

11. La Commissione sui determinanti sociali della salute

Chiara Bodini, Ardigò Martino

2005-2008: origini, composizione e svolgimento dei lavori

Lanciata nel maggio 2005 dall'allora Direttore generale (DG) dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) Lee Jong-Wook, prematuramente scomparso a un anno di distanza quando i lavori erano da poco iniziati, la Commissione sui determinanti sociali della salute (Commission on Social Determinants of Health, CSDH) si è riunita per tre anni fino alla pubblicazione, nel 2008, dell'ormai famoso rapporto conclusivo dal titolo *Closing the gap in a generation: tackling health inequalities through action on the social determinants of health*.¹ La decisione di dedicare tempo e risorse all'approfondimento di tale tema era stata salutata con particolare favore da quella parte di società civile che segue con attenzione i lavori dell'OMS e la loro coerenza con il mandato costituzionale dell'organizzazione, ancora scottata e delusa dalle analisi di una precedente Commissione su macroeconomia e salute che – ignorando completamente la nozione di salute come diritto umano e come prodotto di determinanti politici ed economici – le aveva attribuito valore solo in quanto strumentale alla crescita economica.² La speranza era dunque che la CSDH potesse riportare al centro delle analisi e delle politiche dell'OMS quei determinanti sociali, politici ed economici troppo spesso negletti in favore di un'attenzione quasi esclusivamente alla lotta contro le malattie e al funzionamento dei sistemi sanitari. La composizione della CSDH, senza dubbio di alto profilo con esponenti del calibro di Amartya Sen (premio Nobel per l'economia) e presieduta da Michael Marmot, l'epidemiologo allora più in vista nello studio delle disuguaglianze in salute, rifletteva uno spettro piuttosto ampio di provenienze e orientamenti. Dei diciannove membri, nove venivano da Paesi ricchi (anche se dodici vi risiedevano), quattro dall'Africa, due dall'Asia e uno dall'America Latina. Tra di essi, un ex ufficiale repubblicano dell'amministrazione USA, l'ex Primo ministro del Mozambico, l'ex Ministro della salute canadese, Fran Baum per il People's Health Movement (capitolo 16), e l'italiano Giovanni Berlinguer. Muovendosi nell'ambito del quadro teorico che legge la malattia e le disuguaglianze negli esiti in salute come prodotti di una catena causale alla cui origine vi è la stratificazione sociale, la CSDH ha operato su cinque assi di lavoro.³

1. nove 'knowledge network', dedicati ad altrettanti argomenti (infanzia, globalizzazione, sistemi sanitari, ambienti urbani, donne ed equità di genere, esclusione sociale, condizioni di lavoro, priorità in sanità pubblica, misurazioni e dati) e finalizzati a informare le proposte relative a politiche e azioni;
2. ricerche orientate a casi-Paese;
3. confronto con la società civile, grazie all'inclusione di suoi rappresentanti nella CSDH stessa e mediante consultazioni formali con gruppi esterni;
4. confronto con attori e iniziative globali;
5. cambiamenti istituzionali in seno all'OMS per dare seguito alle proposte una volta conclusi i lavori.

Il rapporto *Closing the gap*

La pubblicazione del rapporto conclusivo della CSDH ha segnato un momento rilevante nella storia dell'OMS e, per molti versi, della sanità pubblica mondiale. Nonostante, come si vedrà in seguito, non siano mancate le critiche e soprattutto si sia ancora in attesa dei risvolti pratici e operativi del lavoro svolto, esso ha rappresentato una (parziale ma innegabile) inversione di tendenza rispetto ai precedenti atti dell'OMS. Era infatti forse dai tempi di Alma Ata (capitoli 1 e 3) che non si leggevano nei documenti ufficiali affermazioni tanto esplicite sul valore intrinseco della salute come diritto umano, sull'importanza della partecipazione e dei movimenti sociali nel produrre cambiamento, sulla necessità di tale cambiamento al fine di migliorare la salute globale e ridurre le esistenti (e crescenti) disuguaglianze. Il rapporto offre una sintesi dell'importante e ampio lavoro svolto, comprendente l'analisi e la rielaborazione di numerose esperienze nazionali e internazionali su disuguaglianze in salute, fattori sociali che le determinano, effetti nei Paesi a sviluppo avanzato e in quelli poveri. Inoltre, esso suggerisce una serie di azioni di contrasto finalizzate, come dice il titolo, a eliminare il divario di mortalità e morbilità esistente a livello mondiale nell'arco di una generazione. Nonostante la vena di provocatorio ottimismo che anima tale affermazione, la riduzione delle disuguaglianze è considerata dalla CSDH un obiettivo prioritario e irrinunciabile. Si legge infatti nell'introduzione: "La giustizia sociale è una questione di vita o di morte. Influisce sulle condizioni di vita delle persone, sul conseguente rischio di malattia e di morte prematura. Guardiamo con ammirazione al continuo aumento dell'aspettativa di vita e di buona salute in alcune parti del mondo, e con allarme al fallimento del miglioramento in altre. Una bambina che nasce oggi in alcuni Paesi

ha un'aspettativa di vita di 80 anni e in altri inferiore ai 45. Anche all'interno degli stati ci sono drammatiche differenze di salute, strettamente connesse con il grado di svantaggio sociale a cui le persone sono esposte. Differenze di questa portata, all'interno e tra i Paesi, semplicemente non dovrebbero esistere.”¹

Il riferimento qui è a disuguaglianze strutturali, esistenti sia tra Paesi che all'interno degli stessi. Di queste ultime, nel rapporto sono raccolti esempi recenti: in Inghilterra e Galles il rischio di mortalità aumenta parallelamente all'aumento dell'indice di deprivazione del quartiere di residenza, e il differenziale di mortalità tra chi vive in zone molto o poco svantaggiate è di oltre due volte e mezzo; il tasso di mortalità infantile in Bolivia è di 100 ogni 1.000 nati vivi per i figli di donne non istruite, di 40 ogni 1.000 nati vivi per i figli di donne con almeno il secondo grado di istruzione (tendenza confermata in tutti i Paesi inclusi nello studio: Uganda, India, Turkmenistan, Perù, Marocco); in Europa, il rischio di morte tra gli adulti di mezza età appartenenti alle classi socioeconomiche più basse supera del 25 per cento, 50 per cento o addirittura 150 per cento quello delle classi superiori. Commentando tali dati, la CSDH afferma che le disuguaglianze – al contrario delle differenze – non sono naturali e casuali, ma emergono come risultato di processi sociali attivi, ingiusti e fraudolenti. Dopo averlo denunciato chiaramente in apertura, con la lapidaria frase “L'ingiustizia sociale sta uccidendo le persone su larga scala”, il rapporto prosegue affermando: “Queste disuguaglianze in salute sono evitabili, non naturali, e dipendono – oltre che dall'efficacia dei sistemi sanitari – dalle circostanze in cui gli individui crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche. Le politiche sociali ed economiche hanno un impatto determinante sulle possibilità che un bambino ha di crescere e svilupparsi nel suo pieno potenziale e nel determinare se vivrà una vita florida o avvizzita.”¹

Il ruolo che la CSDH riserva alle politiche socio-economiche e alla giustizia sociale è dunque cruciale, tanto che le raccomandazioni finali che sintetizzano le azioni da intraprendere per contrastare e ridurre le disuguaglianze sono:

- migliorare le condizioni di vita quotidiane;
- contrastare l'inequiva distribuzione di potere, denaro e risorse;
- misurare e comprendere in maniera adeguata i problemi e valutare l'impatto delle azioni di contrasto.

Reazioni al lavoro della Commissione

La pubblicazione del rapporto *Closing the Gap* ha suscitato reazioni contrapposte. Se da un lato gli ambienti più conservatori e schierati in difesa di un presunto confine tecnico al lavoro dell'OMS lo hanno giudicato eccessivamente 'forte' e ideologico,^a dall'altro proprio coloro che hanno invece accolto con maggior favore le posizioni espresse e le evidenze raccolte a suffragio hanno al tempo stesso sollevato critiche che meritano di essere riprese. Da diverse parti, infatti, è stato sottolineato come il lavoro della CSDH, se pure molto apprezzabile e da salutare con favore come possibile ripresa di un asse di analisi e impegno che sembrava perso dopo Alma Ata, risenta ancora – come del resto l'intera OMS – di un certo tecnicismo e freno nell'esplicitare le cause alla base della situazione di disuguaglianza descritta. Vicente Navarro, sociologo ed economista spagnolo, in un discorso tenuto all'inaugurazione della Conferenza sulla promozione della salute svoltasi a Torino nel settembre 2008,⁴ ha infatti affermato che “non sono le disuguaglianze che uccidono, bensì coloro che da tali disuguaglianze traggono beneficio”. Su analoghe posizioni critiche si sono espressi altri,⁵⁻⁷ sottolineando l'assenza – nella cornice teorico-analitica adottata dalla CSDH – di categorie atte a mettere in luce i rapporti di potere che sono alla base dell'origine e della riproduzione delle esistenti, e crescenti, disuguaglianze. In aggiunta, la Rete latino americana di medicina sociale (Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES) ha rimarcato quanto in America Latina l'epidemiologia critica e la salute collettiva (ambito che si differenzia dalla sanità pubblica) abbiano da tempo sviluppato quadri concettuali e strumenti teorici in grado di restituire complessità alle evidenze sui determinanti sociali raccolte dalla CSDH, e di aumentarne il potere esplicativo (traducibile in potenziale e strategia di azione) rispetto alle dinamiche sociali sottostanti.⁶ L'approccio adottato da Michael Marmot è in questo senso giudicato statico e deterministico, in quanto reitera – se pur su base più ampia – una visione che lega con relazioni causa-effetto determinanti intesi come fattori di rischio e salute, ignorando da un lato gli aspetti strutturali che ne plasmano presenza e distribuzione, dall'altro le relazioni intersoggettive che condizionano la natura dell'esposizione e la correlano agli esiti in salute (“L'iniustizia non è ingiustizia nella distribuzione e nell'accesso; è il sistema ingiusto che genera tale ingiusta distribuzione”).⁶ Ancora, la ricchezza della produzione latinoamericana chiama in causa un approccio multidisciplinare in cui le scienze umane e sociali ridanno

^a Vedi per esempio www.economist.com/node/12009974

centralità alla posizione del soggetto, inteso come agente produttore di senso, significato e intenzione e come tale necessariamente da includere in qualunque analisi in quanto 'agente' e non solo oggetto/campo in cui rintracciare gli eventi finali di processi eterodeterminati. D'altro canto, viene sottolineata anche l'assenza di riflessione, nel lavoro della CSDH, sul confine tra salute individuale e salute collettiva, terreno particolarmente rilevante e fertile nella prospettiva poi di informare le strategie di azione. Infine, il rapporto è criticato per non aver messo adeguatamente in luce il ruolo giocato dai conflitti sociali e tra classi nell'animare le spinte progressiste che, tra le altre cose, hanno portato alla creazione di molti dei sistemi sanitari e di welfare nazionali.

Riassumendo, tutte le voci più critiche sono accomunate dall'osservazione che, benché con toni più espliciti del solito, ancora una volta l'OMS non si è spinta oltre il discorso sulle politiche, senza dunque affrontare gli snodi politici cruciali al fine di intraprendere azioni di contrasto efficaci. Dice infatti Navarro: “In termini generali, [il rapporto] enfatizza la necessità di ridistribuire le risorse, ma non dice quali risorse vadano ridistribuite né indica gli strumenti per farlo”.⁴ Tali limiti non sono tuttavia tanto attribuiti e attribuibili alla CSDH, quanto agli assetti interni all'OMS e alla sua posizione e funzionamento attuali. Da più parti si nota come la volontà di non ricorrere al voto ma di procedere con approvazioni per consenso imponga di fatto spesso una autocensura a priori: si selezionano, in altri termini, solo le posizioni che hanno più probabilità di non suscitare ostilità da parte di Paesi che potrebbero, con la propria opposizione, impedirne l'adozione o mettere in atto ripercussioni ancora più forti verso l'organizzazione stessa (Paesi come gli Stati Uniti hanno in passato 'punito' l'OMS con tagli ai finanziamenti per aver preso posizioni giudicate troppo politiche).⁸ Estendendo la riflessione al campo delle agenzie multilaterali, sempre Navarro fa notare che: “Il network delle agenzie internazionali, come l'OMS o le Nazioni Unite, è fortemente influenzato dalla distribuzione di potere a livello globale. È risaputo infatti che al giorno d'oggi i governi di alcuni Paesi hanno più potere di altri. Ed è risaputo inoltre che all'interno di ogni Paese alcune classi sociali, o generi o etnie hanno più potere di altre. Gli effetti che questa realtà ha sull'OMS sono stati studiati solo di rado, anche se il differenziale di potere che queste nazioni, classi, etnie e generi predominanti esercitano è in grado di condizionare in larga misura i rapporti e i documenti pubblicati da questa agenzia internazionale”.⁹ A questo si aggiunga il fatto che, sempre più, il budget dell'OMS dipende più o meno direttamente da donatori privati. Ciò rende particolarmente difficile affrontare in maniera esplicita,

tra gli altri, il tema cruciale e delicato del ruolo delle multinazionali (e più in generale del sistema neoliberista di mercato) nei confronti della sanità pubblica mondiale. Il rapporto *Closing the Gap* è accusato di essere a questo riguardo decisamente timido,^{4,5} e la raccomandazione espressa che le compagnie transnazionali siano 'responsabili anche per il bene comune' sembra discendere, nella migliore delle ipotesi, da ingenuo ottimismo. L'assunto non tiene infatti conto dell'obbligo al profitto che tali compagnie hanno quale vincolo rispetto agli investitori, obbligo che rende qualunque altro interesse subordinato e, dunque, calpestabile a meno che non sia protetto da interessi e obblighi di forza pari o superiore. Come si vedrà nel paragrafo che segue, tali critiche non hanno rappresentato semplicemente un esercizio intellettuale volto a discutere posizioni altre rispetto ai temi affrontati dal rapporto, ma contengono utili piani di analisi per interpretare ciò che il lavoro della CSDH in seguito ha (o non ha) prodotto.

Oltre la Commissione: la Conferenza mondiale sui determinanti sociali di salute

Benché il rapporto *Closing the Gap* si esprimesse nei termini di una chiamata all'azione, e nonostante fosse prevista tra le altre cose la realizzazione di una conferenza dedicata a discutere le strategie di implementazione delle raccomandazioni in esso contenute (in base alla risoluzione 62.14 dell'Assemblea mondiale della sanità, AMS), dopo la pubblicazione le attese sono state alquanto deluse. La seconda edizione del rapporto del People's Health Movement (capitolo 16), *Global Health Watch*, uscita nel 2006, metteva già in guardia contro tale evenienza, sottolineando che: "Un determinante cruciale dell'impatto della CSDH sarà se i suoi messaggi centrali verranno adottati, supportati e portati avanti dall'OMS. [La DG] Margaret Chan giocherà un ruolo chiave, dando o meno pieno supporto al rapporto della CSDH attraverso il proprio personale sostegno e l'impegno a investire risorse per consentire l'implementazione delle raccomandazioni. Al momento in cui scriviamo, l'OMS sembra aver adottato un approccio attendista."¹⁰ In effetti, un anno dopo, Chan ha presentato alla 60^a AMS un programma di budget che non faceva menzione dei determinanti sociali, e ci è voluta l'insistenza della delegazione thailandese perché vi venisse inserito un riferimento, come segnale che il lavoro svolto e gli obiettivi indicati dalla CSDH erano presi sul serio. Anche a lavori conclusi, però, l'atteggiamento attendista dell'OMS e del suo DG non è mutato.¹¹ Nel frattempo, a livello regionale e nazionale si moltiplicavano le iniziative governative e intergovernative per istituire commissioni ad hoc sui de-

terminanti sociali,^{12,13} ma non si può dire che dalla mole di evidenze prodotte siano per ora derivate politiche adeguatamente informate.

Di fronte dunque allo stallo dell'OMS rispetto alle azioni da intraprendere sull'asse dei determinanti sociali, è stata nuovamente una delle delegazioni più progressiste e più legate a un ruolo pieno dell'Organizzazione, quella brasiliana, a richiamare i Paesi membri ai propri impegni. Il governo brasiliano non si è limitato a ciò, ma contestualmente ha stanziato i fondi necessari alla realizzazione della prima Conferenza mondiale sui determinanti sociali di salute, già prevista dal 2009.¹⁴ L'evento, co-promosso con l'OMS, si è svolto a Rio de Janeiro dal 19 al 21 ottobre 2011.^b L'obiettivo dichiarato del governo brasiliano era quello di realizzare un vertice di importanza analoga alla Conferenza di Alma Ata, che rappresentasse, dunque, una presa di posizione altamente politica e un impegno concreto dei governi a dare corso alle raccomandazioni della CSDH. Tuttavia tale impianto ha suscitato la ferma reazione di altri governi e di forze interne all'OMS, intenzionati a neutralizzare la vis politica del progetto, depoliticizzandolo e tecnicizzandolo, rimuovendo la dimensione strutturale dei determinanti sociali per affrontarne più riduttivamente il ruolo in quanto meri fattori di rischio di malattia. La tensione tra le due opposte tendenze ha animato tutta l'organizzazione dell'evento, ma fin dalla pubblicazione del discussion paper preparatorio è emerso chiaramente che – per lo meno a livello istituzionale – la seconda aveva preso il sopravvento.¹⁵ Dal punto di vista organizzativo la Conferenza è stata comunque un successo, qualificandosi – con oltre 1.000 partecipanti – tra i maggiori incontri dell'OMS al di fuori di Ginevra dopo Alma Ata. Rappresentanti di 125 Paesi, tra cui oltre 60 Ministri della salute, hanno discusso per tre giorni insieme a rappresentanti dell'OMS, delle principali agenzie delle Nazioni Unite e a una nutrita schiera di invitati appartenenti alla società civile (principalmente Organizzazioni non governative e accademia) intorno a cinque assi tematici paralleli:

- governance per l'azione sui determinanti sociali di salute;
- partecipazione comunitaria;
- ruolo dei sistemi sanitari nel contrastare le disuguaglianze;
- azione globale sui determinanti sociali di salute;
- monitoraggio e ricerca.

Tuttavia, la stessa strutturazione della Conferenza è stata determinante nel pregiudicare un esito pienamente coerente con i propositi e le aspettative, riflettendo verosimilmente negoziazioni in fase di pianifi-

^b www.who.int/sdhconference/en

cazione imposte dalla corrente che voleva impedire che l'evento giungesse agli obiettivi dichiarati. Si è infatti configurata una tripartizione dei lavori: da un lato le analisi e le esperienze più rilevanti, condivise nelle sessioni parallele tra esperti governativi, accademici e società civile; dall'altro una sessione ministeriale con le dichiarazioni politiche di intenti, piuttosto retoriche, vuote e senza contraddittorio né dibattito; infine, il gruppo ristretto incaricato di stilare la dichiarazione politica finale, che ha lavorato a porte chiuse senza contatto con quanto veniva prodotto e discusso nelle sessioni circostanti.¹⁶ Tutto ciò si è tradotto in una dichiarazione ufficiale complessivamente piuttosto vuota e passibile di numerose critiche,¹⁷ come esplicitato da parte di diverse realtà della società civile che avevano attivamente partecipato ai lavori (tra queste il People's Health Movement, ALAMES e la Federazione internazionale delle associazioni di studenti di medicina). Nelle rispettive dichiarazioni alternative rilasciate (e, significativamente anche se tardivamente, riprese in chiusura dal Ministro della salute brasiliano insieme a quella ufficiale), esse hanno sottolineato alcuni rilevanti aspetti, tra cui i seguenti:¹⁸⁻²⁰

- nella Dichiarazione politica di Rio manca una chiara denuncia dei danni causati dalle politiche neoliberiste, di fronte all'immutata egemonia del sistema di capitalismo finanziario e al potere ancora largamente incontrollato delle multinazionali;
- la Dichiarazione non giunge a identificare e nominare esplicitamente quali attori e processi sono responsabili delle cause delle attuali disuguaglianze in salute all'interno e tra i Paesi, né quali politiche devono essere modificate e realizzate per affrontarle.

In effetti, nelle dichiarazioni della società civile si ritrovano le uniche proposte concrete e circostanziate emerse dalla Conferenza di Rio, quali per esempio l'introduzione e/o il potenziamento di sistemi di tassazione progressiva volti a una redistribuzione delle risorse, l'introduzione di tasse sulle speculazioni finanziarie, il rafforzamento dei sistemi sanitari all'interno di politiche pubbliche intersettoriali capaci di affrontare, con copertura universale, i determinanti sociali di salute.¹⁸⁻²⁰

La riforma dell'OMS e il futuro dei determinanti sociali

Le prospettive attuali in merito al livello di considerazione e impegno dell'OMS sul tema dei determinanti sociali non appaiono particolarmente rosee. Come era prevedibile, la Dichiarazione politica di Rio, già poco soddisfacente nei contenuti, è passata rapidamente tra le cose da archiviare e non ha – per ora – avuto un impatto sulle politiche. Durante l'ultima AMS, nel maggio 2012, sono stati presentati un rapporto

sul processo e sugli esiti dell'evento (Documento A65/16), un aggiornamento dei progressi fatti nell'implementazione della originaria risoluzione 62.14, nonché la proposta di una nuova risoluzione, che richiama alcuni elementi della Dichiarazione di Rio tra cui le azioni indicate rispettivamente per i Paesi membri, la comunità internazionale e il Segretariato dell'OMS. La discussione in Assemblea non ha aggiunto elementi significativi, e la risoluzione 65.8 è stata approvata con la richiesta al DG di “continuare a promuovere l'importanza di integrare la prospettiva dei determinanti sociali nei prossimi incontri delle Nazioni Unite e in altri eventi di rilievo su temi collegati alla salute e/o allo sviluppo sociale”.²¹

La discussione è stata più animata riguardo al ruolo da attribuire al tema dei determinanti sociali nel contesto della riforma dell'OMS. Benché infatti tutti i Paesi si siano trovati d'accordo nel reputare l'azione in tale ambito una priorità, esprimendo apprezzamento per il ruolo giocato dal Brasile nel contribuire a dare spazio e forza al tema e ribadendo la necessità di passare all'azione con la leadership e il supporto dell'OMS, molti condividono la preoccupazione che il processo di riforma comprometta i futuri sviluppi in questa direzione. Infatti, la bozza del dodicesimo programma generale di lavoro per il quinquennio 2014-19, presentata all'AMS, articola le attività dell'OMS su cinque categorie (malattie trasmissibili; malattie non trasmissibili; salute nel corso della vita; sistemi sanitari; sistemi di allerta, sorveglianza e risposta) e ai determinanti sociali viene attribuito un ruolo di questione trasversale (analoga sorte toccata ad ambiti altrettanto significativi quali diritto alla salute, primary health care ed equità di genere). Naturalmente è difficile obiettare che non sia così, in quanto virtualmente ogni campo d'azione dell'OMS può essere declinato in chiave di determinanti, ma il rischio serio è che questo riposizionamento – anziché dare rilevanza al tema – lo privi di un ambito concreto di applicabilità nonché delle necessarie risorse umane e finanziarie. La situazione appare ancora più preoccupante se si guarda a ciò che sta accadendo al Dipartimento dell'OMS sui determinanti sociali, in seria crisi di finanziamenti da quando la CSDH ha terminato i lavori, e a rischio di scomparire definitivamente con il procedere della riorganizzazione interna.²² Nello scenario prospettato, infatti, le tematiche trasversali verrebbero affidate a un'unità dell'ufficio della Direzione generale, con l'impegno personale da parte di Margaret Chan di farsi garante perché esse siano adeguatamente espresse e rappresentate in tutti gli ambiti di azione (presumibilmente tramite advocacy interna, sviluppo di capacità e collaborazioni tra settori e dipartimenti).²¹ Tale prospettiva non ha

tuttavia rassicurato molti Paesi, e soprattutto dall'America Latina sono state sollevate preoccupazioni sul fatto che, in assenza di chiare linee guida e indicazioni su organizzazione, gestione e risorse dedicate, il solo impegno personale della DG generale non rappresenti una garanzia sufficiente.²²

La bozza di piano finanziario per il biennio 2014-15, presentata agli incontri delle regioni OMS,²³ vede il tema dei determinanti inserito tra le priorità nella categoria 'salute nel corso della vita', ma non è chiaro cosa ciò implichi a livello di considerazione e di strategie di azione. Inoltre, la declinazione dei risultati attesi per il biennio sotto tale voce elenca elementi quali la definizione di standard, obiettivi di ricerca, documenti di policy, indicatori e supporto ai Paesi membri: un'agenda decisamente più cauta e ristretta rispetto alle azioni raccomandate dalla CSDH (per esempio, non si fa cenno ai temi della redistribuzione di risorse, della finanza e del mercato). Preoccupazioni analoghe a quelle espresse da diversi Paesi membri durante l'AMS sono state riprese da rappresentanti della società civile in sede di incontri regionali dell'OMS. In particolare, all'incontro della regione europea (svoltosi a Malta dal 10 al 13 settembre 2012) Medicus Mundi International ha presentato, per conto della coalizione Democratizing Global Health, una dichiarazione che sottolinea l'incoerenza tra il supporto che i Paesi europei hanno dato e stanno dando al tema dei determinanti sociali in due dei documenti in discussione. Da un lato il piano Salute 2020, ovvero il programma pluriennale d'azione per la salute della Commissione europea per il periodo 2014-20, dall'altro la bozza di programma OMS per il prossimo quinquennio (e relativo piano finanziario biennale). Tra i due testi si rileva infatti una marcata disproporzione nell'importanza accordata ai temi dei determinanti sociali e dell'equità.²⁴

Conclusioni

Nonostante le critiche e le preoccupazioni espresse da più parti lungo tutto il cammino del lavoro sui determinanti sociali, dall'istituzione della CSDH a oggi, le discussioni relative al tema sono tuttora vive e accese. L'importanza dell'approccio dei determinanti è stata riconosciuta nel documento approvato dai Paesi membri durante la Conferenza delle Nazioni Unite sullo sviluppo sostenibile (Rio+20) nel giugno del 2012, in cui si legge: “Siamo convinti che l'azione sui determinanti sociali e ambientali di salute, sia per i soggetti poveri e vulnerabili sia per la popolazione tutta, sia importante per creare società inclusive, eque, produttive e in salute”.²⁵ Il dibattito è attivo anche nel contesto della

(ri)definizione degli obiettivi globali, sia rispetto all'agenda post 2015 (ovvero post Obiettivi di sviluppo del millennio) sia – per l'OMS in particolare – nello scenario di riforma. Ma, al di là delle prese di posizione e delle forme organizzative, solo un cambiamento di assetti politici a livello globale potrà garantire all'agenda dei determinanti di prendere pienamente e stabilmente piede sul piano operativo. In tale ottica, si guarda con speranza al ruolo emergente giocato da Paesi come il Brasile, ma al contempo sarà importante sfruttare al meglio tutte le potenzialità che una società civile sempre più competente, organizzata e transnazionale potrà mettere a frutto per promuovere e informare, dal basso, strategie e politiche.

In conclusione, dal processo descritto – che riguarda la (ri)emersione sulla scena internazionale del tema delle disuguaglianze sociali – è possibile (e importante) trarre alcune riflessioni e qualche insegnamento. Il rapporto *Closing the Gap*, così come la dichiarazione di Alma Ata, rappresenta una pietra miliare nella produzione dell'OMS perché, attraverso una costruzione corale delle riflessioni, riesce a proiettare lo sguardo oltre l'orizzonte tecnico sanitario. La coralità si è realizzata attraverso la partecipazione alla CSDH di un gruppo di persone eterogeneo e diversificato per disciplina (dai medici di sanità pubblica agli economisti), area geografica di provenienza (Paesi ricchi e Paesi poveri), profilo di expertise (tecnici, attivisti, politici, eccetera). La CSDH ha quindi potuto contare sulla pluralità e sulla democrazia per fuoriuscire, con risultati incoraggianti, dai rassicuranti binari della tecnica ed entrare nel più produttivo, quanto controverso, campo dell'etica in salute. La notazione “L'ingiustizia sociale sta uccidendo le persone su larga scala” chiama in causa infatti processi storici e politici di ampia portata, che coinvolgono relazioni di potere e conflitti tra interessi, pervadono l'intera società globalizzata e insistono nei luoghi della governance della salute, OMS inclusa. La Conferenza di Rio ne è stata un chiaro esempio, con la società civile da un lato e una grande parte degli esperti dall'altro pressoché concordi sulla descrizione dei processi e sulle possibili strategie di azione, mentre il tavolo delle rappresentanze politiche impediva di fatto l'emersione delle ragioni sociali e sanitarie alla base dell'impellente richiesta di un differente approccio alla promozione della salute. In definitiva, quindi, le stesse forze che producono disuguaglianze hanno agito nello spazio deputato al loro contrasto, paralizzandolo politicamente. Ciò fa riflettere su quanto forze politiche e relazioni di potere (fra i Paesi, e tra questi e le multinazionali) influenzino il campo della salute in maniera consistente, ostacolando la costruzione sociale di un discorso altro sulle disuguaglianze e di un al-

tro immaginario sulle possibili soluzioni. Dall'altra parte, i sanitari continuano disinvoltamente a rifiutare il proprio ruolo politico di promotori della salute, rifugiandosi nella (presunta) neutralità di scienza e tecnica. È attraverso questa pretesa neutralità che la medicina diviene un poderoso dispositivo di occultamento dei processi sociali coinvolti, impedendo il riconoscimento delle cause di malattia e ostacolando l'identificazione delle più appropriate strategie di contrasto. In ultima analisi e in maniera molto suggestiva, la vicenda della CSDH ribadisce, qualora si fosse scordato, quanto i sanitari possano essere determinanti positivi o negativi per la salute della comunità. Democrazia, partecipazione, trans-disciplinarietà, etica sanitaria e attivismo sembrano buone qualità da affiancare al rigore metodologico e all'eccellenza professionale. La storia della CSDH ha in qualche modo illuminato il cammino, a noi adesso la responsabilità di percorrerlo.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. 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. World Health Organization, Geneva, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
2. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva, 2001 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
3. Irwin A, Valentine N, Brown C et al. The Commission on Social Determinants of Health: tackling the social roots of health inequities. *PloS Med* 2006;3(6)
4. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009;16:5-16
5. Birn AE. Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. *Soc Med* 2009;4:166-82
6. Gonzalez Guzman R. Latin American Social Medicine and the Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. *Soc Med* 2009;4:113-20
7. Escudero JC. What is said, what is silenced, what is obscured: The Report of the Commission on the Social Determinants of Health. *Soc Med* 2009;4:183-5
8. Godlee F. WHO in retreat: is it loosing its influence? *BMJ* 1994;309:1491-5
9. Navarro V. The World Health Situation. *Int J Health Services* 2004;34:1-10
10. People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. Glob-

- al Health Watch 2. Zed Books. London, 2008, pp. 234-9
11. Social Medicine Editors. Closing the Gap: Where are we one year later? *Soc Med* 2009;4:136-8
 12. Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: Marmot Review, 2010 www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review
 13. European review of social determinants of health www.who.int/sdhconference/background/news/europeanreviewofsocialdeterminantsofhealth/en/index.html
 14. World Health Assembly. Resolution 62.14. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. WHO, Geneva, 2009 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
 15. World Health Organisation. Discussion paper for the World Conference on Social Determinants of Health. Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. World Health Organisation, Geneva, 2011 www.who.int/entity/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf
 16. Bodini C, Camplone I, Marta B et al. Determinanti Sociali di Salute. Le conclusioni della Conferenza di Rio. *Saluteinternazionale.info* 2011 www.saluteinternazionale.info/2011/11/determinanti-sociali-di-salute-le-conclusioni-della-conferenza-di-rio/#biblio
 17. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Health Organization, Rio de Janeiro, 2011 www.who.int/entity/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
 18. People's Health Movement et al. Protecting the Right to Health through action on the Social Determinants of Health. A Declaration by Public Interest Civil Society Organisations and Social Movements. Rio de Janeiro, 2011 www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/AlternativeCivilSocietyDeclaration20Sep.pdf
 19. International Federation of Medical Students' Associations. Medical Students' Perspective on the Rio Declaration. Rio de Janeiro, 2011 <http://ifmsa.wordpress.com/2011/10/21/medical-students-perspective-to-the-rio-statement-on-the-social-determinants-of-health>
 20. ALAMES et al. Debate and action about the social determinants of health: The position of the civil society movements. Rio de Janeiro, 2011 www.equinet africa.org/bibl/docs/ALAgov231011.pdf
 21. World Health Assembly. Resolution 65.8. Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2012 www.who.int/entity/sdhconference/background/A65_R8-en.pdf
 22. People's Health Movement. WHO Watch Report on the 65th WHA, 2012 www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/WHOWatchReport_May2012.pdf
 23. World Health Assembly. A65/5 Add.1. Draft Twelfth General Programme of Work and explanatory notes. WHO, Geneva, 2012 www.who.int/entity/dg/reform/who_reform_draft_12_gp_w_en.pdf
 24. Medicus Mundi International et al. Statement by Medicus Mundi Interna-

tional on behalf of the Democratizing Global Health Coalition on the WHO Reform to the 62nd session of the WHO Regional Committee for Europe: on agenda item 5 (f) WHO Reform (i) Twelfth General Programme of Work 2014–2019. Malta, 2012 www.wemos.nl/news/?v=2&cid=3&id=221&lid=2

25. United Nations. The future we want. Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development, Rio de Janeiro, June 2012 www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html