

**Council of Europe**  
**Conseil de l'Europe**



**Congress of Local and Regional Authorities of Europe**  
**Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe**

**TERZA SESSIONE**

**RACCOMANDAZIONE 26 (1996)<sup>1</sup>**

**SU**

**“SALUTE E CITTADINANZA:  
L'ASSISTENZA SANITARIA PER I MENO ABBIENTI IN EUROPA”**

---

<sup>1</sup> Discussa e approvata dalla Camera dei Poteri Locali il 18 novembre 1996 e adottata dalla Commissione Permanente del Congresso il 19 novembre 1996 (cfr. doc. CPL (3) 10, progetto di Risoluzione presentato dalla Sig.ra K. Brodnianska, Relatrice).

Rac.26

Il Congresso,

adito della proposta della Camera dei Poteri Locali, e dopo aver preso atto del parere della Camera delle Regioni,

Avendo preso conoscenza

1. delle conclusioni e della Dichiarazione Finale adottata a conclusione della Conferenza “Salute e cittadinanza: l'assistenza sanitaria per i meno abbienti in Europa”, organizzata a Strasburgo l'8 e il 9 febbraio 1996 su iniziativa del CPLRE;<sup>2</sup>
2. della Relazione presentata dalla Sig.ra Brodnianska (Repubblica Slovacca) alla fine di tale conferenza;

Rammentando

1. i testi adottati e le iniziative prese dal CPLRE per assicurare la cittadinanza dei meno abbienti in Europa e in particolare:
  - la Risoluzione 243 (1993) su cittadinanza e grande povertà: la Dichiarazione di Charleroi;
  - La Risoluzione 244 (1993) sul diritto all'alloggio e sulle condizioni della sua applicazione da parte delle autorità locali e regionali;
  - la Risoluzione 40 (1996) su disoccupazione/occupazione: nuove attività e professioni - sfide e prospettive della dimensione locale;<sup>3</sup>
2. la Raccomandazione N. R (86) 5 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla generalizzazione delle cure mediche;

---

<sup>2</sup> La Dichiarazione Finale è allegata. Alla conferenza hanno partecipato, in qualità di relatori, le seguenti regioni e città: Budapest (Ungheria), Bratislava (Repubblica Slovacca), Charleroi (Belgio), Göteborg (Svezia), Francoforte sul Meno (Germania), Londra Borough of Newham (Regno Unito), Strasburgo e Bas-Rhin (Francia), Tirana (Albania), Vienna (Austria).

Tra le Organizzazioni non governative (ONG) presenti: la Lega nazionale delle autonomie locali (Roma), il Movimento Internazionale ATD Quarto Mondo (Bruxelles e Parigi), l'Unione Europea dei Medici Generici (UEMG), l'Unione “Salute” delle ONG aventi statuto consultativo presso il Consiglio d'Europa.

<sup>3</sup> Altri testi pertinenti sono i seguenti:

la Risoluzione 236 (1992) sulla Carta europea della partecipazione dei giovani alla vita municipale e regionale, la Risoluzione 255 (1994) sui poteri locali e regionali nei confronti dell'AIDS e della sieropositività; la Raccomandazione 5 (1994) sull'Europa e gli anziani: verso un patto inter-generazionale e le Conclusioni della Conferenza di Siena; la Risoluzione 15 (1995) sulla Democrazia locale: un progetto di cittadinanza;

3. gli articoli 11 e 13 della Carta sociale europea e della Carta sociale riveduta, in particolare gli articoli 30 e 31;<sup>4</sup>

#### Constata

1. che le persone, le famiglie e i gruppi meno abbienti sono più colpiti degli altri nella loro salute e incontrano maggiori ostacoli per curarsi;
2. che per loro l'assistenza sanitaria è intralciata da barriere (legislative, regolamentari o amministrative) e da diversi ostacoli (complessità delle pratiche da eseguire, diversità dell'assunzione delle spese per le cure, ostacoli finanziari e di carattere relazionale o culturale);
3. che l'efficacia delle politiche sanitarie in tutti i loro aspetti (prevenzione, promozione, cure, rieducazione, reinserimento) è limitata, per quanto riguarda il miglioramento dello stato di salute dei meno abbienti, da fattori come la malnutrizione, la precarietà dell'alloggio, la disoccupazione, la mancanza di risorse, l'analfabetismo, etc...

#### Attira l'attenzione

1. sul pericolo di medicalizzazione o addirittura di psichiatrizzazione delle difficoltà dei meno abbienti;
2. sulle iniziative nazionali, regionali e locali che mostrano come sia possibile rallentare la degradazione della salute dei meno abbienti, di porvi rimedio e anche d'invertire il processo multifattoriale di cui la cattiva salute è solo una delle conseguenze;

#### Dichiara

1. che la cattiva salute delle popolazioni meno abbienti sfocia in un diniego di diritti che le esclude dalla loro cittadinanza;
2. che è necessario mostrare una chiara volontà politica di migliorare la salute dei meno abbienti parallelamente al miglioramento delle loro condizioni di vita;

---

<sup>4</sup> articolo 11 - Diritto alla tutela della salute  
articolo 13 - Diritto all'assistenza sociale e medica  
articolo 30 - Diritto alla tutela contro la povertà e l'esclusione sociale  
articolo 31 - Diritto all'alloggio

Rac.26

3. che l'assistenza sanitaria e la salute dei meno abbienti verranno realmente migliorate allorché verranno collegate strettamente all'insieme delle politiche pubbliche (alloggio, occupazione, risorse, educazione, cultura, etc...);

### Raccomanda

#### **I - Ai Governi degli Stati membri del Consiglio d'Europa**

1. di avviare politiche integrate che, considerando i bisogni in materia di salute espressi dalle persone, dalle famiglie e dai gruppi meno abbienti, migliorino con essi la loro salute e facilitino, in tal modo, il loro inserimento o reinserimento sociale;

2. di prendere in considerazione la Dichiarazione Finale adottata a conclusione della Conferenza "Salute e cittadinanza: l'assistenza sanitaria per i meno abbienti in Europa" (Strasburgo, 8-9 febbraio 1996), per poter

- garantire l'assistenza sanitaria e migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione, ivi compresa e soprattutto quella dei cittadini meno abbienti;

- prevedere una politica sanitaria equilibrata, a dispetto delle difficoltà finanziarie, economiche, tecnologiche, ambientali, etc..., sia a livello territoriale sia per ciò che riguarda il complesso dei bisogni sanitari, costantemente in contatto diretto con le condizioni di vita della popolazione e in stretto legame con le altre politiche pubbliche;

- aiutare le autorità locali e regionali a realizzare azioni innovatrici per meglio rispondere ai bisogni sanitari di tutti i gruppi della popolazione;

- ripartire adeguatamente e secondo criteri d'equità territoriale e individuale il carico finanziario, nonché la concezione delle politiche sanitarie;

- prevedere un'articolazione delle diverse politiche pubbliche e la loro integrazione tanto verticale quanto orizzontale, basata sulla diffusione nel territorio d'una pluralità di azioni che provengono dal basso secondo un principio di vicinanza e che si estendono secondo un principio federativo;

- integrare in tal modo le associazioni, le ONG, il volontariato e i meno abbienti tra i nostri cittadini nella concezione stessa delle politiche pubbliche, sia nel loro controllo che nella loro valutazione;

- concepire piani sanitari nazionali elaborati secondo questo metodo decentralizzato, collaborativo, articolato e pluralista;

3. prendere qualsiasi misura utile affinché le Facoltà, le Scuole e le Istituzioni specializzate preparino gli ambienti studenteschi, professionali, amministrativi e politici a lavorare con le persone, le famiglie e i gruppi che, a causa della loro povertà, sono socialmente esclusi;

## **II - All'Unione Europea**

1. di aiutare le regioni e le città europee

- ad avviare approcci innovatori per meglio rispondere ai bisogni sanitari dei meno abbienti, secondo il metodo proposto nella Dichiarazione Finale adottata a conclusione della Conferenza "Salute e cittadinanza: l'assistenza sanitaria per i meno abbienti in Europa" (Strasburgo, 8-9 febbraio 1996);

- a scambiare le esperienze in questo campo, in particolare con i paesi dell'Europa centrale e orientale;

2. di concepire per i paesi europei candidati all'Unione Europea un programma speciale basato sulle stesse modalità;

## **III - Al Comitato delle Regioni dell'Unione Europea**

di tenere a mente la presente Raccomandazione nonché la Risoluzione... (1996) al fine di prevedere, in collegamento con il CPLRE, qualsiasi iniziativa e azione utili in questo campo;

## **IV - All'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa**

di prevedere, in collaborazione con il CPLRE e all'alba del terzo millennio, una grande iniziativa comune su "Europa e politiche di cittadinanza";

## **V - Al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa**

1. d'incaricare il Comitato europeo della salute (CDSF) a prendere in considerazione i risultati della conferenza di Strasburgo su salute e cittadinanza nel quadro dei suoi lavori sull'assistenza sanitaria;

2. di chiedere al Comitato degli alti funzionari, incaricati di preparare la Conferenza europea dei ministri responsabili della pianificazione del territorio, di prendere in considerazione le proposte metodologiche formulate dalla/dal CPLRE in svariati suoi recenti testi (in particolare nella Risoluzione 243 (1993), 244 (1993), 40 (1996), e nella

Rac.26

Raccomandazione 25 (1996)) e reiterate nella presente Raccomandazione, nella Risoluzione 41 (1996) e nel Parere della Camera delle Regioni;

3. di trasmettere, per averne il parere, la presente Raccomandazione, nonché la Risoluzione 41 (1996) ai Comitati direttivi CDPS e CDSS e, per conoscenza, ai CDDH e CC-HER.

**ALLEGATO**

**SALUTE E CITTADINANZA**

**L'assistenza sanitaria per i meno abbienti in Europa**  
Strasburgo, 8-9 febbraio 1996

**DICHIARAZIONE FINALE**

I partecipanti (personalità politiche europee e nazionali, sindaci, rappresentanti politici di diverse città, comuni e regioni d'Europa, delegati di associazioni, esperti e cittadini europei) alla Conferenza "Salute e cittadinanza: l'assistenza sanitaria per i meno abbienti in Europa", riunitisi a Strasburgo l'8 e il 9 febbraio 1996, su iniziativa del CPLRE,

dopo aver esaminato e discusso le politiche condotte nel campo dell'assistenza sanitaria per i meno abbienti (valutazione dei bisogni, esperienze attuali e prospettive) delle seguenti città e collettività locali: STRASBURGO e BAS-RHIN (Francia), GÖTEBORG (Svezia), LONDRA BOROUGH OF NEWHAM (Regno Unito), FRANCOFORTE SUL MENO (Germania), BUDAPEST (Ungheria), CHARLEROI (Belgio), VIENNA (Austria), BRATISLAVA (Slovacchia) e TIRANA (Albania),

e dopo aver partecipato a una TAVOLA ROTONDA sulle condizioni di carattere generale per l'assistenza sanitaria (la cittadinanza al servizio della salute) e sulle condizioni di carattere specifico (la salute fattore di cittadinanza),

**A. CONSTATANO:**

**Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria**

1. In tutti i paesi europei, certamente a diversi livelli ma con le medesime conseguenze, persone, famiglie e gruppi di popolazione incontrano difficoltà più o meno grandi per accedere ai sistemi d'assistenza organizzati nel quadro del sistema sanitario nazionale. Svariati ostacoli impediscono, limitano o ritardano l'assistenza sanitaria. Essi sono essenzialmente di natura finanziaria, istituzionale e culturale e sono combinati fra di loro in modo vario a seconda dei paesi e delle persone;
2. Tali difficoltà e ostacoli costituiscono un diniego dei diritti riconosciuti nelle costituzioni e nelle legislazioni degli Stati, nonché nelle convenzioni internazionali, in particolare nella Carta Sociale europea del Consiglio d'Europa;<sup>5</sup> colpiscono più pesantemente le persone, le famiglie e i gruppi che appartengono ai ceti socialmente e

---

<sup>5</sup> Cfr. Articolo 11 - Diritto alla tutela della salute - e Articolo 13 - Diritto all'assistenza sociale e medica.

Rac.26

politicamente più deboli, meno abbienti sul piano finanziario e culturale, vale a dire gli elementi più poveri e più vulnerabili della popolazione europea;

3. Il non usufruire parzialmente o totalmente dell'assistenza sanitaria si traduce in un'utilizzazione parziale dei servizi sanitari da parte di una porzione non indifferente della popolazione europea e che in realtà ne avrebbe più bisogno; ciò può innescare processi patologici che mettono a repentaglio l'integrità fisica o psichica di persone, famiglie o gruppi, in particolare tra i più poveri;

4. La difficoltà per i meno abbienti in Europa ad usufruire dell'assistenza sanitaria esprime d'altra parte l'inadeguatezza dei sistemi sanitari ai problemi specifici dei meno abbienti. In realtà, benché in genere esse non rivelino patologie specifiche, svariate inchieste e ricerche condotte recentemente in diverse località in Europa segnalano l'esistenza di una mortalità superiore alla media e di una speranza di vita inferiore di diversi anni alla media nazionale per coloro che si trovano ai piedi della scala sociale, un'accresciuto numero di cause che possono provocare malattie, in particolare con la recrudescenza di malattie - come la tubercolosi - che si credeva di aver sconfitto, una maggiore incidenza di turbe psichiche, stati di fatica persistente, una resistenza fisica e mentale meno duratura, in poche parole una qualità di vita ridotta.

#### **Per quanto riguarda i sistemi sanitari**

1. I deficit in materia di salute da parte dei meno abbienti e l'evoluzione delle cause che possono provocare malattie mettono in evidenza allo stesso tempo l'insufficienza delle azioni di prevenzione e - malgrado le successive riforme della quasi totalità dei sistemi sanitari dei paesi europei - la loro incapacità cronica a rispondere ai bisogni sanitari dei meno abbienti;

2. Le carenze generali o specifiche dei sistemi sanitari gravano prima di tutto sui gruppi più vulnerabili già confrontati a gravi difficoltà economiche e sociali. Esse aggravano la loro situazione e costituiscono un ulteriore ostacolo per il normale esercizio delle attività di ogni genere a cui sono generalmente chiamati gli esseri umani. Per tale motivo, esse rendono più difficile la vita associativa e l'impegno civico e ostacolano il pieno esercizio della cittadinanza.

#### **Per quanto riguarda gli altri fattori determinanti della salute**

La cattiva salute e le difficoltà ad usufruire dell'assistenza sanitaria da parte delle persone, delle famiglie e dei gruppi più poveri coesistono con seri problemi in materia di nutrizione, d'alloggio, d'analfabetismo, d'isolamento, di disoccupazione; tali carenze nei campi più fondamentali dell'esistenza si alimentano e si potenziano reciprocamente. Ne consegue che né l'eliminazione degli ostacoli che impediscono di usufruire

dell'assistenza sanitaria, di per se necessaria e urgente, né la riforma dei sistemi sanitari potranno raggiungere i loro scopi, e cioè il miglioramento della salute dei meno abbienti, senza il concorso delle altre politiche pubbliche e in particolare senza una concezione d'insieme e coerente della lotta contro la povertà e la prevenzione di quest'ultima;

2. L'assenza di una riflessione globale e di una politica multisettoriale di lotta contro la povertà compromette in anticipo gli sforzi fatti per migliorare l'assistenza sanitaria e la salute dei meno abbienti. Diventa a questo punto grande il pericolo di medicalizzare i problemi sociali irrisolti, o addirittura di psichiatrizzare il malessere derivante da condizioni di vita inaccettabili.

### **Per quanto riguarda gli elementi di soluzione**

1. Tuttavia l'attuale evoluzione negativa non è ineluttabile. Numerose iniziative nazionali, ma più spesso regionali o locali - ad esempio a livello delle città - mostrano come sia possibile rallentare la degradazione della salute delle persone, delle famiglie e dei gruppi meno abbienti, porvi rimedio e anche invertire il processo multifattoriale di cui la cattiva salute costituisce solo una delle conseguenze; è necessaria tuttavia una volontà politica esplicita.

2. L'analisi di tali iniziative mostra come siano molto interessanti i servizi di quartiere e come sia estremamente importante prendere in considerazione il vissuto e la parola della gente in condizione di povertà, farla partecipare attivamente - in modo individuale o meglio in gruppo - all'elaborazione, all'esecuzione e alla valutazione di ogni progetto o programma che miri a migliorarne la salute, favorirne la vita associativa, importante elemento della cittadinanza. Essa rivela altresì la necessità di un accompagnamento duraturo, rispettoso della vita privata delle persone e della riservatezza della relazione per espletarne esaurientemente il processo di assistenza, ;

3. Tali esperienze apportano il loro beneficio all'insieme della collettività, grazie al miglioramento degli indici di salute, abbassati dalla cattiva salute dei più poveri, grazie ai risparmi realizzati facendo un miglior uso dei mezzi di prevenzione e dei servizi sanitari e grazie alla restituzione della cittadinanza a coloro che ne erano stati privati dalle loro inaccettabili condizioni di vita. Debitamente valutate, tali esperienze potrebbero essere scambiate tra città e collettività territoriali confrontate agli stessi problemi;

4. Riconoscere in tal modo la dignità dei più poveri rappresenta un arricchimento sociale e morale considerevole per tutta quanta la società. Contribuirvi migliorando l'assistenza sanitaria e la salute delle persone, delle famiglie e dei gruppi più poveri rappresenta per tutti - responsabili politici, amministratori, professionisti dei servizi

Rac.26

sanitari e sociali, associazioni, ONG... e anche volontari - una responsabilità civica ed allo stesso tempo un'esigenza etica.

**B. DICHIARANO:**

1. che spetta in primissimo luogo agli Stati garantire l'assistenza sanitaria di tutta la popolazione, ivi compresa e soprattutto quella dei cittadini meno abbienti; il miglioramento dello stato di salute di tutta la popolazione, ivi compreso e soprattutto quello degli strati sociali meno privilegiati; una politica sanitaria equilibrata, a dispetto dei vincoli finanziari, economici, tecnologici, ambientali, etc..., sia sul piano territoriale che per quanto riguarda l'insieme dei bisogni sanitari di tutti i cittadini, compresi i più poveri;
2. che spetta alle autorità locali e regionali<sup>6</sup> seguire da vicino (secondo l'applicazione del principio di vicinanza) l'evoluzione dello stato di salute dei cittadini; segnalare le carenze dei sistemi sanitari; avviare, con l'ausilio delle autorità statali, azioni innovatrici per meglio rispondere ai bisogni sanitari di tutti i gruppi della popolazione; farle conoscere per favorire lo scambio di esperienze tra collettività confrontate agli stessi problemi;
3. che se la responsabilità politica degli eletti locali e regionali è impegnata per quanto riguarda lo stato di salute di tutti i cittadini e in particolare dei più poveri, le attribuzioni reali di tali eletti sul piano della concezione, della realizzazione e della gestione sono spessissimo residue; pertanto, gli Stati non devono demandare le loro incombenze alle municipalità, soprattutto quelle delle grandi città, facendo affidamento sulla responsabilità e sull'impegno degli eletti locali, senza condividere adeguatamente, e secondo criteri d'equità territoriale e individuale, l'onere finanziario ma anche la concezione delle politiche sanitarie; ciò vale anche per l'insieme delle politiche pubbliche, in particolare quelle che condizionano maggiormente lo stato di salute delle popolazioni, soprattutto di quelle meno abbienti;
4. che l'evoluzione di un sistema sanitario deve essere pilotata da una politica che rischia di perdere l'orientamento se non è costantemente in contatto con le condizioni di vita della popolazione; la politica sanitaria, invece, acquista completamente senso quando opera in stretto legame con le altre politiche pubbliche;
5. che l'articolazione delle politiche pubbliche, la loro integrazione sia verticale (comuni, regioni, stato) quanto orizzontale tra i cittadini può risultare solo dalla diffusione sul territorio di una pluralità di azioni che procedono dalla base verso l'alto e che si estendono orizzontalmente secondo un principio federativo. La dimensione

---

<sup>6</sup> Cfr. la Carta europea dell'autonomia locale.

territoriale e la partecipazione multisetoriale costituiscono le due condizioni essenziali per l'integrazione, il coordinamento e la coerenza delle politiche pubbliche;

6. che un tale approccio offre un largo spazio ai cittadini, alle associazioni, alle ONG, al volontariato, a tutti quelli che difendono i più vulnerabili e i meno abbienti tra i nostri cittadini. Per tale motivo essi possono essere integrati, in qualità di partner, nella concezione stessa delle politiche pubbliche, nel loro controllo e nella loro valutazione;

7. che bisogna sforzarsi di concepire piani sanitari locali, regionali e infine nazionali, elaborati secondo questo metodo pluralista, collaborativo e articolato, appoggiandosi su luoghi di dibattito, di ascolto e di dialogo e su strutture d'informazione, di formazione, di riflessione e di concertazione decentralizzate, più o meno formalizzate, con un compito di valutazione e di proposta;

8. che ogni "progetto" a medio e lungo termine rappresenta un compito permanente di responsabilità civica generale che permette di fare la distinzione e l'articolazione tra soluzioni a breve termine (risposte urgenti a situazioni urgenti) e a medio e lungo termine (progetti di sviluppo). La soluzione dei problemi sanitari e sociali passa attraverso un'"azione comune" che, se pone termine alle strutture fisse e ai processi inefficaci, se incoraggia iniziative e innovazione, in particolare con i meno abbienti, se diventa "azione politica", può porre rimedio all'esclusione di un crescente numero dei nostri concittadini.<sup>7</sup>

### C. RACCOMANDANO

1. agli Stati di avviare politiche integrate che, tenendo conto dei bisogni sanitari espressi dalle persone, dalle famiglie e dai gruppi meno abbienti, migliorino con essi la loro salute e facilitino, in tal modo, il loro inserimento o reinserimento sociale; di mettere le risorse necessarie a disposizione delle diverse istanze territoriali, dei diversi organismi, delle diverse associazioni, etc. che operano in questo senso;

2. alle Città e alle Regioni di proseguire e di intensificare i loro sforzi al fine di promuovere, anche mediante azioni di volontariato e d'innovazione, specialmente nel campo sanitario e sociale, la cittadinanza di tutti;

---

<sup>7</sup> Cfr. la Risoluzione 243 su "Cittadinanza e grande povertà, la Dichiarazione di Charleroi", adottata dalla CPLRE nel 1993 a conclusione della conferenza "Comuni europei e democrazia: escludere la povertà mediante la cittadinanza" (Charleroi, 5-7 febbraio 1992).

Rac.26

3. alle Facoltà di medicina, alle scuole di operatori sanitari e sociali, agli Istituti di formazione continua di preparare studenti e professionisti a situare le loro attività nel contesto socio-economico dove esse si svolgono, di restare all'ascolto della parola e del vissuto delle persone, delle famiglie e dei gruppi meno abbienti, di farsi loro avvocati; personale amministrativo e politici devono beneficiare inoltre di una formazione al lavoro con coloro che vivono in condizione di grande povertà, d'esclusione sociale;
4. al CPLRE di favorire gli scambi di esperienze tra le città impegnate in questa direzione, ma anche con altre città europee, dato che ormai il problema della salute dei più poveri le riguarda tutte; e di proseguirli allargando la sua riflessione e il suo impegno nei riguardi dei meno abbienti;
5. al Consiglio d'Europa, nella sua qualità di garante dei Diritti dell'Uomo, di unire sempre più saldamente, nella sua azione, il rispetto della dignità di tutti gli uomini con i diritti fondamentali (lavoro, alloggio, salute) senza i quali non esiste vera cittadinanza; e di favorire, mediante i mezzi adeguati, una collaborazione sempre più stretta tra i suoi membri in un'azione di solidarietà internazionale a favore dei paesi più colpiti dalla povertà dei loro cittadini.