

Giorgio Giulio Santonocito

STORIA DEL DIRITTO ALLA SALUTE



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Giorgio Giulio Santonocito

**STORIA DEL
DIRITTO
ALLA SALUTE**

FrancoAngeli

In copertina: Hieronymus Bosch, *La nave dei folli*, 1494, Parigi, Museo del Louvre

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Si ha l'impressione di aver fatto solo il primo passo di un cammino circolare che ci riporta al punto di partenza, se non si esplicita il significato politico che va oltre ogni soluzione tecnica. La soluzione puramente tecnica si limita a riformare la facciata delle istituzioni, senza intaccarne la sostanza, continuando esse ad assolvere la loro funzionalità al sistema, quindi l'uso politico che il sistema fa di loro.

Franco Basaglia, Roma, 1968

Indice

Premessa	pag. 11
1. Le origini: il diritto alla salute nell'antichità	» 23
1. L'antico Egitto, medici, divinità e popolo	» 23
2. Il malato nell'antico Egitto, schiavi soldati e uomini liberi, la medicina ricostruttiva	» 28
3. La Grecia antica, il mito di Asclepio e Ippocrate	» 31
4. Roma	» 35
5. L'Età di Mezzo	» 40
5.1. Le Pandemie del Medioevo	» 42
5.2. La medicina caritatevole	» 46
5.3. La nascita dei macro-ospedali	» 47
5.4. La nascita delle Università	» 49
6. Conclusioni	» 50
2. I prodromi del diritto alla salute: il Secolo dei Lumi, Bismarck	» 57
1. Il Secolo dei Lumi e dei diritti. Francia	» 57
2. Inghilterra	» 60
3. Germania	» 64

4.	I diritti dei militi, la Croce Rossa, la Prima Convenzione di Ginevra	pag. 67
5.	Conclusioni	» 69
3.	Il Novecento	» 71
1.	La <i>Belle Époque</i>	» 71
2.	La sanità alla fine del XIX secolo nel Regno d'Italia. La Riforma Crispi-Pagliani	» 78
3.	La sanità del Novecento in Italia. Giolitti. La Grande Guerra, l'avvento del Fascismo	» 86
4.	Fascismo e diritti	» 90
5.	Beveridge e Keynes	» 94
6.	Echi del Rapporto Beveridge nel mondo e in Italia	» 104
7.	Germania (ancora...)	» 108
8.	Gli Alleati	» 111
9.	L'Italia delle Commissioni	» 114
10.	Conclusioni	» 119
4.	L'Italia nel Dopoguerra	» 121
1.	Gli anni del boom. La sanità degli anni Cinquanta	» 121
2.	Il 1968. La piazza e i diritti. La Riforma parziale	» 131
3.	Il 1978. Basaglia, pazzia e diritti: i manicomi chiudono, anzi no, per ora	» 136
4.	SSN	» 143
5.	Riforma, Contro-Riforma, Contro-Contro-Riforma: gli anni Novanta	» 146
6.	Conclusioni	» 154
5.	Il diritto alla salute nel nuovo Millennio	» 158
1.	Nuovo secolo, nuovo millennio, crisi finanziaria e diritti	» 158
2.	Il 2017, l'anno delle riforme	» 160

3.	I LEA, Livelli Essenziali di Assistenza. La tassonomia del diritto alla salute	pag. 161
3.1.	I Livelli Essenziali di Assistenza. Il DPCM 29 novembre 2001	» 164
3.2.	L'uniformità delle prestazioni nella Costituzione	» 166
3.3.	La posizione della Corte Costituzionale	» 167
3.4.	L'uniformità delle prestazioni nella Legge	» 168
3.5.	Il DPCM del 12 gennaio 2017, i nuovi LEA	» 170
4.	Il diritto alla salute si arricchisce di ulteriori declinazioni: il diritto alla sicurezza delle cure	» 172
5.	Il “fine vita” e il diritto alla salute come “diritto personalissimo” del soggetto	» 183
6.	La chiusura dei manicomi criminali. Gli OPG	» 185
7.	Conclusioni	» 186
6.	Il punto di arrivo: il diritto alla salute nella moderna accezione	» 189
1.	La moderna definizione del diritto alla salute, il bilanciamento fra i valori costituzionali e il “battente minimo”: la dignità umana. L'ordinamento italiano	» 189
2.	La definizione del diritto alla salute nell'ordinamento internazionale	» 194
3.	Conclusioni	» 197
	Bibliografia	» 207

Premessa

Oggi, quantomeno in Italia, diamo per scontato il concetto che ciascuno di noi, se sta male, ha diritto a un'assistenza immediata, efficace, erogata in condizioni di sicurezza e, perché no, di comfort.

Troviamo inaccettabile che un'ambulanza possa arrivare anche con pochi minuti di ritardo, inaccettabile aspettare in fila davanti a un *triage* di pronto soccorso.

Troviamo inaccettabile che gli ospedali siano luoghi spartani, a volte vecchi, scalcinati, male arredati, che si mangi male.

Al contrario troviamo naturale che le porte di un pronto soccorso si spalanchino davanti alla barella che ci porta, senza che nessuno ci chieda alcunché (men che meno la carta di credito), assolutamente naturale telefonare a un CUP, o accedere a una App, per prenotare una visita, se stiamo male o anche solo se “pensiamo” di avere bisogno di un accertamento medico o diagnostico.

Troviamo naturale discutere coi medici la nostra malattia, le cause, le origini e, addirittura, le terapie più adeguate.

Assolutamente naturale potere accedere alla nostra documentazione sanitaria da analizzare, rivedere, contestare, se lo reputiamo necessario, se riteniamo di essere vittima di un torto, di un errore sanitario.

Siamo certi di avere diritto a cure tempestive, complete, sicure o, quantomeno, alla monetizzazione dello stesso diritto, cioè al risarcimento, se le cose dovessero andar male.

Ma non sempre è stato così.

E non dovunque è, oggi, così.

Questa non è una storia della medicina e non è una storia del diritto sanitario.

È un racconto della evoluzione del diritto alla salute nella Storia.

È, cioè, la ricostruzione storica dell'affermarsi di uno dei diritti oggi ritenuti essenziali per la dignità dell'uomo: il diritto a ricevere le cure.

Seguire, nel corso dei secoli, l'evoluzione del diritto alla salute è cosa profondamente diversa, se pure intimamente connessa, dal seguire la storia della nascita e della evoluzione della medicina, sia in quanto risposta scientifica alla malattia, sia in quanto risposta organizzativa, che ha portato, cioè, alle diverse tipologie di sistemi sanitari che, nel corso dei secoli, si sono evoluti di pari passo con l'evoluzione umana.

La gran parte della storiografia ha indagato l'evoluzione della medicina e, parallelamente, l'evoluzione dei sistemi sanitari, intesi come apparati per erogare assistenza: questo studio si prefigge, invece, lo scopo di seguire la progressiva evoluzione del diritto alla salute, con particolare riguardo alle vicende italiane del Novecento, ma con uno sguardo all'Occidente.

Oggetto di indagine è, cioè, la nascita del diritto alla salute: il succedersi delle norme e la loro reale effettività, ovvero la esigibilità per i cittadini, anche se non affronta – volutamente – il tema delle disuguaglianze nell'accesso effettivo ai sistemi di erogazione.

Analogamente, verranno presi in considerazione i soggetti promotori di questo diritto e il modo in cui esso può essere considerato ascrivibile al Cittadino. Ne deriva, di conseguenza, una riflessione sul concetto stesso di diritto alla salute, sulle sue declinazioni e sui suoi limiti.

L'indagine si soffermerà sulla possibilità di considerare il diritto alla salute come un "prodotto maturo", cioè un prodotto alla portata quantomeno potenziale di tutti i consumatori; sull'effettivo completamento della sua parabola evolutiva (sia sotto il profilo dello sviluppo tecnologico, sia sotto il profilo "distributivo", cioè della fruibilità e accessibilità per tutti gli utenti), sulla strada percorsa e su quella ancora da percorrere.

Quando nasce il diritto alla salute nei Paesi Occidentali; quando in Italia; possiamo dire, oggi, che il diritto alla salute sia uguale in tutta Europa?

Questioni complesse e importanti per l'uomo moderno che, ovviamente, non hanno un'unica risposta, ma diverse declinazioni e sfaccettature quante

sono le dimensioni temporali e spaziali indagate: pochi diritti dell'uomo, come quello alla salute, hanno, infatti, subito e continuano a subire così profonde e affascinanti trasformazioni.

In particolare, nella turbolenta storia della evoluzione legislativa italiana, descrivere la storia degli ultimi cento anni del diritto alla salute è descrivere la storia della evoluzione della civiltà e della società italiana stessa.

Nella ricostruzione della nascita e della evoluzione del diritto alla salute in Italia, ci sono anni chiave, che costituiscono veri “nodi”, articolazioni, snodi logici, collegati a interventi legislativi di riforma del Novecento (1948, 1958, 1968, 1978, 1992, 1999, 2001 e, infine, il 2017), essenziali per capire gli sviluppi del concetto stesso di salute, di accessibilità ed effettiva fruibilità per i cittadini dei sistemi di erogazione della salute.

La storia del diritto alla salute – in quanto diritto individuale alle cure e al benessere e in quanto diritto sociale alla difesa dalle malattie, come è oggi definito negli ordinamenti giuridici italiano ed europei – ha una storia recente, nel Mondo e non solo in Italia, in continua evoluzione.

Con questo, ovviamente, non si vuole dire che non esistessero, nel passato, anche remoto, sistemi relativamente efficienti di somministrazione delle cure, ma si sostiene – cosa profondamente diversa – che quei sistemi erano orientati a specifiche finalità, di tipo ricostruttivo o ricostitutivo delle capacità lavorative dei servi, degli schiavi, degli operai o alla ricostituzione delle capacità belliche dei soldati.

In molti casi le cure non erano accessibili se non a ceti, caste o fasce molto ristrette della popolazione.

Comunque le cure non erano certamente un diritto di *tutti* e non lo furono almeno fino alla metà del Novecento in gran parte dell'Europa.

Ulteriore elemento di indagine è chi fossero i “tutti”, cioè i destinatari del diritto alla salute nel corso della evoluzione storica: solo in anni assolutamente recenti, in Italia, l'assistenza si è estesa anche ai non italiani, criterio per altro non seguito da tutte le nazioni occidentali.

Partendo dalla fine – per dimostrare come ancora oggi il diritto alla salute sia vivo e in continua evoluzione e non possa considerarsi in nessun modo un diritto ormai acquisito per l'umanità – è possibile ricordare come il 2017, per l'Italia, fu uno di quei “nodi”: nel giro di dodici mesi si scrissero importanti pagine della storia del diritto alla salute.

In tale anno, si sono declinati (nuovamente) i LEA (Livelli Essenziali di

Assistenza), col DPCM del 12 gennaio 2017 che ha sostituito integralmente il DPCM 29 novembre 2001, ormai datato e da più parti additato come un vero “tappo” all’assistenza sanitaria.

A febbraio di quel tumultuoso, provvido, 2017, si è chiusa (si spera definitivamente) una delle pagine più vergognose e dolorose della Storia dell’Italia moderna: a Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina, ha chiuso l’ultimo Ospedale Psichiatrico Giudiziario (i famigerati OPG) d’Italia. Nonostante la lotta condotta da Franco Basaglia nel 1978, i manicomi sopravvissero, infatti fino al 1997 in Italia, di proroga in proroga. Tuttavia ancora nel 2017 resisteva una ulteriore peculiarità del sistema: i manicomi criminali, che erano rimasti aperti. Un orrendo spartiacque, di diritti negati, di inciviltà, che divideva i “folli” dai “folli rei”.

Sempre nel 2017, l’Italia si è appassionata al diritto alla sicurezza delle cure che, con la legge c.d. “Gelli-Bianco” del maggio 2017, ha ridefinito lo stesso principio costituzionale di diritto alla salute a cui è stato assimilato quello al diritto alla sicurezza delle cure.

L’anno 2017 è stato poi l’anno in cui l’Italia si è divisa sul “fine vita” e sul testamento biologico o “biotestamento”: il tumultuoso 2017 si è concluso, infatti, con la legge 219 recante “Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento” che, però, è entrata in vigore solo il 31 gennaio dell’anno successivo.

Il solo fatto che, ancora in anni così recenti, si siano modellati aspetti tanto rilevanti di un diritto che una moderna democrazia dovrebbe dare per acquisito, insieme con una valutazione comparativa della, ancora odierna, indisponibilità di tale diritto in tante democrazie occidentali, a partire da quella statunitense, dimostra la centralità della questione.

Perciò, si ricostruirà l’evoluzione storica del diritto alla salute, che opera su un canale parallelo, non sempre coincidente con la storia della medicina e dei sistemi di erogazione di salute. Storia del diritto alla salute che è anche storia della civiltà umana.

La storia del diritto alla salute, infine, è anche la storia dell’evoluzione del pensiero politico: come ebbe a dire Franco Basaglia in un suo scritto del 1968¹ a proposito della Riforma psichiatrica «si ha l’impressione di avere

¹ F. Basaglia, *La comunità terapeutica e le istituzioni psichiatriche*, Relazione al Convegno “La società e le malattie mentali”, Roma 1968, in Atti del convegno.

fatto solo il primo passo di un cammino circolare che ci riporta al punto di partenza, se non si esplicita il significato politico che va oltre ogni soluzione tecnica».

In realtà le malattie hanno giocato nella storia un ruolo centrale sia a livello sociologico sia a livello economico, oltre che politico: le grandi pandemie del passato, le “pesti”, ma anche le malattie endemiche come malaria, tubercolosi e prima ancora la lebbra, il vaiolo, la pellagra, fino ad arrivare alla sifilide, all’Aids degli anni Ottanta e, oggi, il Covid-19, si caratterizzano come “fenomeni di massa” tali da influire sull’organizzazione sociale: si pensi al cambiamento dei costumi sessuali indotti dall’Aids e, secoli prima, dalla sifilide, o al drammatico cambiamento anche della gestualità e del contatto umano provocati oggi dal Covid-19, alle conseguenze sociologiche di lungo termine che avrà il relegamento in casa di massa e la ridotta mobilità, la rarefazione dei contatti umani.

Si pensi anche agli enormi riflessi sull’economia indotti da tali fenomeni, dallo spopolamento dell’Europa del Trecento a seguito della peste, fino alla drammatica ondata recessiva del Covid-19, che ha operato, come la storia di questi anni ci narrerà, come un vero attacco di guerra batteriologica.

Senza di fatto, come si è (fin qui) dimostrato scientificamente, averne avuto l’origine che, invece, sembra da ricercare in uno dei molteplici *spillover*, cioè un passaggio da animale a uomo, di un virus facilitato da ambienti di vita e di lavoro (mercati alimentari) altamente promiscui e amplificato dalla enorme velocità di spostamento dei popoli del Ventunesimo secolo.

Il Covid-19 ha avuto la capacità di minare, infatti, i sistemi economici occidentali dalle fondamenta, riducendo gli scambi commerciali al minuto e determinando un crollo della domanda interna su interi settori, quali il commercio al dettaglio, la ristorazione, il turismo. Ciò ha determinato la distruzione di intere filiere economiche a – parziale – vantaggio di altre, quali l’intrattenimento via internet i commerci online ecc.

Un attacco bio-terroristico non avrebbe fatto di peggio.

Solo la Storia saprà raccontarci quali effetti di lungo termine ciò determinerà, ma è sempre la Storia a raccontarci quali sono stati gli effetti sui costumi, sulla società e sull’economia e sugli sviluppi politici delle grandi pandemie del passato.

Il campo di indagine di questo studio, ovviamente, non sta tanto nella descrizione di tali sconvolgimenti sociali, politici, economici, quanto piuttosto

sto sui riflessi che essi hanno avuto sul diverso modo di percepire e di riconoscere il diritto alla salute e, per converso, sul ruolo che tale diritto – una volta acquisito alla coscienza sociale e politica di un popolo – esercita sullo sviluppo della società, dell'economia, sull'evoluzione stessa dell'uomo moderno.

Nel riportare indietro le lancette della narrazione, si cercherà di mostrare come il diritto alla salute, dagli albori della civiltà fino ad anni assai recenti, sia stato misconosciuto, compresso, nel migliore dei casi, fino a una mera aspettativa di assistenza.

L'analisi, pur sintetica, dei sistemi di assistenza dell'antichità mostrerà come, all'uomo di quell'epoca – in quanto schiavo, operaio, soldato – spettasse, al più, una medicina “ricostruttiva”, che mirava alla mera ricostituzione della capacità lavorativa o militare del soggetto, più che al riconoscimento di una qualche forma di diritto. È emblematico come nel Codice di Hammurabi il legislatore della antica Mesopotamia prevedesse un risarcimento per l'errore medico che, però, se la vittima era uno schiavo, spettava al padrone, per remunerare la perdita di capacità lavorativa dello schiavo.

In questa logica la salute era “garantita” in quanto ancillare della capacità lavorativa dell'uomo.

Esperienza parzialmente diversa è, invece, rintracciabile nella storia egiziana e greca: la medicina “incubatoria-templare” era, infatti, vocata a offrire assistenza nei templi “a tutti” coloro che ne avevano bisogno, arrivando fino a prevedere il ricovero del malato.

Salvo, tuttavia, valutare attentamente la concezione di “tutti”, per verificare che, anche nella civiltà egizia, si trattava di un concetto estremamente ristretto di collettività e di diritto.

Così pure i greci svilupparono le loro forme di assistenza, spesso molto interessanti, se contestualizzate, da cui però erano esclusi diverse fasce: scremavano i loro cittadini meritevoli di cura, in base al censo, in primo luogo, ritenendo, secondo quanto riporta Platone, che «deve essere dato secondo la misura appropriata che è determinata dal posto che ciascuno occupa nella società» (*Repubblica*, III, 15, 406).

Escludevano, altresì i malati cronici: gli incurabili, cioè, o ritenuti tali, che meritavano la morte sin dalla nascita (gettati dal monte Taigeto a Sparta, come i romani gettavano i “nati mostri” dalla rupe Tarpea).

Questo riporta all'altro filone di approfondimento dello studio: il concetto della diversità del malato, che in quanto alieno deve essere (nel migliore

dei casi) isolato. In alcuni periodi storici si arriverà alla eliminazione fisica degli “incurabili”, in quanto “inutili”.

In sintesi i “tutti”, cui sopra ci si riferiva, erano probabilmente parte assai piccola della società del tempo, che occupava verosimilmente la vetta della piramide sociale egizia, greca o romana.

L'esperienza della medicina egizia e greca, che in qualche modo verrà travasata nella permeabile civiltà romana, costituirà comunque e pur coi suoi limiti, una vistosa eccezione, che nei secoli successivi andrà perduta o, meglio, si trasformerà in quella forma di “medicina caritatevole” che permeerà di sé tutto lo sviluppo della medicina medioevale.

Quello della medicina caritatevole è un principio ben riassumibile nella “missione” dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (*Ordo Hospitalarius Sancti Ioannis de Deo*) più noto come Ordine del Fatebenefratelli: «Evangelizzare il mondo del dolore e della sofferenza attraverso un'assistenza integrale alla persona realizzata secondo lo stile di San Giovanni di Dio, nostro fondatore».

Una finalizzazione insomma ben precisa dell'assistenza: l'evangelizzazione, ben lontana dalla sensibilità laica moderna.

Si dovrà aspettare il “Secolo dei Lumi” per assistere a una progressiva evoluzione del diritto alla salute che, da fatto individuale, diverrà un diritto funzionale a salvaguardare la società nel suo complesso.

Anche se, come si vedrà nel testo, non si arriverà nella Francia rivoluzionaria a una compiuta formalizzazione del concetto di diritto alla salute, come è accaduto, invece, per altri diritti dell'individuo e del cittadino, restando il diritto alla salute solo “implicitamente” assorbito nei diritti fondamentali del cittadino: bisognerà aspettare altri cento anni per assistere – con la nascita dei grandi sistemi sanitari nazionali dell'Europa Centrale – alla compiuta codificazione del diritto alla salute, come diritto dell'individuo e della società, nel suo complesso.

Progressivamente il concetto di suddito-lavoratore o suddito-soldato cui spettano cure mediche finalizzate alla ricostituzione o al mantenimento della sua capacità lavorativa o militare, si è evoluto in quella di cittadino-contribuente, cui spettano le cure necessarie al mantenimento della sua capacità contributiva al benessere della società.

E tuttavia fino a epoca assai recente il cittadino sarà garantito solo in quanto lavoratore: ciò avverrà in Italia (quantomeno) fino al 1978, anno in

cui il sistema mutualistico evolverà nel Sistema Sanitario Nazionale e, purtroppo, avviene ancora in moltissime realtà continentali e, soprattutto, nella (pur trainante) civiltà statunitense.

Il concetto sarà chiarito, nel testo, allorché si dimostrerà che il sistema mutualistico, vigente in Italia fino alla riforma, altro non è che la trasposizione in chiave moderna della medicina “ricostruttiva” di cui s’è detto, posto che esso assicura le sue prestazioni esclusivamente ai lavoratori (distinti per categorie) e ai loro familiari, in una logica, al più assicurativa, dell’assistenza.

Si mostrerà, altresì, come il sistema universalistico su cui è incentrato il modello di SSN del 1978, vera conquista democratica italiana del ’900, sia stato minacciato, fin dall’inizio, dallo spettro della “contro-riforma” che si è aggirato nella legislazione italiana praticamente fino al 1999, passando per la riforma del 1992, assumendo di volta in volta i connotati, alternativamente, della privatizzazione – secondo una logica di libero mercato invocata in nome dell’efficienza – e della rottura, tout court, del vincolo universalistico – nel nome della libertà di scelta del paziente.

Solo la “contro-contro-riforma” Bindi nel 1999 è riuscita ad affermare in via definitiva (almeno per ora) il ruolo dello Stato e il principio universalistico su cui si regge il Sistema Sanitario Nazionale.

Parallelamente diverse democrazie occidentali, travolte periodicamente dalle crisi finanziarie, hanno fatto vistosi passi indietro proprio sul terreno del riconoscimento universale del diritto alla salute, mentre alcune altre, semplicemente, non ci sono mai arrivate nonostante i buoni propositi politici: si pensi da un lato alla involuzione del sistema assistenziale britannico e, dall’altra parte dell’oceano, alle promesse elettorali di rendere obbligatoria l’assicurazione sanitaria presenti nel programma elettorale di Clinton (solo per restare all’ultimo ventennio) o alle promesse, mai pienamente realizzate, dell’*Obamacare* o, in ultimo, al programma elettorale di Biden nella campagna presidenziale 2020, che riprende di fatto i principi e le istanze dell’*Obamacare*.

Ma tutto questo è cronaca.

Altra questione, che si interseca con la storia del diritto alla salute è, poi, quella della monetizzazione del diritto medesimo: tale aspetto si dimostrerà essere, non solo, una caratteristica dei sistemi di erogazione della salute dell’antichità, ma una costante della storia, che anche i moderni sindacati finiranno per accettare, dalla Rivoluzione Industriale in poi, barattando la

salute dei lavoratori con condizioni remunerative migliori, indennità, aumenti o anche solo con il lavoro in quanto tale.

La vicenda del polo siderurgico di Taranto, che dopo decenni di lotte nell'autunno 2019 sembra aver trovato un drammatico, provvisorio, epilogo (la parziale chiusura dello stabilimento e la fuga dei capitali esteri e della ArcelorMittal che pure si era impegnata a bonificare l'area, senza poi averlo effettivamente fatto) è, in fondo, una storia di bilanciamento (fallito, nel peggiore dei modi) fra il diritto alla salute di un'intera popolazione che risiede nell'area dello stabilimento e il diritto al lavoro di quella medesima popolazione che, dal lavoro nello e dello stabilimento, ha tratto sostentamento.

Un ultimo filone di riflessione è, infine, quello attinente alla concezione del malato come alieno o "altro", che affonda le sue radici nelle origini esoteriche della medicina e, successivamente, nella concezione della malattia come punizione divina per il peccato, che continua, strisciante, ad avvelenare anche la moderna visione della sanità.

In questo quadro è facile inquadrare la persistenza, fino a pochi anni fa nei manicomi, della concezione del luogo di cura, come posto per isolare il malato dai sani (il lazzaretto, il moderno hospice, dove si va a morire "senza dolore"), per separare il grano dal loglio per, in ultima analisi, esorcizzare la malattia e la morte che di quella è conseguenza.

Come ha scritto Boccaccio nel *Decameron*:

E lasciamo stare che l'uno cittadino l'altro schifasse e quasi niuno vicino avesse dell'altro cura e i parenti insieme rade volte o non mai si visitassero e di lontano: era con sì fatto spavento questa tribulazione entrata ne' petti degli uomini e delle donne, che l'un fratello l'altro abbandonava e il zio il nipote e la sorella il fratello e spesse volte la donna il suo marito; e (che maggior cosa è e quasi non credibile), li padri e le madri i figliuoli, quasi loro non fossero, di visitare e di servire schifavano.

Altro tema – che resta tangente alla trattazione – è quello delle disuguaglianze, cioè della effettiva parità di accesso alle cure lungo le complesse dimensioni del censo, del livello culturale e del livello di istruzione, della localizzazione in aree urbane, suburbane o agricole della popolazione così come lungo la dimensione geopolitica.

Ho scelto di limitare la trattazione alla nascita e alla evoluzione del diritto alla salute e non alla sua effettiva fruibilità, cioè al tema delle disuguaglian-

ze, perché quest'ultimo ha implicazione profonde che richiedono specifiche trattazioni, che impattano su temi etici e culturali, profondamente radicati nelle culture dei singoli popoli e perché la trattazione di queste tematiche non può ricondursi a una appendice di un testo di storia, quale questo vuole essere.

D'altra parte quello delle disuguaglianze nell'accesso ai sistemi sanitari è uno dei temi più trattati negli ultimi anni, sia sotto la spinta mediatica del caso statunitense (l'*Obamacare* di cui sopra si è detto) sia sotto la spinta dell'opinione pubblica che oggi riesce a fare sentire la sua voce di protesta nei casi (veri o presunti) di malasanità che spesso celano delle profonde disuguaglianze nell'accesso ai sistemi di erogazione di salute.

Ovviamente è cosa profondamente diversa la nascita di un diritto, rispetto alla sua effettiva fruibilità in condizioni di parità: come si vedrà, in Italia, il diritto alla salute nasce nel 1948, con la Carta costituzionale, ma dovrà attendersi trenta anni, fino al 1978, per la nascita di un Servizio Sanitario Nazionale, che quel diritto rendesse effettivamente fruibile pur coi suoi mille limiti e false partenze.

D'altra parte, in molte democrazie occidentali, quel diritto neppure è nato.

Non si può, in ultimo, tacere che nel momento in cui si scrivono queste pagine infuria una delle più violente pandemie mondiali, il Covid-19, che sembra in grado di diffondersi in modo tanto esteso e rapido da mettere in crisi gli stessi sistemi sanitari dell'intero pianeta: interrogarsi sulla storia del nostro diritto a richiedere cure e assistenza, acquista, oggi, un significato forse ancor più concreto e attuale.

Drammaticamente sta emergendo il tema delle disuguaglianze, non solo per le diverse capacità dei popoli di affrontare la pandemia, che dipende direttamente dal tasso di sviluppo dei sistemi sanitari, ma anche e, direi, soprattutto per una campagna vaccinale, iniziata nel dicembre del 2020, almeno a tre velocità: quella massima, di alcuni paesi occidentali (Israele, Gran Bretagna, Usa), quella media, ma troppo lenta, della media dei paesi europei, fra cui l'Italia, quella pressoché nulla dei "paesi emergenti" che ha portato a gennaio 2021 il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Tedros Ghebreyesus, a dichiarare: «Il mondo è sull'orlo di un catastrofico fallimento morale e il prezzo sarà pagato con vite e mezzi di sussistenza nei paesi più poveri». A suo dire, in un Paese povero di cui non ha voluto dire il