

Il diritto alla salute

Premessa

Una trattazione adeguata ed esauriente del tema «il diritto alla salute» richiederebbe non solo uno spazio redazionale assai più ampio di quanto non sia concesso dalle opportune scelte di questa Rivista, ma anche – e soprattutto – una competenza che certamente non caratterizza la formazione di chi scrive. In un certo senso, anzi, l'essere medico potrebbe costituire più un handicap che un titolo qualificante, posto che – come è stato osservato – se un rischio corre oggi (ma non solo da oggi) qualunque discorso in tema di salute è proprio quello di rimanere confinato entro prospettive esclusivamente di ordine medico o, comunque, sanitario. Accogliendo tale provocatorio richiamo, si può, tuttavia, osservare che la particolare mentalità che l'esperienza e la metodologia medico-legale contribuiscono ad acquisire consente un approccio al tema in termini che, lungi dal pretendersi esaurienti, possono in qualche misura contribuire a cogliere alcune dimensioni essenziali di questo diritto così fondamentale per la convivenza sociale, oltre che per gli intuibili interessi di ciascun cittadino¹.

Si intendono, dunque, proporre di seguito alcuni spunti di riflessione, con l'unica pretesa di stimolare un dibattito a più voci che sia anche coerente con le linee ispiratrici di questa Rivista: operare per la promozione e non solo per il semplice riconoscimento dei diritti umani fondamentali; valorizzare il ruolo delle istituzioni scientifiche perché, in concorso pluridisciplinare, ciascuna sappia fornire contributi originali per la loro realizzazione sempre più piena; formulare alcune ipotesi di pedagogia attiva dei diritti stessi.

* Straordinario di Medicina legale, Università di Padova.

¹ Una originale ed acuta analisi dei contributi che la Medicina legale è in grado di fornire per rendere attuale il «diritto alla salute» è stata condotta da Anna Aprile nell'elaborato scritto presentato alla conclusione del «II° Corso di Perfezionamento sui Diritti dell'Uomo e dei Popoli», organizzato dal Centro di Studi e di Formazione sui Diritti dell'Uomo e dei Popoli dell'Università di Padova, (A. Aprile: «Diritto alla salute: una prospettiva medico legale», Anno accademico 1986/87).

Il diritto alla salute: una conquista progressiva

Il diritto alla salute si colloca tra i diritti economici, sociali e culturali sanciti dalle carte internazionali.

Questo richiamo preliminare assume importanza sotto profili diversi. In primo luogo – seguendo la impostazione della *Rivista* – consente di uscire da una visione troppo tecnica, o comunque limitativa, del tema e verificarne le dimensioni essenziali, che non possono non valere per tutti gli uomini e per tutti i popoli.

In secondo luogo perché questa particolare collocazione sta a significare che anche il diritto alla salute appartiene a quella categoria di diritti la cui realizzazione non può che essere progressiva e, al tempo stesso, condizionata da una serie di fattori che vanno dall'impiego di rilevanti risorse economiche alla realizzazione di infrastrutture via via fino ad una sempre più ampia partecipazione dei cittadini, fattori senza i quali nessuno può dunque illudersi che l'obiettivo possa, quasi magicamente, attuarsi.

Infine perché – in logica conseguenza dei due precedenti rilievi – ogni analisi delle sue implicanze va situata storicamente e vista, al tempo stesso, in una visione sovranazionale.

Da quest'ultima considerazione possiamo senz'altro muovere per ricordare alcuni riferimenti che, significativamente, costituiscono un parallelo pressoché puntuale tra le principali enunciazioni internazionali in tema di diritto alla salute e le tappe fondamentali della legislazione in materia nel nostro paese.

Due sono, a tutt'oggi, i periodi di questi ultimi decenni ai quali occorre fare principalmente riferimento. Negli anni immediatamente successivi alla conclusione del secondo conflitto mondiale, in pratica dal 1946 al 1948, vengono elaborate la Carta costitutiva dell'ONU e della sua organizzazione specializzata per i problemi della salute (OMS), nonché la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo. Nello stesso periodo il diritto alla salute viene incluso nella Costituzione italiana, tra i diritti fondamentali tutelati dalla Repubblica, ma già l'anno precedente l'Italia, sottoscrivendo l'atto di costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, aveva dichiarato di dividerne, in modo anche formalmente esplicito, la definizione di salute².

Sul finire degli anni 70 entra in vigore il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali e si svolge ad Alma Ata la conferenza internazionale promossa dall'OMS sulla medicina di primo intervento, in una prospettiva nuova della politica mondiale della salute. Parallelamente si giunge, in Italia, alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e si pongono le premesse normative per la realizzazione del dettato costituzionale.

Una lettura a ritroso consente dunque di scoprire come solo di recente la riflessione sul diritto alla salute sia passata dalle enunciazioni di principio ad un approfondimento delle loro concrete implicanze. Si tratta di una constatazione che, se può lasciare sorpresi per questo lungo intervallo, dice chiaramente come la conquista di questo diritto sia per sua stessa natura lenta e progressiva e giustifica l'impegno verso ogni possibile apporto di ulteriore chiarificazione. Nonostante i quarant'anni trascorsi dalla entrata in vigore della Costituzione, possiamo dunque

² Decreto Legge C.P.S. 4.3.1947, n. 1068.

dire che la riflessione sul diritto alla salute e le sue conseguenze operative è ancora giovane ed aperta ai contributi di ogni disciplina.

Rilettura dell'articolo 32 della Costituzione

Il punto di partenza per la nostra riflessione è obbligato: l'art. 32 della Costituzione. Intendiamo proporre alcuni spunti di lettura alla luce anche di altri riferimenti normativi, a cominciare dai principi fondamentali enunciati dalla stessa carta costituzionale.

«*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo...*» Dall'accostamento con l'art. 3 Cost. emerge che il diritto alla salute non può essere negato ad alcuno né la sua realizzazione può essere condizionata da fattori personali o sociali. Come si dirà più oltre, esso riguarda anche il malato grave o incurabile, persino il morente. Dall'accostamento con l'art. 13 Cost. si comprende come la salute costituisca condizione di libertà, concetto già efficacemente proposto nel dibattito in seno all'Assemblea Costituente³.

«*... e interesse della collettività...*». In tema di salute gli aspetti individuali sono profondamente connessi con quelli sociali. Perché ciascuno abbia la salute è necessario che vi sia un coinvolgimento sociale non tanto (o non solo) sotto il profilo economico-organizzativo quanto soprattutto sotto quello della partecipazione attiva di tutti ad un interesse comune. Il richiamo è all'art. 2^a Cost., che afferma il principio solidaristico: per garantire, appunto, i diritti fondamentali di ogni uomo, la Repubblica richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. Tanto più compiuta – in particolare proprio in tema di salute – sarà la realizzazione di un diritto, quanto più ampio e “collettivo” sarà il contributo di tutti i cittadini. Significativo appare, dunque, che nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale la attuazione del dettato costituzionale sia subordinata alla garanzia della “partecipazione dei cittadini”. A sua volta – e nello stesso momento storico – la dichiarazione di Alma Ata riconosce che in mancanza di una diretta assunzione di attiva responsabilità da parte dei cittadini, gran parte delle iniziative sono destinate a rimanere inefficaci.

«*Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*». Al di là del più accessibile significato di difesa della libertà di ogni cittadino anche dinanzi alle scelte che riguardano la propria salute, la affermazione contenuta nel secondo comma dell'art. 32 va oggi vista anche in una chiave di lettura positiva: la tutela della salute esige, ordinariamente, una adesione libera e convinta, in altri termini un ruolo attivo e consapevole di chi solitamente – e la casistica medica è in tal senso purtroppo ricca di esempi – viene ritenuto semplice destinatario passivo dell'intervento sanitario. Anche in questo caso troviamo una esatta rispondenza del principio costituzionale nella legge 833/78, che pone l'educazione alla salute al primo posto tra le modalità che assicurano la realizzazione delle finalità del S.S.N. e quindi, in sostanza, dello stesso dettato dell'art. 32.

³ «*La salute è il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo*» (intervento dell'On. Merighi, in Costituzione della Repubblica nei lavori prep., II, pag. 1219).

La definizione di salute

Una maggior comprensione del dettato costituzionale contenuto nell'art. 32 esige, a questo punto, il richiamo della definizione di salute contenuta nell'atto costitutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità, tanto più significativo se si considera che – come già accennato – essa è stata recepita nell'ordinamento italiano fin dal 1947, e cioè storicamente prima ancora della promulgazione della Costituzione. Si tratta di una definizione piuttosto nota⁴ ma non per questo sempre adeguatamente compresa nelle sue concrete implicanze, che appaiono in realtà tali da provocare – se applicate – conseguenze che non si deve esitare a definire rivoluzionarie nelle iniziative e soprattutto nella mentalità di chi operi per la realizzazione del diritto alla salute.

Sempre limitandoci ad alcuni spunti di riflessione, intendiamo soffermarci sulla particolare articolazione di tale enunciato, che prevede una serie di concetti tra loro, almeno apparentemente, contrapposti.

«*Salute non è solo assenza di malattia, ma stato di completo benessere*». Questa affermazione sintetizza efficacemente l'evoluzione del pensiero moderno che, nel giro di un periodo relativamente breve di tempo, ha progressivamente esteso la propria attenzione, in tema di sanità, dalla cura del paziente malato alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute. Questa evoluzione, che è stata anche indicata come il passaggio dalla scienza clinica alla scienza della sanità pubblica ed, infine, alla scienza della sanità politica, suggerisce due brevi deduzioni.

Volutamente si è usato il termine “esteso”, perché l'attenzione ai problemi sanitari della popolazione e le iniziative di promozione della salute non possono far ignorare l'esigenza di combattere le malattie esistenti. In realtà la definizione dell'OMS non si basa su una contrapposizione ma sulla opportuna integrazione dei due concetti, l'uno negativo (assenza di malattia) e l'altro positivo (promozione del benessere), entrambi necessari ed anzi – come si dirà meglio più oltre – relativi a due condizioni (malattia e benessere) non così agevolmente tra loro separabili.

La seconda deduzione riguarda gli obiettivi e, contestualmente, le competenze di chi opera nel campo della salute. Nella mentalità corrente (ma anche nella perdurante priorità delle scelte politiche) la assenza di malattia si ottiene pressoché esclusivamente con l'impegno terapeutico, dando cioè per scontato che le malattie siano in ogni caso inevitabili. Di qui il netto prevalere delle strutture con finalità curative (si pensi, in particolare, agli ospedali) nonché della formazione del personale sanitario secondo un'ottica del medesimo segno. A quasi dieci anni dalla approvazione della legge n. 833/78 le altre prestazioni previste dalla riforma e, in primo luogo, proprio le iniziative di prevenzione risultano ancora scarsamente considerate: le USL senza l'attivazione dei distretti contraddicono i principi stessi che hanno ispirato l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la filosofia della conferenza di Alma Ata. Quanto poi alle competenze degli operatori, è evidente che all'iniziale monopolio dei clinici (era della scienza clinica, centrata sul paziente) si deve sostituire in primo luogo il riconoscimento di altri ruoli pure

⁴ «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*».

essenziali della professione medica (l'attività di prevenzione) ma poi anche di altre professioni che, avendo in comune lo studio dell'uomo e delle sue espressioni, a livello individuale e soprattutto relazionale, risultano indispensabili per passare dall'ottica della "assenza" delle manifestazioni patologiche a quella della "promozione" di una maggior salute.

Una seconda articolazione contenuta nella definizione di salute dell'OMS – del resto coerente con quanto appena ora osservato – riguarda le dimensioni del "benessere" e quindi anche i differenti livelli ai quali si esprime la "malattia". Nonostante i molti anni trascorsi – e in aperto contrasto con le quotidiane verifiche che ciascuno di noi può operare a livello esistenziale – domina ancor oggi, largamente, la preoccupazione della malattia *fisica*: ne sono, ancora una volta, chiara dimostrazione le scelte di politica sanitaria e la particolare formazione del personale medico e para-medico. In realtà ogni sforzo della collettività per combattere le malattie e per promuovere il benessere non può ignorare le altre due dimensioni indicate dall'OMS: quella *psicologica* e quella *relazionale*.

La lotta alla malattia, in particolare, sia a livello terapeutico come a quello preventivo non risulta dunque un problema esclusivamente sanitario né, tanto meno, medico.

Significativa appare, a questo proposito, la scelta del legislatore della riforma sanitaria che ha opportunamente considerato estranee alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale la tutela della dimensione sociale della salute, che è compito invece dei servizi sociali assicurare, sia pure con il necessario coordinamento del quale sono chiamate a farsi carico essenzialmente le regioni. La mancata approvazione della legge sull'assistenza costituisce certamente uno dei principali motivi delle perduranti carenze di intervento a questo livello, ma non si può nemmeno ignorare che una esasperata distinzione tra "sanitario" e "sociale", finendo per andare oltre il rispetto delle competenze diverse, ha finito per ripercuotersi negativamente (ed in genere a danno dell'intervento sociale) sul piano delle scelte economiche e degli indirizzi operativi, generalmente tra loro estranei quando non apertamente conflittuali.

Quanto alla tutela della dimensione psichica della salute, non può costituire motivo di tranquillità il semplice dato formale che essa sia stata considerata di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto di fatto è tuttora largamente ignorata o comunque sottovalutata, specie in tutte quelle situazioni (certamente prevalenti) che non raggiungono la franca patologia psichiatrica. D'altro canto le nuove figure professionali risentono ancora molto di carenze di preparazione professionale e, al tempo stesso, stentano a realizzare un inserimento efficace in un campo come quello sanitario, da sempre abituato a ragionare in termini di patologia organica e ritenuto terreno di esclusiva competenza medica.

Preme, a questo punto, sottolineare come nemmeno per questa illuminata articolazione di dimensioni della salute si possa pensare ad aspetti tra loro contrapposti o alternativi: dalla identificazione concettuale della loro esistenza e diversità occorre passare al riconoscimento della loro coesistenza (e della conseguente reciproca interferenza) quanto meno in una larga percentuale di situazioni di "malessere". A questo punto non è più sufficiente auspicare che per ognuna delle dimensioni (fisica, psichica e sociale) possano intervenire gli operatori rispettivamente competenti, perché l'unità della persona esige che chiunque intervenga per la tutela della sua salute sia in grado quanto meno di cogliere la complessità dei

problemi e, evitando di assolutizzare la dimensione che professionalmente gli compete trattare, di porsi in termini problematici di fronte alle scelte da operare.

Anche in questo caso la riflessione suggerisce due brevi deduzioni. La prima è che l'«operare per la salute» esige necessariamente non solo un apporto pluridisciplinare (del quale già si è detto) ma anche una metodologia di lavoro interdisciplinare; è necessario, in altri termini, realizzare quindi non un semplice accostamento di competenze ma una convergenza armonica delle stesse, attraverso una modalità di incontro non gerarchizzata (numerosi fallimenti nascono proprio dalla perdurante contrapposizione in termini di potere all'interno delle *équipes* socio-sanitarie) e centrata sull'interesse reale del cittadino, in altri termini sul *suo* diritto alla salute.

La seconda deduzione riguarda la necessità di chiedersi, di volta in volta, quale sia la “dimensione salute” da perseguire. L'esperienza medico legale è ricca di esempi nei quali il medico dà quasi per scontato che l'unico obiettivo da perseguire sia la salute fisica, ignorando le ripercussioni negative di tale scelta sia a livello psichico che a quello relazionale.

Un primo esempio, concernente l'importanza della dimensione psichica, riguarda il drammatico problema della comunicazione al paziente neoplastico della verità sulla sua malattia e sulla conseguente prognosi. Un recente convegno di studi ha efficacemente sottolineato come il timore di rivelare all'interessato la natura della patologia tumorale da cui è affetto (timore che, d'altra parte, spesso esprime l'inadeguatezza del rapporto del medico con il malato) finisca per isolarlo sia dal personale sanitario sia dai suoi stessi familiari. Si provocano in tal modo manifestazioni patologiche assai più gravi di quelle che una pur brillante terapia chirurgica possa consentire di rimuovere sul piano fisico. Un secondo esempio si riferisce al problema (pure drammatico e di crescente attualità) della ospedalizzazione dei malati cronici e delle persone anziane. In questo caso è la dimensione relazionale che viene ad essere trascurata: la preoccupazione per la cura degli aspetti fisici della patologia in atto prevale sull'esigenza di assicurare un contesto umano affettivamente valido e tale da rendere meno pesante la sofferenza provocata dalla patologia organica o dalla perdita di autosufficienza connessa all'età avanzata. Senza contare le frequenti (e ben note) ripercussioni sul piano fisico degli stati di depressione dovuti alla forzata separazione dall'ambiente familiare.

Sotto questo profilo appare di particolare rilievo sottolineare come anche la giurisprudenza sia giunta a cogliere l'importanza delle dimensioni non esclusivamente fisiche nella realizzazione del diritto alla salute. Citiamo, tra le altre, una sentenza della Corte Costituzionale che – nel dichiarare irrilevanti i limiti posti dall'art. 5 c.c., quando si operi per il diritto alla salute – afferma testualmente: «*resta comunque che, per giurisprudenza costante, gli atti dispositivi del proprio corpo, quando rivolti alla tutela della salute, anche psichica, devono ritenersi leciti*»⁵.

La salute: diritto di pochi?

Taluni commenti alla definizione della salute espressa nell'atto costitutivo dell'OMS hanno criticamente rilevato che non appare soddisfacente considerarla

⁵ Corte Costituzionale, sentenza n. 161 del 1985.

uno "stato". Riteniamo di dover osservare che questa preoccupazione non ha motivo di sussistere, sol che si esamini l'intero documento, a partire dalla enunciazione che immediatamente segue quella che definisce il concetto di salute e sulla quale ci siamo, sia pur brevemente, finora soffermati. Nel riportarla in nota⁶, desideriamo cogliere tutta la portata dinamica di un diritto che viene indicato come proprio di ogni uomo nella misura in cui a ciascuno sia consentito di raggiungere "il miglior stato" di salute possibile.

Le conseguenze di questa impostazione sono agevolmente individuabili. In primo luogo viene meno ogni timore di considerare il diritto alla salute come un'utopia, praticamente irraggiungibile e quindi, all'atto pratico, tale da non suscitare nemmeno particolari fervori nell'impegno collettivo a realizzarlo. Si conferma, anzi, tutta la coerenza delle carte internazionali nel collocarlo tra i diritti la cui realizzazione non può che essere progressiva. Sullo stesso piano si colloca anche la recente giurisprudenza costituzionale; per rimanere alla già citata sentenza, vi si legge – poco oltre – che ciascuno ha il diritto a conquistare «– per quanto possibile – *uno stato di benessere in cui consiste la salute...*».

Se dunque la salute costituisce una meta alla quale ognuno ha il diritto di tendere continuamente, non solo essa non andrà considerata come un traguardo definito e uguale per tutti, ma la collettività (costituzionalmente interessata alla salute di tutti i suoi membri) dovrà continuamente chiedersi quale sia il miglior stato di salute raggiungibile per ciascuno degli "esseri umani" che la compongono, indipendentemente da qualunque fattore di ordine politico, sociale, economico, ecc. (come specifica il documento) nonché – ci permettiamo di precisare ulteriormente – dalla sua eventuale condizione di malattia.

Si giustifica, dunque, il diritto alla salute anche dei malati cronici, dei cosiddetti "incurabili", via via fino ai malati "terminali" e ai morenti. Questa affermazione potrebbe apparire certamente velleitaria se si continuasse ad ignorare che malattia e benessere hanno dimensioni che vanno largamente al di là di quella puramente fisica, ed anzi proprio chi soffre profondamente per il manifestarsi di patologie organiche, specie se con scarse o nulle prospettive di guarigione, ha più degli altri diritto a ricevere il massimo impegno di aiuto a livello psichico e relazionale.

Questa prospettiva, ora semplicemente accennata, andrebbe adeguatamente sviluppata nella direzione di una più attenta comprensione del concetto di "qualità della vita" al quale si comincia in questi anni a guardare. In ultima analisi, nessuna sostanziale differenza sembra ravvisabile tra il diritto alla salute e il diritto ad una vita degna di essere vissuta (ivi compreso il diritto alla dignità della morte).

La promozione della salute

Secondo una recente pubblicazione dell'OMS, la promozione della salute è una strategia che impegna la popolazione e l'ambiente e che sintetizza le scelte personali e la responsabilità sociale per creare attivamente un futuro più sano⁷. Il

⁶ «La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale».

⁷ *Health Promotion: Concepts and Principles*, A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen, 3-9 July 1984, WHO, Regional Office for Europe.

documento elaborato dallo stesso organismo ad Alma Ata richiede la «*piena partecipazione di tutti gli individui e di tutte le famiglie di una comunità*» ed esige «*la massima auto-responsabilità individuale e comunitaria e la partecipazione alla pianificazione, all'organizzazione, al funzionamento e al controllo della medicina di primo intervento, facendo il miglior uso possibile delle risorse locali, nazionali od altre e favorendo a tal fine, mediante un'adeguata educazione, l'attitudine delle collettività a partecipare*». Più sinteticamente, ma ponendosi nella medesima ottica, la legge di riforma sanitaria italiana, nel richiedere la partecipazione dei cittadini come condizione per la attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, pone al primo posto la necessità della «*formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità*».

Da quanto si è già detto, una autentica promozione della salute appare dunque come problema che ci riguarda e che esige un ruolo attivo di ognuno. Questo non significa sottrarre ai medici o, più in generale, agli operatori sanitari e sociali il ruolo che loro spetta, ma più semplicemente evitare deleghe che la competenza professionale non può giustificare. Già si è osservato, a più riprese, che la attuazione del diritto alla salute richiede in primo luogo un cambiamento di mentalità e la capacità di cogliere, in ogni situazione concreta, tutte le dimensioni della malattia da combattere, come tutte le dimensioni possibili del benessere da perseguire. È evidente che nessun "tecnico" per quanto preparato, sarà mai in grado di decidere tutto questo "al posto di" chi vive in prima persona una tale condizione nella quale dinamicamente si mescolano sofferenza ed aneliti di maggior benessere.

La promozione della salute esige dunque una partecipazione più attiva di ciascuno, nell'interesse proprio ma anche – come afferma la norma costituzionale – dell'intera società. Strumento indispensabile di partecipazione è l'*educazione alla salute* (termine che, non solo formalmente, va preferito a quello di «*educazione sanitaria*»), anch'esso (come del resto si deve riconoscere ad ogni processo educativo) da realizzarsi attraverso il coinvolgimento diretto di ogni cittadino, meglio se attraverso le forme comunitarie che le strutture sociali o le libere iniziative realizzano.

In una tale ottica il ruolo degli operatori non viene certo sminuito, ma anzi si pone in termini di maggior rigore e, al tempo stesso, di più efficace contributo. È infatti evidente che di essi nessuno potrà più rivendicare compiti monopolistici né affidarsi a iniziative settoriali e nemmeno far conto esclusivamente sull'impegno di ordine professionale. Le diverse prospettive con cui, già all'interno del mondo medico, è oggi necessario porsi di fronte alla malattia; la pluralità di competenze che sono richieste per un corretto approccio al problema della promozione della salute; la necessità di avere nella popolazione interlocutori di pari dignità, responsabilmente impegnati nella progressiva attuazione del comune diritto alla salute: questi ed altri motivi ai quali si è accennato dovranno guidare nella formazione professionale ed umana tutti coloro che la società riconosce idonei ad operare in questo campo. Si tratta di una strada oggi forse solo incominciata e che richiede profonde modificazioni nei contenuti e nelle metodologie formative.

Tutela e promozione della salute: garanzia di pace

Nella presentazione di questa Rivista è stato precisato che la scelta del suo titolo intende sottolineare come la costruzione della *pace positiva* implichi la promozione e la tutela dei diritti umani fondamentali. Basterebbe questa affermazione per giustificare l'importanza del diritto alla salute, certamente uno dei diritti umani riconosciuti come fondamentali dalle carte internazionali e come tale – lo si è visto – recepito anche nel nostro ordinamento.

L'analisi sin qui condotta consente, tuttavia, di approfondire meglio i particolari motivi che confermano il valore di tale assunto nel caso specifico del diritto alla salute.

Richiamando, in rapida sintesi, i rilievi già formulati è agevole, infatti, cogliere l'intima connessione tra lo spirito di pace e la ricerca di una condizione di salute che sia veramente conforme ai criteri che gli stati si sono dati, sottoscrivendo l'atto costitutivo dell'OMS. Una società che sappia riconoscere a tutti i suoi membri il diritto a ricercare, nella concreta vicenda di ogni giorno, il maggior grado di benessere possibile; che sia in grado di comprendere il valore ma anche il limite di una visione fisicistica della malattia e disponga interventi volti a prevenire e combattere anche il malessere psichico e relazionale; che riesca a sollecitare in ciascuno una maggior consapevolezza dei problemi della salute, rendendo i cittadini protagonisti attivi della sua promozione, anche mediante iniziative nelle diverse aggregazioni sociali (famiglie, quartieri, scuole, luoghi di lavoro, ecc.) in cui si trovano a vivere: una società con queste caratteristiche non può non desiderare, oltre alla pacifica convivenza dei suoi membri, anche quella di tutti i popoli.

Può forse stupire, ma questi concetti erano già presenti nell'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (22.7.1946). Subito dopo i due periodi che abbiamo sopra commentato e relativi alla definizione di salute nonché al diritto a perseguirla da parte di ogni essere umano, si legge, infatti, testualmente che: «*La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États*».

Riscoprirlo ora, a distanza di oltre quarant'anni, può solo aiutarci a dare fondamenti più solidi al lavoro che ci attende tutti, tecnici e semplici cittadini. ■

