

La salute è un diritto fondamentale, incluso e normato nella vasta gamma di dichiarazioni e convenzioni internazionali riguardanti i diritti umani. Ed è anche il diritto che forse più di ogni altro è complesso e insieme sfuggibile, se letto nella prospettiva della sua esigibilità. Da quando, fin dagli esordi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e poi, in maniera più stringente, con la Dichiarazione di Ottawa del 1986, la salute cessa di essere "assenza di malattia" per divenire "stato di benessere fisico, psichico e sociale" di ogni individuo, la salute è diventata "un diritto che attraversa tutti i diritti" (un *diritto inclusivo*, nel linguaggio ONU), funzione complessa non solo dei sistemi di welfare e dell'accesso alle cure (che le malattie le prevengono, le curano o ne riducono l'impatto), ma di fattori ambientali e sociali, di variabili quali reddito, lavoro, istruzione, risorse abitative, nutrizione, qualità della vita urbana, coesione sociale, riduzione delle disuguaglianze, clima e qualità dell'aria e dell'acqua, non discriminazione, diritto alla vita. E via elencando. Così, nell'affrontare il tema del diritto alla salute alla luce del Covid19, nell'ultimo *Rapporto sui Diritti Globali*¹, ci si è misurati con uno scenario difficile e contraddittorio, su cui la pandemia (anzi, la sindemia) ha calato le sue carte, rilanciato la partita dei diritti, enfatizzandone i limiti e, insieme, l'ineludibile necessità. Il Covid19, insomma, è una potente lente di ingrandimento per leggere "l'ordinario" stato dei diritti, e del diritto alla salute soprattutto.

Lo stesso termine sindemia, adottato per il Covid19 – e destinato a entrare nel vocabolario comune, se sono realistiche le previsioni circa ricorrenti crisi pandemiche correlate a diversi fattori ambientali e sociali – richiama con forza ed esalta la pervasiva interdipendenza tra fattori, determinanti e dimensioni diverse. Interdipendenza non solo tra i diversi diritti umani (prospettiva del resto fin dall'inizio adottata dal *Rapporto sui Diritti Globali* sin dal suo stesso titolo) ma anche tra diritti umani e diritti sociali. La contrapposizione tra gli uni e gli altri, spesso protagonista di un dibattito teorico e politico a tratti acceso (anche a sinistra), rischia di non cogliere il nodo dell'interdipendenza esemplarmente rappresentata dal diritto alla salute, che ha bisogno tanto di un quadro normativo globale rinnovato e forte (sempre più forte, dotato di dispositivi di responsabilità politica, accountability, di lotta all'impunità e meccanismi di risarcimento), tanto di diritti sociali più esigibili, perché sono quelli che incidono sui determinanti sociali che "fanno" la salute e ne condizionano qualità e esigibilità. Né si può dire che i diritti umani appartengano alla sfera del "formalismo" globale, astratto e magari retorico, di cui fare anche a meno, e i diritti sociali sono la carne e il sangue della lotta sociale cui poco importa della forma e della norma: basterebbe riandare alla grande lotta contro l'AIDS degli anni '90 per trovare un folgorante esempio di pratiche di movimento globale che hanno tenuto insieme tutto, lotta alla discriminazione basata sull'orientamento sessuale e diritto di accesso alle cure, lotta contro la povertà e la disuguaglianza e diritto alla vita, lotta contro il TRIPS (accordo sulla proprietà intellettuale) e alleanza tra stati trasgressori e persone malate, diritto all'informazione e battaglia per l'antiproibizionismo in tema di droghe, difesa della sanità pubblica e parità di genere. Lezione appresa, memoria da riattivare, che riemerge con prepotenza in epoca di sindemia:

se ne esce davvero solo rispettando i diritti. Tutti.

Determinanti sociali. L'insostenibile debolezza del diritto alla salute

Lo stato attuale della declinazione internazionale del diritto alla salute è lontano dal garantire la sua esigibilità. E questo nonostante la normativa internazionale abbia rinunciato alla complessità dello "stato di benessere fisico psichico e sociale", abbia ben presto perso per strada la dimensione *sociale* e si sia concentrata sul diritto di *accedere a servizi e cure del miglior livello disponibile*. È dunque diventato il diritto a *godere del livello più alto ottenibile di salute, come diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzioni di razza, religione, credo politico o condizione sociale e economia*; laddove *livello più alto ottenibile di salute*, nonostante le tante precisazioni e dettagli dei documenti internazionali, resta una zona grigia, incerta e variabile, mentre quella più presidiata e cogente appare la lotta alla discriminazione nell'accesso alle cure. I determinanti sociali appaiono esclusi dai dispositivi di esigibilità e accountability².

Si è detto, il virus non guarda in faccia nessuno, ma le sue conseguenze i diversi volti li vede benissimo. E privilegia i più fragili, i più marginali, i più poveri, nel mondo e all'interno di ogni paese. Ancora una volta è evidente come un mondo e società attraversate da profonde disuguaglianze – di reddito, istruzione, opportunità, partecipazione – producano profonde disuguaglianze nella salute e nel diritto alla sua esigibilità, e come il modello capitalistico le riproduca e le moltiplichi. I determinanti sociali della salute sono via via stati esposti a crescenti stress con l'evolvere del modello capitalistico globalizzato, e con il contestuale ritrarsi dei sistemi di welfare, secondo quella teoria liberista del *trade off* – *o* investimenti produttivi *o* spesa pubblica – che nei decenni ha guidato lo smantellamento della sanità pubblica e universalistica, accelerando la sua privatizzazione, e la finanziarizzazione delle imprese che la forniscono. Mentre si andava ulteriormente aprendo la forbice delle disuguaglianze sociali, in un meccanismo esponenziale, le mancate misure di politica fiscale, previdenziale, sociale, redistributiva, consegnavano quote sempre più ampie di popolazione – nel mondo ma anche nelle società ricche, come in Europa – a nuovi livelli di povertà o comunque di radicale crisi della qualità della vita. Uno sguardo ad alcuni dati pre-Covid19 rende per esempio conto della debolezza delle politiche di lotta alla povertà e all'impoverimento: la relazione intermedia di valutazione del raggiungimento degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDGs*) dell'Agenda 2030 dell'ONU, stilata nel 2019, denuncia che non sarà raggiunto l'obiettivo di portare a zero la povertà estrema (vivere con meno di 1,25 dollari al giorno) nel mondo entro il 2030, oggi la percentuale è di circa il 9% (l'8% tra gli occupati), prima della pandemia si prevedeva al meglio di arrivare in altri 10 anni al 6%, dopo la pandemia si prevede un sensibile aumento. Al contempo, poco meno di 4 miliardi di persone, il 55% della popolazione globale, non ha alcuna protezione sociale, l'87% in Africa, il 14% in Europa; il 22% dei disoccupati e il 28 % delle persone disabili non hanno misure di

sostegno, il 35% dei bambini in difficoltà non ha alcuna protezione e il 60% delle madri non riceve alcun aiuto economico. Se guardiamo all'Europa, i dati sono meno drammatici, eppure l'obiettivo della Strategia Europe 2020, che dichiarava di voler diminuire di 20 milioni di unità i poveri europei (113 milioni), all'inizio del 2020 registrava un decremento di soli 4,2 milioni in 10 anni, mentre la povertà relativa cresceva di 3,5 milioni. Questo senza contare le conseguenze del Covid19 in questi primi 10 mesi di pandemia.

Universal Health Coverage, una coperta troppo corta

Oltre alla generale debolezza dell'impatto delle politiche sui determinanti sociali della salute, appare critico anche un aspetto cruciale dell'esigibilità del diritto alla salute per come declinato in sede globale, quello dell'accesso ai migliori servizi e trattamenti disponibili, sia per la prevenzione che per la cura. Qui, comunque, l'*accountability* sembra aver segnato qualche passo in avanti, le norme sono più dettagliate e le responsabilità dei governi più tracciabili, e la lotta all'impunità ha in mano qualche strumento normativo. Secondo il CESCR, *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* dell'ONU, servizi, beni, farmaci devono essere *disponibili*; devono essere *accessibili* per tutti senza esclusioni e discriminazioni, essere *accettabili*, in termini etici e culturali, e devono essere *di qualità*, sotto il profilo scientifico e della sicurezza. Da queste quattro dimensioni generali deriva un sistema di indicatori che consente di monitorare e valutare il grado di adesione degli stati a questo set di principi. E poi, soprattutto, il programma *Universal Health Coverage* (UHC) dell'OMS, la copertura universale dei servizi di base, adottato con la risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite *Global Health and Foreign Policy*, dal 2012 ha avviato una serie di azioni e programmi mirati all'obiettivo di una copertura almeno dei più essenziali servizi sanitari di base. Consapevole delle ricadute delle povertà – dei singoli e delle nazioni – sull'accesso a servizi e cure, e dei limiti dei sistemi di sanità pubblica nel mondo, il CESCR ci tiene a sottolineare come l'accesso debba essere accompagnato dalla *garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica*; e che gli stati devono attivarsi affinché *i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese insostenibili a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie*. Queste precondizioni sono a carico degli stati, che ne dovrebbero quindi rispondere. Nel 2019, sempre nell'ambito dell'Agenda dei SDGs, che prevede la copertura universale entro il 2030, l'OMS fa il punto, e quello che rileva non è positivo: 4 miliardi di persone non ha accesso ai servizi sanitari di base, 5 milioni di persone non accedono alle cure per la tubercolosi, 17 milioni a quelle contro l'HIV/AIDS, 20 milioni di bambini non sono vaccinati contro difterite, tetano e pertosse, 204 milioni di donne non hanno servizi di pianificazione familiare, 2,3 miliardi di persone non dispongono di servizi igienici. Secondo la Banca Mondiale, poco meno di un miliardo di persone spende il 10% del budget familiare in servizi per la salute, con l'esito che ogni anno 100 milioni cadono nella povertà a causa di

queste spese. Con buona pace dei SDGs, la previsione più rosea diceva che nel 2030 il 30-35% della popolazione mondiale sarà ancora senza accesso ai servizi di base. Poi è arrivato il Covid19, e tutte le previsioni, già negative, sono precipitate.

La partita impari tra Salute pubblica e Big Pharma

Sempre secondo l'ONU, la lentezza e i fallimenti verso una copertura universale dipendono in buona parte dal mancato accesso ai farmaci: testualmente, *i prezzi elevati dei prodotti farmaceutici, e l'accesso non equo a questi prodotti, nei singoli paesi e tra nazioni, così come le sfide finanziarie associate a questi prezzi elevati, continuano ad impedire ogni progresso verso la copertura universale*. Big Pharma – le maggiori aziende multinazionali del farmaco – è uno dei settori capitalistici più concentrati, gioca in regime di oligopolio, ed è tutelata dal TRIPS, il trattato sulla proprietà intellettuale e i brevetti, che consente di mantenere i diritti su un farmaco brevettato per ben 20 anni, il che impedisce ad altri di produrlo e ai farmaci di assumere la qualità di generici. La determinazione dei prezzi dei farmaci è una delle procedure più opache di tutto il capitalismo globalizzato, paradossalmente – trattandosi di beni che hanno a che fare con la salute e la vita – fuori controllo anche dal punto di vista capitalistico, per esempio senza misura nel rapporto tra costi di produzione e prezzi di mercato. Prova ne siano le trattative segrete (non è un'enfasi, è l'aggettivo corretto) che si ripetono ogni volta tra aziende e governi al momento dell'acquisto di un farmaco per i sistemi sanitari nazionali, dove conta ma non basta essere paesi ricchi e essere acquirenti stabili: l'ultima esperienza pre-Covid19 in Italia è stata quella dei farmaci contro l'epatite C, che sono partiti da decine di migliaia di euro per ogni ciclo di trattamento individuale, costringendo – prima di scendere a più miti consigli – a selezionare chi ne avesse diritto (pochi) a discapito di tanti. Un problema enorme per un farmaco che cura in maniera efficace una patologia mortale. Lo chiamano *value-based pricing model*, in sostanza si dice che il prezzo è funzione della percezione dell'acquirente circa l'insostituibile utilità del prodotto. Non male, per merci che salvano vite. È la legge del profitto, si dirà. Vero, ma c'è qualcosa di più del regime oligopolistico del farmaco – che per inciso fa sì che Big Pharma abbia margini di profitto di due o tre volte superiori alla media dei profitti di tutte le altre merci, paghi sempre meno tasse, accresca il processo di finanziarizzazione, investendo in dividendi molto più che in ricerca – ed è la capacità di sfruttare le risorse pubbliche indebolendo al contempo il potere negoziale degli enti pubblici, nazionali e sovranazionali, che le erogano e che dovrebbero averne dei benefici per garantire la salute di tutti. Si tratta non di escamotage di mercato ma di una vera governance di sistema, e questa debolezza della sfera pubblica è ciò che sempre più incide nella mancata esigibilità del diritto alla salute.

La parola chiave della governance dei farmaci è PPP, *public private partnerships*, sistemi pubblico-privati che dovrebbero garantire negoziazioni e accordi tra aziende e politiche pubbliche, nazionali o globali; nulla di male, se non fosse che a questi tavoli le carte le dà

Big Pharma. Tra i molti esempi³, stiamo a quanto accade in Europa: qui opera lo IMI – *Innovative Medicine Initiative* – una PPP tra Commissione Europea (CE) e compagnie del farmaco, come GlaxoSmithKline, Novartis, Pfizer, Lilly e Johnson & Johnson, che siedono nel consiglio di amministrazione. La CE ci butta denaro pubblico per la ricerca – il meccanismo che stiamo vedendo per il vaccino anti-Covid19, oggi con 16 miliardi di euro investiti – ma non ci guadagna alcun controllo sul prezzo finale, né sulle priorità da seguire. Big Pharma non si attiene ai 25 obiettivi prioritari dell'OMS, tra cui primeggiano le malattie trasmissibili, ma ricerca e investe sui farmaci più promettenti dal punto di vista commerciale (ampiezza e durata prevista del mercato, con un occhio sempre sui paesi ricchi che possono pagare), né ha ascoltato la CE quando chiedeva, nel 2017, di investire soprattutto in ricerca (mettendoci soldi pubblici, dunque avendo potenzialmente voce) su vaccini contro i coronavirus come SARS e MERS. Nessun ascolto. Ciò che sconcerta è che la CE ne è ben consapevole, ma continua ad affondare nella stessa palude: nel più recente rapporto di valutazione sull'IMI si legge che *tra il 2008 e il 2016 non può essere verificato alcun beneficio socio economico dall'attività dell'IMI*, oltre al fatto che *non ci sono esempi di attività che abbiano portato a terapie o prodotti nuovi, più sicuri e più efficaci per i pazienti*. Concludendo che *il valore aggiunto dell'IMI per la società e per i pazienti è difficile da dimostrare*. È dimostrato invece quello per le grandi aziende, che incamerano miliardi per le loro ricerche.

Non c'è nessuno complotto. È il capitalismo, bellezza

Il Covid19 si abbatte su un mondo e su un sistema in queste condizioni. Non stupisce che anche di fronte alla distruttività della pandemia e al rischio per la salute globale il regime delle PPP continui a farla da padrone, in Europa e nel mondo, in modo esponenziale. Di fronte alla sfida in atto, la sola garanzia di assicurare alla popolazione globale sia i trattamenti verificatisi almeno in parte efficaci sia soprattutto la copertura vaccinale, è quella di dichiarare il vaccino un *bene comune*, derogando ai brevetti ventennali, secondo quanto per altro già prevedono le norme introdotte a parziale integrazione del TRIPS a Doha nel 2001, su spinta di stati come India e Sudafrica (allora sul tavolo c'era l'accessibilità ai farmaci contro l'AIDS per i paesi più poveri e più affetti). Big Pharma non andrebbe in fallimento, la deroga prevede comunque il pagamento di royalties e la ricerca sta andando avanti con grandi investimenti di denaro pubblico. Sono numerosi i paesi che in sede OMS e WTO-TRIPS hanno fatto questa proposta, ma quelli ricchi (Europa compresa, noi compresi) hanno votato contro, e già dai tempi di Doha si contano sulle dita di una mano le grandi aziende che sporadicamente hanno aderito ad accordi di deroga ai brevetti. Si sta preferendo procedere ancora una volta per PPP, si allunga la lista delle sigle di iniziative e tavoli in cui si tentano negoziazioni (tra governi, agenzie internazionali pubbliche, case farmaceutiche e, non scordiamoli, grandi *filantropocapitalisti* alla Bill Gates), senza garanzie chiare e soprattutto con permanenti asimmetrie nei poteri decisionali, asimmetrie tra privato e pubblico e tra paesi ricchi e paesi poveri. L'ultima nata – COVAX – a cui aderiscono

anche OMS e CE, dovrebbe sorvegliare su una distribuzione non troppo iniqua del vaccino, che non vada a totale discapito dei paesi più poveri. Ma è un pannicello caldo di fronte al potere del mercato e dei sovranismi sanitari: il 13% dei paesi del mondo (quelli ricchi, noi inclusi) si sono già accaparrati 2 miliardi di dosi, mentre si stima che i paesi più poveri avranno accesso al vaccino a decorrere dal 2024. Non è difficile immaginare cosa significhino tre anni di scopertura vaccinale in contesti già afflitti da povertà e scarsi o nulli sistemi di welfare.

Dunque non c'è alcun complotto, è "solo" capitalismo globalizzato, smantellamento della dimensione pubblica della salute, debolezza della politica. A cui rispondere con una critica razionale, radicale e serrata del modello di sviluppo che li alimenta, come stanno facendo movimenti come *Our Health is not for sale* (*La nostra salute non è in vendita*) o *Diritto alla Cura. #Right2cure. Nessun profitto sulla pandemia*⁴, rivendicando cure e vaccini sicuri, accessibili, per tutti. Gli anni '90 e i primi anni 2000 hanno visto un forte movimento antiliberista che proprio dalla lotta contro WTO e TRIPS hanno tratto contenuti e obiettivi strategici, consapevoli della portata che quella governance della produzione, dello scambio commerciale, della finanziarizzazione avrebbero avuto sulla vita concreta di miliardi di persone, a cominciare dall'impatto sui diritti fondamentali, umani e sociali. Da Seattle, nel 1999, in pochi mesi ci sarebbe stato l'abbraccio con il movimento della lotta all'AIDS, che rivendicava rispetto per le persone colpite, investimenti sociali e diritto all'accesso ai farmaci. Una storia, un'esperienza e una memoria di lotta che vanno strappate al silenzio: la partita è epocale, la posta in gioco troppo alta per lasciarla in mano al gioco ridicolo di negazionisti e complottisti. Riportiamo il conflitto e la contraddizione nel cuore del problema.

Susanna Ronconi è ricercatrice e attivista. Collabora dal 2004 al *Rapporto sui Diritti Globali*, di cui cura l'analisi delle politiche sociali; per l'edizione 2020 ha redatto il capitolo *La pandemia e il diritto alla salute*. È presidente del Comitato scientifico dell'Associazione Forum Droghe.

1. *18° Rapporto sui diritti globali. Il virus contro i diritti*, a cura di Associazione Società Informazione, Ediesse-Futura editore. Del rapporto scrive qui il curatore, Sergio Segio <https://transform-italia.it/i-diritti-globali-e-i-crimini-di-sistema-al-tempo-della-sindemia/>. Dati e informazioni citati in questo articolo sono tratti dal capitolo *La pandemia e il diritto alla salute*, pp 161-214. Nel medesimo capitolo sono citate tutte le fonti.[↩]
2. Su efficacia e cogenza dei meccanismi di accountability e lotta all'impunità rispetto al diritto alla salute si rimanda al citato capitolo, pp 165-170.[↩]
3. Tutte le diverse strategie di mercato, di governance e di lobbying politica di Big Pharma sono analizzate nel capitolo citato, pp 174-188.[↩]
4. <http://europe-health-network.net/spip.php?article289&lang=en> ; <https://noprofitonpandemic.eu/>.[↩]