L'IRCOCERVO
PRIMA RIVISTA ELETTRONICA ITALIANA DI METODOLOGIA GIURIDICA - TEORIA GENERALE DEL DIRITTO E DOTTRINA DELLO STATO
FIRST ITALIAN DIGITAL JOURNAL OF LEGAL METHODOLOGY - GENERAL THEORY OF LAW AND DOCTRINE OF THE STATE

Il diritto alla tutela della salute e la sfida dell'equità

Encarnación Fernández Ruiz-Gálvez

Università di Valencia

Abstract: **The Right to Health Protection and the Challenge of Equity**
The main objective of this essay is to provide an account of the current debate on the issue of health equity, concluding that equity implies acting on health inequalities that are remediable – whether they have a social origin or a natural one – and arguing that health equity is not an isolated aspect of social justice, but is interdependent with and inseparable from its other dimensions. To this end, I deemed it necessary to start from the very concept of health as an object protected by law. I devoted the first part of my presentation to this issue. In the second part, I addressed the debate on equity.

Keywords: Right to Health Protection, Social Determinants of Health, Capabilities, Equity, Social Justice.

Sommario: *Prima Parte*. 1. Il diritto alla tutela della salute – 2. Diverse concezioni della salute – 3. L'approccio dei cosiddetti "*social determinants of health*" *(SDH*) – 3.1. I fattori *extra*-sanitari – 3.2. Le condizioni di vita – 3.3. Genotipo, fenotipo e ambiente sociale – 4. Salute e benessere – *Seconda parte.* 5. Il dibattito sull'equità nella salute – 5.1. Le inequità sanitarie alla prova della giustizia sociale – 5.2. Dal criterio dell'evitabilità al criterio della rimediabilità – 5.3. I limiti della responsabilità individuale nella salute – 6. Politiche della salute e indivisibilità della giustizia sociale – 7. Conclusioni.

PRIMA PARTE

1. Il diritto alla tutela della salute

L'espressione "diritto alla salute" è spesso utilizzata, anche nei testi internazionali. Tuttavia, sembra più appropriato parlare di "diritto alla tutela della salute", poiché, in realtà, nessuno può rivendicare un vero e proprio diritto ad essere sano[1].

[1] Cfr. A.M.ª Marcos del Cano, "Derecho a la protección de la salud: delimitación y alcance en el contexto actual", in Id. (dir.), *El derecho a una asistencia sanitaria para todos: Una visión integral*, Dykinson, Madrid, 2017, p. 27.

In tal senso, il Comitato dei diritti economici, sociali e culturali, nel suo Commento generale numero 14, sostiene che il diritto alla salute di cui si occupa l'articolo 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali "non dovrebbe essere inteso come un diritto a essere *sani*" (*The right to health is not to be understood as a right to be healthy*), ma come un diritto a "un sistema di tutela della salute che fornisca alle persone pari opportunità di godere del più alto *standard* di salute raggiungibile" ("*the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health*") (par. 8).

Questo è, dunque, l'obiettivo: approntare un sistema di protezione che fornisca alle persone pari opportunità di accesso al più alto *standard* possibile. In un certo senso, l'equità sarebbe quindi il concetto cardine del diritto alla tutela della salute.

2. Diverse concezioni della salute

Il concetto di salute è complesso e multidimensionale. Tra i diversi approcci possibili, si possono distinguere il modello biomedico e quello biopsicosociale.

Quest'ultimo propone una visione olistica e integrata, mettendo in luce le interazioni dinamiche e reciproche tra i molteplici fattori che concorrono a determinare lo stato di salute dell'individuo e della collettività.

Tradizionalmente, il modello biomedico identificava la salute con l'assenza di malattia, concependo la malattia come una deviazione dalla norma biologica, con un'unica eziologia, il cui paradigma più chiaro era rappresentato dalle malattie infettive, ciascuna causata da un batterio, un fungo o un virus. La visione meccanicistica del corpo umano favoriva l'interpretazione della malattia come *anomalia*. "Siamo in presenza di una parte rotta o esiste un agente esterno che interferisce con il buon funzionamento del corpo; la parte rotta deve essere riparata o sostituita, l'agente esterno deve essere neutralizzato"[2].

In contrasto con questo modello biomedico, che si concentra esclusivamente sulle malattie e sui loro rimedi, il modello biopsicosociale sottolinea che la promozione della salute e l'eziologia delle malattie sono il risultato dell'interazione di vari fattori condizionanti che "agiscono contemporaneamente e con diversi gradi di intensità, che si potenziano o si neutralizzano a vicenda e le cui conseguenze sono alterazioni della salute fisica e mentale"[3].

Tali fattori sono principalmente di quattro tipi: (i) genetici/biologici; (ii) comportamentali/stili di vita individuali; e ambientali, questi ultimi comprendono (iii) l'ambiente fisico e (iv) le circostanze sociali.

[2] M.ªJ. Izquierdo, *El malestar en la desigualdad*, Cátedra, Madrid, 1998, pp. 63-64.
[3] C. Valls-Llobet, *Medio ambiente y salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*, Cátedra, Madrid, 2018, p. 36.

3. L'approccio dei cosiddetti "*social determinants of health*" (SDH)

Il cosiddetto approccio dei "determinanti sociali della salute" (*SDH*)[4] sottolinea l'importanza delle circostanze sociali e dell'ambiente sociale. I determinanti sociali della salute (*SDH*) sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, insieme al complesso di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana. Queste forze e sistemi comprendono politiche ed economie, programmi di sviluppo, norme sociali, politiche sociali e sistemi politici.

3.1. I fattori *extra*-sanitari

Alla base di questo approccio c'è la consapevolezza che lo stato di salute delle popolazioni e, in particolare, le disuguaglianze sociali in materia di salute non dipendono esclusivamente, o addirittura principalmente, dall'accesso all'assistenza sanitaria (*health care* o *medical care*), ma che altri fattori sociali ed economici *extra*-sanitari o non medici svolgono un ruolo decisivo, in particolare per quanto riguarda le circostanze che fanno ammalare le persone.

In questo senso, *The Black Report* pubblicato nel 1988 ha rilevato l'aumento delle disuguaglianze nella mortalità tra le classi sociali nel Regno Unito nei decenni successivi alla creazione del Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*) nel 1948 – proprio quando è stato introdotto l'accesso universale all'assistenza sanitaria[5].

Da quanto detto si può inferire che l'accesso a un sistema sanitario di qualità ha un'incidenza limitata. Questa conclusione è stata confermata da ricerche successive che hanno verificato la persistenza delle disuguaglianze sociali in materia di salute anche in Paesi con assistenza sanitaria universale e di qualità[6].

Nella stessa ottica, Evans e Stoddart hanno sostenuto nel 1990[7] che la costante espansione dei sistemi sanitari (*health care systems*) e i loro costi crescenti non hanno un impatto significativo sullo stato di salute delle popolazioni, almeno non nei Paesi dell'Europa occidentale e del Nord America, perché le disparità sanitarie che continuano a esistere nelle nostre società sono sempre meno sensibili a un'ulteriore crescita del sistema sanitario, mentre possono essere notevolmente

[4] Cfr. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
[5] Cfr. D. Black, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend, M. Whitehead, *Inequalities in health: the black report, the health divide*, Penguin, London, 1988.
[6] Cfr. J.P. Mackenbach, I. Stirbu, A.J.R. Roskam, *et al*., "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries", in *The New England Journal of Medicine*, 358 (2008), pp. 2468-2481, e J. Mackenbach, "The persistance of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox", in *Social Science and Medicine*, 75 (2012), pp.761-769.
[7] Cfr. R.G. Evans, G.L. Stoddart, "Producing health, consuming health care", in *Social Science & Medicine*, 31 (1990), n. 12, pp. 1347-1363.

sensibili agli interventi e ai cambiamenti strutturali di altri fattori esterni al sistema sanitario.

Inoltre, gli autori citati sostengono che l'eccessiva espansione dei sistemi sanitari può avere effetti negativi sul benessere della popolazione e quindi anche sulla salute, poiché i loro costi assorbono risorse economiche che sarebbero altrimenti disponibili per altri scopi: miglioramento del sistema educativo; costruzione di migliori vie di comunicazione; aumento delle pensioni; programmi ambientali, ecc. Il finanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria, attraverso le tasse o i premi di assicurazione privata, diminuisce il reddito disponibile dei lavoratori[8].

In un lavoro successivo, del 2003[9], Evans e Stoddart sostengono la stessa tesi e affermano che destinando parte di queste risorse ad altri determinanti non medici della salute, si potrebbe conseguire un livello complessivo di salute superiore a costi più contenuti. Ma l'ostacolo a ciò sarebbe rappresentato dai forti interessi economici della potente industria sanitaria.

L'approccio dei "determinanti sociali della salute" (*SDH*) non esclude l'importanza dell'accesso universale all'assistenza sanitaria, ma ciò che rende questa prospettiva unica e che le conferisce rilevanza teorica e pratica è l'enfasi che essa pone sull'influenza dei fattori sociali ed economici extra-sanitari o non medici.

Oltre a domandarsi come curare le persone malate, il primo interrogativo da porsi è perché si ammalano e come evitare che si ammalino.

3.2. Le condizioni di vita

Secondo il Rapporto del 2008 della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute[10], questi ultimi concernono non solo le condizioni di vita immediate e visibili delle persone, ma anche i fattori strutturali sottostanti che le influenzano. Le grandi disuguaglianze in ambito sanitario – tra i Paesi e all'interno di essi – sono causate dalla distribuzione ineguale, a livello globale e nazionale, del potere, del reddito, dei beni e dei servizi e dalla conseguente ingiustizia nelle condizioni di vita immediate e visibili delle popolazioni (con riguardo, ad esempio, all'istruzione, alle condizioni del lavoro, al tempo libero disponibile, allo stato delle abitazioni, delle comunità, dei villaggi o delle città). La disparità nelle condizioni di vita sarebbe il risultato di politiche e programmi sociali inadeguati, accordi economici iniqui e cattiva gestione politica. Le strutture sociali e le condizioni di vita quotidiana, considerate nel loro insieme, costituiscono i determinanti sociali della salute,

[8] *Ivi*, pp. 1359 ss.
[9] Cfr. R.G. Evans, G.L. Stoddart, "Consuming Research, Producing Policy?", in *American Journal of Public Health*, 93 (2003), n. 3, pp. 371-379.
[10] Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization, 2008.

principali responsabili delle disuguaglianze tra i Paesi e all'interno di ciascuno di essi.

3.3. Genotipo, fenotipo e ambiente sociale

L'approccio dei "determinanti sociali della salute" implica che la salute è una realtà condizionata dall'ambiente fisico e sociale in cui viviamo: status socio-economico, livello di istruzione, luogo di residenza e abitazione, situazione e ambiente di lavoro, relazioni sociali e familiari, genere, cultura, etnia, classe sociale, fattori politici e ambientali, nonché accessibilità ai servizi sociali e sanitari.

A questo proposito, va notato che le condizioni dell'ambiente fisico in cui le persone vivono sono in gran parte una conseguenza delle azioni umane e delle strutture sociali, e che coloro che soffrono maggiormente degli effetti negativi del degrado ambientale tendono a essere i gruppi sociali e i Paesi più svantaggiati.

Esiste quindi una stretta relazione tra i condizionanti sociali e i condizionanti ambientali della salute.

D'altra parte, i fattori sociali e quelli genetici interagiscono. Le circostanze socioeconomiche e altri fattori sociali influenzano i processi epigenetici, regolando l'espressione o la neutralizzazione dei geni. Spesso dipende dai fattori sociali l'espressione o meno di un gene dannoso (o protettivo). A loro volta, le caratteristiche genetiche di un individuo influenzano la sua vulnerabilità (o resilienza) alle avversità socioeconomiche.

Anche i fattori sociali influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti individuali, sia in senso negativo che positivo. Pertanto, i comportamenti a rischio sono spesso il risultato dell'influenza dell'ambiente sociale. D'altra parte, l'approccio dei "determinanti sociali della salute" si basa sulla possibilità di modificare i comportamenti non salutari attraverso le politiche pubbliche.

Tuttavia, è importante evitare il determinismo a cui l'approccio dei "determinanti sociali della salute" potrebbe condurre (analogo al determinismo genetico). Occorre riconoscere il ruolo della libertà individuale che consente agli esseri umani di minimizzare gli effetti di condizioni sociali e/o genetiche avverse.

Come sottolineano Preda e Voigt, la responsabilità è molto probabilmente una questione di gradi, per cui la maggior parte dei comportamenti individuali si situa a metà tra i due estremi dello spettro che va da un comportamento completamente determinato a un comportamento completamente libero[11].

In ossequio ad una concezione olistica della salute, considerando che gli effetti di un determinato fattore non sono inesorabili, ma contingenti e collegati alla interazione con molti altri, sarebbe forse più appropriato parlare di "condizionanti" della salute piuttosto che di "determinanti".

[11] Cfr. A. Preda, K. Voigt, "The Social Determinants of Health: Why Should We Care?", in *The American Journal of Bioethics*, 15 (2015), n. 3, p. 32.

4. Salute e benessere

D'altra parte, secondo questa concezione olistica e integrale, salute e benessere sarebbero profondamente connesse. Non a caso l'art. 25.1 della Dichiarazione universale dei diritti umani le collega esplicitamente: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia". Allo stesso modo, la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara nel suo Preambolo che "La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità". E il terzo degli obiettivi di sviluppo sostenibile definiti nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite è di "Assicurare la salute e il benessere per tutti e tutte le età".

Tuttavia, il concetto di benessere è un concetto aperto e suscettibile di varie interpretazioni, che non approfondirò per non allungare eccessivamente questo scritto. Mi limito ad affermare che la concezione del benessere così come è stata definita dall'approccio delle capacità (*capabilities approach*) di Amartya Sen[12] e Martha Nussbaum[13] sembra essere la più appropriata in termini generali; soprattutto per affrontare la questione delle connessioni tra salute e benessere, nonché le disparità sanitarie.

Secondo questa concezione, il benessere non consisterebbe in una caratteristica interiore (piacere, felicità, soddisfazione dei desideri) che prescinde dalla vita reale delle persone, soprattutto nel caso di persone sottoposte a situazioni di avversità e privazioni permanenti, che spesso imparano ad accontentarsi della loro situazione e a godere delle piccole cose. "Un'uguale felicità può essere accompagnata da differenze significative nella soddisfazione dei bisogni"[14].

Eppure, il benessere non dovrebbe essere identificato neanche con il livello di reddito o di patrimonio. Piuttosto, consisterebbe nelle capacità, intese come la reale ed effettiva capacità di una persona di compiere atti di valore o di raggiungere stati d'essere di valore, di fare o essere ciò che vuole, di raggiungere i "risultati" cui aspira (*beings and doings*), dai più elementari, come essere ben nutrito, adeguatamente vestito e protetto, libero da malattie prevenibili e da morte prematura, ecc., ai più complessi e raffinati, come il divertimento, l'autostima, la partecipazione alla vita comunitaria, la capacità di apparire in pubblico senza imbarazzo, ecc. Inoltre, le persone devono avere la possibilità reale ed effettiva di scegliere ciò che considerano "prezioso". È questo il senso dell'*agency*. Sen lo

[12] A. Sen, *Development as freedom*, Oxford University Press, New York, 1999; e A. Sen, *The idea of justice*, Allen Lane, London, 2009.
[13] M.C. Nussbaum, *Frontiers of justice: disability, nationality, species membership*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 2006; e M.C. Nussbaum, *Creating capabilities: the human development approach*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 2011.
[14] A. Sen, *Inequality reexamined*, Oxford University Press, New York, 1992, p. 2; pp. 6-7; e capitoli 3 e 4, pp. 39 ss.

illustra grazie al noto esempio secondo cui il digiuno non è la stessa cosa della fame[15].

La capacità di essere sani, cioè la possibilità reale ed effettiva di vivere una vita lunga e sana, libera da malattie prevenibili e da una morte prematura, è una capacità umana fondamentale[16]. Le politiche pubbliche dovrebbero quindi promuovere questa capacità, questo dovrebbe essere l'obiettivo generale degli interventi sul tema[17]. Inoltre, "la giusta protezione della salute non può limitarsi a garantire un certo livello di funzionamento nel momento attuale, ma richiede il suo mantenimento nel tempo, assicurando la sul lungo periodo la capacità di salute". Di conseguenza, il diritto alla protezione della salute consisterebbe nel "diritto alla stabilità della capacità di salute" [18]. Che agevola molte altre capacità interconnesse.

A sua volta, la stabilità della capacità di salute dipende o è condizionata da molte altre capacità interconnesse. Analizzerò di seguito i due aspetti, evidenziando le connessioni tra salute e benessere.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la salute è di per sé una capacità fondamentale per garantire il funzionamento sociale, ci fornisce una possibilità o un'opportunità di vita che ci permette di perseguire i nostri obiettivi e di interagire nel contesto. In questo senso, la salute è stata definita come una "metacapacità" o capacità globale (*overarching capability*) che ci consente di raggiungere un ampio insieme di capacità e conquiste vitali (*beings and doings*) interconnesse[19], tra cui, la capacità di accedere all'istruzione, di partecipare pienamente alla forza lavoro, di godere del tempo libero e delle attività ricreative, di implementare l'autostima e di partecipare alla vita della comunità e al processo politico democratico. Da quanto detto, consegue che quando si gode di buona salute si possiedono molte altre capacità interconnesse ed è proprio in questo che consiste il benessere.

Allo stesso tempo, la capacità di godere di una buona salute è condizionata dalla misura in cui si possiedano o meno altre capacità: accesso a risorse economiche sufficienti; nutrizione adeguata; abbigliamento consono; disponibilità di un alloggio in un ambiente salubre – libero dal deterioramento e dai disastri ambientali e anche dalla violenza politica e criminale; accesso all'istruzione, autostima, poter uscire senza vergognarsi, ecc.

Tutto questo, a sua volta, dipende da fattori sociali: come, ad esempio, l'ambiente di lavoro, le relazioni familiari, il genere, la cultura, l'etnia, la classe sociale, fattori politici e ambientali, nonché, dall'accessibilità ai servizi sociali e

[15] Cfr. A. Sen, "Wellbeing and capability", in M. Nussbaum, Ead. (eds.), *The quality of life*, Clarendon Press, Oxford, 1993, p. 40.
[16] Cfr. A. Sen, *Development as freedom*, cit., e M.C. Nussbaum, *Frontiers of justice*, cit., e M.C. Nussbaum, *Creating capabilities*, cit., pp. 53-55.
[17] Cfr. S. Venkatapuram, *Health justice. An argument from the capabilities approach*, Polity, London, 2011, pp. 143 ss.
[18] J.A. Seoane, "El derecho a una capacidad de salud segura", in *Ius et scientia*, 2 (2016), n. 2, p. 47.
[19] Cfr. S. Venkatapuram, "Health, Vital Goals, and Central Human Capabilities", in *Bioethics*, 27 (2013), n. 5, p. 271.

sanitari. Ne consegue che la salute è condizionata dal grado di benessere e dal godimento di molte altre capacità tra loro correlate.

Da qui le importanti connessioni che esistono nelle società moderne tra la salute e più ampi obiettivi economici e sociali. La promozione della salute non è solo responsabilità del settore sanitario, ma va oltre gli stili di vita sani per estendersi sino al benessere e alla frequentazione di ambienti favorevoli. Pertanto, la salute e il benessere sono obiettivi inseparabili e caratteristiche fondamentali di una società di successo, integrata ed equa.

SECONDA PARTE

5. Il dibattito sull'equità nella salute

Su queste basi possiamo ora affrontare il tema dell'equità nella salute (*health equity*), che si estende oltre la questione relativa alla mera equità sanitaria o all'accesso alle cure mediche. L'equità nella salute è la giustizia sociale sanitaria.

Consiste nell'impegno a ridurre (e in definitiva eliminare) le disparità/disuguaglianze in questo ambito. Si tratta di eguagliare le opportunità/capacità che i cittadini hanno di essere in buona salute. Braveman e altri autori sottolineano che, in linea con i principi bioetici di beneficenza e non maleficenza, l'equità richiede sforzi concertati per migliorare la situazione dei più svantaggiati all'interno di una strategia generale volta a migliorare la salute di tutti.

Ridurre le disparità sanitarie migliorando la salute delle persone socialmente svantaggiate (senza mai peggiorare la condizione dei gruppi avvantaggiati) è la misura del progresso in tema di equità nella salute[20].

Qui si apre un primo dibattito: definire quando le disuguaglianze nella salute sono ingiuste, ovvero quando costituiscono un'*inequità*[21] e devono essere ridotte o addirittura eliminate, e, in relazione a ciò, stabilire se l'equità richieda l'eliminazione di tutte le disuguaglianze o solo di alcune di esse (quelle ingiuste). "Il problema che deve affrontare una teoria dell'equità nella salute è quello di come passare dall'identificazione empirica delle disuguaglianze sociali in materia di salute a un giudizio normativo sulle inequità"[22].

Per rispondere a questa domanda, è opportuno chiedersi perché le disuguaglianze sanitarie siano ingiuste. Dalla letteratura sull'argomento emergono

[20] Cfr. P.A. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L.N. Borrell, R. Manderscheid, A. Troutman, "Health disparities and health equity: the Issue is justice", in *American Journal of Public Health*, 101 (2011), S1, p. 151.

[21]Cfr. I. Kawachi, S.V. Subramanian, N. Almeida-Filho, "A glossary for health inequalities", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (2002), pp. 647-648.

[22] F. Peter, "Health Equity and Social Justice", in *Journal of Applied Philosophy*, 18 (2001), n. 2, p. 160.

due principali ragioni. È ciò che io chiamo i "perché" dell'ingiustizia, che, sarebbero, fondamentalmente: l'origine sociale e l'evitabilità.

5.1. Le inequità sanitarie alla prova della giustizia sociale

È infatti piuttosto diffusa la posizione secondo cui le disuguaglianze nella salute sono ingiuste nella misura in cui hanno un'origine sociale, e, più precisamente nella misura in cui siano il risultato dell'ingiustizia sociale, di una struttura di base della società ingiusta, nel senso inteso da Rawls, che favorisce i più avvantaggiati a scapito dei meno avvantaggiati, minando l'uguaglianza fondamentale di tutti i consociati e persino le basi dell'autostima[23].

Queste disuguaglianze danneggerebbero i gruppi sociali svantaggiati. In poche parole, le *inequità* sanitarie implicano che i gruppi sociali svantaggiati godano di una peggiore salute. Questa tesi utilizza come quadro di riferimento la teoria della giustizia di Rawls, ma va oltre, poiché, come è noto, per Rawls la struttura di base della società influisce sulla distribuzione delle risorse materiali e quindi sulle opportunità che le persone hanno di portare avanti i propri progetti di vita, influenzando anche lo sviluppo delle capacità e dei talenti personali[24].

Tuttavia, Rawls non affronta la questione di come gli assetti sociali influenzino la salute e l'aspettativa di vita dei cittadini, che è proprio ciò che emerge dagli studi empirici sulle disuguaglianze sociali in materia di salute. L'approccio di Peter e, in generale, quello dei *SDH c*ompletano la teoria della giustizia di Rawls in un aspetto da essa non contemplato. Mostrare gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute può quindi rafforzare le argomentazioni a favore della ridistribuzione.

Tuttavia, Braveman e altri autori sostengono che non è necessario dimostrare l'esistenza di un nesso causale tra svantaggio sociale e disparità nella salute. Che esista o meno, le disparità nella salute sono particolarmente ingiuste perché incidono negativamente sui gruppi svantaggiati, peggiorandone la condizione, il che rende potenzialmente più difficile per queste persone migliorare il proprio status. In altre parole, le *inequità* sanitarie rafforzano o aggravano la situazione di svantaggio e vulnerabilità sociale. Questo è ciò che le rende rilevanti dal punto di vista della giustizia sociale, anche se le cause di tali disparità nella salute non sono state stabilite in maniera inoppugnabile[25], poiché persistono le controversie sulla forza indubbia (o meno) delle prove a sostegno del ruolo causale di alcuni fattori sociali[26].

[23] *Ivi*, p. 164-167.
[24]Cfr. J. Rawls, *Political liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993, p. 270.
[25]Cfr. P.A. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L.N. Borrell, R. Manderscheid, A. Troutman, *op. cit.*, pp. 150-154.
[26] Cfr. P. Braveman, L. Gottlieb, "The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes", in *Public Health Reports*, 129 (2014), Suppl. 2, pp. 19-31.

5.2. Dal criterio dell'evitabilità al criterio della rimediabilità

In secondo luogo, si ritiene che le disuguaglianze sociali in ambito sanitario siano ingiuste quando sono evitabili (*avoidable*). Questa sembra essere la posizione difesa da Margaret Whitehead nella sua ormai classica definizione delle *inequità* in materia di salute come "differenze [in materia di salute] che sono inutili ed evitabili e che sono inoltre considerate ingiuste[27]". Mentre le differenze naturali tra gli individui in termini di stato di salute sono inevitabili e quindi, a suo avviso, non costituiscono *inequità*. Così, ad esempio, una mutazione genetica casuale (sfortunata ma non ingiusta) non rappresenterebbe una *inequità*[28]. Una visione simile è quella che ispira il rapporto finale della Commissione sui determinanti sociali della salute: "È ingiusto che ci siano differenze sistematiche nello stato di salute, quando queste possono essere evitate applicando misure ragionevoli. Questo è ciò che chiamiamo *inequità* nella salute (*health inequity*)". Marmot, presidente della Commissione, e i suoi colleghi nella loro sintesi-commento del suddetto rapporto sottolineano anche questo aspetto[29].

Ma, l'evitabilità può essere intesa in due modi diversi: come possibilità di impedire la comparsa di disuguaglianze (*preventability*) o come possibilità di correggerle (*amenability to intervention*).

L'adozione dell'evitabilità nel primo senso (*preventability*) come criterio per definire le *inequità* nella salute solleva diverse difficoltà, comprese quelle legate alle disuguaglianze naturali che non sono evitabili, nel senso che la loro comparsa non può essere prevenuta, ma possono essere affrontate, sia attraverso trattamenti medici che le correggono o le attenuano, sia compensando gli svantaggi che esse comportano. A questo proposito si può sostenere che il criterio per giudicare la giustizia o l'ingiustizia è che qualcosa si può e si deve fare. In tal caso, ciò che rileva sarebbe la suscettibilità all'intervento, cioè se la disuguaglianza possa essere in qualche modo corretta; e non solo l'evitabilità nel senso di poterne prevenire la comparsa. Se si adottasse questo criterio, anche le disuguaglianze naturali, non solo quelle sociali, sarebbero suscettibili di un intervento atto a modificarne le conseguenze (correggendole, attenuandole o compensandone gli effetti), quindi, porrebbero essere considerate anche esse questioni di giustizia ed equità[30]. Non a caso, la *International Society for Equity in Health* adotta esattamente questo criterio dela *rimediabilità*, definendo l'equità nella salute come "l'assenza di differenze sistematiche potenzialmente rimediabili in uno o più aspetti della salute tra gruppi

[27] M. Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, World Health Organization, Copenhagen, 1990, p. 5.
[28] Esempio tratto da I. Kawachi, S.V. Subramanian, N. Almeida-Filho, *op. cit.*, p. 647.
[29] Cfr. M. Marmot, S. Friel, R. Bell, T.A.J. Houweling, S. Taylor, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health", in *The lancet*, 372 (2008), p. 1661.
[30] A. Preda, K. Voigt, *op. cit.*, sollevano questo argomento, anche se poi lo scartano perché ritengono che il fatto che qualcosa possa essere fatto non implica necessariamente che debba essere fatto (pp. 29-30).

o sottogruppi di popolazione definiti socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente"[31].

Da questo punto di vista, le disuguaglianze nella salute che colpiscono le persone con disabilità sarebbero delle *inequità* (cioè sarebbero ingiuste), poiché sarebbero soprattutto una conseguenza di barriere sociali fisiche e attitudinali.

Questa è la concezione della disabilità che caratterizza il cosiddetto modello sociale[32] che ispira la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, secondo la quale "la disabilità è un concetto in evoluzione e risulta dall'interazione tra le persone con disabilità e le barriere comportamentali e ambientali che ne ostacolano la piena ed effettiva partecipazione alla società".

Adottando questa prospettiva, Braveman e altri studiosi sottolineano che, sebbene la disabilità in quanto tale sia inevitabile (*inavoidable*), le persone con disabilità sono spesso soggette a inutili svantaggi sociali come conseguenza della mancata adozione di misure atte ad eliminare alcune barriere (ad esempio, nell'accesso agli edifici e ai mezzi di trasporto) e/o come conseguenza della discriminazione nei loro confronti (ad esempio, nell'accesso al lavoro) [33]. Si può dire che, nel caso delle persone con disabilità, la differenza naturale si trasforma in disuguaglianza sociale. E questo stesso ragionamento si può applicare alle disuguaglianze nella salute che colpiscono gli anziani.

5.3. I limiti della responsabilità individuale nella salute

Dall'approccio di Whitehaed, inoltre, consegue che i motivi per cui le disuguaglianze sociali nella salute sono ingiuste sono non solo per l'evitabilità, ma anche perché non dipendono dalle persone e dai gruppi che ne risultano colpiti[34].

D'altro canto, se interpretassimo l'evitabilità nel senso di *rimediabilità*, anche le disuguaglianze naturali soddisferebbero entrambi i requisiti e quindi sarebbe giusto correggerle, mitigarle o compensarle.

Ora, Whitehaed ritiene che occorra distinguere due diversi assunti relativi alle disuguaglianze che hanno la loro immediata origine nei comportamenti legati alla salute, cioè negli stili di vita adottati, nei comportamenti individuali. Le disuguaglianze che derivano da comportamenti dannosi per la salute devono essere considerate vere e proprie *inequità* "dove il grado di scelta dello stile di vita è severamente limitato". Tuttavia, non possono essere considerate *inequità* se sono il

[31] *Ivi*, p. 29, nota 7. Cfr. anche B. Starfield, "Improving equity in health: a research agenda", in *International Journal of Health Services*, 31 (2001), pp. 545-566, che considera anche la rimediabilità come un criterio per definire la *inequità* nella salute.
[32] Sul modello sociale della disabilità, che si oppone al modello medico, R. de Asís, *Sobre discapacidad y derechos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 15 ss.
[33] Cfr. P. A. Braveman, S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L. N. Borrell, R. Manderscheid, A. Troutman, *op. cit.*, p. 151.
[34] Cfr. M. Whitehead, "The concepts and principles of equity and health", in *Health Promotion International*, 6 (1991), p. 220.

risultato di comportamenti dannosi per la salute "liberamente scelti" (*freely chosen*), come la partecipazione a determinati sport e hobby[35]. Dobbiamo sottolineare, a tal riguardo, che non è facile distinguere le une dalle altre, trattandosi di una delle questioni più dibattute nella letteratura sui "determinanti sociali della salute" e sull'equità nella salute.

Inoltre, anche ammettendo che vi siano occasioni in cui comportamenti a rischio vengono scelti liberamente, bisognerebbe comunque cercare di correggere le disuguaglianze, poiché la tutela dei diritti non può essere condizionata all'adempimento dei correlativi doveri da parte dei titolari[36].

Pertanto, se non l'equità, almeno il diritto alla tutela della salute richiederebbe di fornire a tutte le persone (anche a quelle che hanno adottato comportamenti a rischio) "pari opportunità di godere del più alto livello possibile di salute", come affermato nel Commento generale numero 14 del Comitato sui diritti economici, sociali e culturali. Solo così si potrà soddisfare il terzo degli Obiettivi di sviluppo sostenibile: assicurare la salute e il benessere per tutti e tutte le età.

6. Politiche della salute e indivisibilità della giustizia sociale

Come abbiamo visto, l'equità nella salute è la giustizia sociale nella salute. Ma non è un aspetto isolato della giustizia sociale, bensì è interdipendente e inseparabile dalle sue altre dimensioni nelle sfere socioeconomiche, in tema di istruzione, occupazione, alloggio, ambiente, riconoscimento e partecipazione, ecc.

La promozione dell'equità nella salute sarebbe integrata e interconnessa con l'obiettivo generale della promozione della giustizia sociale, ponendo l'accento sui più ampi processi sociali e sulle influenze remote (*upstream influences*) in ambito sanitario. Questo approccio sarebbe più adatto a comprendere la complessità intrinseca della salute, senza confinarla in una sfera separata e indipendente dalle altre sfere sociali[37].

Così, la Commissione sui determinanti sociali della salute, nel suo rapporto finale[38], ha proposto come strategia per raggiungere l'obiettivo dell'equità nella salute (*health equity*) di agire sui determinanti sociali della salute: migliorare le condizioni di vita e combattere la distribuzione non equa del potere, del denaro e delle risorse.

[35] Cfr. M. Whiethead, "The Concepts and Principles of Equity and Health", in *International Journal of Health Services*, 22 (1992), n. 3, p. 5; e p. 219.
[36] E. Bea, *Los deberes en la edad de los derechos*, Dykinson, Madrid, 2023, p. 19, dove si può leggere: "*El título del presente libro trata de evocar la presencia de los deberes en el marco de un tiempo que afortunadamente ha podido ser llamado con razón, y en feliz expresión de Norberto Bobbio, la edad de los derechos, lo que implica, ya de entrada, que en ningún caso se pretende dar prioridad o preferencia a los deberes sobre los derechos y menos aún condicionar el disfrute de los segundos al cumplimiento de los primeros*".
[37] F. Peter, *op. cit.*, p. 160-164.
[38] Commission on Social Determinants of Health, *op. cit*.

Questo approccio comporta, come corollario, il Principio della Salute in Tutte le Politiche (*mainstreaming*, "approccio intersettoriale globale"), atto a fare sì che la promozione dell'equità nella salute non sia responsabilità esclusiva del settore medico, ma piuttosto un'azione intrapresa in tutti i settori e livelli di governo, poiché le politiche di altri settori (istruzione, alloggio, occupazione, ambiente, ecc.) possono avere un forte impatto sulla salute.

Questo approccio indiretto all'equità implica una visione della giustizia sociale come un tutto indivisibile le cui varie componenti sono interdipendenti, complementari e inseparabili. Questa indivisibilità deve essere intesa sia in senso negativo (l'ingiustizia in un certo ambito comporta ingiustizia in altri), sia in senso positivo (le esigenze di giustizia sociale – che comprendono distribuzione e riconoscimento – possono essere adeguatamente soddisfatte solo congiuntamente).

Tale approccio alla giustizia si collega alla cosiddetta indivisibilità o integrità dei diritti umani, in virtù della quale i diritti sono interdipendenti e complementari tra loro e possono essere adeguatamente realizzati solo congiuntamente. Non è possibile sacrificarne alcuni, poiché gli esseri umani hanno bisogno di tutti. Tutti sono essenziali per la realizzazione dell'essere umano nel suo ambiente sociale.

7. Conclusioni

Il riconoscimento che la salute e la malattia sono influenzate da fattori sociali di vario tipo (accesso all'assistenza sanitaria, condizioni di vita e di lavoro, strutture sociali sottostanti, ecc.) è il contesto in cui si pone la questione dell'equità nella salute (*health equity*), che va oltre la semplice equità nell'accesso alle cure mediche.

A sua volta, la questione dell'equità nella salute assume la massima rilevanza etica, politica e giuridica, nella misura in cui la salute, in quanto oggetto del diritto alla protezione della salute, non si riduce all'assenza di malattia, ma appare come una capacità umana fondamentale e, inoltre, come una capacità globale (*overarching capability*) che ci consente di raggiungere un insieme di capacità e funzioni fondamentali o vitali interconnesse, tra cui la capacità di partecipare pienamente alla forza lavoro e al processo politico democratico.

L'equità richiede di agire sulle disuguaglianze sociali nella salute che colpiscono gruppi socialmente svantaggiati e presumibilmente causate da fattori sociali, comprese quelle disuguaglianze che hanno la loro origine immediata in comportamenti dannosi per la salute fortemente condizionati socialmente. Insieme a ciò, implica anche la correzione, l'attenuazione o la compensazione, degli effetti derivati dalle disuguaglianze *naturali* – poiché queste diseguaglianze acquisiscono rilevanza sociale, nella misura in cui possono essere "affrontate", cioè, nella misura in cui sono suscettibili di intervento.

Inoltre, se non l'equità in materia di salute, almeno il diritto alla tutela della salute richiederebbe di offrire a tutte le persone (anche a coloro che hanno adottato comportamenti a rischio "liberamente scelti") la pari opportunità di godere del più alto livello possibile di salute.

L'equità nella salute non è solo un aspetto della giustizia sociale che consiste nel ridurre (e, in ultima analisi, eliminare) le disparità sanitarie attraverso il miglioramento della salute delle persone socialmente svantaggiate, ma è anche indivisibile e inseparabile dalla giustizia sociale nel suo complesso. Garantire la giustizia sociale è quindi una componente indispensabile di qualsiasi sforzo volto a raggiungere l'equità sanitaria.