

IV

IL DIRITTO ALLA SALUTE DEL FANCIULLO

L'art. 32 della Costituzione italiana stabilisce: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 2° Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

È da notare che qui compare per la prima e unica volta una espressione inconsueta nel linguaggio del Costituente: "diritto fondamentale". In qualche modo questa formula "diritto fondamentale" apparenta il diritto alla salute a quei "diritti inviolabili dell'uomo" dell'art. 2, che la Repubblica non introduce ma riconosce e garantisce come preesistenti alla Costituzione.

Il diritto alla salute è dunque anch'esso un diritto dell'uomo, innato nella natura umana prima ancora che nella condizione politica del cittadino. Ma che una costituzione riconosca il diritto alla salute è una conquista databile dalla fine del secondo conflitto mondiale. Prima la salute individuale era affare privato finché non fosse messa in dubbio la salute pubblica.

La Costituzione giapponese del 1946, all'art. 25, richiama infatti, dopo la sicurezza sociale, solo la salute pubblica. Più incisivo l'art. 21 co. 3 della Costituzione greca del 1975: "Lo Stato veglia sulla salute dei cittadini ed adotta misure speciali per la protezione dei giovani, dei vecchi, degli individui, come pure per l'assistenza ai poveri". La Costituzione spagnola del 1978, all'art. 63, "riconosce il diritto alla difesa salute" ed esplicitamente richiama come spettante ai poteri pubblici l'organizzazione della salute pubblica attraverso misure preventive. La cessata Costituzione del 1977 della dissolta Unione Sovietica all'art. 42, stabilendo che "i cittadini dell'URSS hanno diritto alla tutela della salute", descriveva in dettaglio le modalità di intervento dello Stato in materia. Qui giova ricordare il passaggio relativo alla "particolare sollecitudine per la salute delle nuove generazioni".

Una rassegna delle Costituzioni nazionali lascia registrare come il diritto alla salute abbia accentuazioni diverse, ora più sull'individuo, ora

sulla collettività, come diritto dell'uomo o come diritto del cittadino, nei paesi ex socialisti in funzione dell'attività del lavoratore, in altri limitato alle prestazioni di cure o esteso alla educazione sanitaria e alla medicina preventiva. Tra le singolarità, la gratuità delle cure stomatologiche prevista dall'art. 49 della Costituzione di Cuba del 1976. Ma dovunque questo diritto ha un titolare astratto, l'uomo o il cittadino, senza differenze tra le condizioni umane biologicamente rilevanti del fanciullo, dell'adulto, dell'anziano.

Il rilievo che il diritto alla salute del fanciullo acquista rispetto a quello riconosciuto a tutti è possibile nel contesto di una carta internazionale, quella della convenzione di New York del 20 novembre 1989, preceduta da due Dichiarazioni, rispettivamente del 1924 e del 1959, che, nella logica dei principi della Carta delle Nazioni Unite del 1945 e della successiva *Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo* del 1948, apre finalmente uno spazio in cui collocare quella parte del genere umano che va dalla nascita al compimento del diciottesimo anno, e che va valutato nell'ordine di grandezza di oltre un miliardo di viventi sulla popolazione complessiva della terra di 6 miliardi.

Perché una speciale protezione per chi è compreso in questa fascia d'età convenzionalmente indicato come "fanciullo", traduzione dell'inglese *child*? Perché, si risponde da se stessa la convenzione di New York in uno dei paragrafi del Preambolo, "vi sono in tutti i paesi del mondo fanciulli che vivono in condizioni particolarmente difficili e che è necessario prestare a loro una particolare attenzione".

Dunque gli Stati, la società, le famiglie non rivolgono la dovuta attenzione a questa condizione umana. Si prova imbarazzo a leggere la Carta dei diritti del fanciullo. Noi siamo stati abituati a pensare che la prima età della vita, quella dell'infanzia dell'adolescenza, abbia sempre e dovunque goduto di una particolare protezione da parte del mondo adulto. In primo luogo nella famiglia in cui i genitori, per un compito che loro commette la natura, prima ancora che per una regola dotata di un qualche carattere di giuridicità, allevano ed educano la prole. Poi dalla società che organizza asili, scuole, istruzione professionale, coordinandosi alle famiglie, per accompagnare i minori fino sulla soglia della maggiore età. Ed infine anche dallo Stato, in via di supplenza della famiglia e delle iniziative sociali, garante della preminenza dell'interesse del minore sugli interessi della famiglia e su quelli della società.

Ma questa costruzione idilliaca è condizionata dallo stato reale del mondo. Nei paesi poveri la famiglia non riesce neppure a sfamare i bambini, altro che educarli, istruirli, curarne la salute, lo "sviluppo armonioso

e completo della personalità ... in un clima di felicità, di amore e di comprensione”, per usare il fraseggio dei redattori della Carta di New York. Nei paesi, anche non ridotti alla fame, ma con guerriglie endemiche, con poteri pubblici assillati da rivoluzioni e repressioni, si volge la testa altrove e non certo dalla parte dove soffrono e muoiono i bambini. Nei paesi con gravi sperequazioni nella distribuzione della ricchezza, ai bambini della popolazione che vive l’infelicità e la dipendenza della miseria si dà lavoro pesante e mal retribuito. Nei paesi ad economia affluente e con egoismi individuali e di gruppo devastanti famiglie e società, i minori si trovano precocemente sulla strada della droga e della devianza criminale. Nei paesi dove gli Stati non hanno politiche sociali adeguate i minori non hanno il soccorso dei poteri pubblici né di istituzioni di assistenza.

Il disagio della popolazione infantile non trova causa soltanto nelle disuguali condizioni economiche, che investono sia classi sociali sia paesi interi. Esistono livelli di degradazione umana che hanno reso necessaria la tutela del fanciullo “contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all’uno o all’altro, o a entrambi i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento” (art. 19).

I fanciulli sono vittime della sessualità adulta in tre modalità, “dall’incitamento o costrizione ad attività sessuali illegali, o dello sfruttamento a fini di prostituzione, o di produzione di spettacoli o di materiale a carattere pornografico” (art. 34).

Non sono al riparo dunque né nella famiglia, né nella società. Ma non lo sono neppure negli spazi propri del potere dello Stato. La Carta di New York si preoccupa di vietare che il fanciullo sia sottoposto a tortura o a pene e trattamenti crudeli, inumani o degradanti; che non gli sia inflitta la pena capitale o la prigione a vita, che non sia privato della libertà in maniera arbitraria, che gli sia data assistenza legale e un giudizio imparziale e sollecito (art. 37).

Di fronte a previsioni come queste e ad altre di eguale gravità, può apparire una irrisione l’elenco di libertà civili e politiche come la libertà di espressione, di pensiero, di coscienza, di religione, di associazione e riunione pacifica, di inviolabilità della vita privata, del domicilio e della corrispondenza (artt. 12,13,14,15,16), esemplate su quelle riconosciute dalla fine del XVIII secolo in poi ai cittadini ovviamente adulti. Ma forse non è e non sarà in avvenire così per una crescente autonoma rilevanza della cittadinanza del minore rispetto agli involucri familiari e sociali della tradizione. È in questa autonomia della cittadinanza del minore come cittadi-

nanza universale riconosciuta e protetta da una carta internazionale che va correttamente posto il diritto alla salute.

“L’ambito della sicurezza e della salute” è posto, dall’art. 3 co. 3, sotto la vigilanza degli Stati sottoscrittori della Convenzione perché il funzionamento dei servizi, istituzioni e istituti che abbiano responsabilità dei fanciulli sia conforme alle norme stabilite dalle Autorità competenti.

La salute fisica e mentale del fanciullo è richiamata nell’art. 17 che riconosce l’influenza dei mass media nella informazione finalizzata in materia.

L’art. 23 esige che “i fanciulli mentalmente o fisicamente handicappati devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità”. Agli handicappati devono essere date cure speciali e un aiuto adeguato ai loro genitori e affidatari, in modo ch’essi abbiano accesso, oltre che alla educazione e formazione, a trattamenti sanitari e riabilitativi. In questo settore è sollecitata la cooperazione internazionale per lo scambio di informazioni circa le terapie preventive, i trattamenti medici, i metodi riabilitativi e i servizi di formazione professionale, con particolare attenzione alle necessità dei paesi in via di sviluppo.

L’art. 24 costituisce un corpo organico di prescrizioni sul diritto alla salute qui definito “diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione”. Per ottenere questo diritto gli Stati si impegnano a: a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli; b) assicurare a tutti i minori l’assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie; c) lottare contro la malattia e la malnutrizione a partire dagli elementi essenziali nutritivi e dall’acqua potabile; d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali; e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell’allattamento al seno, sull’igiene e sulla salubrità dell’ambiente; f) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l’educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare.

Gli Stati adotteranno misure atte ad abolire pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.

Anche questo articolo si chiude con la clausola della particolare considerazione delle necessità dei paesi in via di sviluppo.

L’art. 25 prescrive la verifica periodica di terapie usufruite da fanciulli collocati dalle Autorità competenti al fine di ricevere cure mediche fisiche o mentali.

Passiamo ora dai precetti e programmi della convenzione di New York alla realtà italiana.

Per misurare il diritto a vivere dei bambini non c'è metro più attendibile che il tasso di mortalità infantile. Il trend italiano è verso una diminuzione del tasso nazionale, ma con forte divario tra le regioni del Centro-Nord dove è inferiore al 5 per mille e quelle meridionali dove supera l'8 per mille.

Nell'età evolutiva una forte causa di mortalità è costituita da incidenti in casa, a scuola o in palestra.

Malgrado le risonanze sui media, gli incidenti stradali come causa di morte di infraquattordicenni sono scesi dal 7,6% del 1975 al 2,7% del 1995.

Cresce invece il numero degli adolescenti con gravi sofferenze mentali e quello degli utenti dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze. Stazionario è il numero dei suicidi e tentati suicidi. Non indifferente il numero dei ragazzi che si allontanano da casa e di cui si perdono le tracce.

In Italia il Ministero della Pubblica Istruzione ha attivato 4 progetti per l'educazione alla salute rispettivamente per la scuola materna, quella elementare, la scuola media inferiore e quella secondaria superiore.

Per i bambini disabili la legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate del 5 febbraio 1992 n. 104 contiene norme di particolare protezione integrate da leggi successive del 1998, n. 162 e del 1999, n. 17. Il criterio perseguito è quello della permanenza a casa del bambino disabile, con la valorizzazione della istituzione familiare.

Il piano nazionale sanitario 1998-2000 prende in considerazione l'infanzia e l'adolescenza per raggiungere gli obiettivi di a) ridurre la mortalità perinatale e infantile dell'8 per mille in tutte le regioni; b) prevenire i comportamenti a rischio in età preadolescenziale e adolescenziale con riferimenti alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza; c) prevenire le cause di disabilità mentale, sensoriale e plurima; d) prevenire il disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali; e) promuovere la procreazione cosciente e responsabile; f) favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche; g) monitorare lo stato di salute dell'infanzia e della adolescenza attraverso anche l'Osservatorio nazionale per l'infanzia.

Del piano si svilupperà uno specifico Progetto Obiettivo materno-infantile, nel quale è, tra l'altro, prevista la razionalizzazione della ospedalizzazione in età pediatrica, coordinando e integrando l'assistenza con l'offerta di Servizi distrettuali e valorizzando il pediatra di famiglia.

La Giunta Regionale Friuli Venezia Giulia con atto del 4 maggio 1998 ha adottato una Carta dei diritti del bambino in Ospedale. Per essa il bambino

ha diritto al godimento al massimo possibile del maggior grado raggiungibile di salute; ad essere assistito in modo globale; a ricevere il miglior livello di cura ed assistenza; al rispetto della propria identità; al rispetto della *privacy*; alla vita di relazione anche nei casi in cui necessiti l'isolamento e a non essere trattato con mezzi di contenzione; ad essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo e alla sua maturazione; ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo riguarda; ad essere coinvolto nel processo di espressione del consenso/dissenso sia sulle politiche sanitarie sia su un eventuale progetto di ricerca-sperimentazione clinica; di manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza a ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi; ad essere educato ad eseguire gli interventi di auto-cura e in caso di malattia ad acquisire la consapevolezza dei segni e sintomi specifici; ad usufruire di un rapporto riservato paziente-medico; alla partecipazione sua e della sua famiglia.

Nei reparti pediatrici si va diffondendo la prassi di conservare uno o entrambi i genitori presso il figlio degente per tutto il periodo di ospedalizzazione. Una indagine su scala nazionale, per un campione di 102 ospedali ha però rivelato che circa il 10% dei presidi ospedalieri non consente la presenza dei genitori oltre l'orario di visita.

È auspicabile che l'esempio della Regione Friuli Venezia Giulia sia seguito da tutte le altre Regioni italiane.

Dal quadro, molto approssimativo, descritto risulta che l'obiettivo della salute del bambino si muove non solo nella prospettiva della pediatria ospedaliera ma anche in quella del sostegno della istituzione scolastica quale luogo terapeutico permanente e della istituzione scolastica quale luogo di educazione alla salute. Informazione, prevenzione, cura e riabilitazione sono le quattro modalità concorrenti a realizzare il diritto del bambino alla salute intesa non come assenza o guarigione della malattia, ma come condizione di benessere fisico e mentale, base essenziale dello sviluppo morale e sociale della persona. Grande progresso questo rispetto a tempi in cui la vita umana era come dissociata nella sua componente corporea e in quella spirituale. Grande progresso rispetto ai tempi in cui i diritti si riconoscevano solo agli adulti. Grande progresso rispetto ai tempi in cui i bambini erano proprietà delle famiglie e le famiglie erano inaccessibili alla società e allo Stato o abbandonate alla loro ignoranza e miseria.

Il mondo contemporaneo è dotato e pervaso di migliori conoscenze e di strumenti organizzativi per trasformare in sinergie le diffidenze e le conflittualità tra individui, classi, famiglie e istituzioni che hanno tessuto per secoli la trama delle sofferenze umane.

Che un paese evoluto come l'Italia si adoperi migliorando la vita dei propri bambini anche per i popoli finitimi dell'area mediterranea è non solo un segno della nostra vocazione alla solidarietà e all'accoglienza umana: è anche fedeltà ad un patto internazionale ricevuto come legge nazionale, rispondente a quel grado di comune civiltà, che giorno dopo giorno si estenderà con i suoi benefici ad ogni bambino del mondo e da lui, divenuto adulto, sarà portato ad uno ulteriore e più alto.