesto, come Escorel nota brevemente, il dibattito bioetico e la tutela della libertà di scelta personale, non rientrano fra i temi cui l'OPAS né il movimento per la riforma sanitaria accordano la priorità.<sup>472</sup>

I risultati dell'incontro sono contenuti nell'articolo 196 della Costituzione brasiliana<sup>473</sup> relativo al dovere dello Stato di universalizzare i servizi sanitari, unificandone la gestione a livello statale e federale; nel testo dell'articolo, tuttavia, non si trova alcun riferimento al consenso informato né all'autodeterminazione, temi che, come abbiamo visto, già dalla seconda metà degli anni Ottanta animavano il dibattito bioetico brasiliano.

---

<sup>467</sup> Testimonianza di Josè Roberto Ferreira raccolta da Nisia Trindade Lima per l'Archivio Oswaldo Cruz, 2002, Fiocruz, Rio de Janeiro.

<sup>468</sup> Escorel, S., *op. cit.*

<sup>469</sup> Escorel, S., *op. cit.*

<sup>470</sup> Nunes, E., *op. cit.*

<sup>471</sup> Trindade Lima, N., *op. cit.*, p. 93.

<sup>472</sup> Escorel, S., *op. cit.*

<sup>473</sup> Costituzione della Repubblica Federativa del Brasile, art. 196. "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

La retorica dell'universalizzazione dei servizi senza riferimento al diritto alla scelta libera sulla determinazione del proprio stato di salute, e l'uso dell'immunizzazione quale strumento principale per la garanzia del diritto alla salute, ha determinato il mantenimento del legame dell'idea di salute con quella dello sviluppo individuale ed il progresso sociale ed economico. E' proprio per descrivere questa insistenza sul legame tra salute e sviluppo che abbiamo utilizzato la definizione di doppio paternalismo: ossia il paternalismo esercitato dall'OMS/OPAS nei confronti degli amministratori sanitari pubblici brasiliani che hanno subito la pressione degli orientamenti 'sviluppisti' delle grandi organizzazioni internazionali in fatto di politiche pubbliche; ed il paternalismo che a sua volta lo Stato ha esercitato nei confronti dei cittadini brasiliani a cui, proprio in virtù del mantenimento del vincolo causale tra salute e sviluppo, non è stato riconosciuto il diritto alla libera determinazione della propria salute e della propria vita.

### **'Salute per Tutti' *versus* economia della salute**

Con le proprie iniziative ed attività, l'abbiamo discusso, l'OMS/OPAS ha contribuito a rafforzare l'idea di salute legata alla promozione dello sviluppo sociale ed economico degli individui e delle collettività, interpretando la tutela del diritto alla salute principalmente come dovere degli Stati di provvedere alla lotta alle epidemie, ed all'universalizzazione dei servizi sanitari. Tali orientamenti si sono radicalizzati durante gli anni Ottanta e Novanta, alla luce del clima di crisi economica mondiale e delle proposte di privatizzazione del settore sociosanitario sostenute dagli organismi finanziari internazionali, quali la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale, nell'ambito delle politiche dei Piani di Aggiustamento Strutturale. In molti paesi, incluso il Brasile, gli effetti della crisi finanziaria sommati all'esplosione del debito estero, infatti, avevano portato gli organismi finanziari internazionali a premere perché gli Stati aderissero a modelli di riduzione della spesa pubblica, anche nel settore sanitario, limitando il ruolo dello Stato attraverso meccanismi di regolazione e diminuzione dei servizi offerti. Tali meccanismi mettevano in discussione i principi dell'universalizzazione dei servizi e dell'equità d'accesso ad essi, favorendo l'ingresso dei privati nel settore sanitario e limitando i servizi offerti dallo Stato essenzialmente al controllo della diffusione delle epidemie e al mantenimento degli standard igienici.



In particolare, il documento della Banca Mondiale sulla gestione delle politiche sociali e sanitarie in Brasile, *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options*<sup>474</sup>, pubblicato nel 1988 a poca distanza dall'entrata in vigore della Costituzione e dei documenti dell'OPAS sull'universalizzazione delle cure sanitarie, ha sostenuto che la previsione della spesa sanitaria pubblica nel paese non fosse sostenibile e che la proposta di costruire un Sistema Sanitario Nazionale unificato, contenuta nella Costituzione Federale, avrebbe comportato un impiego sconsiderato di risorse pubbliche. Il Brasile veniva definito come un paese che non era in grado di gestire correttamente le proprie risorse per la spesa sociale e sanitaria<sup>475</sup>, né di scegliere quali politiche sociali realizzare per garantire la gestione razionale delle risorse e quindi di raggiungere le fasce più deboli della popolazione, finendo così con il privilegiare la classe media.<sup>476</sup> Secondo gli esperti della Banca, l'investimento di denaro pubblico nel settore sanitario avrebbe condotto inevitabilmente alla razionalizzazione dell'offerta di servizi medici in caso di scarse finanze o di diverse scelte politiche. "Ci sono forti elementi che contribuiranno alla riduzione delle spese per il settore della salute. In primo luogo, è verosimile che il principale settore d'investimento pubblico continui ad essere quello della sicurezza sociale e delle pensioni così che altri benefici sociali saranno cancellati, anche perchè la nuova Costituzione aumenta i benefici per le pensioni, ed è quindi verosimile che diminuisca sensibilmente la spesa per la sicurezza sociale e la salute. In secondo luogo, gli organismi finanziari internazionali eserciteranno la loro pressione al fine della riduzione della spesa pubblica nel settore della salute (così come in altri settori) per fare fronte al prolungato periodo di austerità fiscale."<sup>477</sup>

---

<sup>474</sup> "Public subsidies are higher in Brazil for curative hospital care compared with basic health programs, such immunization, prenatal care, and control of vector-borne diseases, despite the fact that the latter programs are far more cost-effective in reducing mortality and are much more likely to serve the needs of the poor. (...) Social programs are managed, due in part to overly centralized system of financing and providing services, a complex and unwieldy system of intergovernmental transfers and inadequate use of private sector in service delivery." World Bank, *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options*, v. 1, Washington DC, 1988, p. 3.

<sup>475</sup> World Bank, *Brazil. The new challenge for adult health*, Washington DC, 1990.

<sup>476</sup> Commenta Nilson Rosario Costa: "Nonostante la perentorietà di queste affermazioni, la Banca Mondiale non ha svolto ricerche di settore approfondite a dimostrazione del carattere fallimentare delle politiche sociali brasiliane, rendendo queste conclusioni assolutamente arbitrarie. Ciononostante, queste si sono ben presto trasformate in senso comune e molto efficaci come orientamento nativo." Costa, N. R., *op. cit.*, p. 21.

<sup>477</sup> "There are strong forces that will tend to reduce public spending on health. First, it seems likely that the core of public health financing will continue to be the funds that remain in the social security after retirement and welfare benefits are withdraw. Because the new Constitution mandates large increases in retirement benefits, social security spending on health is likely to drop drastically. Second, there will be

A partire da questa analisi, la Banca suggeriva di mettere da parte la proposta di riforma del Sistema Sanitario (il futuro Sistema Unico di Salute) elaborata contestualmente all'articolo 196 della Costituzione, proponendo un'agenda di quattro punti per la riforma del settore sanitario: 1. aumentare la focalizzazione della spesa pubblica; 2. decentralizzare l'esecuzione dei programmi; 3. eliminare il vincolo con i prelievi fiscali; 4. rafforzare il ruolo del governo federale nella qualità e diffusione delle informazioni ai consumatori.<sup>478</sup> Lo Stato, secondo i tecnici della Banca Mondiale, avrebbe dovuto limitarsi a stabilire una politica per l'offerta ed il finanziamento dell'assistenza sanitaria di base che poi però avrebbe dovuto essere gestita dai privati. Avrebbe inoltre dovuto offrire supporto logistico e organizzativo alla gestione della decentralizzazione dei servizi sanitari a livello locale.<sup>479</sup>

Alcune delle critiche contenute in *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options* sono state riprese anche in *The Organization, Delivery and Financing Health Care in Brazil*<sup>480</sup> pubblicato sempre dalla Banca Mondiale nel 1993, nel quale venivano nuovamente attaccate la nazionalizzazione del Sistema Sanitario (Sistema Unico di Salute – SUS) e la riforma sanitaria<sup>481</sup> messe in atto dal Brasile in seguito all'entrata in vigore della Costituzione Democratica, in nome di una 'cultura tecnica'<sup>482</sup> dell'organizzazione sanitaria. “Le implicazioni della riforma sanitaria sono principalmente due. Innanzi tutto, la copertura sanitaria allargata a tutti i cittadini. In secondo luogo, la decentralizzazione a livello municipale della responsabilità per l'assistenza sanitaria di base e per il ricevimento dei fondi federali. Questi cambiamenti, che hanno creato grandi aspettative nella popolazione, pesano sulle finanze pubbliche senza che la responsabilità dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sanitari del nuovo sistema unificato e decentrato sia stata chiaramente attribuita e definita. Ossia, non sono chiare le relazioni che devono instaurarsi tra le diverse entità governative, e tra governi e settore privato, che attualmente è il principale fornitore dei servizi sanitari finanziati con fondi pubblici”.<sup>483</sup>

---

pressure to reduce public spending on health (and all other sectors) in the face of a prolonged period of fiscal austerity.” World Bank, *Brazil Public Spending...*, p. 86.

<sup>478</sup> World Bank, *Brazil Public Spending...*, p. 57.

<sup>479</sup> *Idem*, p. 41.

<sup>480</sup> World Bank, *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*, 1993.

<sup>481</sup> Kruger, T. R., *O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde*, in “Planejamento e políticas públicas”, n. 22, 2000, p. 121.

<sup>482</sup> Costa, N. R., *op. cit.*, p. 24.

<sup>483</sup> “The implications of the Reforma Sanitaria are basically two. First, the coverage has been extended for all citizens. Second, the municipalities have inherited primary responsibility for health care provisions

Nella disputa per l'egemonia, l'OMS/OPAS e la Banca Mondiale hanno puntato sullo sviluppo come discriminare per la scelta sulle politiche da adottare in ambito sanitario. La principale differenza tra le loro proposte consisteva nel sostenere, o meno, il dovere dello Stato di garantire l'universalità dei servizi sanitari, e di conseguenza nell'ammettere – o meno - la possibilità che essi potessero essere privatizzati. Mentre l'OMS/OPAS aveva fatto dell'universalizzazione, dell'equità d'accesso e della gestione pubblica dei servizi un suo cavallo di battaglia, secondo i tecnici della Banca Mondiale, la privatizzazione del settore sanitario era tanto necessaria per ragioni di contenimento della spesa pubblica, quanto possibile, come affermato in *The Organization, Delivery and Financing Health Care in Brazil*, in quanto le necessità di assistenza delle fasce di reddito più basse avrebbero potuto essere soddisfatte con un paniere semplificato di programmi e servizi sanitari. Ossia, tra la popolazione delle classi subalterne la prevalenza di malattie di tipo cronico e degenerativo sarebbe stata più bassa, mentre sarebbe stata maggiore l'esposizione alle malattie infettive e parassitarie<sup>484</sup>. Molti studi epidemiologici relativi alle malattie croniche, però, hanno smentito questa ipotesi, indicando che tali malattie colpiscono in maniera contundente anche le fasce economicamente più fragili<sup>485</sup>, soprattutto a causa dei cambiamenti ambientali e demografici avvenuti nelle ultime decadi del XX secolo nei paesi considerati in via di sviluppo.<sup>486</sup> Inoltre, proprio un documento della stessa Banca Mondiale, intitolato *Brazil. The Challenge of Adult Health* pubblicato nel 1990, aveva riconosciuto che “le malattie non trasmissibili degli adulti dominano tutto il quadro sanitario brasiliano. Le malattie cardiocircolatorie, i tumori, le malattie mentali e gli incidenti costituiscono il 55% delle cause di morte (...)”<sup>487</sup>.

In tale contesto, per i movimenti sociali brasiliani l'OPAS ha rappresentato l'unica alternativa istituzionale alle pressioni per la privatizzazione delle ‘funzioni pubbliche essenziali’<sup>488</sup>, e alla limitazione dei servizi sanitari<sup>489</sup>, come affermato dallo stesso

---

and receive the bulk of federal health transfers. These changes place heavy burdens on public finances and create expectations among the population. But, the responsibility for organizing, delivering and financing health care under the newly unified and decentralized system remains vague. This applies to the relations across government entities and between government and private sector, which currently delivers the bulk of services with public financing”. *Idem*, p. 22.

<sup>484</sup> World Bank, *Brazil. The new Challenges...*, p. 103.

<sup>485</sup> Townsend, P., Davidson, N., *Inequalities in Health. The Black Report*, London, Penguin, 1983.

<sup>486</sup> Costa, N. R., *op. cit.*

<sup>487</sup> World Bank, *Brazil. The Challenge...*, p. 29.

<sup>488</sup> Silvestre, R., *A horizontalização da cooperação técnica internacional: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil*, Tesi di Mestrado sostenuta presso la Facoltà di Scienze Politiche, Università di Brasilia, Brasile, 2007.

direttore dell'OPAS Carlyle Macedo in occasione della XXI Conferenza Sanitaria Pan Americana del 1982.<sup>490</sup> In linea generale, a partire dall'ingresso della Banca Mondiale nell'arena della cooperazione sanitaria, l'OPAS ha rappresentato il punto di riferimento per gli amministratori più progressisti e per i rappresentanti dei movimenti sociali che difendevano la necessità di universalizzare tali servizi; a maggior ragione in seguito alla pubblicazione di *The Organization, Delivery and Financing Health Care in Brazil*, che ha generato malcontento e resistenze tra gli amministratori ed i tecnici del Ministero della Salute brasiliano. “Il rapporto ci si presenta focalizzato su aspetti non sempre chiari e delimitati, nell'ambito di un processo, invece, estremamente complesso quale il riordinamento delle pratiche di assistenza sanitaria di base in Brasile, e culmina con una visione molto semplificata delle questioni più pungenti relative al Sistema Unico di Salute.”<sup>491</sup>

Lasciando da parte qualsiasi riferimento alla bioetica e al diritto alla libera determinazione della condizione di salute individuale, l'OPAS e la Banca Mondiale hanno rappresentato i due estremi del campo nel quale si è svolto il dibattito sul diritto alla salute come diritto all'accesso e all'universalizzazione dei servizi sanitari. E' così che l'istituzione del Sistema Unico di Salute (SUS), nel 1988, considerato la grande conquista del movimento per la Riforma Sanitaria<sup>492</sup>, si colloca all'interno di questo campo ed è frutto della mediazione delle istanze dell'OPAS/OMS e della Banca Mondiale. Il SUS, infatti, si fonda su tre importanti provvedimenti legislativi: l'articolo 196 della Costituzione Democratica, che ha definito la salute come diritto di tutti e dovere dello Stato da garantire attraverso politiche sociali ed economiche che mirino alla riduzione del rischio di trasmissione delle malattie e all'accesso universale e ugualitario alle prestazioni ed ai servizi per la promozione, la prevenzione e la cura della salute; la Legge 8.080<sup>493</sup>, che ha stabilito le condizioni per la promozione,

---

<sup>489</sup> Testimonianza di Carlyle Guerra Macedo per la realizzazione dell'Archivio Oswaldo Cruz, citato da Lima, N. T., *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões*, in *Os caminhos da saúde pública no Brasil*, Finkleman, J., (a cura di), Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

<sup>490</sup> *Idem*.

<sup>491</sup> Brasil. Ministerio da Saúde, *Avaliação do documento: The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*, Brasília, Mimeo, 1994, p. 4.

<sup>492</sup> Castro, A., Malo, M., *SUS: ressignificando a promoção da saúde*, Editora Hucitec/OPAS, São Paulo, 2006.

<sup>493</sup> Brasil. Presidenza della Repubblica, [Legge 8.080, 19 settembre 1990](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm). Art. 1 “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. L'intero testo della norma in portoghese è disponibile sul sito web della Presidenza della Repubblica brasiliana, <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

protezione e cura della salute, oltre a definire il funzionamento dei servizi relativi a queste aree; e la Legge 8.142<sup>494</sup>, che ha definito le regole della partecipazione comunitaria nella gestione del SUS e dei trasferimenti dei finanziamenti nell'area sociosanitaria tra sfere federale, statale e municipale.<sup>495</sup>

La Legge Organica 8.080 del 1990 sulla gestione dei fondi destinati ai sistemi sanitari locali costituisce la base del meccanismo decentrato del SUS fondato sull'integrazione delle reti federale, statale e municipale, il decentramento dell'assistenza di base, la diversificazione delle fonti di finanziamento del sistema (inclusi fondi e prestatori di servizi privati), e la creazione di meccanismi automatici di trasferimento di risorse nella rete pubblica e nella rete privata convenzionata, secondo alcuni dei suggerimenti contenuti in *The Organization, Delivery and Financing Health Care in Brazil*. In particolare, il sistema ha previsto proprio l'ingresso dei privati nel finanziamento di alcuni servizi sanitari di base. Come si deve considerare tale contraddizione tra il rifiuto formale delle proposte della Banca Mondiale, da parte dell'OPAS, dei movimenti sociali e dagli stessi tecnici del Ministero della Salute, con l'inclusione di alcune delle principali raccomandazioni della Banca?

Nell'ambito di uno studio sull'azione delle organizzazioni sanitarie internazionali in Brasile, applicando la teoria dei campi organizzativi<sup>496</sup> e quella dei campi di potere<sup>497</sup> alle relazioni tra le organizzazioni e gli organismi finanziari internazionali attivi nel campo sanitario, Araujo Misoczky<sup>498</sup> ha spiegato come la Banca Mondiale sia riuscita in soli dieci anni a ridefinire i confini del settore sanitario. L'autrice ha sostenuto che l'egemonia della Banca Mondiale nel campo delle agenzie sanitarie internazionali si

---

<sup>494</sup> Brasil. Presidenza della Repubblica, Legge 8.142, 28 dicembre 1990 sulla partecipazione della comunità alla gestione del Sistema Único de Saúde (SUS) e sul trasferimento intergovernativo di risorse finanziarie nel settore sanitario. Art. 1 "O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde". L'intero testo della norma in portoghese è disponibile sul sito web della Presidenza della Repubblica brasiliana, <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

<sup>495</sup> Faleiros de Paula, V., Senna da Silva, J. F., Fadel de Vasconcellos, L.C., Godoy da Silveira, R. M., *A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*, Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

<sup>496</sup> DiMaggio, P. J., Powell, W. W., *The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*, in Powell, W. W.; DiMaggio, P. J., (a cura di), *The new institutionalism in organizational analysis*. London, Sage, 1991.

<sup>497</sup> Bourdieu, P., *Controfuochi. Argomenti per resistere all'invasione neo-liberista*, Roma, Marsilio - Libri di Reset, 1999; Bourdieu, P., *Campo del potere e campo intellettuale*, Roma, Manifestolibri, 2002.

<sup>498</sup> Araujo Misoczky, M. C., *O Banco Mundial e a Reconfiguração do campo das Agências Internacionais de Saúde: uma Análise Multiparadigmática*, Anais do III Encontro de Estudos Organizacionais, Recife: Observatório da Realidade Organizacional, PROPAD/UFPE, ANPAD, 2002. 1 CD.

deve intendere come riflesso di un cambiamento più ampio: la strategia della Banca di disseminazione di idee<sup>499</sup> sull'organizzazione della società, secondo la quale era necessario l'abbandono delle politiche trasversali a favore di politiche settoriali considerate strategiche. Ed è in questo quadro che dev'essere inserito l'attacco alla nozione di Stato sociale<sup>500</sup> operato dalla Banca Mondiale, attraverso la pressione per la riduzione del ruolo delle organizzazioni pubbliche e dell'ampliamento dello spazio concesso a quelle private, trasformando – sostiene Araujo Misoczky – i diritti di cittadinanza in 'benefici' settoriali. Si è trattato, sostiene l'autrice, di stabilire, in tutti i campi sociali incluso quello sanitario, un modo legittimo di riproduzione delle basi di dominazione.<sup>501</sup> Proprio nei termini descritti da Bourdieu, la Banca Mondiale è riuscita a realizzare una 'conversione' nel campo delle organizzazioni sanitarie internazionali ed a valorizzare la capacità di utilizzare le risorse finanziarie per condizionare la definizione delle politiche pubbliche, a scapito di altre logiche sino allora dominanti (es. universalizzazione dei servizi).

Considerare l'azione della Banca Mondiale nel campo sanitario come riflesso della più ampia strategia per l'egemonia nell'arena della cooperazione internazionale, permette di spiegare l'ingente investimento – in termini di produzione di documenti, di studi, di pressioni sugli amministratori ed i dirigenti sanitari nazionali e locali, in termini di presenza mediatica e nei progetti sul campo – che essa ha fatto in Brasile, come in altri paesi dell'America Meridionale.

La resistenza dell'OPAS alla strategia egemonica della Banca Mondiale, è visibile sin dalla metà degli anni Ottanta attraverso la delibera del Consiglio Direttivo dell'Organizzazione del 1988, nella quale veniva affrontato il tema della necessità di una rapida trasformazione dei sistemi di salute attraverso lo sviluppo e il consolidamento dei Sistemi Locali di Salute (SILOS)<sup>502</sup>, reti di sistemi sanitari locali strutturati su tre livelli: 1. livello base, locale o primario, responsabile dei servizi sanitari di ogni comunità e responsabile del suo ampliamento; 2. livello intermedio o regionale, che includeva servizi integrati di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito delle strutture ospedaliere; 3. livello nazionale, che comprendeva centri

---

<sup>499</sup> Nel II capitolo abbiamo discusso questa idea e l'abbiamo definita 'offerta di idee', secondo la definizione di Rubens Mattos.

<sup>500</sup> "Stato che garantisce tipi minimi di reddito, alimentazione, salute, abitazione, educazione, assicurazione a tutti i cittadini, non come carità ma come diritto politico". Regonini, G., *Estado de Bem-Estar Social*, in Bobbio, N., et al., *Dicionário de Política*, Brasília, UnB, 2005, p.416.

<sup>501</sup> Bourdieu, P., *The state nobility: elite schools in the field of power*, Stanford, Stanford University Press, 1996.

<sup>502</sup> Boletín de la Oficina Pan Americana de Salud, vv. 108 – 109, n. 5 – 6, novembre e dicembre 1990.

medici e istituti di ricerca scientifica altamente sviluppati e qualificati.<sup>503</sup> A tale delibera, nel 1994 si è aggiunto il documento “La salute pubblica nelle Americhe”, discusso nella 126° Sessione del Comitato Esecutivo dell’OPAS che ha riproposto il tema dell’obbligo degli Stati di provvedere all’universalizzazione dei servizi sanitari<sup>504</sup>, pur in una logica di decentramento del sistema sanitario.

Nonostante gli sforzi dell’OPAS per restare il punto di riferimento delle istituzioni pubbliche e dei movimenti sociali in materia di pianificazione sanitaria, la capacità della Banca Mondiale di infiltrare le proprie idee in spazi istituzionali strategici<sup>505</sup> e di far sí che le proprie rappresentazioni dello Stato e dei suoi compiti avessero alta capacità di *agenda-setting*, ha avuto grande presa anche in un paese come il Brasile<sup>506</sup> in cui la resistenza degli amministratori e dei dirigenti ministeriali alle proposte di privatizzazione dei servizi sanitari e di focalizzazione degli interventi era sembrata molto forte. Il caso del meccanismo di finanziamento del SUS dimostra proprio che la capacità di ‘offrire idee’, secondo la definizione di Rubens Mattos, ha tanto influenzato il pensiero di alcuni amministratori pubblici locali brasiliani da accettare di restringere i compiti dello Stato in materia di finanziamento dei servizi sanitari a favore dei privati, abbandonando l’idea di equità nell’accesso ai servizi sostenuta dall’OPAS. “La pratica di alcuni governi latino-americani nel settore della salute ha creato molti dogmi: il primo è che essere universale significa avere una politica nell’area della salute uguale per tutti; il secondo è che l’universalizzazione sia incompatibile con il mercato; il terzo è che essere universale significa mantenere i servizi completamente pubblici. (...) Poiché per definizione la salute è dovere dello Stato, ne consegue che la prestazione di servizi deve essere attribuzione esclusiva del settore pubblico. Si dimentica, però, che lo Stato è molto più pubblico, quando regola, valuta, controlla e garantisce la qualità dei servizi rispetto a quando li presta lui stesso. Quando lo Stato è l’unico soggetto a prestare servizi, infatti, (...) si registra un chiaro conflitto di interessi tra l’azione regolatrice e quella di prestazione di servizi. In questo caso, lo Stato finisce per rendersi complice della propria inefficienza.”<sup>507</sup>

---

<sup>503</sup> OPAS, *op. cit.*, 1992.

<sup>504</sup> Silvestre, R., *op. cit.*.

<sup>505</sup> Mattos, Ruben A. de, *Desenvolvendo e ofertando idéias...*, *op. cit.*.

<sup>506</sup> Costa, N. R., *op. cit.*, p. 26.

<sup>507</sup> Médici, A. C., Seixas, J. C., *A saúde na América Latina e Caribe. Federação Nacional de Estabelecimentos de Saúde (FENAESS) e Hospitalar*. Feira Internacional de Produtos, Equipamentos e Serviços para Hospitais e Estabelecimentos de Saude, São Paulo, Mimeo, 1995, p. 6.

La capacità di resistenza dell'amministrazione pubblica alle proposte della Banca Mondiale, dunque, non è stata sufficiente ad evitare lo slittamento del centro del dibattito sul diritto alla salute dal dovere o meno degli Stati di offrire servizi sanitari universali, al tipo di prestazioni che essi avrebbero dovuto finanziare per i diversi gruppi di cittadini, dai più poveri fino alle fasce più benestanti. La scelta di limitare i servizi sanitari a carico della spesa pubblica ad alcune categorie di cittadini e di prestazioni, a scapito della copertura universale, è stata definita come il trionfo dell' 'economia della salute' sull'universalizzazione dei servizi sanitari<sup>508</sup>, o, per dirla con Michael Chossudovsky<sup>509</sup>, la 'globalizzazione della povertà'. L'approccio della Banca Mondiale, ancor più del modello dell'universalizzazione dei servizi sanitari e della garanzia delle condizioni d'accesso ad essi, offriva un'idea di salute estremamente legata a quella di sviluppo economico, in quanto mirata ad offrire servizi soprattutto alle fasce meno abbienti di popolazione che, se non sostenute da programmi statali, non avrebbero potuto raggiungere le condizioni minime, necessarie a rendere produttivo ogni individuo. La scelta della Banca Mondiale di focalizzare programmi ed interventi sanitari, rendeva ancora più esplicito il nesso causale tra salute e sviluppo ed accentuava la nozione di salute come opposto di malattia e garanzia di prestazioni mediche essenziali.

Il paradigma della 'economia della salute' è stato tradotto in pratica dalla metà degli anni Ottanta attraverso la privatizzazione di buona parte dei servizi sanitari e la scelta selettiva di quelli a carico della spesa sanitaria pubblica, come affermano i recenti studi di Costa e Melo<sup>510</sup> e di Rubens Mattos<sup>511</sup>. Tale approccio ha inoltre influenzato l'azione e le strategie non solo degli amministratori pubblici locali e nazionali brasiliani, ma anche delle organizzazioni internazionali attive sul territorio, facendo sí che i principi in esso contenuti si traducessero in programmi di cooperazione oltre che in strategie nazionali per le politiche sanitarie pubbliche.<sup>512</sup> Tutto ciò, senza stravolgere l'ordine formale delle cose e mantenendo alcuni simulacri dell'organizzazione sanitaria così

---

<sup>508</sup> Rocha de Medeiros, P., *Banco Mundial e Saúde: a marcha liberal dos anos 90*, in "Estudos em Saúde Coltiva", n. 196, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999, p. 19.

<sup>509</sup> Chossudovsky, M., *The Globalization of Poverty. Impacts of IMF and World Bank Reforms*, TWN, Penang and Zed Books, London, 1997.

<sup>510</sup> Costa, N. R., Melo, M. A., *Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OPAS/OMS e do Banco Mundial para a atenção a saúde*, Planejamento e Políticas Públicas, IPEA, 11, 1994.

<sup>511</sup> Mattos, Ruben A. de., *op. cit.*.

<sup>512</sup> Costa, N. R., Melo, M. A., *op. cit.*.



com'era stata preconizzata dal Ministero della Salute e dall'OMS/OPAS durante il periodo della democratizzazione.

In tal senso va considerato il meccanismo di funzionamento del SUS, che da una parte - seguendo le indicazioni della Banca Mondiale - apre la strada ai privati in un settore che si voleva completamente coperto dalla spesa pubblica, dall'altra inserisce tra le proprie caratteristiche fondamentali la partecipazione comunitaria alla gestione del Sistema Sanitario<sup>513</sup> e l'universalizzazione di alcuni servizi essenziali, per mantenere alcuni dei riferimenti dati dall'OPAS e condivisi da movimenti sociali. A titolo di esempio, ricordiamo la partecipazione dei rappresentanti della società civile alla gestione dei servizi sanitari, tanto a livello federale, che statale e municipale, è stata presentata dall'OPAS come garanzia per la difesa del diritto alla salute e per l'universalizzazione dei servizi sanitari, attraverso l'istituzionalizzazione di Conferenze<sup>514</sup> e Consigli Sanitari<sup>515</sup>, che avrebbero dovuto rappresentare i luoghi privilegiati per far valere il diritto alla salute in quanto nuovi *loci* per l'esercizio del potere e la partecipazione alla gestione delle politiche pubbliche.<sup>516</sup> Sono stati pensati come spazi sociali ampliati, organi collegiali in cui esprimere interessi diversi, in cui l'area di sovranità del cittadino potesse coincidere con quella dei poteri pubblici ai diversi livelli dell'organizzazione sociale, nell'ambito del "processo di trasformazione della normativa e dell'apparato istituzionale che regola e risponde della protezione delle condizioni di salute dei cittadini, [per] un effettivo dislocamento del potere politico verso gli strati più svantaggiati della popolazione, nel tentativo di garantire l'universalità del diritto alla salute e nella creazione di un sistema unico di servizi sotto l'egida dello Stato".<sup>517</sup> Tuttavia, l'idea di coinvolgere le comunità nella gestione di servizi sanitari modulati secondo il criterio della selettività degli interventi e delle fasce di popolazione di riferimento, ha ben presto mostrato i suoi limiti, come dimostra la scarsa partecipazione

---

<sup>513</sup> Tale caratteristica si deve tanto dalla mobilitazione sociale per l'equità d'accesso ai servizi sanitari che ha preceduto l'istituzione del SUS, che al processo di negoziazione politica che ha coinvolto *leaders* della società civile, parlamentari e potere esecutivo, di cui il SUS rappresenta un importante risultato.

<sup>514</sup> Secondo l'art. 1, prgf. 1 della Legge 8.142/90 "la Conferenza della Salute, convocata dal potere esecutivo o eccezionalmente, dall'esecutivo e dal Consiglio della Salute, si riunisce ogni quattro anni, vi partecipano rappresentanze dei diversi segmenti sociali per valutare la situazione sanitaria e proporre direttrici per la formulazione di politiche per il settore della salute dei livelli corrispondenti".

<sup>515</sup> Secondo l'art. 1, prgf. 2 della Legge 8.142/90 "il Consiglio della Salute, con carattere permanente e deliberativo, organo collegiale composto da rappresentanti del governo, tecnici e amministrativi del settore, professionisti e utenti, ha il compito di disegnare le strategie e politiche e controllarne l'esecuzione nelle istanze corrispondenti, anche per gli aspetti economici e finanziari (...)".

<sup>516</sup> Kruger, T. R., *op. cit.*, p. 122.

<sup>517</sup> Teixeira, M., *Etica e saude: as dores do seu contexto*, in "Divulgação em Saude para Debate, Londrina, 1997, p.b39.

della società civile ai Consigli di Salute<sup>518</sup>, recentemente rilevata da uno studio condotto dall'Università dello Stato di Santa Caterina, nel sud del Brasile<sup>519</sup>.

Le critiche hanno evidenziato che lo sforzo dei movimenti sociali per la creazione del SUS e per la tutela dei diritti sociali, più che a superare le forze arcaiche degli interessi patrimoniali e corporativi<sup>520</sup> che rappresentano un “fattore di impedimento del processo di modernizzazione della società, di costruzione dell’etica pubblica, e di rafforzamento della società civile”<sup>521</sup>, sarebbe stato funzionale a “creare un apparato politico e amministrativo parallelo”<sup>522</sup> incompleto e mal funzionante; ed a mantenere grandi spazi d’influenza delle organizzazioni e degli organismi finanziari internazionali nell’agenda sanitaria pubblica. Il SUS, secondo questi autori<sup>523</sup>, non solo non ha le potenzialità per tradurre in pratica quotidiana i principi costituzionali, a causa della resistenza delle forze economiche cristallizzate<sup>524</sup>, ma, se pure fosse stata realizzata l’universalizzazione dell’assistenza sanitaria, essa non avrebbe configurato un processo di uguaglianza capace di assicurare alle fasce di popolazione meno abbienti lo stesso trattamento disponibile per quelle più facoltose<sup>525</sup>. A ciò si aggiunge l’incapacità stessa di quei principi costituzionali di cogliere tutti gli aspetti contenuti nell’idea di salute e della sua tutela, che l’OMS aveva enunciato nella propria Costituzione e mai messo in pratica nel dialogo con le amministrazioni dei diversi Stati membri. Il Brasile, come abbiamo visto, rappresenta un buon esempio per verificare quanto la stessa OMS/OPAS, nonostante l’approccio universalistico e non escludente, non abbia sostenuto il diffondersi di una cultura della salute come libertà individuale, come diritto all’autonoma determinazione da parte di tutti gli individui.

---

<sup>518</sup> Kruger, T. R., *A estratégia conselheirista na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real*, Tesi di Mestrado discussa presso la facoltà di Scienze Sociali dell’Università dello Stato di Santa Caterina (UDESC), 1998.

<sup>519</sup> Kruger, T. R., *op. cit.*, p. 126.

<sup>520</sup> Giovanella, L., Fleury, S., *Universalidade da Atenção a Saúde*, in Eibenschutz, C., (a cura di), *Política de Saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996, p. 188.

<sup>521</sup> Seibel, E. J., *Cultura política e gestão pública: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas*, Florianópolis, 1997, p. 3, citato in Kruger, T. R., *op. cit.*, p. 126.

<sup>522</sup> Seibel, E., *op. cit.*.

<sup>523</sup> Viana Costa, O., *Direito à Saúde no Brasil, entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes*, in “Sao Paulo em perspectiva”, Fundação Seade, vol. 13, n. 3, 1999, pp.137-143; Oliveira, F. de, *O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público*, in “Novos Estudos Cebrap”, Sao Paulo, n. 22, 1988, pp. 8-28.

<sup>524</sup> Gershman, S., *A democracia inconclusa: um estrudo da reforma sanitaria brasileira*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

<sup>525</sup> Viana Costa, O., *Acesso a serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo: universalização e reprodução de desigualdades sociais*, Conferência Nacional de Estatística – Confest., Rio de Janeiro, 1996 (Textos para discussão, vol. 2).

Se quasi tutti i critici<sup>526</sup> hanno rilevato la capacità d'infiltrazione della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale nell'ambito della pianificazione e realizzazione delle politiche sanitarie pubbliche in Brasile, e la loro capacità di dettare l'agenda delle priorità, che ha portato alla privatizzazione dei servizi sanitari e della scelta selettiva degli interventi da realizzare<sup>527</sup>; tuttavia, nessuno sembra aver messo a fuoco con chiarezza che tale capacità d'infiltrazione non ha soltanto comportato l'affermarsi della privatizzazione dei servizi sanitari a scapito della loro universalizzazione, ma ha riportato al centro del dibattito internazionale e della pianificazione sanitaria dei diversi paesi l'idea che tra salute e sviluppo esista un legame di causalità diretta, allontanando dalla scena del dibattito sanitario il tema della libertà di scelta in salute. Ed inoltre, non sembra essere stato sino ad ora rilevata l'incapacità dell'OMS/OPAS di offrire un modello di salute e di tutela del diritto alla salute che si opponesse radicalmente al principio espresso dalle proposte della Banca Mondiale, ciò che conferma l'aderenza dell'Organizzazione all'idea che salute debba essere tutelata e garantita in quanto è motore di sviluppo. La disputa tra le organizzazioni internazionali per l'egemonia nel settore sanitario ha poi svolto un ruolo particolarmente rilevante nel rafforzamento del nesso causale tra salute e sviluppo, a discapito del riconoscimento della soggettività nelle relazioni terapeutiche e nella pianificazione delle politiche pubbliche.

Il meccanismo del 'doppio paternalismo', attraverso cui gli organismi internazionali hanno gestito lo spazio del dibattito pubblico in Brasile sul tema della salute e dell'offerta dei servizi sanitari, ritardando ed ostacolando lo sviluppo di politiche relative al libero consenso e all'autodeterminazione, ha permesso loro di rafforzare e stabilizzare la propria influenza sui programmi e le politiche sanitarie elaborate dall'amministrazione brasiliana, attraverso nuovi prestiti ed aiuti allo sviluppo. Come abbiamo visto, la fase di pianificazione del SUS ha coinciso proprio con l'ascesa degli organismi finanziari internazionale, cosicchè il governo ha dovuto confrontarsi con la loro capacità di orientare gli equilibri nel campo della cooperazione sanitaria e di raccogliere consenso anche tra gli amministratori e i dirigenti del Ministero della Salute brasiliano. Il risultato, infatti, è che il SUS è stato pianificato in senso selettivo e focalizzato, limitando l'azione statale contemplando l'ingresso dei privati nella gestione dei servizi sanitari.

---

<sup>526</sup> Viana Costa, O., *Direito à Saude no Brasil, op. cit.*; Oliveira, F. de, *O surgimento do anti-valor: capital, op. cit.*.

<sup>527</sup> Giovanella, L, Fleury, S., *op. cit.*, p. 188.

Nei prossimi paragrafi, dedicati al Programma Salute della Famiglia del governo brasiliano, e al Programma *Selo – Municipio Aprovado* dell'Unicef, vedremo più nel dettaglio come il dibattito sulle priorità sanitarie è stato sempre più dettato dalle organizzazioni internazionali; e come la preoccupazione per l'attacco sistematico all'assistenza pubblica da parte della Banca Mondiale ha catalizzato l'attenzione anche di coloro <sup>528</sup> che sostenevano la necessità di improntare il discorso sanitario sull'autonomia individuale e la libera determinazione delle condizioni di salute da parte di ciascun individuo.

### **Dalla 'Salute per Tutti' al 'Programa Saúde da Família'**

Durante gli anni Settanta, la strategia 'Salute per Tutti' dell'OPAS ha ispirato la realizzazione dei primi servizi sociosanitari municipali <sup>529</sup> nei paesi dell'America Centro-Meridionale, configurando un "movimento universale per la riforma sanitaria" <sup>530</sup> che coniugava l'iniziativa privata ed il principio della selettività, con il decentramento e la partecipazione comunitaria. La combinazione delle istanze dell'OMS con le spinte sempre più consistenti verso la privatizzazione dei sistemi sanitari operate dalla Banca Mondiale, in Brasile ha dato vita al Sistema di Salute (SUS) e, al suo interno, al Programma Salute della Famiglia (PSF) introdotto nel 1994 dal Presidente della Repubblica Fernando Henrique Cardoso. <sup>531</sup>

Attraverso il PSF è stato introdotto il concetto di *Piso de Atenção Básica* (livello minimo per le cure sanitarie di base) nella gestione pubblica, incentrato sulla razionalizzazione della spesa sanitaria, ridotta e concentrata su settori specifici, così come previsto dalle misure della Banca Mondiale. <sup>532</sup> L'assistenza sanitaria veniva così distinta in interventi a media ed alta complessità, esclusi dalla copertura finanziaria pubblica, ed interventi a complessità ridotta, destinati a soddisfare le necessità delle fasce meno abbienti della popolazione. <sup>533</sup> Tale distinzione è stata presentata <sup>534</sup> come strategia alternativa alla "tendenza mondiale alla ospedalizzazione, alla complessità

---

<sup>528</sup> Dâmaso, R., *op. cit.*; Jonas, H., *op. cit.*; Brenes V, Mesa A, Ortiz O, et al., *op. cit.*.

<sup>529</sup> Escorel, S., *op. cit.*.

<sup>530</sup> Mendes, E. V., *Uma agenda para a saúde*, São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 27.

<sup>531</sup> Costa, N. R., Pinto, L. R., *Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura*, in Negri, B., Viana, A. D. L., (a cura di), *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*, São Paulo, Sobravime, 2002, pp. 271-298.

<sup>532</sup> Rodrigues Gil, C. R., *Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família*, in "Cadernos de Saúde Pública", Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, giugno 2006, p. 1179.

<sup>533</sup> Elias, P., Marques, R. M., Mendes, A., *O financiamento e a política de saúde*, Revista USP, n.51, 2001, pp. 6 – 15.

<sup>534</sup> Elias, P., Marques, R. M., Mendes, A., *op.cit.*; Rodrigues Gil, C. R., *op. cit.*.

tecnologica e alla frammentazione del lavoro medico in specialità e sottospecialità”<sup>535</sup>, anche se molti<sup>536</sup> hanno individuato in essa un *escamotage* per giustificare la riduzione della spesa sanitaria pubblica a favore dei più poveri. Tanto è vero che il PSF stesso è stato presentato come strumento per “valorizzare la comunità come spazio di articolazione e intervento degli organi pubblici; [strumento] che nasce dall’esperienza dei movimenti associativi di quartiere e delle piccole comunità rurali molto attivi in Brasile negli anni Settanta (...) e che facilita la diffusione dei discorsi che riconoscono il valore dell’approccio ai problemi specifici a partire dal livello comunitario”.<sup>537</sup> Per dare maggior risalto all’aspetto locale e decentrato del PSF, il Programma è stato organizzato in unità sanitarie locali presenti in tutti i municipi con popolazione superiore ai diecimila abitanti<sup>538</sup> ed ha introdotto l’offerta attiva come nuovo modello assistenziale<sup>539</sup>, mediazione tra la sfera tecnica e quella politica<sup>540</sup>, secondo il principio per cui offrire servizi di base alle famiglie ed ai loro componenti nel loro ambiente fisico e sociale<sup>541</sup> fosse il metodo più efficace per migliorare le condizioni di salute della popolazione<sup>542</sup>.

Per tutte queste ragioni, il PSF è stato definito come “modello di assistenza (...) caratterizzato da servizi più risolutivi, integrali e principalmente umanizzati”<sup>543</sup>, che si è presto affermato come la principale strategia per la riorganizzazione del settore socio sanitario brasiliano.<sup>544</sup> Pur in un clima di generale esaltazione per le potenzialità del PSF, vi è chi<sup>545</sup> ha manifestato forti preoccupazioni rispetto alla prossimità di tale

---

<sup>535</sup> Vasconcelos, E. M., *Educação Popular e a atenção a saúde da família*, São Paulo, Editora Hucitec – Ministério da Saúde, 1999, p. 169.

<sup>536</sup> Viana Costa, O., *op. cit.*.

<sup>537</sup> Vasconcelos, E. M., *op. cit.*, p. 161.

<sup>538</sup> Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais), *Saúde da Família*, Belo Horizonte (MG), SES, 1997.

<sup>539</sup> Almeida Godinho Rosa, W., Curi Labate, R., *Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência*, in “Revista Latino Americana de Enfermagem”, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 6, 2005, p. 1028.

<sup>540</sup> Campos, G. W. S., *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*, in Merhy, E. E., Onoko, R., a cura di, *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo, Hucitec, 1997, pp. 229 – 266.

<sup>541</sup> Brasil. Ministério da Saúde, *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*, Brasília (DF), MS, 1997.

<sup>542</sup> Intervista rilasciata da Zuleica Albuquerque, consulente OMS e coordinatrice del Programma Salute della Famiglia, il 12 aprile 2007 presso l’Ufficio Nazione dell’OMS in Brasile, Brasilia, a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>543</sup> Levcovitz, E., Garrido, N. G., *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*, in “Cadernos de Saúde da Família”, gennaio – giugno 1996, n. 1, 1996, p. 3.

<sup>544</sup> Vasconcelos, E. M., *op. cit.*

<sup>545</sup> Viana, A. L. D., Dal Poz, M. R., *A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família*, in “Physis: Revista de Saúde Coletiva”, Rio de Janeiro, n. 8, 1998, pp. 8 – 148; Starfield, B., (a cura di), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília, UNESCO / Ministério da Saúde, 2002; Viana, A. L. D., Heinman, L. S., Lima, L. D., Oliveira, R.

strumento con le proposte e le priorità di finanziamento della Banca Mondiale<sup>546</sup>, e di chi temeva che il PSF si traducesse in un insieme di politiche sanitarie di seconda categoria per le fasce meno abbienti della popolazione<sup>547</sup>, che avrebbe rappresentato l'unico servizio a disposizione delle popolazioni più marginalizzate e con minore capacità d'accesso ai servizi di salute ospedalieri specializzati; che fosse quindi stato programmato esclusivamente come strumento di gestione della salute dei poveri. Nonostante le critiche, nell'incontro "Salute della Famiglia"<sup>548</sup>, organizzato il 27 e 28 dicembre del 1993 a Brasilia<sup>549</sup> dall'Unicef e dal Ministero della Salute brasiliano, il PSF è stato ufficialmente presentato come il principale strumento di programmazione delle politiche sanitarie del governo brasiliano<sup>550</sup>.

Tali critiche al PSF, si sono tutte concentrate proprio sulla familiarità tra aree prioritarie del PSF e finanziamenti della Banca Mondiale, sulla coincidenza di tempi tra l'elaborazione dei documenti della Banca o dell'Unicef, e la prima formulazione del PSF, nel 1991, che confermavano l'influenza di tali organizzazioni sull'elaborazione del Programma.<sup>551</sup> L'influenza della Banca Mondiale sulla struttura del PSF, le sue aree prioritarie<sup>552</sup>, le sue fonti e modalità di finanziamento, sembrano aver interessato i critici più che la retorica del servizio vicino ai cittadini e a dimensione familiare, legato alle realtà locali e alle esigenze del territorio, che relega il ruolo dei soggetti e la loro autonomia decisionale alla partecipazione ai *Consigli* o alla formazione degli Agenti Sanitari Comunitari<sup>553</sup>. L'alternativa a cui questi autori guardavano era

---

G., Rodrigues, S. H., *Descentralização no SUS: efeitos da NOB 96*, in Negri, B., Viana, A. L. S., (a cura di), *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*, São Paulo, Sobravime, 2002, pp. 471 – 488.

<sup>546</sup> Conill, E. M., *Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994 – 2000*, in "Cadernos de Saúde Pública", v. 18, 2002, suplemento, pp. 191 – 202; Marques M. S., Mendes, A., *A política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça a autonomia dos gestores municipais e ao princípio de integralidade?*, in "Cadernos de Saúde Pública, vol. 18, 2002, suplemento, pp. 163-171.

<sup>547</sup> Testa, M., *Pensar em saúde*, Porto Alegre, Artes Medicas, 1992.

<sup>548</sup> È interessante notare che questo risalto alla dimensione familiare è avvenuto in diversi paesi, tanto è che il PSF ebbe importanti precedenti in sistemi come quello canadese, cubano, svedese, che sono serviti come referenza nel momento della formulazione del Programma.

<sup>549</sup> Almeida Godinho Rosa, W., Curi Labate, R., *op. cit.*, p. 1030.

<sup>550</sup> Viana, A. L. A., Dal Poz, M. R., *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*, CIID, Ottawa – Rio de Janeiro, 1998.

<sup>551</sup> Fleury, S., *Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina*, Revista de Saúde Pública, São Paulo, n. 26, vol. 3, pp. 243 – 250, 1995.

<sup>552</sup> Fleury, S., *op. cit.*; Elias, P., Marques, R. M., Mendes, A., *op.cit.*; Rodrigues Gil, C. R., *op. cit.*; Marques, R. M., Mendes, A., A., *Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?*, in "Ciência e saúde coletiva", Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, 2003.

<sup>553</sup> Il Programma di Agenti Comunitari di Salute (PACS) aveva la finalità di contribuire alla riduzione della mortalità infantile e materna, e l'estensione della copertura sanitaria nelle aree meno sviluppate,

l'universalizzazione dei servizi sanitari e la garanzia dell'equità d'accesso ad essi proposta dall'OMS/OPAS soprattutto in seguito alla Dichiarazione di Alma Ata, in opposizione al PSF che appariva orientato in senso selettivo e focalizzato, non solo in termini di aree prioritarie ma anche di popolazione bersaglio<sup>554</sup>.

Tuttavia, la Dichiarazione di Alma Ata – pur concepita in opposizione alla tendenza selettiva ed escludente della Banca Mondiale - aveva radicalizzato l'idea liberale che tra la salute e lo sviluppo esista un forte legame causale, e anzi che la salute sia una funzione delle possibilità di sviluppo economico e sociale individuale, da realizzare attraverso l'universalizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria di base, offrendo del soggetto e della sua autonomia di scelta un'idea piuttosto limitata. Il processo di limitazione dell'autonomia individuale a favore dello sviluppo economico e sociale dei singoli e delle comunità è poi stato portato a compimento con la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite<sup>555</sup>, nella quale si legge chiaramente che il raggiungimento di adeguati standard di salute, di pace, di educazione, di tutela dell'ambiente, è finalizzato allo Sviluppo.

In questo quadro generale, i pur critici strumenti di finanziamento e di gestione del PSF appaiono come semplici ingranaggi di un meccanismo – promosso tanto dalla Banca Mondiale, che dall'Unicef e dalla stessa OMS/OPAS, in modi diversi ma, soprattutto dopo la Dichiarazione di Sviluppo del Millennio, convergenti - che sacrifica l'autonomia dei soggetti a favore della loro possibilità di sviluppo. Tali strumenti di finanziamento, sia quelli che utilizzano fondi provenienti dalle casse dello Stato che quelli che beneficiano dei fondi messi a disposizione dalla Banca Mondiale, sono regolati dalla Norma Operativa di Base introdotta dal Ministero della Salute nel 1996, relativa al decentramento delle risorse pubbliche, dal livello federale a quello municipale. La Norma Operativa di Base del 1996, che ne ha sostituita una in vigore dal 1993, prevede incentivi specifici per Stati e Comuni che contribuiscono a finanziare il Programma con fondi aggiuntivi provenienti dalla cassa federale o da altri enti ed organizzazioni nazionali ed internazionali, che i Comuni scelgono di destinare al PSF sottraendoli ad altri programmi sanitari o educativi. Proprio per favorire questo adeguamento alle priorità e alla metodologia del PSF di tutte le politiche sanitarie

---

principalmente nelle regioni Norte e Nordeste del paese, attraverso la formazione di Agenti di Salute mobili che avrebbero garantito l'offerta attiva di servizi sanitari di base nelle diverse comunità.

<sup>554</sup> Nel prossimo paragrafo approfondiremo questo aspetto attraverso l'analisi del programma *Selo – Municipio Aprovado* promosso dall'Unicef per sostenere il PSF, nella Regione Nordeste del Brasile.

<sup>555</sup> Per ulteriori informazioni è possibile consultare i siti web: <http://development-goals.org/>, ultimo accesso agosto 2008; <http://www.un.org/millenniumgoals>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

gestite localmente, la Banca Mondiale ha anche finanziato la creazione di una rete di banche dati municipali per la misurazione ed il monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione secondo i criteri utilizzati dal PSF.<sup>556</sup>

Mentre la Norma Operativa del 1993 prevedeva il finanziamento di specifici programmi sanitari scelti direttamente dai municipi a seconda delle priorità locali; quella del 1996, elaborata dal Ministero della Salute in collaborazione con i tecnici della Banca Mondiale e dell'Unicef, prevedeva l'aumento degli stanziamenti per Stati e Municipi che si fossero allineati con le priorità del PSF<sup>557</sup> nell'utilizzo dei fondi pubblici<sup>558</sup>, a prescindere dalle priorità definite localmente.<sup>559</sup> Tale Norma prevedeva anche la separazione dei fondi per le iniziative di media e alta complessità da quelli per l'assistenza di base, prevista sempre dalla Norma Operativa del 1996 e operazionalizzata attraverso la creazione del *Piso de Atenção Basica*, contribuendo a rafforzare il ruolo decisionale della sfera federale in materia di autonomia di scelta politica nel settore sanitario, a scapito di quella statale e municipale. I principi del decentramento amministrativo e della partecipazione comunitaria, di per sé discutibili nelle modalità d'approccio elaborate dal SUS, come già visto nel corso del capitolo, in questo modo hanno ulteriormente perso rilevanza.<sup>560</sup>

Dal punto di vista dei contenuti e della scelta delle aree prioritarie d'intervento, secondo il modello selettivo sostenuto dalla Banca Mondiale, "l'orientamento delle unità locali del PSF verso gli standard previsti dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio"<sup>561</sup> è stato garantito dal programma *Selo - Município Aprovado* (Municipio Approvato) sviluppato dall'Unicef e proposto al Ministero della Salute brasiliano come complemento e supporto al PSF, del quale rafforza obiettivi, metodologia e priorità (essenzialmente la tutela e promozione della salute materno infantile), fornendo efficaci strumenti per il controllo dell'attività dei comuni e del loro adeguamento alla logica degli Obiettivi di Sviluppo.

---

<sup>556</sup> Melamed, C., Costa, N. R., *Inovações no financiamento federal à Atenção Básica*, in "Ciência e Saúde Coletiva", Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, 2003, p. 399.

<sup>557</sup> *Idem*, p. 394.

<sup>558</sup> Marques, R. M., Mendes, A., *Atenção Basica e Programa Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?*, in "Ciência e Saúde Coletiva", vol. 8, n. 2, 2003, p. 404.

<sup>559</sup> Bueno, W., S., Merhy, E. E., *Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?*, Conferenza Nazionale di Salute On-line, in seguito alla X Conferenza Nazionale della Salute, Mimeo, 1997.

<sup>560</sup> Elias, P., Marques, R. M., Mendes, A., *op. cit.*

<sup>561</sup> Intervista rilasciata da André Luis Bonifacio de Carvalho, direttore del dipartimento di sostegno alla decentralizzazione dei servizi sanitari del Ministero della Salute brasiliano, presso i locali del Ministero, Brasilia, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.



Dal 2004, il *Selo* è il più rilevante programma di cooperazione sanitaria finanziato dall'Unicef in Brasile<sup>562</sup>, ed in particolare nella regione *Nordeste*. Tuttavia, sul suo funzionamento e sul suo impatto nella pianificazione delle politiche sanitarie brasiliane, non sono ancora stati realizzati studi scientifici. Proprio per questo, riteniamo particolarmente interessante proporre una prima analisi che, per mancanza di letteratura sul punto, si avvarrà soprattutto dell'esperienza diretta degli attori coinvolti nelle attività del *Selo* nei diversi Stati brasiliani. Attraverso le parole dei protagonisti – la funzionaria dell'Unicef responsabile del programma *Selo - Municipio Aprovado*, gli attori locali ed i rappresentanti della società civile coinvolti nelle sue attività – saranno messe in luce le caratteristiche che fanno del *Selo* uno strumento per mantenere la dinamica paternalista nei rapporti tra autorità sanitaria e cittadino, pur presentandosi come azione innovativa di tutela dei diritti individuali e di promozione della partecipazione comunitaria nell'ambito del PSF per contribuire all'*empowerment* delle amministrazioni e delle società civili locali. Useremo il programma *Selo - Municipio Aprovado* per mostrare come, dalla teoria dell'offerta di idee alla pratica delle unità sanitarie del PSF, soprattutto a partire dalla Dichiarazione di Sviluppo del Millennio, gli interventi delle organizzazioni internazionali hanno favorito il rafforzamento del nesso causale tra salute e sviluppo, oscurando con la loro retorica incentrata sulla tutela dei diritti umani e sulla partecipazione comunitaria, il processo con cui l'idea di salute come autonomia e libertà di scelta sulla propria vita è stata messa in secondo piano a favore del modello biomedico classico.

### **L'Unicef e la cooperazione sanitaria nel *Nordeste* brasiliano: il '*Selo - Municipio Aprovado*'**

Sin dalle prime fasi di sperimentazione del PSF alla metà degli anni Novanta, come abbiamo visto rispetto all'organizzazione dell'incontro sulla "Salute della Famiglia", "l'Unicef si è proposto come partner operativo per la gestione e messa in opera delle attività del Programma Salute della Famiglia"<sup>563</sup>. La collaborazione è stata particolarmente intensa soprattutto dove la capacità di pianificazione e organizzazione degli interventi sanitari da parte degli amministratori e dei tecnici locali si dimostrava

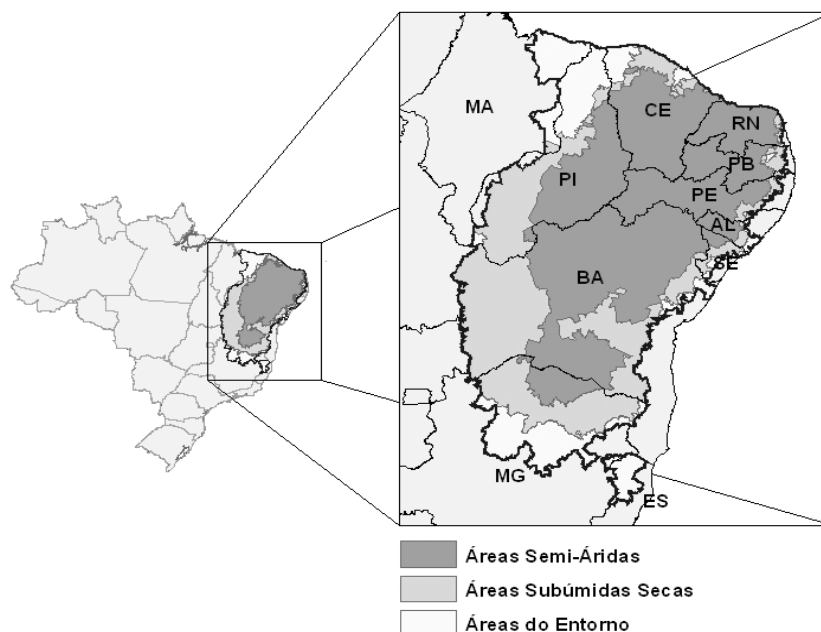
---

<sup>562</sup> UNICEF. *Projetos apoiados pelo Unicef no Brasil*. Disponibile sul sito: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10188.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10188.htm), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

<sup>563</sup> Intervista rilasciata da Hortence Marcier, responsabile del Programma di Estensione del PSF (PROESF) in tutti i municipi del Brasile – del Ministero della Salute brasiliano, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

più fragile, ed è per questo che l'Unicef ha potuto inserirsi pienamente come supporto alle unità del PSF nella regione *Nordeste* del Brasile, considerata la più arretrata del paese e specificamente nell'area del Semi-arido nordestino<sup>564</sup>.

**Figura 1. Carta dell'area del Semi-arido Nordestino.**



(Fonte: *Articulação do Semi-Árido*, [www.asabrazil.org.br](http://www.asabrazil.org.br))

Il *Nordeste* è stata un'area d'intervento prioritaria dell'Unicef sin dalla sua installazione in Brasile all'inizio degli anni Cinquanta, poichè si stima che il 75% circa dei 12 milioni di minori e adolescenti residenti viveva in condizioni di povertà<sup>565</sup>. Uno studio<sup>566</sup> sullo stato di salute dei minori brasiliani ed in particolare di quelli residenti nel Semi-arido nordestino, commissionato nel 2003 dal dott. Fabio Morais<sup>567</sup>, ha indicato nel mancato funzionamento delle unità del PSF la causa delle principali violazioni del diritto alla salute di quei minori. Il PSF non aveva le capacità sufficienti, secondo lo studio, per garantire alla popolazione materna e infantile il raggiungimento delle condizioni

<sup>564</sup> Il Semi-arido è una divisione amministrativa creata dal Ministero dell'Integrazione Nazionale a favore delle aree svantaggiate del paese. Maggiori informazioni sulle particolarità e sulla gestione dell'area sono disponibili sul sito dell'Istituto Nazionale del Semi-arido del governo brasiliano: <http://www.insa.gov.br>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

<sup>565</sup> Dati del Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP) relativi alla seconda metà degli anni Novanta.

<sup>566</sup> Gomes Filho, J.F., *Crianças e Adolescentes no Semi-árido Brasileiro*. Recife: Unicef, 2003. Lo studio è disponibile online: [http://www.unicef.org/brazil/pt/SA2003\\_parte1.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/SA2003_parte1.pdf), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

<sup>567</sup> Allora direttore dell'ufficio Unicef responsabile degli Stati di Paraíba, Pernambuco e Alagoas.

minime di salute previste dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>568</sup>, come la messa in opera di programmi di vaccinazione contro le principali malattie, di accesso ai servizi prenatali e a quelli post-natali per donne e bambini, di promozione dell'allattamento al seno<sup>569</sup>, di prevenzione dell'HIV/AIDS, d'accesso alla corretta alimentazione<sup>570</sup> e all'acqua potabile.

Per tutte queste ragioni, a seguito dello studio del 2003, l'Unicef ha elaborato il documento programmatico 'Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro'<sup>571</sup>, e lo ha presentato al Presidente della Repubblica brasiliana, Luis Inacio Lula da Silva, tracciando il cammino di ciò che il governo federale ed i governi statali avrebbero dovuto fare per promuovere le condizioni di salute della popolazione infantile attraverso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. A livello centrale, le autorità brasiliane hanno affidato all'Unicef il coordinamento della pianificazione e gestione delle politiche sanitarie e delle attività di promozione e tutela del diritto alla salute dei minori e delle loro famiglie negli Stati della regione *Nordeste* (con l'aggiunta degli Stati di Minas Gerais e Espírito Santo che compongono l'area del Semi-árido) nel quinquennio 2007 – 2011<sup>572</sup>, prevista dal 'Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro', in coordinamento con le unità del PSF, le amministrazioni sanitarie locali, e con i Consigli e Comitati sanitari interni al SUS.

Con il 'Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro', sottoscritto dal Presidente della Repubblica e dai governatori di tutti gli Stati dell'area nel dicembre 2005, l'Unicef ha portato a compimento la giustapposizione del proprio piano programmatico con le politiche federali per la promozione e protezione del diritto alla salute, che aveva preso avvio dieci anni prima con la riunione di Brasilia sulla "Salute

---

<sup>568</sup> Maggiori informazioni sulla campagna per lo Sviluppo del Millennio sono disponibili sul sito: <http://www.un.org/millenniumgoals>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

<sup>569</sup> Zubarán Goldania, M., Benattia, R., Moura da Silva, A. A., Bettiolc, H., Westphal Correea, J. C., Tietzmann, M., Barbieri, M. A., *Redução das desigualdades na mortalidade infantil no Brasil*, in "Revista de Saúde Pública", São Paulo, vol. 36, n. 4, pp. 478-83, 2002; Wright, A. L., Bauer, M., Naylor, A., Sutcliffe, E., Clark, L., *Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level*, In "Pediatrics", vol. 101, n. 5, pp. 837-844.

<sup>570</sup> Akre, J., *Alimentação infantil: bases fisiológicas*, OMS/IBFAN/UNICEF, 1997; Shrimpton, R., *Ecologia da desnutrição na infância: análise da evidência das relações entre variáveis sócio-econômicas e estado nutricional*, Brasília, IPEA/UNICEF, 1996; UNICEF, *Panorama nutricional*, in *A infância brasileira nos anos 90*, Brasília, 1998; UNICEF, *Situação da criança brasileira 2007*, Brasília, 2007.

<sup>571</sup> Brasil, Ministério da Saúde. *Pacto Nacional Um Mundo para a Criança e o Adolescente do Semi-Árido*. Il patto è disponibile online sul sito dell'Unicef [http://www.unicef.org/brazil/pt/where\\_9762.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/where_9762.htm), ultimo accesso 11 marzo 2009.

<sup>572</sup> Il documento originale con le firme dei governatori degli Stati è disponibile online sul sito del Ministero della Salute brasiliano [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pacto\\_nacional.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pacto_nacional.pdf), ultimo accesso 11 marzo 2009.

della Famiglia”<sup>573</sup>, e aveva posto le basi operative del PSF. In tal modo, integrando le priorità degli organismi internazionali nella pianificazione e gestione sanitaria brasiliana, la metodologia, i criteri di misurazione, di valutazione e d’analisi degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sono stati introdotti nella gestione del PSF, togliendo spazi di autonomia alle autorità e alle amministrazioni locali. E’ proprio nel quadro della collaborazione con le amministrazioni sanitarie del Semiario che l’Unicef ha elaborato il *Selo - Municipio Aprovado*, per garantire l’allineamento delle attività del PSF con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio attraverso la riduzione degli indici di mortalità infantile, la promozione dell’accesso alle vaccinazioni, dell’assistenza al parto ed alla gravidanza, e dell’allattamento al seno.

L’Unicef ha presentato il *Selo - Municipio Aprovado* come ampia strategia di promozione dei diritti umani realizzata attraverso la “convergenza su specifiche politiche pubbliche da parte dei governi statali, degli enti locali, e delle organizzazioni della società civile, non come semplice programma di cooperazione”<sup>574</sup> finalizzato al raggiungimento di specifici obiettivi. Tuttavia, alla base del *Selo - Municipio Aprovado* risiedono proprio lo stesso approccio e gli stessi principi ed obiettivi che hanno caratterizzato le attività dell’Unicef, dell’OMS/OPAS e della Banca Mondiale in campo sanitario durante tutto il XX secolo: l’approccio epidemiologico che pone la salute pubblica in posizione di superiorità rispetto all’autonomia di scelta individuale<sup>575</sup>, e che si traduce nell’obiettivo della lotta alla mortalità attraverso le campagne d’immunizzazione ed i controlli pre e post natali delle gestanti e dei neonati. La salute torna così ad essere considerata come il mero funzionamento fisiologico, espressione di obiettivi medici e misurabile attraverso indicatori di patologia. Se la biopolitica può essere vista proprio come “pratica dei governi che cercano di garantire e incentivare la salute attraverso il controllo di determinati indicatori epidemiologici (come la natalità, la fecondità e la mortalità); il controllo delle malattie endemiche ed epidemiche; il controllo degli eventi e dei fenomeni che incidono sulla sicurezza e sul funzionamento delle società, come le politiche di assistenza e benessere sociale”<sup>576</sup>, il *Selo - Municipio Aprovado* rappresenta un nuovo ed efficace strumento per esercitare tale controllo da

---

<sup>573</sup> Almeida Godinho Rosa, W., Curi Labate, R., *op. cit.*, p. 1030.

<sup>574</sup> Intervista rilasciata da Simone Silva, responsabile delle relazioni con la società civile del Ministero della Salute brasiliano, dipartimento di sostegno alla decentralizzazione dei servizi sanitari, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 14 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>575</sup> Schramm, F. R., *Health is a right or an obligation? A self-critical evaluation of public health*, in “Revista Brasileira de Bioética”, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 2, 2006, pp. 187 - 200.

<sup>576</sup> Idem, p 196.

parte dello Stato – attraverso le strutture del PSF – e, soprattutto, da parte delle organizzazioni e degli organismi internazionali – attraverso l’integrazione delle attività del PSF nel programma *Selo – Município Aprovado*. Il *Selo – Município Aprovado*, infatti, lega alla diminuzione degli indicatori di mortalità e di morbidità dei singoli municipi il loro grado di avanzamento e di sviluppo, che si traduce praticamente nell’ottenimento di uno speciale riconoscimento ai vari municipi da parte dell’Unicef, il titolo di *Município Aprovado*, ma soprattutto nella possibilità di accesso a finanziamenti pubblici che possono poi essere usati per la realizzazione di ulteriori attività inserite nel contesto della programmazione congiunta Unicef – amministrazioni locali.

Uno sguardo ravvicinato sulla metodologia del *Selo - Município Aprovado* permette di ravvisare nel controllo del tasso di mortalità infantile, il primo degli indicatori utilizzati dall’Unicef – e di conseguenza dalle amministrazioni locali – per misurare lo stato di avanzamento e lo sviluppo dei comuni della regione Nordeste; seguito dalla percentuale di gestanti che si sottopongono ad un determinato numero (sette) di visite prenatali. A tali indicatori di risultato sono affiancati quelli che l’Unicef chiama ‘indicatori di gestione delle politiche pubbliche’, che mirano più direttamente a rilevare quanto i singoli municipi si adeguino alle proposte sanitarie contenute nel PSF e nel *Selo*. Tali indicatori riguardano la capacità dei municipi di porre l’immunizzazione ed il controllo sanitario del PSF sulla popolazione al centro delle proprie politiche sanitarie, e riguardano la percentuale di minori (entro l’anno di età) vaccinati, la percentuale di minori di quattro mesi allattati al seno dalle madri e la percentuale di copertura del PSF rispetto alle famiglie presenti sul territorio di ciascun municipio.<sup>577</sup>

Come già anticipato, la novità introdotta dal *Selo - Município Aprovado* che rappresenta uno dei punti di maggiore forza del programma, è di essere stato presentato come “strategia innovativa per la promozione e la tutela del diritto alla salute, includendo anche la partecipazione comunitaria”<sup>578</sup> fra gli obiettivi e le principali attività da realizzare. Come previsto dal PSF e dalla stessa struttura del SUS, accanto agli indicatori quantitativi sul raggiungimento degli standard necessari previsti per lo sviluppo economico e sociale degli individui, il *Selo - Município Aprovado* prevede una componente di partecipazione comunitaria misurata in termini di quantità e qualità delle

---

<sup>577</sup> UNICEF, *Selo - Município Aprovado. Resultados de dois anos de implementação no Semi-árido brasileiro (2005/2006)*, 2007.

<sup>578</sup> Intervista rilasciata da Simione Silva, responsabile delle relazioni con la società civile del Ministero della Salute brasiliano, dipartimento di sostegno alla decentralizzazione dei servizi sanitari, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 14 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

‘iniziative di partecipazione sociale’ realizzate in ciascun municipio. “Nel cammino per la conquista del *Selo - Municipio Aprovado*, i municipi sono stati mobilitati per spingerli a coinvolgere i minori e le organizzazioni presenti sul territorio nella lotta per il rispetto dei loro diritti e la conquista di spazi di cittadinanza. Per valutare la partecipazione sociale dei minori, delle comunità e delle organizzazioni della società civile, l’Unicef valuta la presenza di progetti di qualità svolti nelle diverse aree dell’educazione sanitaria, dell’educazione ambientale edella partecipazione alla vita comunitaria da parte dei minori”.<sup>579</sup> Tuttavia, la previsione di spazi di partecipazione della società civile e dei minori alle attività del *Selo - Municipio Aprovado* non fa che ribadire la distanza tra l’autonomia di un soggetto messo in condizioni di scegliere e deliberare rispetto alla propria salute, e la partecipazione a specifiche attività, inserite in spazi sociali appositamente creati da parte dell’Unicef in cui, sotto la guida di organizzazioni internazionali e/o di tecnici sanitari locali, gli individui possono esprimersi entro un ambito di possibilità predeterminate, limitandosi ad aderire alle proposte ed alle strategie già decise per loro.

La presenza di indicatori ed obiettivi quantitativi tesi a monitorare la partecipazione comunitaria alle attività previste dal programma, la misurazione costante delle prestazioni dei municipi, il controllo dell’adesione degli stessi alle politiche sanitarie di cui il PSF è portatore, sono elementi che mettono in evidenza quanto il *Selo - Municipio Aprovado* sia vicino ai programmi classici di cooperazione, mirati al controllo delle prestazioni delle amministrazioni locali e alla loro adesione alle proposte delle organizzazioni internazionali, con il risultato di mantenere le relazioni di potere esistenti tra tali organizzazioni internazionali e l’amministrazione dello Stato brasiliano. La partecipazione comunitaria alle attività e - almeno nelle intenzioni - alla pianificazione del *Selo*, considerata dai funzionari dell’Unicef come un grande elemento di novità introdotto dal programma, si traduce in un’ulteriore strumento di controllo della libera determinazione degli individui rispetto alla propria salute. gli spazi di autonomia degli individui sono drasticamente ridotti o addirittura eliminati, a favore della partecipazione a tali spazi comunitari previsti dal PSF nelle modalità regolate dal *Selo - Municipio Aprovado* attraverso la costruzione di momenti di incontro e discussione sui temi della salute tra i tecnici dell’Unicef e gli amministratori locali, le organizzazioni della società civile e il personale del PSF. La previsione di spazi di partecipazione della società civile

---

<sup>579</sup> Idem, p. 35.

su temi relativi alla gestione sanitaria, infatti, non fa che ribadire la distanza tra l'autonomia di un soggetto messo in condizioni di scegliere e deliberare rispetto alla propria salute, e la partecipazione a specifiche attività, inserite in spazi sociali appositamente creati da parte dell'Unicef in cui, sotto la guida di organizzazioni internazionali e/o di tecnici sanitari locali, gli individui possono esprimersi entro un ambito di possibilità delimitate e non possono far altro che aderire alle proposte ed alle strategie già decise per loro.

Per questa ragione, il meccanismo del doppio paternalismo delineato nel secondo capitolo ci appare particolarmente adeguato per descrivere le relazioni instaurate tra i tecnici ed i funzionari dell'Unicef con gli amministratori locali del PSF e dei municipi e degli Stati della regione Nordeste, e tra questi e i rappresentanti della società civile e delle comunità locali con i quali entrano in contatto attraverso le attività del *Selo – Municipio Aprovado* stesso.

Se la condivisione di determinate politiche, come sostiene David Mosse<sup>580</sup>, è il fine e non il mezzo dei programmi di cooperazione allo sviluppo, la condivisione delle proposte contenute nel 'Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro' e rese operative attraverso il *Selo*, in collaborazione con la società civile e gli attori istituzionali locali, ha rappresentato il principale obiettivo dell'Unicef, ed il suo grande successo nella regione *Nordeste*, dove, nell'arco di pochi anni, ha fatto convergere le politiche pubbliche sugli Obiettivi del Millennio, senza imporli attraverso il ricatto di prestiti e di aiuti allo sviluppo apertamente condizionati all'adozione di determinate politiche sanitarie. Ferguson ha descritto queste modalità d'intervento della cooperazione allo sviluppo come una forma di *governamentalità* che non si realizza né attraverso l'estensione del controllo burocratico di regioni considerate meno avanzate, e nemmeno attraverso la logica repressiva dei progetti di aiuto allo sviluppo, ma attraverso forme di "potere positivo che acquisisce legittimità e autorizza l'azione" delle persone che dunque costruiscono le proprie aspirazioni "nei termini delle norme attraverso le quali sono governate come agenti sociali 'liberi'"<sup>581</sup>. E' in questo quadro che bisogna intendere l'azione del *Selo*, capace di superare gli schemi tradizionali dello sviluppo "preparati ed imposti dall'estero" come se il mondo sul quale agiscono fosse

---

<sup>580</sup> Mosse, D., *Is good policy unimplementable? Reflections on the ethnography of aid policy and practice*, in "Development and Change" Institute of Social Studies 2004, Malden, MA, USA, n. 35, vol. 4, pp. 639–671, 2004.

<sup>581</sup> Ferguson, J., *The Anti-politics Machine: "Development", Depoliticisation and Bureaucratic Power in Lesotho*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2005.

passivo, ma richiedono collaborazione e compromessi, “nell’intreccio con altre logiche, forze e chimiche”<sup>582</sup> già presenti sul territorio. Proprio in riferimento a questo tipo di interventi, Rubens Mattos ha parlato della nuova forma di cooperazione realizzata attraverso l’offerta di idee<sup>583</sup> per le politiche per lo sviluppo, costante lavoro di composizione tra istanze diverse, nel quale la reputazione e la legittimità sono risorse scarse per i governi, per le organizzazioni e gli organismi donatori, per le agenzie di sviluppo e cooperazione nazionali, e per le stesse organizzazioni non governative che operano in ambienti competitivi.<sup>584</sup>

Attraverso il coinvolgimento della società civile e delle amministrazioni locali nelle attività del *Selo*, l’Unicef ha mirato proprio a comporre istanze differenti e superare quello spazio tra “mondi reali e realtà sociali”<sup>585</sup> che alcuni chiamano ‘disgiuntura’, e con cui gli attori dello sviluppo ed i loro programmi si trovano a dover interagire. Tale spazio esiste proprio perchè i mondi ideali sono spesso incoerenti “con il reale funzionamento delle società, (...) rappresentano realtà che gli attori dello sviluppo vorrebbero realizzare attraverso la messa in opera di politiche e di programmi”, ma “che poi non sono in grado di realizzare”.<sup>586</sup> Mosse descrive tale spazio di disgiuntura come la distanza tra politiche e pratiche, uno spazio indesiderato per gli attori dello sviluppo che deve essere ridotto attraverso la messa in opera di politiche migliori e più efficaci.<sup>587</sup>

Secondo la dott.ssa Ana Azevedo, succeduta a Fabio Morais alla direzione dell’Ufficio Regionale dell’Unicef per il *Nordeste* di Recife, l’Unicef è riuscito a colmare questo spazio, che alcuni auspicano sia attivamente mantenuto e riprodotto, per non “soccombere alla *governamentalità* dello sviluppo”<sup>588</sup> e proteggere l’autonomia della pratica dalle politiche, porre un freno alla diffusione di un ‘ordine’ produttivo dello sviluppo, che viene dal basso oltre che dall’alto, che è eterogeneo, diffuso, permanente e

---

<sup>582</sup> Li, T. M., *Compromising power: development, culture and rule in Indonesia*, in “Cultural Anthropology”, n. 14, pp. 295–322, 1999.

<sup>583</sup> Mattos, Ruben A. de., *op. cit.*.

<sup>584</sup> Li, T. M., *op. cit.*.

<sup>585</sup> Ferguson, J., *op. it.*.

<sup>586</sup> Rossi, B., *Order and disjuncture: theoretical shifts in the anthropology of aid and development*, in “Current Anthropology”, n. 45, vol. 4, pp. 556–561, 2004.

<sup>587</sup> Lewis, D., Mosse, D., *Encountering Order and Disjuncture: Contemporary Anthropological Perspectives on the Organization of Development*, in “Oxford Development Studies”, n. 1, vol. 34, marzo 2006, presentato in originale al seminario “Order and Disjuncture: The Organization of Development” tenuto alla School of Oriental and African Studies (SOAS), Londra, 26–28 settembre 2003.

<sup>588</sup> Lewis, D., *Anthropology and development: the uneasy relationship*, in J. G. Carrier, (a cura di), *The Handbook of Economic Anthropology*, London, Edward Elgar, 2005.



instabile <sup>589</sup>, attraverso il coinvolgimento degli attori sociali e istituzionali nell'elaborazione della metodologia del *Selo* perché se ne appropriassero e la trasformassero in politiche sanitarie locali e attività sul territorio.

“Non stiamo lavorando solo con il potere pubblico: anche se non nella stessa proporzione, stiamo coinvolgendo anche il mondo della società civile organizzata, le organizzazioni non governative. In particolare, abbiamo attratto tre partner, organizzazioni non governative, perché collaborino con noi alla messa in opera del *Selo*, perché seguano i comuni durante il percorso di adeguamento delle politiche pubbliche, perché li guidino e li aiutino a seguire i tempi ed i ritmi del *Selo*... Tuttavia, anche queste organizzazioni hanno bisogno di tempo per entrare nella nostra dinamica... quindi per cominciare hanno partecipato soprattutto alla organizzazione di eventi, alla gestione di alcune dinamiche di gruppo durante i momenti di formazione dei rappresentanti dei municipi, gli articolatori, ma pian piano faranno sempre di più... (...) Noi, come Unicef, dobbiamo far sì che queste organizzazioni amplino il loro sguardo, che comincino a convergere con noi per comprendere a fondo le questioni di politica pubblica, in quanto organizzazioni non governative, devono anche imparare a capire i limiti degli amministratori pubblici, delle politiche locali... Tutto questo sta succedendo, e loro si stanno perfezionando...” <sup>590</sup>

Oltre al coinvolgimento della società civile, “l'Unicef ha puntato molto sulla collaborazione con le autorità brasiliane, dall'appoggio alla programmazione del PSF, all'elaborazione del *Selo*”<sup>591</sup> la cui fase preliminare è stata realizzata nello Stato del Ceará, a partire dal 1999; per poi passare allo Stato della Paraíba, nel 2002<sup>592</sup>, ed essere esteso a tutta l'area del Semiarido dopo l'entrata in vigore del ‘Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro’, nel 2004/2005.

La referente del *Selo* per lo Stato della Paraíba, Veronica Bezerra, vicegovernatrice dello Stato, ha confermato che per i governi degli Stati del Semiarido nordestino, il *Selo* rappresenta il principale strumento per l'operazionalizzazione delle politiche sanitarie

---

<sup>589</sup> Mosse, D., *Is good policy unimplementable?...*, op. cit..

<sup>590</sup> Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 7 novembre 2007 presso l'Ufficio regionale Unicef di Recife a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>591</sup> Intervista rilasciata da Hortence Marcier, responsabile del Programma di Estensione del PSF (PROESF) in tutti i municipi del Brasile – del Ministero della Salute brasiliano, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>592</sup> UNICEF, Child Friendly Cities. Disponibile sul sito: <http://www.childfriendlycities.org/index.html>, ultimo accesso 15 marzo 2009. Il programma *Município Amigo da Criança*, Município Amico dei Minori, prevedeva la realizzazione di meno attività ed in un'area geografica limitata alle città principali dello Stato.

pubbliche legate al PSF, e che l'Unicef è il partner naturale delle amministrazioni brasiliane in tema di tutela e promozione del diritto alla salute. “Il *Selo* è lo strumento che l'Unicef ha elaborato in conformità con il contenuto del ‘Pacto’, e nel ‘Pacto’ il governo federale così come i governi degli Stati del Semiario si sono impegnati a sostenere le attività dell'Unicef per la promozione e la protezione del diritto alla salute dei minori e delle loro famiglie. I nostri Stati sono così deboli che avevamo bisogno di un supporto esterno per permettere agli strumenti che abbiamo – come ad esempio il PSF – di funzionare correttamente. E l'Unicef rappresenta questo supporto attraverso il ‘Pacto’ e attraverso il *Selo*”.<sup>593</sup> La stessa Ana Azevedo ha sottolineato il legame tra il documento programmatico condiviso con il Presidente della Repubblica e lo strumento operativo elaborato dall'Unicef, descrivendo il *Selo* come il “contributo dell'Unicef alla realizzazione del Patto per un Mondo Migliore per i Bambini e gli Adolescenti del Semiario, a partire dalla mobilitazione degli amministratori pubblici che sono responsabili del settore sanitario, per la convergenza delle politiche pubbliche verso gli obiettivi fissati per la tutela dei diritti del nostro pubblico infante-giovanile”<sup>594</sup>, come un'ampia strategia di articolazione, mobilitazione e sviluppo delle capacità locali per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, nei circa 1.500 municipi della regione che hanno aderito all'iniziativa<sup>595</sup>, non soltanto come un programma limitato al supporto del PSF nel raggiungimento di obiettivi sanitari specifici.

Il *Selo* si rivolge proprio agli amministratori locali, ai gestori del PSF ed alle reti della società civile, perché si orientino al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio attraverso un percorso guidato dall'Unicef della durata di due anni, che non prevede allocazioni finanziarie a favore dei comuni che scelgono di aderirvi, ma facilita l'accesso ai fondi federali e statali, vincolati proprio al grado di soddisfacimento di tali Obiettivi. Il *Selo* prevede, infatti, attività di formazione del personale sanitario e amministrativo del PSF e delle amministrazioni locali, di distribuzione di materiale divulgativo sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute, di supporto logistico delle campagne per le vaccinazioni, l'allattamento al seno e le cure prenatali.

---

<sup>593</sup> Intervista rilasciata da Veronica Bezerra il 5 novembre 2007 presso il palazzo del Governo dello Stato della Paraíba, Joao Pessoa, Paraíba (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>594</sup> Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 1 novembre 2007 presso l'Ufficio regionale Unicef di Recife a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>595</sup> UNICEF. *Selo Unicef Município Aprovado*. La lista completa dei municipi che hanno partecipato all'iniziativa sino al 2008 e di quelli che hanno ottenuto il riconoscimento *Selo – Município Aprovado* è disponibile sul sito dell'Unicef Brasile all'indirizzo: [http://www.selounicef.org.br/2006/?op=300&id\\_srv=2&id\\_tpc=29&nid\\_tpc=&id\\_grp=3&add=&lk=1&nti=S&itg=S&st=&dst=3](http://www.selounicef.org.br/2006/?op=300&id_srv=2&id_tpc=29&nid_tpc=&id_grp=3&add=&lk=1&nti=S&itg=S&st=&dst=3), ultimo accesso 15 marzo 2009.

La realizzazione di tali iniziative, che costituiscono il nucleo del *Selo*, è monitorata dai funzionari dell'Unicef e viene premiata dal Fondo con il conferimento del titolo *Selo - Município Aprovado* per i comuni che le implementano rispettando tempi e modalità previste. Il titolo di *Município Aprovado* costituisce un riconoscimento internazionale che “testimonia il loro impegno per il miglioramento della qualità della vita dei minori residenti attraverso la tutela del loro diritto alla salute”<sup>596</sup>, necessario per aumentare la visibilità interna e internazionale del municipio, e poter accedere ai finanziamenti federali ed a quelli internazionali.

Per garantire che i comuni si impegnino a realizzare politiche, strategie e programmi in linea con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e vigilare sulla misurazione del loro grado di raggiungimento, l'Unicef ha istituito la presenza di una figura con le amministrazioni comunali, che prende il nome di *articulador*, articolatore. L'articolatrice del municipio di Pombal, comune nello Stato della Paraíba che ha aderito al *Selo* sin dal 2004, ha sostenuto che “il *Selo* non è un riconoscimento finanziario, certo, ma è un riconoscimento dell'impegno dei municipi. Gli dà l'opportunità di acquistare una certa visibilità internazionale... (...). Se il municipio riesce ad ottenere il *Selo*, gli si apriranno le porte per tutta una serie di cose... Per i finanziamenti dei Ministeri e delle organizzazioni internazionali... Ma non è solo questo... L'anno passato, come municipio di Pombal, in Paraíba, abbiamo partecipato alla conquista del *Selo*, ma non siamo riusciti ad ottenerlo, (...) però oggi siamo ancora più interessati, perché conoscere l'Unicef, partecipare alle giornate di formazione, ci ha permesso di conoscere meglio gli Obiettivi del Millennio e percepire alcuni nostri errori di interpretazione, alcuni problemi nelle nostre politiche pubbliche, chiaro? E quest'anno, che già conosciamo la procedura, stiamo provvedendo a porre rimedio a quei problemi... L'anno passato era difficile adeguarsi a tutti i requisiti del *Selo* per le politiche di salute, la questione degli indicatori, della misurazione, seguire gli obiettivi... E poi le campagne di vaccinazione, di nutrizione, delle gravidanze... Però quest'anno siamo preparati, il municipio ha addirittura creato un programma specifico, chiamato NUTRI, per lavorare sul problema della malnutrizione infantile e la salute dei minori di un anno di età... Con questo voglio dire che il *Selo* per noi è uno strumento per contribuire alla promozione del diritto alla salute e allo stesso tempo a dare visibilità al municipio, aderendo alle

---

<sup>596</sup> UNICEF. *Selo Unicef Município Aprovado*. La presentazione ufficiale del programma *Selo - Município Aprovado* è disponibile online all'indirizzo: <http://www.selounicef.org.br/2006/>, ultimo accesso marzo 2009.

proposte dell'Unicef. Questo, a me che sono la persona di contatto tra municipio e organizzazione del *Selo*, è molto chiaro... Il *Selo* è un'opportunità... Se vogliamo realizzare progetti più ambiziosi e avere i finanziamenti giusti, bisogna sfruttarla...".<sup>597</sup>

“Da principio molti amministratori dei comuni sono stati attratti dal *Selo* pensando che ci fosse in palio del denaro; invece non c'è denaro, ma c'è formazione, opportunità di contatto, di scambio e di adeguamento agli standard internazionali... E molti comuni che hanno partecipato alla prima edizione del *Selo* e che sono tornati per partecipare alla seconda, l'hanno fatto in modo più cosciente... Sanno che non ci sarà denaro dell'Unicef per i comuni, ma ci saranno formazione, opportunità, possibilità di relazione con l'Unicef e tra comuni, scambio, e poi, ovviamente, ci sarà il riconoscimento ufficiale nel caso i comuni ottengano il *Selo – Municipio Aprovado*. (...) Per avvicinare i comuni al *Selo* abbiamo usato la grande credibilità dell'Unicef. Anche nei luoghi più all'interno del paese, penso che l'Unicef sia stato molto ben accetto perché siamo riusciti ad arrivare vicini alle persone. L'Unicef è considerata una grande agenzia internazionale, quella dei grandi eventi, dei grandi numeri, delle cose ufficiali... Grazie al 'Pacto' e al *Selo*, siamo andati vicino alla gente dell'interno che, le prime volte che arrivavamo con la nostra macchina e tutta l'attrezzatura dell'Unicef, diceva: non avrei mai pensato che l'Unicef arrivasse fin qui... L'Unicef era una cosa distante, era della televisione, dei grandi eventi... Oggi invece organizziamo piccoli eventi, di 80, 100 persone, condividendo e scambiando esperienze... Certo che abbiamo ancora problemi, che facciamo errori, utilizziamo ancora un'articolazione molto verticale, dall'alto al basso, ma pian piano stiamo imparando a dialogare con i comuni, ad ascoltare le loro ritrosie, a trasformare, a cambiare un poco la logica degli attori pubblici...".<sup>598</sup>

L'obiettivo del dialogo e della relazione più prossima con le autorità e la società civile locali, permettono all'Unicef di esercitare più profondamente la propria influenza sui comuni del *Semiarido* e di monitorare l'adeguamento delle loro politiche agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio; la nozione di 'doppio paternalismo' utilizzata sin qui permette anche di osservare il *Selo – Municipio Aprovado* in controluce, e di sentire il forte legame che l'idea di soggetto e di municipio che esso contribuisce a socializzare è quella funzionalistica parsonsiana, per cui il municipio che non ottiene il titolo di *Selo –*

---

<sup>597</sup> Intervista rilasciata da Maria da Guia il 10 agosto 2007 presso la sede del Comune di Pombal, Paraiba (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>598</sup> Discorso di chiusura di Ana Azevedo durante una delle riunioni di formazione del *Selo* con gli articolatori municipali sulla collaborazione tra Unicef, enti locali, organizzazioni della società civile e unità del PSF nella città di Pombal, Stato della Paraiba (BR), 10 agosto 2007.

*Municipio Aprobado*, così come l'individuo che non modula il proprio stile di vita a seconda di ciò che viene indicato come prassi corretta dagli organismi internazionali, è deviante, e come tale merita la sanzione e la disapprovazione collettiva. Tale sanzione si materializza con la negazione del riconoscimento nazionale ed internazionale, prima ancora che con il mancato accesso ai fondi aggiuntivi cui il conseguimento del titolo di *Selo – Municipio Aprobado* dà diritto.

Pur riconoscendo i limiti della proposta metodologica dell'Unicef, la necessità delle organizzazioni di accedere ai fondi di cui l'Unicef dispone, e la mancanza d'alternative legittimate a livello nazionale ed internazionale, hanno spinto le organizzazioni della società civile e gli stessi rappresentanti delle amministrazioni locali ad aderire alla proposta metodologica dell'Unicef, contribuendo a monitorare l'implementazione di politiche comunali a favore degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, grazie ad una serie di sotto-obiettivi e indicatori<sup>599</sup> qualitativi e quantitativi<sup>600</sup> elaborati dall'Unicef stesso<sup>601</sup>, la misurazione dell'impatto sociale e del coinvolgimento della società civile in tali iniziative. Per svolgere correttamente il loro ruolo di controllo del raggiungimento da parte dei singoli municipi degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, tali organizzazioni hanno dovuto fare propria la nozione di salute in essi contenuta ed utilizzare gli indicatori elaborati dall'Unicef per valutare l'impatto sociale delle politiche pubbliche. Gli indicatori cui facciamo riferimento riguardano aspetti strettamente medici come, ad esempio, l'esistenza di un certo grado di assistenza e cure primarie a disposizione delle donne in gravidanza; la possibilità di diffusione delle vaccinazioni per i neonati; e l'esistenza di controlli post partum sino al compimento del secondo anno d'età da parte del minore. In tale modo, l'idea di salute presente negli Obiettivi del Millennio, sia in termini di salute individuale che di pianificazione delle politiche sanitarie, è stata ampiamente socializzata tra le organizzazioni della società civile, le amministrazioni locali e le unità del PSF. E' così che, attraverso la socializzazione dell'idea del diritto alla salute inteso come diritto-dovere allo sviluppo,

---

<sup>599</sup> Gli indicatori necessari per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati utilizzano i dati ufficiali dell'Istituto Nazionale di Statistica, il cui aggiornamento, proprio per via del loro utilizzo da parte dell'Unicef, è stato potenziato e reso più frequente. Il monitoraggio degli obiettivi proposti nelle diverse dimensioni del programma considera come linea di partenza per le misurazioni i dati relativi all'anno 2004 e come linea di arrivo i dati relativi all'anno 2007 o dell'anno 2006 qualora l'Istituto Nazionale di Statistica non disponga di dati più recenti. Ciò permette, secondo gli esperti Unicef, di valutare i progressi compiuti dai diversi municipi durante il periodo 2005 - 2008.

<sup>600</sup> Dei 1179 municipi che hanno partecipato all'edizione del *Selo* 2005-2006, solo 146 hanno ottenuto il riconoscimento di municipio approvato per i miglioramenti raggiunti negli indicatori di impatto sociale, gestione delle politiche pubbliche e partecipazione comunitaria.

<sup>601</sup> Vd. pag. 40.

anche individuale, è stato socializzato anche l'approccio detto 'comportamentale' secondo cui gli individui sono portati ad interiorizzare l'idea che il raggiungimento di un determinato standard sanitario sia un dovere e dipenda dalla capacità individuale di modificare singoli comportamenti<sup>602</sup>, enfatizzando la responsabilità individuale senza che a tale responsabilità corrisponda l'autonomia di scelta e di determinazione rispetto alla propria salute da parte degli individui.

Inoltre, agli indicatori di impatto del programma *Selo – Municipio Aprovado*, l'Unicef ha affiancato indicatori per valutare la gestione delle politiche pubbliche, quali l'accesso alle vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno per i minori di sei mesi, la garanzia della tutela di tutti i minori dal rischio di contagio verticale da HIV/AIDS. E sono gli stessi articolatori municipali che sono chiamati a monitorare questi aspetti, con il supporto dei rappresentanti delle reti e dei funzionari Unicef, per rendere le politiche sanitarie e la gestione del PSF di ogni municipio il più aderenti possibile agli Obiettivi del Millennio.

“Dall'inizio del 2005 il nostro municipio ha cercato di tradurre nelle politiche locali i discorsi contenuti negli Obiettivi di Sviluppo e nel 'Pacto' che il nostro governatore dello Stato della Paraíba ha firmato... Abbiamo cercato di adattare queste idee, questi obiettivi e indicatori al nostro municipio, alla nostra realtà (...). Da quel momento abbiamo implementato varie politiche che non esistevano, che nessuno aveva mai pensato, per la sicurezza alimentare, per la salute, per l'educazione... E così abbiamo anche ottenuto dei fondi da parte del governo federale... E ora abbiamo presentato un altro progetto che però deve ancora essere approvato e che si basa sul primo Obiettivo di Sviluppo del Millennio: combattere la fame e la miseria...”.<sup>603</sup> Nello specifico, riferendosi alle proposte del *Selo*, la responsabile di Pombal precisa: “Il sindaco, gli assessori, i rappresentanti delle ONG, hanno firmato un accordo per rispettare le regole del *Selo* e già questo mi sembra un risultato positivo... Anche se poi il *Selo – Municipio Aprovado* non l'abbiamo ottenuto nel 2006, ma almeno abbiamo capito quali erano i fattori necessari per riuscirci questa volta, come dobbiamo gestire le politiche municipali, come dobbiamo organizzarci...”.<sup>604</sup>

---

<sup>602</sup> Minkler, M., *Health education, health promotion and the open society; an historical perspective*, in “Health Education Quarterly”, n. 16, vol. 1, pp. 17 – 30, 1989.

<sup>603</sup> Intervista rilasciata da Maria da Guia il 10 ottobre 2007 presso la sede del Comune di Pombal, Paraíba (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>604</sup> Ibidem.

Nonostante il fatto che il *Selo – Municipio Aprovado* sia riuscito, sino ad oggi, a convogliare l'attenzione e l'interesse della maggioranza degli attori locali non ha impedito lo sviluppo di posizioni critiche. In particolare, chi ha avuto un contatto più diretto con il *Selo* dal punto di vista organizzativo ha avuto modo di verificare che, più che uno strumento per la partecipazione comunitaria alla gestione del PSF, com'era apparso inizialmente, si è presto rivelato “un'appendice sul territorio delle organizzazioni internazionali ed una maniera per pilotare dal basso le attività del PSF”.<sup>605</sup> L'impressione di voler pilotare dal basso è stata determinata dalla capillare presenza sul territorio che, attraverso il *Selo*, l'Unicef ha potuto raggiungere. La realizzazione di giornate di formazione itineranti per i funzionari comunali, i responsabili delle unità del PSF, gli operatori sanitari e sociali dei diversi municipi, è stata da subito una delle principali attività del *Selo*, che ha lo scopo di favorire l'identificazione di tutti i partecipanti - ed in particolare gli articolatori municipali - con i principi ed i meccanismi di funzionamento del programma. Ogni mese un'équipe di tecnici e dirigenti dell'Unicef riunisce gli articolatori del *Selo* di ciascuno Stato e realizza delle giornate di formazione su tematiche specifiche (la tutela della salute, il rispetto dei diritti dell'infanzia, la promozione delle vaccinazioni neonatali e delle visite ginecologiche pre e post parto per le donne gravide e le puerpere, etc...). Le riunioni hanno luogo, a rotazione, nei diversi municipi che aderiscono al *Selo* e gli articolatori hanno l'obbligo di partecipare, pena l'esclusione del loro municipio dal programma.<sup>606</sup> Per l'organizzazione di tali riunioni di formazione e la misurazione dell'adeguamento delle politiche sanitarie municipali agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, a partire dal 2007 l'Unicef si avvale della collaborazione di alcune reti di organizzazioni non governative locali, ben radicate sul territorio e attive nel campo della tutela dei diritti. Il coinvolgimento di tali reti, ha permesso il contatto diretto e continuativo con gli articolatori, gli amministratori e gli attori locali da parte dell'Unicef, e gli ha fornito un importante strumento perchè la propria strategia arrivasse sul campo attraverso strutture meno burocratiche e presenti in maniera capillare sin nei comuni più decentrati. Tali reti hanno inoltre facilitato la misurazione della partecipazione comunitaria al

---

<sup>605</sup> Intervista rilasciata da Katia Pintor, direttrice della ONG brasiliana 'Umbú Ganzà' il 31 ottobre 2007 presso la sede dell'organizzazione, a Recife (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>606</sup> Negli Stati in cui la partecipazione dei municipi è molto elevata, com'è il caso della Paraíba, ogni mese vengono organizzati due incontri di formazione identici, ciascuno dei quali riunisce la metà dei municipi che partecipano al *Selo*.

raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>607</sup>, secondo quanto previsto anche dal ‘Pacto’<sup>608</sup>, contribuendo a tradurre la logica degli Obiettivi in attività ed iniziative vicine alle realtà degli articolatori e degli amministratori municipali, che a loro volta le hanno poi trasformate in politiche sanitarie locali. Le reti, insomma, sono state essenziali per garantire l’adesione degli attori locali e il coinvolgimento nella logica del *Selo* e degli Obiettivi di Sviluppo; tuttavia, tanto la metodologia del *Selo* che gli obiettivi e gli indicatori proposti, sono stati presentati una volta che l’Unicef li aveva elaborati, senza alcuna condivisione con i rappresentanti di tali reti, né dei gestori del PSF, né delle amministrazioni locali.

Lorenzo Delaini, presidente di una delle reti di organizzazioni non governative e responsabile delle attività di “ponte” tra il *Selo* e i municipi dello Stato della Paraíba, descrive il suo incontro con l’Unicef come una collaborazione obbligata. “L’Ufficio Regionale dell’Unicef per il *Nordeste* ci ha contattato alla fine della prima edizione del *Selo* dicendo che non aveva la capacità di fare fronte alla realizzazione delle attività del programma negli Stati di Alagoas, Pernambuco e Paraíba, e che l’Unicef stava cercando delle entità in ciascuno dei 3 Stati, che avessero dei forti legami con il territorio e un’affinità con le metodologie e gli obiettivi dell’Unicef, oltre alla capacità di svolgere il ruolo di articolazione politica con le amministrazioni municipali... (...) All’epoca, quando ci hanno chiamato, avevano deciso che avrebbero lavorato con Umbu Ganzà in Pernambuco, con il Movimento in Alagoas e nello Stato della Paraíba, la direttrice dell’ufficio regionale dell’Unicef, Ana Azevedo, propose a noi, la Remar, che occupassimo questo posto di ‘ponte’. A noi la cosa è sembrata interessante, ma allo stesso tempo ci ha parecchio preoccupato... Ana ci ha spiegato un poco cos’era il *Selo*, ma le informazioni erano così tante ed in un così breve tempo, che non era possibile rendersi conto di cosa significasse esattamente il Programma e quale avrebbe dovuto essere il nostro ruolo, che margine di manovra avremmo potuto avere...(...). Ana ha insistito moltissimo perché la Remar entrasse a fare parte dell’équipe del *Selo*, ha

---

<sup>607</sup> Durante la prima edizione del *Selo*, nel biennio 2005-2006, la componente della partecipazione comunitaria ha previsto la realizzazione di progetti nelle aree di educazione ambientale, partecipazione politica degli adolescenti, cultura e comunicazione. L’edizione in corso, che copre il biennio 2007 – 2008, le aree a disposizione per la realizzazione di progetti a partecipazione comunitaria sono la convivenza con il Semiario, la mappatura delle espressioni di cultura popolare includendo la dimensione dell’identità etnico – razziale e l’educazione sportiva come strumento per la promozione dei diritti di cittadinanza.

<sup>608</sup> Nei tre Stati di Alagoas, Pernambuco e Paraíba, coordinati dall’ufficio territoriale di Recife diretto dal dott. Fabio Morais e dalla dott.ssa Ana Azevedo, le organizzazioni non governative che l’Unicef ha scelto come *partner* nelle proprie attività sono state, rispettivamente, Umbu Ganzà, il Movimento per i Diritti Umani e la REMAR, ombrello di organizzazioni non governative impegnate per la tutela dei diritti alla salute e all’educazione.



esercitato una pressione molto forte...e sai, per noi, che siamo una organizzazione che vive dell'appoggio economico esterno, non era facile dire di no all'Unicef... E oggi l'Unicef punta tutto sul Selo, nel *Nordeste*, quindi dirgli di no era dire di no al progetto per la regione...quindi anche ad altri possibili finanziamenti per le nostre attività...(...) E, comunque, la nostra partecipazione al Programma è abbastanza da esterni, anche se so che si dice che siamo collaboratori Unicef... Sì, siamo corresponsabili del *Selo*, ma non abbiamo partecipato alla sua elaborazione, dei criteri di valutazione, degli indicatori... Tutto questo l'abbiamo ricevuto come un pacchetto già pronto. C'è una certa forma di partecipazione perché andiamo alle riunioni di preparazione degli incontri mensili di formazione... Però è sempre come se fossimo dei collaboratori invitati più a osservare che a contribuire, il *Selo* è stato pensato ed è gestito essenzialmente dall'Unicef... A volte noi ci sentiamo un po' come dei 'pony express' delle loro idee, che tramite noi sono recepite più direttamente dagli aticolatori e quindi diciamo che facciamo comodo, ma non dobbiamo disturbare...".<sup>609</sup>

Nonostante la grande retorica sulla partecipazione comunitaria e sul coinvolgimento della società civile alla pianificazione e realizzazione delle attività del *Selo*, la stessa Ana Azevedo ha riconosciuto che si tratta di una metodologia per il supporto del PSF pensata e coordinata dall'Unicef. "Quando la proposta metodologica era pronta, abbiamo messo le mani in pasta e siamo andati sul campo a metterla in pratica, l'Unicef l'ha fatto. Quando il ciclo si è concluso, siamo andati di nuovo a discutere con i partner per fare insieme la valutazione, che è riportata nel Quaderno dei Risultati del *Selo* pubblicato dall'Unicef, per discutere degli errori e dei successi e pianificare una nuova versione del *Selo*... Poi, è chiaro che la metodologia è dell'Unicef, anche se altri attori sociali e pubblici hanno contribuito alla costruzione o all'analisi dei risultati. (...). C'è chi ha criticato il fatto che non abbiamo elaborato la metodologia del *Selo* in collaborazione con i soggetti coinvolti nella discussione sul 'Pacto', ma noi pensiamo che sia responsabilità di ciascuno fare la propria agenda, e la nostra agenda di obiettivi e di azioni è il *Selo*...".<sup>610</sup>

L'adesione dell'Unicef alla Dichiarazione del Millennio e la sua missione di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo nella regione *Nordeste* del Brasile attraverso la metodologia del *Selo* – *Município Aprovado* sono i punti di partenza di qualsiasi

---

<sup>609</sup> Intervista rilasciata da Lorenzo Delaini il 1 novembre 2007 presso la sede centrale della Remar, Joao Pessoa, a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>610</sup> Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 7 novembre 2007 presso l'Ufficio regionale Unicef di Recife a Raffaella Greco Tonegutti.

collaborazione con le amministrazioni e le comunità locali, inclusa la società civile. La partecipazione, è dunque chiaro, si limita all'operazionalizzazione del programma, non alla discussione sugli obiettivi e sui metodi per raggiungerli.

La consapevolezza dell'assenza di spazi di discussione tra pianificatori dell'Unicef, istituzioni e società civile sulla metodologia e gli obiettivi del programma, ha generato molte resistenze da parte dei rappresentanti della società civile. Maria José Santos, esperta di diritti umani del Comune di João Pessoa e referente della Remar per il *Selo – Município Aprovado*, ha descritto il programma come un meccanismo in cui “tutto piovè dall'alto, e piovè in poco tempo. (...) Ce ne accorgiamo anche noi che abbiamo un contatto molto più stretto con l'Unicef, immaginiamoci le persone dei municipi e del PSF che vengono alle formazioni del *Selo*! Per loro davvero è difficile incamerare tutte quelle informazioni sulle politiche che devono cambiare, sugli obiettivi e sugli indicatori... E' impossibile che riescano anche a fare delle proposte, a discutere quando non condividono qualcosa... Diventa una corsa in cui le persone non capiscono cosa stanno facendo (...) ma sono molto lusingate del fatto che l'Unicef, un'organizzazione così importante e così famosa, venga nei municipi sperduti di un piccolo Stato del *Nordeste* a organizzare delle giornate di attività in cui si mangia a spese dell'Unicef,... E allora le persone vogliono partecipare, anche quando non capiscono a cosa stanno partecipando.... E' tutto molto nuovo, ad esempio, per i rappresentanti dei municipi che sono entrati nella dinamica del *Selo* quest'anno... E chi non ha esperienza di articolazione e *lobby* per le politiche pubbliche municipali, di esigere dal proprio municipio l'aderenza a tale modello o a un altro, è chiaro? (...) Ti dirò una cosa in qualità di educatrice, quale sono, il *Selo* non ha la capacità di andare alla radice dei problemi... E non ha nemmeno la capacità, nonostante l'apparenza, di entrare in contatto profondo con la società civile organizzata, proprio per la mancanza di tempo, e forse di volontà da parte dell'Unicef, che ha una approssimazione molto maggiore con le istanze di governo che con la gente, la società civile in quanto tale... (...) Personalmente penso che il *Selo*, Ana stessa, ha un po' di timore, direi un freno, all'idea di andare più a fondo dei problemi... Proprio perché il *Selo* non rappresenta la società civile che intende coinvolgere, è più una cosa di governo...(...). Così, però, si corre il rischio di realizzare solo azioni puntuali, non so, in relazione a degli indici di salute come la riduzione delle morti neo-natali e la vaccinazione dei bambini, e di non risolvere i problemi alla radice... Di coinvolgere la società civile ufficialmente, formalmente, ma poi non partire dalle sue istanze, di lasciarla sul fondo... Ma dovrei

riflettere meglio, sono idee che mi stanno venendo adesso, parlandone con te, non avevo ancora avuto il tempo di rifletterci...”.<sup>611</sup>

Anche Katia Pintor, responsabile di Umbù Ganzà, rete di organizzazioni non governative dello Stato del Pernambuco, e coordinatrice dei rapporti tra *Selo* e società civile negli stati della regione *Nordeste*, ha espresso opinioni molto critiche in merito alla metodologia del *Selo* ed ai suoi obiettivi. “Le organizzazioni non governative e le associazioni della società civile devono partecipare ai programmi promossi dalle organizzazioni internazionali, come nel caso dell’Unicef, perchè è l’unica opportunità che hanno di ricevere finanziamenti e di poter esistere nel capo sanitario e sociale in Brasile, visto che oramai tali organizzazioni sono i principali interlocutori delle amministrazioni locali e che quindi bisogna passare attraverso di loro per poter lavorare sul campo... Il problema è che non c’è spazio per le nostre esperienze, per ciò che sta al di fuori della pianificazione che queste organizzazioni fanno... Per esempio, se hai partecipato agli incontri di formazione del *Selo*, non avrai mai sentito nominare un’esperienza come l’*Educação popular em saúde*<sup>612</sup>, l’educazione popolare per la salute, che invece è un’alternativa importante al *Selo*, e in generale agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio... L’*Educação popular em saúde* è nata dalle esperienze locali di coinvolgimento della popolazione nella gestione sanitaria, in alternativa alle politiche selettive promosse dalle grandi organizzazioni e adottate dal nostro Ministero della Salute... Politiche che hanno avuto un grande impatto sugli indicatori statistici di mortalità - a costi ridotti – ma che non rispondono alle necessità sanitarie globali della popolazione. (...) I tecnici dell’Unicef parlano di coinvolgimento della società civile ma in verità ci usano perchè abbiamo esperienza di lavoro a stretto contatto con il territorio... E anche perchè siamo riconosciuti dalle autorità locali che ci permettono un accesso più diretto agli uffici, ai luoghi decisionali... Però non siamo dei partner alla pari, non partecipiamo alle riunioni nelle quali si prendono davvero le decisioni...”.<sup>613</sup>

Il successo del *Selo – Município Aprovado* dimostra che, nonostante le resistenze, l’Unicef ha avuto la capacità di condizionare le loro attività e le politiche sanitarie del PSF, attraverso le attività di formazione degli operatori e degli amministratori delle unità sanitarie locali previste dal *Selo*. Al contrario, una proposta come quella

---

<sup>611</sup> Intervista rilasciata da Maria José Santos, referente della società civile nel progetto *Selo – Município Aprovado* per la Paraíba, il 16 ottobre 2007 presso la sede della ONG ‘Remar’, Joao Pessoa (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>612</sup> Vasconcelos, M. E., *op. cit.*.

<sup>613</sup> Intervista rilasciata da Katia Pintor, direttrice della ONG brasiliana ‘Umbú Ganzà’ il 31 ottobre 2007 presso la sede dell’organizzazione, a Recife (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

dell'*Educação popular em saúde*, che Mourão Vasconcelos<sup>614</sup> definisce strumento adeguato a valorizzare il discorso popolare sulla salute e la dimensione comunitaria in ambito sanitario, in alternativa alle proposte dell'Unicef e del *Selo – Município Aprovado* e all'idea di salute centrata sullo sviluppo e sulle modifiche dei comportamenti e stili di vita individuali, non è riuscita a diffondersi in modo capillare sul territorio. A questa iniziativa, come altre alternative all'approccio dell'economia della salute che sono state elaborate nel corso degli ultimi venti anni, è mancato il supporto istituzionale che avrebbe permesso di sostituirla alle proposte delle organizzazioni internazionali, ed in particolare della Banca Mondiale e dell'Unicef, fondato sul cambiamento paradigmatico della salute da “diritto in dovere”<sup>615</sup>, “obbligo cui l'individuo dovrà sentirsi sempre più spinto a rispondere, informandosi e prevenendo, e affidandosi completamente ai nuovi saperi-poteri biopolitici”; e sulla rapida conversione delle “libertà in necessità e dei diritti in doveri (...)”<sup>616</sup>.

L'idea dell'*Educação popular em saúde*, diversamente da quanto contenuto nella metodologia del *Selo – Município Aprovado*, è di proporre una strategia sanitaria globale, integrata, dove gli aspetti sociali ed economici abbiano lo stesso spazio di quelli individuali, e dove l'obiettivo sanitario è quello che ciascun individuo fissa per sé stesso, rovesciando la logica che sia necessario raggiungere obiettivi e standard sanitari in specifiche aree della salute (es. salute materna, salute infantile, lotta all'HIV/AIDS, etc.). L'eliminazione degli standard e degli indicatori sanitari come criteri ordinatori delle politiche pubbliche e dei programmi di cooperazione costituisce la differenza sostanziale rispetto al *Selo*, e quindi rispetto al modello di funzionamento del PSF a partire dall'integrazione delle attività promosse dall'Unicef all'interno del PSF stesso, mettendo l'individuo e la sua comunità al centro dell'organizzazione sanitaria locale<sup>617</sup>. Al fine di rispondere in maniera differenziata ai problemi sanitari locali<sup>618</sup> e di promuovere il diritto alla salute degli individui, l'*Educação popular em saúde* affianca al PSF le attività dei gruppi popolari locali, non organizzati in *Consigli* e liberi di determinare rispetto ai servizi di cui usufruire, alla ricerca di risposte il più possibile adeguate alla tutela del diritto alla salute inteso nella sua complessità di diritto alle

---

<sup>614</sup> Vasconcelos, M. E., *op. cit.*.

<sup>615</sup> Schramm, F. R., *op. cit.*, p. 197.

<sup>616</sup> Marzocca, O., *Biopolitica*, in Brandimarte, R., et al., (a cura di), *Lessico di biopolitica*, Roma, Manifestolibri, 2006, p. 50.

<sup>617</sup> Brant de Carvalho, M. do C., *A priorização da família na agenda da política social*, in Kaloustian, S. M., (a cura di), *Família brasileira a base de tudo*, Cortez, São Paulo, 1994.

<sup>618</sup> Vasconcelos, M. E., *op. cit.*.

prestazioni ed ai servizi sanitari, ma anche di diritto alla scelta e alla autonoma decisione rispetto alla propria vita e alla propria salute.

All'interrogativo di Rochel Camargo sulla possibilità che gli individui siano "autonomi e coscienti delle proprie scelte quando le limitazioni di ordine economico e sociale sono molto grandi"<sup>619</sup>, l'*Educação popular em saúde* risponde proponendo che all'offerta di servizi e prestazioni universali di qualità da parte dello Stato, si affianchino pratiche di educazione sanitaria non orientate al raggiungimento di standard predeterminati, ma al rispetto delle scelte individuali.<sup>620</sup> Nella metodologia dell'*Educação popular em saúde* il coinvolgimento delle comunità, e quindi non solo i Consigli di Salute ma le associazioni locali, i gruppi di quartiere, le Università, non è successivo all'elaborazione di strategie e standard da raggiungere, e non è strumentale al soddisfacimento di obiettivi di partecipazione sociale, bensì accompagna tutto il percorso ed il processo di elaborazione e determinazione delle condizioni di salute di ciascun individuo.<sup>621</sup>

Tuttavia, il mancato appoggio istituzionale alla proposta dell'*Educação popular em saúde*, nata insieme al movimento per la Riforma Sanitaria ed evoluta in parallelo a quelle delle organizzazioni internazionali sin dal periodo della re-democratizzazione, non le ha permesso di imporsi come modello di riferimento, come buona pratica nell'utilizzo delle potenzialità del PSF da portare come alternativa alle proposte dell'Unicef e della Banca Mondiale, ed ha finito per restare una pratica sotterranea, ai margini della programmazione sanitaria ufficiale. Ciò permette di valutare con più chiarezza l'importanza che ha avuto, per l'Unicef e per la Banca Mondiale, l'appoggio delle amministrazioni locali, la capacità di socializzare dal basso le proprie proposte, perchè – come è avvenuto in molti municipi - le amministrazioni locali le sostenessero anche in alternativa a quelle dell'*Educação popular em saúde*. In tal senso, l'incapacità dell'OMS/OPAS di difendere il principio dell'autonomia e della libertà di scelta in materia di salute ha impedito all'organizzazione di riconoscere l'*Educação popular em saúde* come alternativa seria e percorribile al *Selo – Município Aprovado* e, più in generale, all'approccio dell'economia della salute e quindi alla funzionalizzazione della salute allo sviluppo.

Proprio la capacità dell'Unicef di socializzare le proprie proposte e di coinvolgere la società civile e le amministrazioni locali nelle maglie dei propri progetti ed obiettivi ha

---

<sup>619</sup> Soares, J.C.R.S, Camargo Jr., K.R., *op. cit.*, p. 74.

<sup>620</sup> Vasconcelos, M. E., *op. cit.*.

<sup>621</sup> Minayo, M. C., a ura di, *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*, Hucitec, São Paulo, 1995.

prevalso anche a dispetto delle molte critiche pervenute al *Selo - Municipio Aprovado* da numerose organizzazioni della società civile, che hanno presto percepito il loro ruolo come strumentale all'adesione del maggior numero possibile di municipi al programma, alla verifica dell'adeguamento delle loro politiche sanitarie agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, alla misurazione dei risultati ottenuti in vista del conferimento del titolo di *Municipio Aprovado*, attraverso il controllo dell'impatto sociale, della realizzazione delle politiche pubbliche e della partecipazione comunitaria. Inoltre, la partecipazione massiccia dei municipi della regione *Nordeste*, delle organizzazioni locali, dell'amministrazione pubblica statale e federale al *Selo - Municipio Aprovado*, dimostra che tale programma è uno strumento particolarmente adeguato a socializzare l'idea di salute contenuta negli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, e conferma che l'esistenza di determinati rapporti di forza tra organizzazioni internazionali, amministrazioni statali e società civile, ha prodotto, parafrasando Escobar<sup>622</sup>, delle tecniche disciplinari che hanno avuto l'effetto di mantenere intatte le relazioni di potere e depoliticizzare la partecipazione comunitaria ai processi di sviluppo<sup>623</sup>. Svuotando di autonomia e libertà di scelta la capacità partecipativa delle comunità e della società civile, tali tecniche disciplinari hanno raggiunto lo scopo di far convergere tali attori sulle idee espresse dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e sulla metodologia del *Selo - Municipio Aprovado*.

Le tecniche partecipative, più o meno ben riuscite, utilizzate dall'Unicef per diffondere i propri principi ed attività tra gli attori locali, infatti, sono stati gli strumenti che hanno permesso di colonizzare la realtà e trasformarla<sup>624</sup>, in modo tale che l'adesione alle politiche per lo Sviluppo del Millennio fosse universalmente condivisa e si mescolasse al linguaggio e all'immaginario dei diritti fondamentali, prendendo il posto delle libertà e dell'autonomia individuale. La logica della misurazione, del monitoraggio, del raggiungimento di obiettivi di sviluppo di breve e medio periodo hanno a tal punto colonizzato l'immaginario collettivo da far sì che il *Selo - Municipio Aprovado* sia diventato il riferimento per il controllo sulla tutela del diritto alla salute nella regione *Nordeste* del Brasile. L'autonomia, in questo quadro, non è più stata intesa come diritto fondamentale di ciascun individuo rispetto alla propria salute e alla propria vita, ma

---

<sup>622</sup> Escobar, A., *Beyond the Third World: imperial globality, global coloniality and anti-globalisation social movements*, in "Third World Quarterly", n. 25, pp. 207–2004, 2004.

<sup>623</sup> Escobar, A., *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

<sup>624</sup> Escobar, A., *Immaginando un'era di postsviluppo*, in Malighetti, R., (a cura di), *op. cit.*, p. 187.

come capacità dei municipi – inclusi tutti gli attori istituzionali e non governativi – di raggiungere gli obiettivi del *Selo* e quindi gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, monitorando ‘autonomamente’ le proprie prestazioni in base alla griglia di obiettivi e indicatori fornita dall’Unicef.

Conceição Cardoso, funzionaria Unicef che ha elaborato la griglia degli obiettivi e dei criteri di monitoraggio e valutazione del *Selo* in conformità con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e con il ‘Pacto’, descrive infatti il *Selo* come “uno strumento meraviglioso per valutare le politiche sanitarie locali e statali, che rafforza l’autonomia dei municipi e degli Stati e allo stesso tempo rafforza il loro legame con l’Unicef e le altre organizzazioni internazionali. Il *Selo*, infatti, permette di monitorare e valutare facilmente se un comune sta garantendo le vaccinazioni, le visite mediche, le visite prenatali alla propria popolazione, come previsto dal PSF... Il *Selo* è questo: uno strumento che permette di avere uno sguardo d’insieme sulle politiche sanitarie e sul funzionamento del PSF, e che garantisce il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio...”.<sup>625</sup> “Uno degli aspetti più innovativi e validi del *Selo* – ha aggiunto Ana Azevedo – è proprio la possibilità di monitorare e di valutare le politiche pubbliche comunali, per vedere se stanno o no avvicinandosi a quanto richiesto da *Selo*... Per questo, il processo di monitoraggio è il grande valore aggiunto del *Selo*, che di per sé non è altro che un processo di comunicazione, di articolazione e mobilitazione...”.<sup>626</sup>

## **Conclusion**

Questa ricerca ha utilizzato i concetti di ‘doppio paternalismo’ ed ‘offerta e socializzazione d’idee da parte delle organizzazioni internazionali’, come strumenti adeguati ad analizzare i rapporti tra tali organizzazioni e, in definitiva, gli individui il cui diritto alla salute si dice di voler tutelare e promuovere. A partire dalla concezione funzionalistica della salute come bisogno elaborata da Talcott Parsons, sino ai programmi di cooperazione sanitaria messi in opera dalle organizzazioni multilaterali, il lavoro che qui si conclude ha avuto l’obiettivo di mettere in luce quali rapporti di forze regolano il dibattito sul diritto alla salute e quale idea di salute prevale nello scenario della cooperazione internazionale. Attraverso queste pagine si è voluto inoltre contribuire ad offrire un quadro alternativo all’idea che la Banca Mondiale, l’Unicef e

---

<sup>625</sup> Intervista rilasciata da Conceição Cardoso il 1 novembre 2007 presso la sede dell’Unicef di Recife, Pernambuco (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

<sup>626</sup> Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 1 novembre 2007 presso l’Ufficio regionale Unicef di Recife, Pernambuco (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

tutte le organizzazioni internazionali abbiano imposto le proprie politiche attraverso meccanismi ricattatori nei confronti dei governi dei paesi con i quali hanno rapporti e per i quali elaborano proposte di riforma e di gestione della sfera pubblica, vessando le popolazioni che hanno dovuto subire passivamente i loro interventi. L'assorbimento delle proposte di tali organizzazioni – soprattutto della Banca Mondiale e dell'Unicef, come abbiamo visto - a tutti i livelli dell'amministrazione pubblica e della società civile è talmente capillare e profonda, che la sola capacità di imposizione di politiche dall'alto non potrebbe bastare a spiegare un successo così diffuso.

Analizzando il caso del Brasile, si è cercato di mostrare che la relazione tra tali organizzazioni internazionali e lo Stato brasiliano è stata da sempre piuttosto complessa e articolata su vari livelli; e che essa, dalla metà degli anni Novanta, ha adottato la dinamica che Rubens Mattos definisce 'offerta di idee', piuttosto che l'imposizione di specifiche politiche legate alla possibilità di prestiti o di interventi di aiuto e cooperazione. La conseguenza più significativa di tale strategia è stata la produzione di un grande consenso intorno alle proposte dell'Unicef e della Banca Mondiale, che non ha coinvolto soltanto le élites governative e ministeriali, bensì tutta le strutture sanitarie centrali e locali, la società civile e le comunità. E' così che, nonostante le critiche e le resistenze di buona parte della società civile, il 'Pacto Pela Criança e o Adolescente do Semi-árido Brasileiro' ed il *Selo – Municipio Aprovado* sono stati rapidamente adottati dall'amministrazione brasiliana come strumenti per la tutela e promozione del diritto alla salute, anche se ciò ha significato essenzialmente promuovere la partecipazione degli attori istituzionali e delle comunità alle attività previste per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Una delle conseguenze più evidenti prodotte da tale assorbimento delle proposte dell'Unicef e della banca Mondiale da parte dell'amministrazione brasiliana, è proprio la capacità che tali proposte hanno avuto di attrarre – per ragioni diverse, come abbiamo mostrato – la società civile, le comunità, i gruppi locali, nelle maglie di un programma, il *Selo – Municipio Aprovado*, che è palesemente verticale, focalizzato, eterodiretto e legato ad una dinamica per cui la salute ed i diritti sono funzionali ad una precisa idea di sviluppo.

L'immagine di Ferguson<sup>627</sup> della 'macchina della cooperazione' che contribuisce a trasformare la realtà e ad inserire in essa elementi, come gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, per raggiungere i quali sia necessario l'ausilio delle strategie proprie delle

---

<sup>627</sup> Ferguson, J., *op. it.*



organizzazioni internazionali - come le griglie di obiettivi e indicatori, il supporto alle organizzazioni locali, le metodologie partecipative -, sembra essere piuttosto efficace per descrivere uno strumento, il *Selo*, che sta contribuendo a costruire un immaginario nel quale la tutela e la promozione del diritto alla salute si realizzano attraverso il raggiungimento di obiettivi quali l'eliminazione dell'HIV/AIDS, l'abbassamento del tasso di mortalità infantile e materna, e la diffusione delle cure pre e neonatali; rafforzando massicciamente il nesso causale tra salute e sviluppo e indebolendo, al contrario, le spinte dal basso di collocare l'autonomia e la partecipazione al centro del sistema sanitario e, in definitiva, della tutela del diritto alla salute.

L'evoluzione del dibattito bioetico interno al Brasile e la presenza di altre proposte per la gestione delle politiche sanitarie, come l'*Educação popular em saúde*, non rappresentano proposte sufficienti ad interrompere il cammino della 'macchina della cooperazione' che, attraverso la socializzazione del basso delle proprie proposte e la capacità di dialogo ai più alti livelli istituzionali, ha determinato il trionfo del discorso dello sviluppo rispetto a quello della libertà e dell'autonoma determinazione nelle scelte relative alla salute ed alla vita degli individui.

L'OMS/OPAS, alleato storico dei movimenti sociali in opposizione alle proposte della Banca Mondiale e dell'Unicef, non ha avuto strumenti per contrastare il diffondersi della metodologia del *Selo – Município Aprovado* e dei suoi criteri di valutazione delle *performance* politiche e strategiche dei municipi, proprio perché – pur cercando strade alternative a quelle degli altri attori internazionali – non ha saputo cogliere le profonde contraddizioni insite nell'accettare di legare causalmente la salute allo sviluppo. L'OMS/OPAS, così, non ha potuto frenare la cooptazione degli attori locali utilizzati dall'Unicef come agenti di controllo dell'adeguamento dei municipi alla logica degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio; e ha smesso di rappresentare la controparte naturale per quegli oppositori alla logica dell'economia della salute che, come abbiamo avuto modo di riscontrare nelle parole dei rappresentanti della società civile della regione *Nordeste*, sono rientrati nel grande dispositivo del *Selo – Unicef*, per necessità di mantenere una posizione socialmente rilevante oltre ad uno spazio di dialogo istituzionale con l'amministrazione sanitaria locale. Grazie al coinvolgimento delle comunità, della società civile, delle amministrazioni locali nella logica dello Sviluppo del Millennio, proprio attraverso il *Selo – Município Aprovado* che è oggi il più importante strumento di cooperazione e di pianificazione in ambito sanitario da parte delle amministrazioni locali della regione *Nordeste* del Brasile, è stata operata la

definitiva sostituzione dell'approccio del diritto alla salute come tutela dell'autonomia e della libertà di scelta individuale con quello classico legato alla capacità economica e sociale degli individui.

Il continuo aumento del numero di municipi che si iscrivono alle attività del *Selo – Municipio Aprovado* e che scelgono l'Unicef come partner per la tutela del diritto alla salute, oltre al consenso che l'Unicef stesso è riuscito a convogliare intorno all'adesione agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, mostra che, in Brasile, il cammino stesso del diritto alla salute passa attraverso la cooperazione internazionale e la sua capacità di socializzare le proprie proposte e prospettive. Per tale ragione, e per tutto quanto esposto sin qui, sembra sempre più lontana la prospettiva di veder affermato il diritto alla libertà di scelta e all'autodeterminazione come parte integrante e fondamentale del diritto alla salute, nell'ambito della pianificazione delle politiche e dei servizi sanitari.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Adams, M. B. (a cura di), *The wellborn science*, Oxford University Press US, 1990, p. 121.
- Akré, J., *Alimentação infantil: bases fisiológicas*, OMS/IBFAN/UNICEF, 1997.
- Alderson, M., *Introduzione all'epidemiologia*, in "Epidemiologia in evoluzione", n. 7, 1978.
- Almeida Filho, N. de, *For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes*, in "Cadernos de Saude Publica", vol. n. 4, ago. 2001, pp.753-770.
- Almeida Filho, N., *O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?*, in "Revista Brasileira de Epidemiologia", vol. 3, n. 1 - 3, 2000, p. 4 - 20.
- Almeida Godinho Rosa, W., Curi Labate, R., *Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência*, in "Revista Latino Americana de Enfermagem", Ribeirão Preto, vol. 13, n.6, dec. 2005, pp. 1027-1034.
- Amick B. C., Levine S., Tarlov A. R., Chapman D., (a cura di), *Society and health*, London, Oxford University Press, 1995.
- Antunes de Azambuja Zocche, D., *Educação profissional em saúde: reflexoes sobre a avaliação*, in "Trabalho, educação e saúde", v. 5, n. 2, 2007, Rio de Janeiro, pp. 281 – 296.
- Araujo Misoczky, M. C., *O Banco Mundial e a Reconfiguração do campo das Agências Internacionais de Saúde: uma Análise Multiparadigmática*, Anais do III Encontro de Estudos Organizacionais, Recife: Observatório da Realidade Organizacional, PROPAD/UFPE, ANPAD, 2002. 1 CD.
- Arndt, H.W., *Lo sviluppo economico: Storia di un'idea*, Bologna, Il Mulino, 1990.
- Arouca, A. S. S., *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Università di Campinas, São Paulo, Tesi di dottorato, Facoltà di Medicina, 1975.
- Barni, M., Santosuosso, A., *Medicina e diritto: prospettive della professione medica oggi*, Milano, Giuffrè, 1995.
- Baudrillard, J., *La società dei consumi*, Bologna, Il Mulino, 1976.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Beccaria, C., *Elementi di economia pubblica*, Milano, Società dei Tipografi Italiani, 1822.
- Beigbeder, Y., *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague / London / Boston, 1998.

- Benchimol, J.L., *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Epoque*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1990.
- Benchimol, J.L., *Pereira Passos: um Haussman tropical*, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, 1990.
- Bennet, A.,L., A. *International organisations: principles and issues*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, Inc., 1984.
- Berlinguer, G., *Etica della salute*, Milano, Il Saggiatore, 1994.
- Bernardi, B., “*Salute per tutti*”, *prospettiva XXI secolo*, in “L’Arco di Giano. Rivista di Medical Humanities”, n. 16, 1998.
- Bertazzon, M., *Sviluppo come obiettivo sociale: un’alternativa al Pil?*, Tesi di Master in Studi Interculturali presso l’Università degli Studi di Padova, settembre 2007.
- Bibeau, G. A., *Step forward thick thinking: from webs of significance to connections accross dimension*, in “Medical Anthropology Quarterly”, n. 2, 1988, pp 402-416.
- Bibeau, G., *Entre sens et sens commun*, Ottawa, Societé Royale du Canada, 1992.
- Black, M., *Children and Nations. The story of Unicef*, Geneva, UNICEF Editions, 1997.
- Bok, S., *Rethinking the WHO definition of health*, Working paper series, v. 14, n. 7, Ottobre 2004, Harvard Centre for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.
- Bonacchi, G., (a cura di), *Dialoghi di Bioetica*, Roma, Carocci editore, 2003.
- Boorse, C., *Health as a theoretical concept*, in *Philosophy of Science*, vol. 44, n. 4, Dec. 1977, pp. 542-573.
- Borsellino, P. (a cura di), “Notizie di Politeia - Il diritto alla salute tra libertà e vincoli sociali”, Anno XIII, 1997, nn. 47 – 48.
- Bourdieu, P., *Campo del potere e campo intellettuale*, Roma, Manifestolibri, 2002.
- Bourdieu, P., *Controfuochi. Argomenti per resistere all'invasione neo-liberista*, Roma, Marsilio - Libri di Reset, 1999.
- Bourdieu, P., *The state nobility: elite schools in the field of power*, Stanford, Stanford University Press, 1996.
- Brant de.Carvalho, M. do C., *A priorização da família na agenda da política social*, in Kaloustian, S. M. (a cura di), *Família brasileira a base de tudo*, São Paulo, Cortez, 1994.
- Brenes V, Mesa A, Ortiz O, et al., *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en Mexico*, New York, Population Council; 1998.
- Briggs, A., *Cholera and society in the nineteenth century*, in “Past and Present”, n. 19, 1961, pp.76-96.

- Britto, N., *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.
- Brock, D., *Broadening the Bioethics Agenda*, Kennedy Institute of Ethic Journal, n.10, 2000.
- Bueno, W., S., Merhy, E. E., *Os equívocos da NOB/96: uma porposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?*, Conferenza Nazionale di Salute On-line, in seguito alla X Conferenza Nazionale della Salute, Mimeo, 1997.
- Buratti, E., Geddes, M., Maciocco, G., *Manuale di sanità pubblica*, Roma, Nuova Italia Scientifica, 1981.
- Burchell, G., Gordon, C., Miller, P. (a cura di), *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.
- Busnelli, F., Brescia, U., *Il diritto alla salute*, Bologna, Zanichelli, 1979.
- Callahan, D., *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini e Castaldi, 2000.
- Callahan, D., *The WHO definition of Health*, in Beauchamp, T., LeRoy, W. (a cura di), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company, 1978, pp. 90-95.
- Campos, G. W. S., *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*, in Merhy, E. E., Onoko, R., a cura di, *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo, Hucitec, 1997, pp. 229 – 266.
- Canguilhem, G., *Le normal e le pathologique*, Paris, PUF, 1966, trad. it. *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998.
- Caponi, S., *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*, i «Historia, Ciência, Saúde – Manguinhos», v. 4, n. 2, 1997 p. 287-307.
- Caprara, A., *An hermeneutical approach to health-disease relationship*, in “Cadernos de saúde pública”, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Aug. 2003, pp. 923-931.
- Carrino, L., *Perle e pirati. Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*, Trento, Erikson, 2005.
- Castoriadis, C., *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil – Points Essais, 1999.
- Chigozie Okonkwo, C., *Paternalism: The Conflict Between Autonomy And Beneficence In The Case Of The Temporarily Mentally Ill Patients*, tesi di Master sostenuta presso l'Università di Linköping, Svezia, Centro di Etica Applicata, 2005.
- Chimni, B., *The Sen Conception of Development and Contemporary International Law Discourse: Some Parallels*, in “The Law and Development Review”, n.1, vol 1, 2008.
- Chossudovsky, M., *The Globalization of Poverty. Impacts of IMF and World Bank Reforms*, London, TWN, Penang and Zed Books, 1997.
- Clavreul, J., *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, São Paulo, Brasiliense, 1983.

- Colucci, M., *Medicalizzazione*, in *Lessico di biopolitica*, Bari, Laterza, 2006.
- Conill, E. M., *Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994 – 2000*, in “Cadernos de Saúde Pública”, v. 18, 2002, suplemento pp. 191 - 202.
- Cooper, R. N., Eichengreen, B., Henning, C. R., Holtman, G., Putnam, R. D. (a cura di), *Can nations agree? Issues in International economic cooperation*, Washington D.C., The Brookings Institutions, 1989.
- Corin, E., *Le feu de la difference*, Ottawa, Societé Royale du Canada, 1992.
- Corin, E., *The social and cultural matrix of health and disease*, in Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, R. (a cura di), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, Hawthorn, Aldine de Gruyter, 1995.
- Costa Ribeiro, D., *Autonomia: viver a propria vida, morrer a propria morte*, in “Cadernos de Saúde Pública”, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 8, agosto 2006, p. 1749-1754.
- Costa, N. R., Melo, M. A., *Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OPAS/OMS e do Banco Mundial para a atenção a saúde*, Planejamento e Políticas Públicas, IPEA, 11, 1994.
- Costa, N. R., Pinto, L. R., *Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura*, in Negri, B., Viana, A. D. L. (a cura di), *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*, São Paulo, Sobravime, 2002, pp. 271-298.
- Culyer, A. J., *Need and the National Health Service*, Oxford, Robertson, 1976.
- Czeresnia, D., *The concept of health and the difference between prevention and promotion*, in “Cadernos de Saude Publica”, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, Oct. 1999, pp. 701-709.
- Dâmaso, R., *Saúde e autonomia: para uma política da vida*, in Fleury, S. (a cura di), *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992 p. 213-31.
- Daniels, N., *Just health care*, New York, Cambridge University Press, 1985.
- Denton, J. A., *Society and the official world: a reintroduction to sociology*, N.Y., Dix Hills, General Hall, 1990.
- DiMaggio, P. J., Powell, W. W., *The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*, in Powell, W. W.; DiMaggio, P. J. (a cura di), *The new institutionalism in organizational analysis*, London, Sage, 1991.
- Donati, P., *La salute, la medicina e il “sociale”*: legittimazione di una nuova disciplina, in Donati, P. (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli editore, 1983.
- Donati, P. (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Milano, Franco Angeli editore, 1983.

- Donati, P., *L'integrazione dei servizi sociali e sanitari nell'ottica dei bisogni di salute per la loro rilevazione e soddisfazione*, in "La Rivista di servizio sociale", XXI, n. 3, 1981, pp. 3-29.
- Donghi, P., Preta, L., *In principio era la cura*, Roma – Bari, Laterza, 1995.
- Dreyfuss, R. A., *1964: a conquista do Estado - Ação Política, Poder e Golpe de Classe*, Petrópolis, Editora Vozes, 1981.
- Drummond, M. F., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, 2005.
- Elias, P., Marques, R. M., Mendes, A., *O financiamento e a política de saúde*, Revista USP, n.51, 2001, pp. 6 - 15.
- Engelhardt Jr., T., *The Foundations of Bioethics*, trad. it. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1991.
- Escobar, A., *Beyond the Third World: imperial globality, global coloniality and anti-globalisation social movements*, in "Third World Quarterly", n. 25, 2004, pp. 207–2004.
- Escobar, A., *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
- Escobar, A., *Immaginando un'era di postsviluppo*, in Malighetti, R. (a cura di), *Oltre lo sviluppo, Le prospettive dell'antropologia*, Roma, Meltemi editore, 2005.
- Escorel, S., *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1988.
- Esteva, G., *Sviluppo*, in Sachs W. (a cura di), *Dizionario dello sviluppo*, Torino, EGA Editore, 2004.
- Evans, T., *Introduction*, in *Challenging inequities* in Evans, T., et al. (a cura di), *Health: from ethics to action*, New York, Oxford University Press, 2001.
- Faleiros de Paula, V., Senna da Silva, J. F., Fadel de Vasconcellos, L.C., Godoy da Silveira, R. M., *A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitaria e do Processo Participativo*, Ministerio da Saude, Brasilia, 2006.
- Fee, E., Morman, E.T., *Doing history, making revolution: the aspirations of Henry Sigerist and George Rosen*, in "Clio Med", 1993, n. 23, pp. 275 - 311.
- Ferguson, J., *The Anti-politics Machine: "Development", Depoliticisation and Bureaucratic Power in Lesotho*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2005.
- Ferrando, G., *Diritto di rifiutare le cure, amministrazione di sostegno e direttive anticipate*, in "Bioetica Rivista Interdisciplinare", II, 2008.
- Ferrarese, M. R., *Le istituzioni della globalizzazione. Diritto e diritto nella società transnazionale*, Bologna, Il Mulino, 2000
- Finnis, J., *Abortion and health care ethics*, in Gillon, R., a cura di, *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, John Wiley and Sons Ltd., 1994, p. 40. (sugestão: Finnis, J.,

*Abortion and health care ethics*, in Gillon, R. (a cura di), *Principles of Health Care Ethics*, Chichester, John Wiley and Sons Ltd., 1994, p. 40.)

Fleury, S., *Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina*, in “Revista de Saúde Pública”, São Paulo, vol. 26, n. 3, june1995, pp. 243 - 250.

Fonseca, C.O., *As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990)*, in Benchimol, J.L. (a cura di), *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz – Bio-Manguinhos, 2001.

Foucault, M., *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, 1976, in *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 2, 1971- 1977. *Poteri, saperi, strategie*, Milano, Feltrinelli, 1997., p. 202-219.

Foucault, M., *Governmentality*, in Burchell, G., Gordon, C., Miller, P. (a cura di), *The Foucault effect. Studies in governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.

Foucault, M., *La politica della salute nel XVIII secolo*, in Dal Lago A. (a cura di), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 2, 1971- 1977. *Poteri, saperi, strategie*, Milano, Feltrinelli, 1997.

Foucault, M., *Nascita della clinica*, nuova edizione, Torino, Einaudi, 1998.

Foucault, M., *O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1979, trad. it. *La nascita della medicina sociale*, in Dal Lago A. (a cura di), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 2, 1971- 1977. *Poteri, saperi, strategie*, Milano, Feltrinelli, 1997.

Frenk, J., Gomez-Dantes, O., Adams, O., Gakidou, E., *The globalization of health care*, in McKee, M., Garner, P., Stott, R. (a cura di), *International co-operation in health*, New York, Oxford University Press, 2001.

Gadamer, G. H., *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina editore, 1994.

Geertz, C., *Local knowledge. Further essays in interpretative anthropology*, New York, Basic Books, 1983, trad. it. *Antropologia interpretativa*, Bologna, Il Mulino, 2001.

Gershman, S., *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

Giovanella, L, Fleury, S., *Universalidade da Atenção a Saúde*, in Eibenschutz, C. (a cura di), *Política de Saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

Gmerk, M., *Storia del pensiero medico Occidentale*, , voll. I, II, III, Roma – Bari, Edizioni Laterza, 2007.

Godlee, F., *The World Health Organisation: WHO in crisis*, in “British Medical Journal”, n. 309, , 1994, pp. 1424 - 1428.

Goldim, J. R., da Fonte Pithan, C., Ghisleni de Oliveira, G., Mocelin Raymundo, M., *O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem*, in “Revista da Associação Médica Brasileira”, vol. 49, n. 4, 2003, p. 372-374;



Gomes Filho, J.F. *Crianças e Adolescentes no Semi-árido Brasileiro*. Recife: Unicef, 2003. 80 p. Disponibile sul sito: [http://www.unicef.org/brazil/pt/SA2003\\_parte1.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/SA2003_parte1.pdf), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

Good, B., *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Lewis Henry Morgan Lectures, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

Goodman, N., *International health organizations and their work*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1971.

Green, A., *An Introduction to Health Planning in developing countries*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999.

Gruskin, S., Tarantola, D., *Health and Human Rights*, intervento presentato al seminario dell'OMS "Health and human Rights Training" nel 2000.

Gulinelli, A., Aisawa, K. R., Konno, S. N., Morinaga, C., Costardi, W. C., Antonio, R. O., Dumarco, R. B., Moino, R. M., Katz, M., Giavarotti, S., Skarbnik, A. P. Z., Forcione, C. S., Chiba, T., Martins, M. A., *Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário*, in "Revista da Associação Médica Brasileira", vol. 50, n. 1, 2004. p. 41-47.

Haas, P. M., *Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination*, in "International Organization", vol. 46, n. 1, 1992.

Haggard, S., Kaufman, R., *The politics of economic adjustment*, New Jersey, Princeton University Press, 1992.

Halstead, S. B., Walsh J.A., Warren K. S. (a cura di), *Good health at low cost*, The Rockefeller Foundation, New York, 1985.

Hardy, E., Ferreira Bento, S., Duarte Osis, M. J., *Consentimento Informado Normatizado pela Resolução 196/96: Conhecimento e Opinião de Pesquisadores Brasileiros*, in "Rev. Bras. Ginecol. Obstet.", vol. 24, n. 1, 2002, pp. 59-65.

Häyry, H., *Individual liberty and medical control*, Aldershot, Ashgate Publishers, 1998.

Hazzard, V., *UNICEF and Women, The Long Voyage: A Historical Perspective*, New York, United Nations Children's Fund, March, 1987.

Hessler, K., Buchanan, A., *Specifying the Content of the Human Right to Health Care*, in Rhodes, R., Battin, M.P., Silvers, A., (a cura di), *Medicine and social justice: essays on the distribution of health care*, Oxford-New York, Oxford University Press, 2002, pp. 84-96.

Ikenberry, J., Kupchan, C. A., *Socialization and hegemonic power*, in "International Organization", vol. 44, n. 3, Cambridge UK, 1990.

Jonas, H., *Technik, Medizin und Ethik — Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt, Suhrkamp, 1985. trad. port. *Técnica e responsabilidade: reflexões sobre as novas tarefas da Ética*, in "Ética, medicina e técnica", Lisboa, Veja, 1994, p. 27-61.

Klein, R., *Can we restrict the Health Care Menu?*, in “Health Policy”, v. 27, n. 2, Amsterdam, 1994.

Kleinman, A., *The illness narratives*, New York, Basic Books, 1988.

Kruger, T. R., *A estratégia conselheira na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real*, Tesi di Mestrado discussa presso la facoltà di Scienze Sociali dell’Università dello Stato di Santa Caterina (UDESC), 1998.

Kruger, T. R., *O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde*, in “Planejamento e políticas públicas”, n. 22, 2000, pp. 119-144.

Labra, E., *1955-1964: o sanitário desenvolvimentista*, in Texeira, S.F. *et al.* (a cura di), “Antecedentes da Reforma sanitaria: textos de apoio”, Rio de Janeiro, Pec/Ensp, 1988.

Latouche, S., *L’Occidentalizzazione del Mondo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1997.

Latour, B., *Les microbes: guerre et paix suivi de irréductions*, Paris, A. M. Metalie, 1984.

League of Nation, *Health Organization*, Geneva, League of Nation Information Section, 1931.

Lee, K. (a cura di), *Health impacts of globalization: Towards global governance*, London, Palgrave, 2003.

Lessona, S., *Trattato di diritto sanitario*, I, Torino, Bocca, 1914.

Levcovitz, E., Garrido, N. G., *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*, in “Cadernos de Saúde da Família”, janeiro - junho 1996, n. 1, 1996, pp. 3-8.

Lewis, D., *Anthropology and development: the uneasy relationship*, in Carrier, J.G. (a cura di), *The Handbook of Economic Anthropology*, London, Edward Elgar, 2005.

Lewis, D., Mosse, D., *Encountering Order and Disjuncture: Contemporary Anthropological Perspectives on the Organization of Development*, in “Oxford Development Studies”, n. 1, vol. 34, marzo 2006.

Li, T. M., *Compromising power: development, culture and rule in Indonesia*, in “Cultural Anthropology”, n. 14, 1999, pp. 295–322.

Lima, N. T., *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões*, in *Os caminhos da saúde pública no Brasil*, Finckleman, J. (a cura di), Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

Lora, P., *Is there a right to health care?*, in “Atti della III PhD EuroConferences in Legal Philosophy - Ethics and Social Justice”, Genoa, nov. 2003, disponibile sul sito <http://www.giuri.unige.it/phd/paper/lora.pdf>, ultimo accesso 9 maggio 2008.

Luz, M. T., *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*, in “PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva”, Rio de Janeiro, n. 15 (Supplemento), 2005.

- Macedo, C. G., *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana I*, v. 100, n. 1, Brasília, gennaio 1986.
- Macero, C.G., *Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina*, Brasília – OPAS, Rappresentanza brasiliana, 1977.
- Maciocco, G., Stefanini, A., *Da Alma Ata al Global Fund*, in OISG, working paper, Gennaio 2007. Disponibile sul sito <http://www.saluteglobale.it/pagine/documentazione/Da%20Alma%20Ata%20al%20Global%20Fund.htm>
- Malighetti, R. (a cura di), *Oltre lo sviluppo, Le prospettive dell'antropologia*, Roma, Meltemi editore, 2005.
- Marques M. S., Mendes, A., *A política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça a autonomia dos gestores municipais e ao princípio de integralidade?*, in “Cadernos de Saúde Pública, vol. 18, 2002, suplemento pp. 163-171.
- Marques, R. M., Mendes, A., *Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?*, in “Ciência e saúde coletiva”, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003, pp. 403 - 415.
- Martins, A., *Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health*, in “Interface - Comunicação, Saúde, Educação”, v. 8, n. 14, p. 21-32, settembre 2003 – febbraio 2004.
- Marzocca, O., *Biopolitica*, in Brandimarte, R., et al. (a cura di), “Lessico di biopolitica”, Roma, Manifestolibri, 2006.
- Matta, G.C., *A medida da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, Tesi di dottorato sostenuta presso la Facoltà di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2005.
- Mattos, Ruben A. de, *Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, Tesi di dottorato sostenuta presso la Facoltà di Medicina Sociale dell'Università Statale di Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.
- McCarthy, M., *What's going on at the World Health Organization?*, in “The Lancet”, v. 360, n. 9340, London, 2002.
- McKeen, M., Stott, R., Garner, P. (a cura di), *Introduction*, in *International cooperation in health*, Oxford University Press Inc., New York, 2001.
- McKewon, T., *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*, Palermo, Sellerio, 1978.
- Médici, A. C., Seixas, J. C., *A saúde na América Latina e Caribe. Federação Nacional de Estabelecimentos de Saúde (FENAESS) e Hospitalar*. Feira Internacional de Produtos, Equipamentos e Serviços para Hospitais e Estabelecimentos de Saude, São Paulo, Mimeo, 1995.
- Melamed, C., Costa, N. R., *Inovações no financiamento federal à Atenção Básica*, in “Ciência e Saúde Coletiva”, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, 2003, pp. 393 - 401.

- Mendes, E. V., *Uma agenda para a saúde*, São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
- Miller, J. G., *La storia generale dei sistemi viventi*, Milano, Angeli, 1978.
- Minayo, M. C., a cura di, *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*, São Paulo, Hucitec, 1995.
- Minkler, M., *Health education, health promotion and the open society; an historical perspective*, in "Health Education Quarterly", n. 16, vol. 1, 1999, pp. 17 - 30.
- Missoni, E., Pacileo, G., *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, Milano, Edizioni Franco Angeli, 2005.
- Morris, J.M., *The origin of Unicef from 1946 to 1953*, Tesi di Dottorato in Storia Contemporanea, discussa alla Miami University, Miami, 2004.
- Mosse, D., *Is good policy unimplementable? Reflections on the ethnography of aid policy and practice*, in "Development and Change" Institute of Social Studies 2004, Malden, MA, USA, n. 35, vol. 4, 2004, pp. 639 - 671.
- Noak, H., *Concepts of health and health promotion*, in Abelin, T., Brezinski, Z., Carstairs, V. (a cura di), "Measurement in health promotion and protection", Copenhagen, WHO Regional Publication, European Series 22, 1987, pp.5-28.
- Nunes, E., *As ciências sociais na América Latina*, Brasília, OPAS, 1985.
- Nussbaum, M., *Compassion and terror*, in Sterba, J., (a cura di), *Terrorism and International Justice*, New York, Oxford University Press, 2003, trad. it., *Compassione e terrore*, in "Iride: Filosofia e Discussione Pubblica", v. 16, n. 38, 2003, pp. 23-46.
- Office Internationale d'Hygiène Publique, *Vingt-cinq ans d'activité de l'OIHP*, Paris, OIHP, 1933.
- Oliveira, F. de, *O surgimento do anti-valor: capital, força de trabalho e fundo público*, in "Novos Estudos Cebrap", São Paulo, n. 22, 1988, pp. 8-28.
- OPAS, *Historia de la Organizacion Pan Americana de la Salud*, Washington D.C., OPAS, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, 3. *Plan decenal de salud para las Americas : Informe final / Ten year health plan for the Americas: Final Report*. Washington, D.C; ene. 1973. 146 p. (OPS. Documento Oficial, 118). Disponible sul sito: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=34900&indexSearch=ID>, ultimo accesso 9 marzo 2009
- Pandolfi, M., *Boundaries inside the body: women's suffering in Southern peasant Italy*, in "Culture, medicine and Psychiatry", 1990, n. 2, pp. 255-273.
- Panseri, G., *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria nei vari Stati Italiani*, in *Storia d'Italia*, Einaudi, Annali, III, 1980.
- Parker, R., Mattos, R. A., Veriano Terto, J., *As estrategias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil*, in Barros, F. (a cura di), *As estratégias dos bancos multilaterais para o Brasil*, Brasília, Rede Brasil, 2001.

- Parodi, A., *Storie della medicina*, Torino, Edizioni di Comunità, 2002.
- Parsons, T., *Il sistema sociale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1965.
- Parsons, T., *Famiglia e socializzazione*, Milano, Mondadori, 1974.
- Peard, J. G., *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazil*, Durham, North Carolina, Duke University Press, 1999.
- Penna, B., *O saneamento do Brasil*, Rio de Janeiro, Typographia Revista dos Tribunaes, 1918, citato in Peard, J. G., *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazil*, Durham, North Carolina, Duke University Press, 1999.
- Pereira da Silva, L., de Oliveira, F., Muccioli, C., *O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção*, in “Arquivo Brasileiro de Oftalmologia”, vol. 68, n. 5, 2005, pp. 704-707.
- Plaut, M., Hghes, J., Berkelman, R., *A global theme issues on emerging and re-emerging global microbial threats*, in “Journal of the American Medical Associations”, n. 27.
- Porter, R., *The great benefit of humanity: a medical history of humanity*, London – New York, W.W. Norton and Company, 1998.
- Pretty c. Regno Unito, 29 aprile 2002, in *Foro it.*, 2003, IV
- Regonini, G., *Estado de Bem-Estar Social*, in Bobbio, N., et al., *Dicionário de Política*, Brasília, UnB, 1986. p.416.
- Rezende de Carvalho, M. A., Lima, N. V. T., *O argumento histórico nas análises de saúde coletiva*, in Fleury, S. (a cura di), *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Abrasco/Relume Dumarà, 1992.
- Rist, G., *Lo sviluppo: storia di una credenza occidentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1997.
- Rocha de Medeiros, P., *Banco Mundial e Saúde: a marcha liberal dos anos 90*, in “Estudos em Saúde Coletiva”, n. 196, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999, p. 19.
- Rodotà, S., *Dal soggetto alla persona*, in “Filosofia Politica”, anno XXI, n. 3, dicembre 2007.
- Rodotà, S., *La vita e le regole, tra diritto e non diritto*, Roma, Feltrinelli, 2006.
- Rodotà, S., *La volontà delle scelte*, in *Dialoghi di bioetica*, in Bonacchi, G. (a cura di), “Dialoghi di bioetica”, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Roma, Carocci editore, 2003.
- Rodrigues Gil, C. R., *Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família*, in “Cadernos de Saúde Pública”, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, junho 2006.
- Rosanvalon, P., *L'Etat en France*, Paris, Seuil, 1990.

Rosen, G., *A history of Public Health*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1993.

Rosen, G., *A theory of medical historiography*, in “Bulletin of the history of medicine”, 1940, VIII, p. 655 - 665.

Rossi, B., *Order and disjuncture: theoretical shifts in the anthropology of aid and development*, in “Current Anthropology”, n. 45, vol. 4, pp. 556–561, 2004.

Ruger, J. P., *Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements*, Yale Journal of Law & the Humanities, vol. 18, pp. 273-326, 2006. Disponibile sul sito <http://ssrn.com/abstract=933009>.

Ruger, J.P., *Health and development*, in “The Lancet”, vol 362, Aug. 2003.

Sabroza, P.C., *Saúde pública: procurando os limites da crise*, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, 1994.

Santos, W. G., *Razões da desordem*, Rio de Janeiro, Editora Rocco, 1993.

Santosouso, A., *Volontà e autonomia: paradigmi giuridici della persona*, in Bonacchi, G. (a cura di), *Dialoghi di bioetica*, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Roma, Carocci editore, 2003.

Santosuosso, A., *Corpo e libertà, una storia tra diritto e scienza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.

Santosuosso, A., *Evoluzione del concetto di “salute”*, in Bonacchi, G. (a cura di), “Dialoghi di bioetica”, Annali della Fondazione Lelio e Lisli Basso 2002, Roma, Carocci editore, 2003.

Saracci, R., *The World Health Organization needs to reconsider its definition of health*, in British Medical Journal, vol. 314, no. 7091, 10 May 1997, pp. 1409 - 1410.

Schirripa, P., *Le politiche della cura*, Lecce, Argo, 2005.

Schramm, F. R., *Health is a right or an obligation? A self-critical evaluation of public health*, in “Revista Brasileira de Bioética”, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 2, 2006, pp. 187 - 200.

Scliar, M., *Oswaldo Cruz e Carlos Chagas: o nascimento da ciência no Brasil*, São Paulo, Odisseus, 2002.

Scudeller, P., *L'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Tesi di Laurea sostenuta presso l'Università degli Studi di Pavia, Pavia, 2000, Pubblicazione Centro Studi per la Pace. Disponibile online sul sito: <http://www.studiperlapace.it>.

Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais), *Saúde da Família*, Belo Horizonte (MG), SES, 1997.

Seibel, E. J., *Cultura política e gestão pública: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas*, Florianópolis, 1997.

Sen, A., *Health in development. Keynote address by Professor Amartya Sen to the Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, WHO, A52/DIV/18 Maggio 1999.

- Sen, A., *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Milano, Mondadori, 2000.
- Shrimpton, R., *Ecologia da desnutrição na infância: análise da evidência das relações entre variáveis sócio-econômicas e estado nutricional*, Brasília, IPEA/UNICEF, 1996.
- Sigerist, H., *Medicine and human welfare*, New Haven, Yale University Press, 1941.
- Silva Bretas, da, J. R., Pereira, S. R., *Um espaço para formação profissional e promoção da saúde*, in “Trabalho, educação e saúde”, v. 5, n. 2, 2007, Rio de Janeiro, pp. 317 – 327.
- Silvestre, R., *A horizontalização da cooperação técnica internacional: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil*, Tesi di Mestrado sostenuta presso la Facoltà di Scienze Politiche, Università di Brasília, Brasile, 2007.
- Soares, J.C.R.S, Camargo Jr., K.R., *A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde*, in “Interface - Comunicação, Saúde, Educação”, v. 11, n. 21, janeiro/abril 2007.
- Soper, F., *El Aedes Aegythi y la fiebre amarilla*, Bollettino dell'Organizzazione Sanitaria Pan Americana, vol. 64, n. 3, 1968.
- Soper, F., *Informe sobre o Programa da Oficina Sanitaria Pan-Americana*, in “Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana”, n.11, anno 27, 1948.
- Starfield, B. (a cura di), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- Stefanini, A., *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*, Bologna, EMI, 1997.
- Stewart, F., Deneulin, S., *Amartya Sen's Contribution to Development Thinking*, in “Studies in Comparative International Development”, n. 37 vol. 2, 2002.
- Stiglitz, J., *La globalizzazione ed i suoi oppositori*, Torino, Einaudi, 2002.
- Swaan, A., *Conclusion: the collectivizing process and its consequences*, in *In care of the State: health care, education and welfare in Europe and the USA in the Modern Era*, Cambridge, Polity Press, 1988 p. 218-57.
- Teixeira, M., *Ética e saúde: as dores do seu contexto*, in “Divulgação em Saúde para Debate”, n. 17, Londrina, março, 1997.
- Teixeira, S. M. F., *As ciências sociais em saúde no Brasil*, in Nunes, E. D. (a cura di), *As ciências sociais na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília, OPAS/OMS, 1985.
- Testa, M., *Pensar em saúde*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- Townsend, P., Davidson, N., *Inequalities in Health. The Black Report*, London, Penguin, 1983.

Trindade Lima, N., *O Brasil e a Organização Pan Americana da Saúde: uma historia em três dimensões*, in Finkleman, J., *Caminhos da saúde pública no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

Trindade Lima, N., *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde*, in Finkelman, J., *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

Vacalis, T., Barlett, C., Shapiro, C., *Electronic communication and the future of international public health surveillance*, in “Emerging Infectious disease”, 1995, vol. 1, n. 1.

Vasconcelos, E.M., *Educação Popular e a atenção a saúde da família*, São Paulo, Editora Hucitec – Ministério da Saúde, 1999.

Viana Costa, O., *Acesso a serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo: universalização e reprodução de desigualdades sociais*, Conferência Nacional de Estatística – Confestat., Rio de Janeiro, 1996 (Textos para discussão, vol. 2).

Viana Costa, O., *Direito à Saúde no Brasil, entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes*, in “Sao Paulo em perspectiva”, Fundação Seade, vol. 13, n. 3, 1999, pp.137-143

Viana, A. L. A., Dal Poz, M. R., *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*, Ottawa – Rio de Janeiro, CIID, 1998.

Viana, A. L. D., Dal Poz, M. R., *A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família*, in “Physis: Revista de Saúde Coletiva”, Rio de Janeiro, n. 8, 1998, pp. 11- 48

Von Wartburg, W. P., *Right to Health as a Human Right*, Aja, 1978.

Walsh, A., Warren, K.S., *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*, in “New England Journal of Medicine”, v. 301, n. 18, 1979.

Walt, G., *Globalization of international health*, in “The Lancet”, v. 351, n. 9100, London, 1998.

Walt, G., *Health Policy. An Introduction to Process and Power*, London, Zed Books, 1994.

Warren, K. S., *The evolution of selective primary health care*, in “Social Science and Medicine”, vol. 26. n. 9, 1988, pp. 891-898.

Wolfe, B., *Health economics*, in Durlauf, S. N., Blume, L. (a cura di), “The New Palgrave Dictionary of Economics”, seconda edizione, Palgrave Macmillan, 2008.

Wolfenshon, J. D., *The impact of AIDS on Peace and Security in Africa: War on AIDS, free from poverty, free from AIDS*, Conferenza tenuta presso il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite il 10 gennaio 2000, disponibile sul sito [www.worldbank.org/html/extdr/exteme/jdwsp011000.htm](http://www.worldbank.org/html/extdr/exteme/jdwsp011000.htm).



Wolfensohn, J., *Coalizioni per il Cambiamento*. Discorso tenuto davanti alla Giunta dei Governatori. Washington, 28 settembre 1999. Disponibile sul sito [www.worldbank.org/html/exdtr/am99/jdw-sp/index.htm](http://www.worldbank.org/html/exdtr/am99/jdw-sp/index.htm).

Wright, A. L., Bauer, M., Naylor, A., Sutcliffe, E., Clark, L., *Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level*. In "Pediatrics", vol. 101, n. 5, pp. 837-844.

Yach D., *Health and illness: the definition of the World Health Organization*, Geneva, WHO, 1998, disponibile sul sito: [http://www.medin-ethik.ch/publik/health\\_illness.htm](http://www.medin-ethik.ch/publik/health_illness.htm).

Yamey, G., *Why does the world still needs WHO?*, British Medical Journal, v. 325, n. 7375, Novembre 2002.

Young, A., *The anthropology of illness and sickness*, in "Annual reviews of anthropology", n. 11, Palo Alto, 1982, pp. 257-285.

Ziino, G., *Sanità Pubblica*, in *Enciclopedia Giuridica Italiana*, vol. XV, parte I, Milano, Società Editrice Libreria, 1905.

Zubaran Goldania, M., Benattia, R., Moura da Silva, A. A., Bettiolc, H., Westphal Correea, J. C., Tietzmann, M., Barbieri, M. A., *Redução das desigualdades na mortalidade infantil no Brasil*, in *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 36, n. 4, Aug. 2002, pp. 478-83.

### **Documenti Consultati**

Atti del Meeting di Bellagio, [http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=271533&TN=Popline&AC=QBE\\_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay](http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=271533&TN=Popline&AC=QBE_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay), ultimo accesso 30 dicembre 2008.

Boletín de la Oficina Pan Americana de Salud, *Carta del Este*, vol. 7, n. 17, p. 315 - 332, 09/02/1961.

Bollettino dell'Organizzazione Sanitaria Pan-Americana, vol. 108/109, n. 5 - 6, novembre e dicembre 1990.

Brasil, Ministério da Saúde. *Pacto Nacional Um Mundo para a Criança e o Adolescente do Semi-Árido*. Disponibile sul sito: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_nacional.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional.pdf), ultimo accesso 11 marzo 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 10 ottobre 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 16 ottobre 1996. Disponibile sul sito: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>, ultimo accesso ???.

Brasil. Instituto Nacional do Semiárido. Disponibile sul sito: <http://www.insa.gov.br>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, *Avaliação do documento: The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*, Brasília, Mimeo, 1994, p. 4.

Brasil. Ministério da Saúde, *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*, Brasília (DF), MS, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Câmara Técnica de Medicamentos. *Resolução Normativa 1/78, del 30 agosto 1978*. Dispone della sistematizzazione della sperimentazione terapeutica e di tutti gli aspetti coinvolti nel processo sin dalle sue prime fasi. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXVI; n. 198, p. 16746, 17 ottobre 1978. Sezione 1- Parte 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 01/88, del 13 giugno 1988*. Dispone dell'approvazione di norme sulla sperimentazione sanitaria. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXXVI, n. 110, p. 10713, 14 giugno 1988. Sezione 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED). *Portaria nº 16, del 27 novembre 1981*. Dispone dell'istituzione standard dei Termini di Conoscenza dei Rischi nelle sperimentazioni con farmaci non registrati dalla DIMED, o con posologie non ancora approvate, o con prodotti importati ancora non analizzati dalla DIMED. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, anno CXIX; n. 235, p. 23745, 17 ottobre 1981. Sezione 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Executiva do Departamento de Apoio à Descentralização/coordenação – Geral de Apoio à Gestão Centralizada. *Regulamento. Pactos pela Vida e de Gestão, Consolidação do Sistema Unico de Saúde. Pubblicato all'interno della Portaria GM n. 399, del 22 febbraio 2006*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Executiva do Departamento de Apoio à Descentralização/coordenação – Geral de Apoio à Gestão Centralizada. *Pactos pela Vida em defesa do SUS de Gestão. Diretrizes Operacionais. Pubblicato all'interno della Portaria GM n. 399, del 22 febbraio 2006. Pubblicato all'interno della Portaria n. 648/GM, del 28 marzo 2006*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Executiva do Departamento de Apoio à Descentralização/coordenação – Geral de Apoio à Gestão Centralizada. *Politica Nacional de Atenção Basica (PNAB)*.

Brasil. Presidência da República, *Lei 8.080, del 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponibile sul sito: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

Brasil. Presidência da República, *Lei 8.142, de 28 dezembro 1990*, sulla partecipazione della comunità alla gestione del Sistema Único de Saúde (SUS) e sul trasferimento intergovernativo di risorse finanziarie nel settore sanitario. Disponibile sul sito: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

Brasil. Presidência da República. Lei n. 10/406 del 10 gennaio 2002, disponibile sul sito: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>, ultimo accesso 9 marzo 2009.

Carta dei Principi per la Protezione delle Persone con Disturbi Mentali e per il Miglioramento delle Cure Mediche del 1991.

Conselho Federal de Medicina (CFM), *Código de Ética Médica. Resolução CFM 1246/88*, Rio de Janeiro, Idéia & Produções, 1988, p. 25.

Consiglio d'Europa, *Convenzione di Oviedo*, Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina), 1997, Disponibile sul sito: <http://www.portaledibioetica.it/documenti/001306/001306.htm>.

Consiglio d'Europa, *Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, Adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 4 novembre 1950. Entrata in vigore il 3 settembre 1953. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/27008it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/27008it.pdf).

Convenzione della Lega delle Nazioni Unite, 1919, Ginevra. Disponibile sul sito: [http://avalon.law.yale.edu/20th\\_century/leagcov.asp](http://avalon.law.yale.edu/20th_century/leagcov.asp), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

Costituzione della Repubblica Federativa del Brasile.

Costituzione della Repubblica Italiana, disponibile sul sito: <http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

Dichiarazione di *Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Disponibile sul sito <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, ultimo accesso 3 giugno 2009.

Dichiarazione Universale per lo Sradicamento della Fame e della Malnutrizione del 1974.

E. Minelli, World Health Organization, *The mandate of a specialized agency of the United Nations*, disponibile sul sito [http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO\\_Minelli/Index.htm](http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/Index.htm).

Gazeta de Notícias, 14 de novembro de 1904.

Institute of Medicine, *Future of Public Health*, Washington DC, National Academy Press, 1988.

ONU, *Carta delle Nazioni Unite*, Statuto delle Nazioni Unite, adottato il 26 giugno 1945 a San Francisco, a conclusione della Conferenza delle Nazioni Unite sull'Organizzazione Internazionale. Entrato in vigore il 24 ottobre 1945. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21000it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21000it.pdf).

ONU, Consiglio Economico e Sociale, CESCR, *Substantive Issues Arising in The Implementation of the International Covenant On Economic, Social And Cultural Rightscescr - General Comment No. 14*, Geneva, 25 April - 12 May 2000, disponibile sul sito: <http://www.fao.org/righttofood/KC/downloads/vl/docs/AH354.pdf>.

ONU, *Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)*, Adottata dall'Assemblea generale delle NU il 18.12.1979, in vigore internazionale dal 3.9.1981. Il testo in italiano è disponibile sul

sito:

[http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/giornata\\_violenza\\_donne/Convenzione.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/giornata_violenza_donne/Convenzione.pdf).

ONU, *Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Razziale*, Adottata dall'Assemblea Generale con la risoluzione 2106 (XX) del 21 dicembre 1965. Entrata in vigore il 4 gennaio 1969. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/09001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/09001it.pdf).

ONU, *Convenzione Sui Diritti dell'Infanzia*, 20 Novembre 1989, New York. Il testo in italiano è disponibile sul sito: <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/51>.

ONU, *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, proclamata dall'Assemblea Generale con la risoluzione 3447 (XXX) del 9 dicembre 1975, New York. Disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_temi/disabilit%C3%A0/ris3447ag.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_temi/disabilit%C3%A0/ris3447ag.pdf).

ONU, *Dichiarazione delle NU sui Diritti delle Persone con Ritardo Mentale*, proclamata con risoluzione dell'Assemblea Generale 2856 (XXVI) del 20 Dicembre 1971, New York.

ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, adottata e proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 217A (III) del 10 dicembre 1948. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21001it.pdf)

ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, adottato dall'Assemblea Generale il 16 dicembre 1966 con la risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966. Entrato in vigore il 3 gennaio 1976. Il testo in italiano è disponibile sul sito: <http://www.centrodirittiumani.unipd.it/scuola0304/documenti/04pattoes.pdf>.

ONU, *Patto per i Diritti Civili e Politici*, adottato dall'Assemblea Generale il 16 dicembre 1966 con la risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966. Entrato in vigore il 23 marzo 1976. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21003it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21003it.pdf).

OPAS / OMS, *La repercucion del Programa Ampliado de Inmunizacion y la Erradicacion de la Poliomieltis en los Sistemas de Salud en las Americas*, Rapporto della Commissione Taylor, Washington D.C., OPAS, Marzo 1995.

OPAS, *Historia de la Organizacion Pan Americana de la Salud*, Washington D.C., OPAS, 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, 3. *Plan decenal de salud para las Americas : Informe final / Ten year health plan for the Americas: Final Report*. Washington, D.C; ene. 1973. 146 p. (OPS. Documento Oficial, 118). Disponibile sul sito: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=34900&indexSearch=ID>, ultimo accesso 9 marzo 2009

The International Bank for Reconstruction and Development, *World Development Report 1993, Investing in Health*, New York, Oxford University Press, 1993.

UNICEF History Project, *The contribution of UNICEF to the peace process*, New York, UNICEF History Project, HIST/50 (Provvisorio), gennaio 1986

UNICEF, *Child Friendly Cities*. Disponibile sul sito: <http://www.childfriendlycities.org/index.html>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

UNICEF, *Pacto Nacional Um Mundo para a Criança e o Adolescente do Semi-Árido*. Disponibile sul sito: [http://www.unicef.org/brazil/pt/where\\_9762.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/where_9762.htm), ultimo accesso 11 marzo 2009.

UNICEF, *Panorama nutricional*, in *A infância brasileira nos anos 90*, Brasília. 1998; UNICEF, *Situação da criança brasileira 2007*, Brasília, 2007.

UNICEF, *Selo - Município Aprovado. Resultados de dois anos de implementação no Semi-árido brasileiro (2005/2006)*, 2007.

UNICEF. *Projetos apoiados pelo Unicef no Brasil*. Disponibile sul sito: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10188.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10188.htm), ultimo accesso 3 gennaio 2009.

UNICEF. *Selo Unicef Município Aprovado*. Disponibile sul sito: <http://www.selounicef.org.br/2006/>, ultimo accesso 15 marzo 2009.

Unione Europea, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, Adottata al Consiglio Europeo di Nizza, il 7 dicembre 2000. Documento 2000/C 364/01 IT. Pubblicato sulla Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, C 364/1, 18 dicembre 2000. Il testo in italiano è disponibile sul sito: [http://www.centrodirittumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/27007it.pdf](http://www.centrodirittumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/27007it.pdf).

United Nations, E/ICEF/160, *Rapporto Conclusivo della Prima Sessione del Comitato Esecutivo, United Nations International Children's Emergency Fund*, New York, Economic and Social Council Official Records, 22 gennaio 1951.

United Nations, *Risoluzione dell'Assemblea Generale 215 (III) intitolata "Extension during 1949 of the United Nations Appeal for Children"*, New York, Economic and Social Council Official Documents, 1948-49.

United Nations. *Millennium Development Goals*. Disponibile sui siti: <http://development-goals.org/>, <http://www.un.org/millenniumgoals>.

UNRRA Joint Resolution, *Resolution by the U.S. Congress November 9, 1943 approving U.S. participation in UNRRA*, Washington, D.C, U.S. Congressional Record, 1943.

UNRRA, *Tenth Report to Congress on Operations of UNRRA Under the Act of March 28, 1944 as of December 31, 1946*, Washington, DC, United States Government Printing Office, Department of State Publication. 2800, 1947.

UNRRA, *The Story of UNRRA*, pubblicata il 15 febbraio 1948 dall'*Office of Public Information*, della *United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, Washington DC.

WHO, *Dichiarazione di Alma Ata, 1978*, disponibile sul sito [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html).

WHO, *Glossary of Health Care Terminology*, Public Health in Europe series, n. 4, Copenhagen, 1975.

WHO, *Introducing WHO*, Geneva, 1976.

WHO, *Macroeconomics and Health*, disponibile sul sito: [www.who.int/macrohealth/en/](http://www.who.int/macrohealth/en/).

WHO, *Manual*, disponibile sul sito: <http://www.policy.who.int>.

World Bank, *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options*, v. 1, Washington DC, 1988, p. 3.

World Bank, *Brazil. The new challenge for adult health*, Washington DC, 1990.

World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington, World Bank, 1987.

World Bank, *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*, 1993.

World Bank, *Understanding Poverty*. Disponibile sul sito: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20153855~menuPK:373757~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>.

World Bank, *World Development Report: investing in health*, N.Y., Oxford University Press, New York, 1993.

World Health Organization, *Constitution*, in *Basic Documents*, 36° ed., Ginevra, 1986. Disponibile sul sito internet: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf), ultimo accesso 3 giugno 2009.

### **Colloqui e interviste registrate**

Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 1 novembre 2007 presso l'Ufficio regionale Unicef di Recife a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Ana Azevedo il 7 novembre 2007 presso l'Ufficio regionale Unicef di Recife a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Veronica Bezerra il 5 novembre 2007 presso il palazzo del Governo dello Stato della Paraíba, Joao Pessoa, Paraíba (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Maria da Guia il 10 agosto 2007 presso la sede del Comune di Pombal, Paraíba (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Katia Pintor, direttrice della ONG brasiliana 'Umbú Ganzà' il 31 ottobre 2007 presso la sede dell'organizzazione, a Recife (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Lorenzo Delaini il 1 novembre 2007 presso la sede centrale della Remar, Joao Pessoa, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Maria José Santos, referente della società civile nel progetto *Selo – Município Aprovado* per la Paraíba, il 16 ottobre 2007 presso la sede della ONG ‘Remar’, Joao Pessoa (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Conceição Cardoso il 1 novembre 2007 presso la sede dell’Unicef di Recife, Pernambuco (BR), a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Zuleica Albuquerque, consulente OMS e coordinatrice dei programmi di Salute della famiglia e salute ambientale (Promozione della salute), esperta nutrizionista, il 12 aprile 2007 presso l’Ufficio Nazione dell’OMS in Brasile, Brasilia, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Fernanda Nahuiz, direttrice del CEDOS – centro di documentazione dell’OMS/OPAS di Brasilia, il 13 aprile 2007 Ufficio Nazione dell’OMS in Brasile, Brasilia, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da André Luis Bonifacio de Carvalho, direttore del dipartimento di sostegno alla decentralizzazione dei servizi sanitari del Ministero della Salute brasiliano, presso i locali del Ministero, Brasilia, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Simione Silva, responsabile delle relazioni con la società civile del Ministero della Salute brasiliano, dipartimento di sostegno alla decentralizzazione dei servizi sanitari, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 14 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Ana Maria Costa, responsabile delle relazioni con l’Organizzazione Mondiale della Sanità, settore relazioni internazionali del Ministero della Salute brasiliano, Brasilia, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Rosa Maria Silvestre, consulente OMS/OPAS “Programmi Speciali” e collaboratrice del Ministero della Salute brasiliano, Brasilia, il 14 aprile 2007, presso la sede dell’Ufficio Nazione dell’OMS in Brasile, Brasilia, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Hortence Marcier, responsabile del Programma di Estensione del PSF (PROESF) in tutti i municipi del Brasile – del Ministero della Salute brasiliano, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 15 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

Intervista rilasciata da Iracema de Almeida Benevides, coordinatrice dell’area *Follow up* e Valutazione del Programma Salute della Famiglia del Ministero della Salute, Brasilia, presso i locali del Ministero, il 16 aprile 2007, a Raffaella Greco Tonegutti.

Testimonianza di Josè Roberto Ferreira raccolta da Nisia Trindade Lima per l’Archivio Oswaldo Cruz, 2002, Fiocruz, Rio de Janeiro.