

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA

SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE GIURIDICHE

**DOTTORATO DI RICERCA IN DIRITTO E NUOVE
TECNOLOGIE - INDIRIZZO BIOETICA**

**Ciclo XXIII
IUS/20**

***GIUSTIZIA SANITARIA E DISEGUAGLIANZE GLOBALI IN
SALUTE: IL CASO DELL'AIUTO ALLO SVILUPPO IN SANITA'***

Dott. Guglielmo Pacileo

Coordinatore Dottorato

Prof.ssa Carla Faralli

Relatore

Dr.ssa Marina Lalatta Costerbosa

Esame finale anno 2011

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 - LA DISEGUAGLIANZA IN SALUTE	7
Le dimensioni della diseguaglianza in salute a livello globale.....	7
I determinanti sociali della salute	16
CAPITOLO 2 GIUSTIZIA SANITARIA	20
Definizioni	20
Istituzionalismo trascendentale: la giustizia come equità di Rawls.....	22
L'utilitarismo di Bentham e Mill	27
L'approccio delle capacità di Sen e Nussbaum	30
CAPITOLO 3 AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO E COOPERAZIONE SANITARIA.....	34
Definizioni	34
Gli attori principali nella governance della salute globale.....	36
L'evoluzione delle politiche globali in sanità.....	47
Analisi dell'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità	50
CAPITOLO 4 IL CONTRIBUTO DELLE TEORIE DI GIUSTIZIA ALLA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE IN SALUTE	54
Equità in salute.....	54
Diritto di accesso ai servizi sanitari e diritto alla salute.....	56
La salute come fattore di sviluppo	59
CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI: VERSO UNA GIUSTIZIA GLOBALE PER LA SALUTE	66
Giustizia globale	66
Giustizia globale e salute	72
Aiuto pubblico allo sviluppo in sanità e giustizia sanitaria	74
BIBLIOGRAFIA	78

LIBRI.....	78
ARTICOLI e REPORT.....	82

E' evidente che il termine giustizia si applica a talune esigenze morali che, considerate nel loro insieme, occupano un posto di primo piano nella scala della utilità sociale, sebbene possano verificarsi casi particolari in cui un altro dovere sociale si palesa così importante da sovvertire qualche norma generale di giustizia, esse hanno un'obbligatorietà più imperativa di qualsiasi altra.

Per salvare una vita, dunque, non è solo permesso ma è un dovere rubare o prendere con forza il cibo o le medicine o rapire e costringere ad operare l'unico medico che faccia al caso (John Stuart

Mill, L'utilitarismo).

INTRODUZIONE

La speranza di vita alla nascita è il numero medio di anni che un gruppo di persone nate nello stesso anno dovrebbe vivere, posto che la mortalità per le diverse fasce di età si mantenga costante.

La stima per i nati nel 2010 è di 80,2 anni per l'Italia (18° posto nel mondo). Dall'altro lato della classifica troviamo una serie di paesi dell'Africa sub sahariana, a parte l'Afghanistan che però vive una situazione interna segnata da un pesante conflitto. All'ultimo posto c'è poi Haiti: i bambini nati in questo paese nel 2010 hanno una speranza di vita in media di nemmeno 30 anni, cinquanta in meno dei coetanei nati in Italia¹.

Da un punto di vista bioetico la prima domanda che ci si pone è: è giusto? È giusto che ci sia una tale disegualianza in termini di salute? La risposta è semplice: non è giusto. Se però ci si domanda quali siano le soluzioni più giuste per porvi rimedio, le risposte diventano più di una.

Le differenze in termini di aspettativa di vita dipendono da molteplici fattori, tra cui senza dubbio anche l'efficacia dei sistemi sanitari. L'ambito di studio di questo lavoro sarà appunto quello della giustizia sanitaria² e di come le diverse concezioni generali ad essa connesse possano essere applicate in contesti sanitari con risorse economiche e umane estremamente ridotte.

Nel primo capitolo si descriveranno le principali disegualianze in salute a livello globale e i principali determinanti della salute stessa. Nel secondo capitolo verranno descritte le principali teorie di giustizia classificandole secondo il modello proposto da Amartya Sen in due principali orientamenti: istituzionalismo trascendentale (*institutional transcendental*) e comparazione centrata sulle realizzazioni concrete (*realization-focused comparison*)³. Nel capitolo successivo si ragionerà su aiuto pubblico allo sviluppo e cooperazione sanitaria, attori principali nella governance della salute globale, nonché l'evoluzione delle politiche globali in sanità e un'analisi dell'allocatione dell'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità. Nel quarto capitolo si analizzerà il contributo delle teorie di giustizia alla riduzione delle disegualianze in salute, attraverso temi quali l'equità in salute, il diritto di accesso ai servizi sanitari e diritto alla salute, soffermando l'attenzione sulla salute non solo come esito dello sviluppo economico, ma come volano a sua volta dello sviluppo di una società, nell'ottica di investire sul proprio cosiddetto capitale umano. Nel quinto capitolo l'obiettivo sarà

¹ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html> (ultimo accesso 07/10/10)

² Una definizione che tiene conto delle principali questioni che chi si occupa di giustizia sanitaria si ritrova nel Dizionario di Bioetica curato da Lecaldano: “sotto questa intestazione viene fatta rientrare un’area di questioni largamente affrontata dalle riflessioni etiche e politiche degli ultimi due secoli in collegamento con il consolidarsi di istituzioni pubbliche nazionali e sovranazionali che devono rendere conto del modo in cui spendono le risorse pubbliche in un settore così decisivo come quello delle cure sanitarie per i cittadini”

³ Sen A., *The idea of justice*, Penguin, London, 2009

quello di provare ragionare su giustizia globale, sul ruolo della salute in questo contesto e su come l'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità possa dare il proprio contributo.

CAPITOLO 1 - LA DISEGUAGLIANZA IN SALUTE

Le dimensioni della diseguaglianza in salute a livello globale

La misura più evidente della diseguaglianza in salute è l'aspettativa di vita alla nascita, vale a dire il numero medio di anni che un gruppo di persone nate nello stesso anno dovrebbe vivere, posto che la mortalità per le diverse fasce di età si mantenga costante. Si tratta dunque di una stima, ma che rende l'idea delle diverse difficoltà che in media dovrà affrontare, ad esempio, chi nasce in Giappone (82,17 anni) rispetto a chi nasce in Haiti (29,93 anni) (Tab. 1).

Posizione	Paese	Aspettativa di vita media		Posizione	Paese	Aspettativa di vita media
1	Monaco	89.78		205	Uganda	52.98
2	Macau	84.38		206	Gabon	52.75
3	San Marino	82.95		207	Tanzania	52.49
4	Andorra	82.36		208	Mali	52.17
5	Japan	82.17		209	Zambia	52.03
6	Guernsey	82.08		210	Namibia	51.95
7	Singapore	82.06		211	Malawi	50.92
8	Hong Kong	81.96		212	Lesotho	50.67
9	Australia	81.72		213	Somalia	50.00
10	Canada	81.29		214	Central African Republic	49.68
11	Jersey	81.28		215	South Africa	49.20
12	France	81.09		216	Guinea-Bissau	48.30
13	Spain	81.07		217	Chad	47.99
14	Sweden	80.97		218	Swaziland	47.97

15	Switzerland	80.97	219	Zimbabwe	47.55
16	Israel	80.86	220	Nigeria	47.24
17	Iceland	80.79	221	Afghanistan	44.65
18	Anguilla	80.77	222	Mozambique	41.37
19	Bermuda	80.60	223	Angola	38.48
20	Cayman Islands	80.57	224	Haiti	29.93

Tabella 1 Confronto tra i primi e gli ultimi venti paesi nella classifica dell'aspettativa di vita a livello mondiale stimata nel 2010 (Fonte, CIA)

Se escludiamo Haiti, vittima di un terremoto che, agli inizi del 2010, ha devastato quello che già era il paese più povero dell'America centrale, e l'Afghanistan, da oltre trenta anni teatro di guerre di vario tipo, tutti i paesi che hanno un'aspettativa di vita bassa sono in Africa, in particolare quasi tutti nella regione sub sahariana (fig. 1)



. Figura 1, Mappa della aspettativa di vita alla nascita a livello mondiale nel 2009 (fonte: www.mapsoftheworld.com)

È evidente che l'aspettativa di vita è condizionata fortemente da fattori non sanitari quali il reddito, il livello d'istruzione o le condizioni ambientali di vita. Ci sono però altri indicatori che meglio collegano il funzionamento dei sistemi sanitari alla salute delle popolazioni.

Il primo è la mortalità infantile (infant mortality - tasso di mortalità entro il primo anno di vita) cui spesso si associa anche la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni (child mortality) (Tab. 2).

Infant mortality rate (per 1000 live births)								Decline 1990- 2008 (%)
Region	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009	
AFRICA	102	99	91	82	78	76	75	26
Sub-Saharan Africa	109	106	98	88	84	82	81	26
Eastern and Southern Africa	103	98	88	78	73	71	69	33
West and Central Africa	118	116	109	99	95	94	92	22
Middle East and North Africa	57	49	42	36	34	33	32	44
ASIA	63	61	52	45	42	41	39	38
South Asia	89	81	71	61	58	56	55	38
East Asia and Pacific	40	38	32	25	23	22	21	48
Latin America and Caribbean	41	35	28	22	20	20	19	54
CEE/CIS	42	42	32	24	21	20	19	55
Industrialized countries	8	7	6	5	5	5	5	38
Developing countries	68	66	59	52	49	48	47	31
Least developed countries	112	103	93	84	81	79	78	30
World	62	61	54	47	45	44	42	32

Infant deaths (thousands)								Decline 1990- 2008 (%)
Region	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009	
AFRICA	2638	2713	2716	2675	2637	2612	2587	2
Sub-Saharan Africa	2401	2559	2583	2573	2544	2523	2503	-4
Eastern and Southern Africa	1047	1065	1056	1029	1002	985	972	7
West and Central Africa	1270	1405	1435	1455	1453	1448	1440	-13
Middle East and North Africa	554	439	390	344	330	324	317	43
ASIA	4932	4245	3689	3083	2864	2756	2658	46
South Asia	3280	3084	2658	2326	2169	2088	2015	39
East Asia and Pacific	1652	1161	1031	756	694	669	643	61
Latin America and Caribbean	476	402	317	248	223	210	199	58
CEE/CIS	313	227	172	132	119	113	108	65
Industrialized countries	97	77	60	59	58	57	56	42
Developing countries	8500	7736	7009	6253	5957	5806	5665	33
Least developed countries	2362	2397	2288	2221	2186	2165	2148	9
World	8688	7859	7118	6350	6048	5894	5751	34

Tabella 2 Tasso di mortalità e morti infantili dal 1990 al 2009 (fonte Unicef)

Anche in questo caso la differenza tra paesi industrializzati e Africa è netta. La probabilità di morire entro il primo anno di vita dalla nascita è 15 volte superiore per i bambini nati in Africa (75 ogni 1000 nati vivi contro 5)⁴.

In tutto il mondo tra il 1990 e il 2009 il tasso di mortalità è diminuito, questo non significa però automaticamente che si siano ridotte anche le diseguaglianze. In primis perché la riduzione percentuale è del 32% a livello mondiale, ma del 26% in Africa contro il 38% nei paesi industrializzati. Inoltre ci possono essere delle diseguaglianze nella riduzione della mortalità all'interno dei paesi, come si vede nella figura 2⁵. In questo studio su 38 paesi, condotto da Unicef, ventisei paesi hanno registrato una riduzione della mortalità infantile superiore al 10%. Tuttavia in 18 di questi 26 paesi la differenza in termini di mortalità tra il 20% più ricco e il 20% più non si è ridotta o è addirittura aumentata, vale a dire che i figli delle famiglie più povere continuano a morire a tassi più elevati di quelli registrabili nelle famiglie più ricche.

⁴ http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php (accesso del 30 ottobre 2010)

⁵ http://www.childinfo.org/mortality_disparities.html (accesso del 30 ottobre 2010)

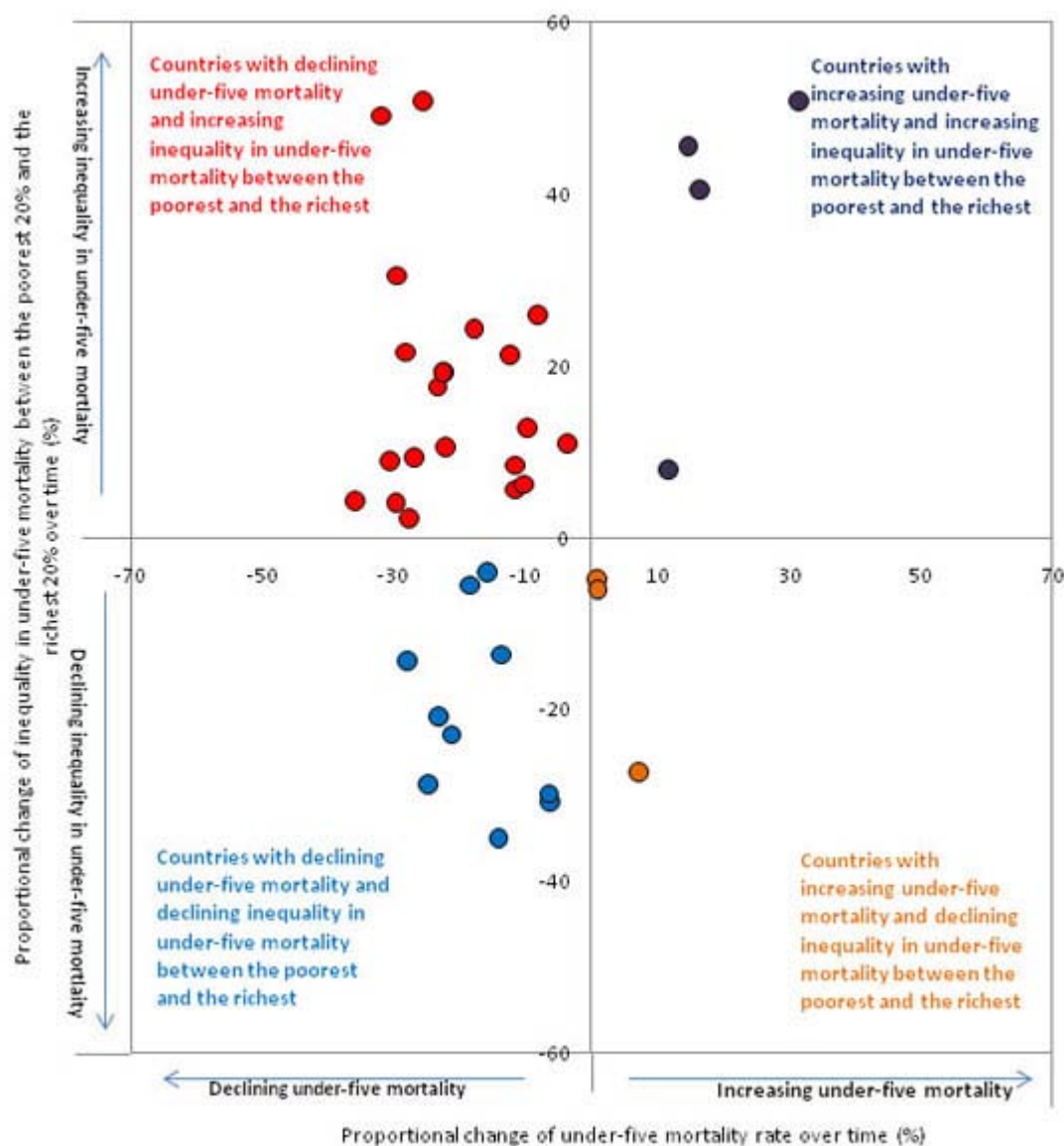


Figura 2, Andamento della mortalità infantile e disuguaglianza (Fonte, Unicef)

L'indice di mortalità infantile viene spesso utilizzato per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari. Per capire la ragione basti considerare le principali cause di mortalità infantile a livello globale. Un recente studio pubblicato su Lancet fornisce i dati relativi al 2008⁶. Dei circa 8.795 milioni di bambini sotto i cinque anni deceduti nel 2008, il 68% è stato causato da malattie infettive, in larga parte dovute a infezioni polmonari, diarrea e malaria. Inoltre il 41% delle morti è stato di neonati: cause principali: complicanze legate a parti pre-termine, asfissia alla nascita, sepsi e infezioni respiratorie. Si tratta dunque di cause che un buon sistema sanitario funzionante dovrebbe essere in grado di gestire.

⁶ Black RE, Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis, Lancet. 2010 Jun 5;375(9730):1969-87

Un altro indicatore simile alla mortalità infantile è la mortalità materna che risulta essere ancora più strettamente legato al buon finanziamento dei sistemi sanitari.

Il rischio di mortalità materna misura la probabilità di morte che una donna corre nell'arco della vita per eventi connessi alla gravidanza e al parto. Su 536.000 decessi materni stimati nel 2005, il 99% sono avvenuti in Paesi in via di sviluppo, di cui l'84% concentrato in Africa Sub sahariana (265.000 decessi, circa la metà di quelli totali)⁷.

Anche nel caso della mortalità materna esiste un elevato grado di diseguaglianza. Se si considerano i parti assistiti da personale sanitario le donne con alto reddito ricevono assistenza molto più frequentemente delle donne povere, la differenza diventa ancora più marcata nel caso della popolazione rurale, che risulta più svantaggiata rispetto a quella urbana⁸.

Sia la mortalità infantile sia la mortalità materna sono legate non solo ai sistemi sanitari ma anche al livello di sviluppo di una società. Non a caso sono ambedue presenti tra gli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Nel settembre 2000 189 paesi hanno siglato la Dichiarazione del Millennio con la quale si impegnavano a ridurre la povertà entro il 2015. Per indicare il percorso e facilitare il processo di verifica dei progressi dei risultati da raggiungere sono stati individuati otto obiettivi, tra cui appunto:

- Ridurre la mortalità infantile (obiettivo numero 4): ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni (principale indicatore)
- Migliorare la salute materna (obiettivo numero 5): ridurre di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna (principale indicatore)

Mancano pochi anni al 2015, a che punto siamo rispetto agli obiettivi fissati nel 2000? La risposta è diversa per la mortalità infantile e quella materna. Nel caso dei bambini la riduzione della mortalità è in linea con l'obiettivo in molti paesi (in verde nella fig 3), ma in altri la riduzione è solo parzialmente in linea (in giallo), mentre in molti altri ancora la riduzione è largamente insufficiente (in rosso)⁹.

⁷ <http://www.unicef.it/doc/436/mortalit-materna---dati-statistici.htm> (accesso del 30 ottobre 2010)

⁸ Houweling, Tanja Aj; Ronsmans, Carine; Campbell, Oona Mr And Kunst, Anton E. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bull World Health Organ [online]. 2007, v. 85, n. 10, pp. 745-754.

⁹ http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41802.htm (accesso del 30 ottobre 2010)

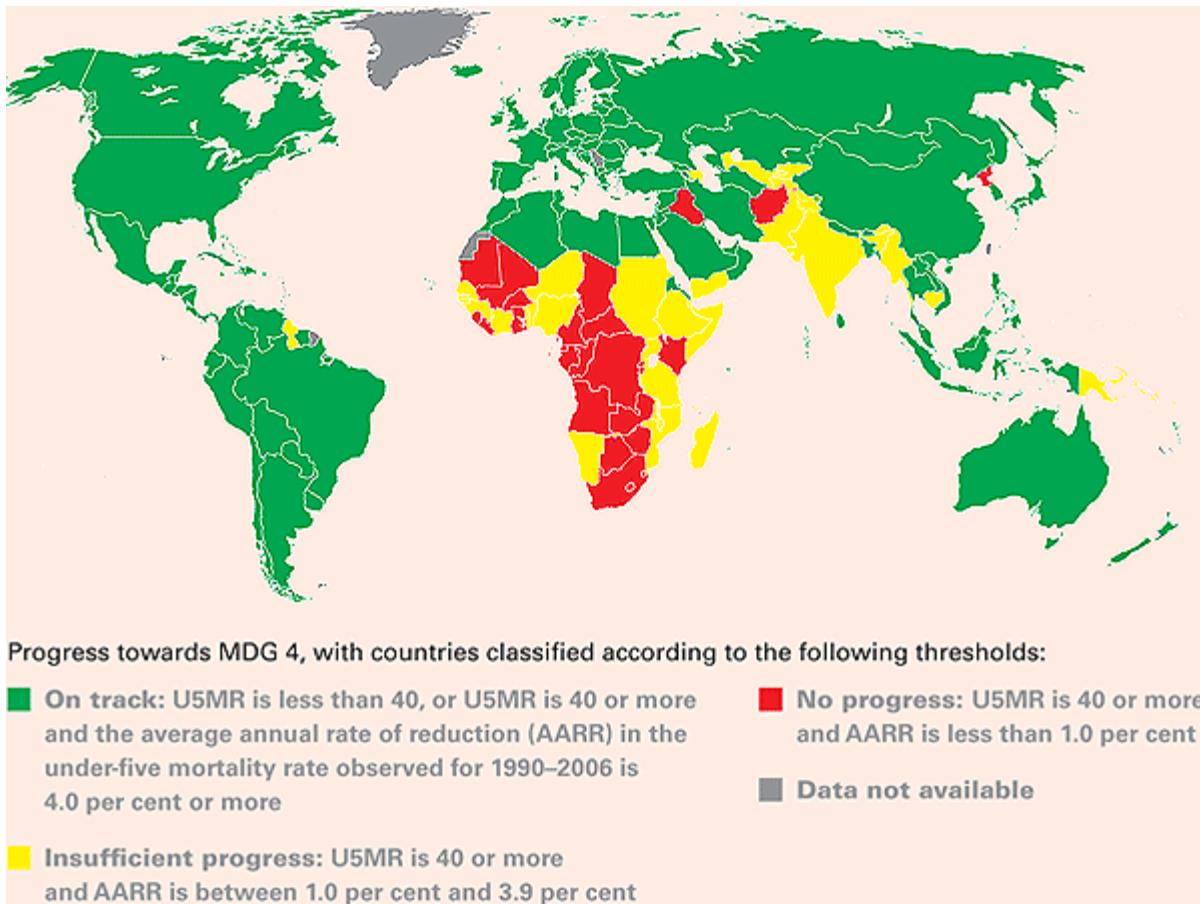
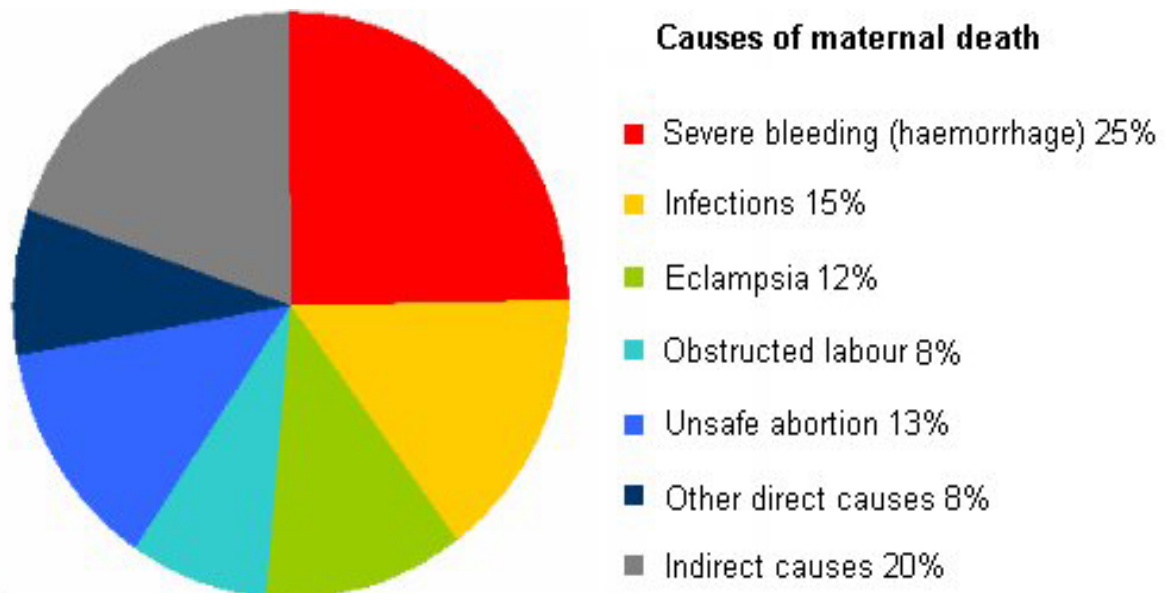


Figura 3, Progressi verso il raggiungimento dell'Obiettivo del Millennio 4

Nel caso invece della mortalità materna, invece, non è nemmeno possibile parlare di riduzione in quanto a livello globale le donne in gravidanza che muoiono sono ancora più di cinquecentomila¹⁰. Le principali cause, anche in questo caso, sarebbero prevenibili se le donne fossero adeguatamente assistite durante la gravidanza e il parto: emorragie, infezioni, ipertensione, anemia e aborti (fig 4)¹¹.

¹⁰ http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41814.htm (accesso del 30 ottobre 2010)

¹¹ ibidem



Source: *The World Health Report 2005. Make every mother and child count.*
 Geneva, World Health Organization, 2005.

Figura 4, Principali cause di mortalità materna a livello globale nel 2005 (fonte WHO)

Un ulteriore modo di misurare le disuguaglianze in salute è attraverso i DALYs (Disability Adjusted Life Years). Con questo termine ci si riferisce a una misura del carico globale di malattia (Global Burden of Disease – GBD), espresso come il numero di anni perso per malattia, disabilità o morte precoce. In passato per giudicare l’impatto di una malattia ci si basava soltanto sugli anni di vita potenziali persi a causa di morte prematura (ad esempio in una persona nata e vivente in Italia e che muore a 40 anni, gli anni potenziali di vita persi sarebbero 40). In questo modo però venivano sottostimate tutte quelle condizioni croniche che pur non esitando in morte comunque recano disabilità (come ad esempio il diabete tipo II, che insorgendo in media attorno ai 40 anni, potenzialmente ne può produrre altrettanti in termini di disabilità).

Con il DALY invece si riuniscono in un unico indice la mortalità e la cosiddetta morbosità (la diffusione) di una patologia. Di conseguenza il DALY è la somma di “anni di vita potenziali persi (Years of Life Lost (YLL))” più gli anni di vita vissuta con disabilità (Years Lived with Disability (YLD))”.

Nel 2004, a livello globale il numero di DALYs procapite è stato pari a 0,247. In condizioni di eguaglianza assoluta al 10% della popolazione dovrebbe corrispondere il 10% dei DALYs globali. In realtà le cose sono alquanto differenti. L’Africa, ad esempio, che conta circa il 10% della popolazione riporta il 24% dei DALYs globali. In altri termini, il carico di malattia in questa regione è 2,4 volte più alto della situazione attesa in condizioni di eguaglianza perfetta¹². La differenza si ritrova in gran parte spiegata attraverso il numero enormemente più alto di anni di vita persa (YLL). In Africa questo valore è risultato essere nel 2004 sette volte superiore rispetto ai paesi ricchi. La

¹² Reidpath DD, Pascale Allotey, Measuring global health inequity *International Journal for Equity in Health* 2007, 6:16

causa è in gran parte dovuta alle malattie infettive che uccidono prevalentemente i bambini e i giovani (fig. 5)¹³.

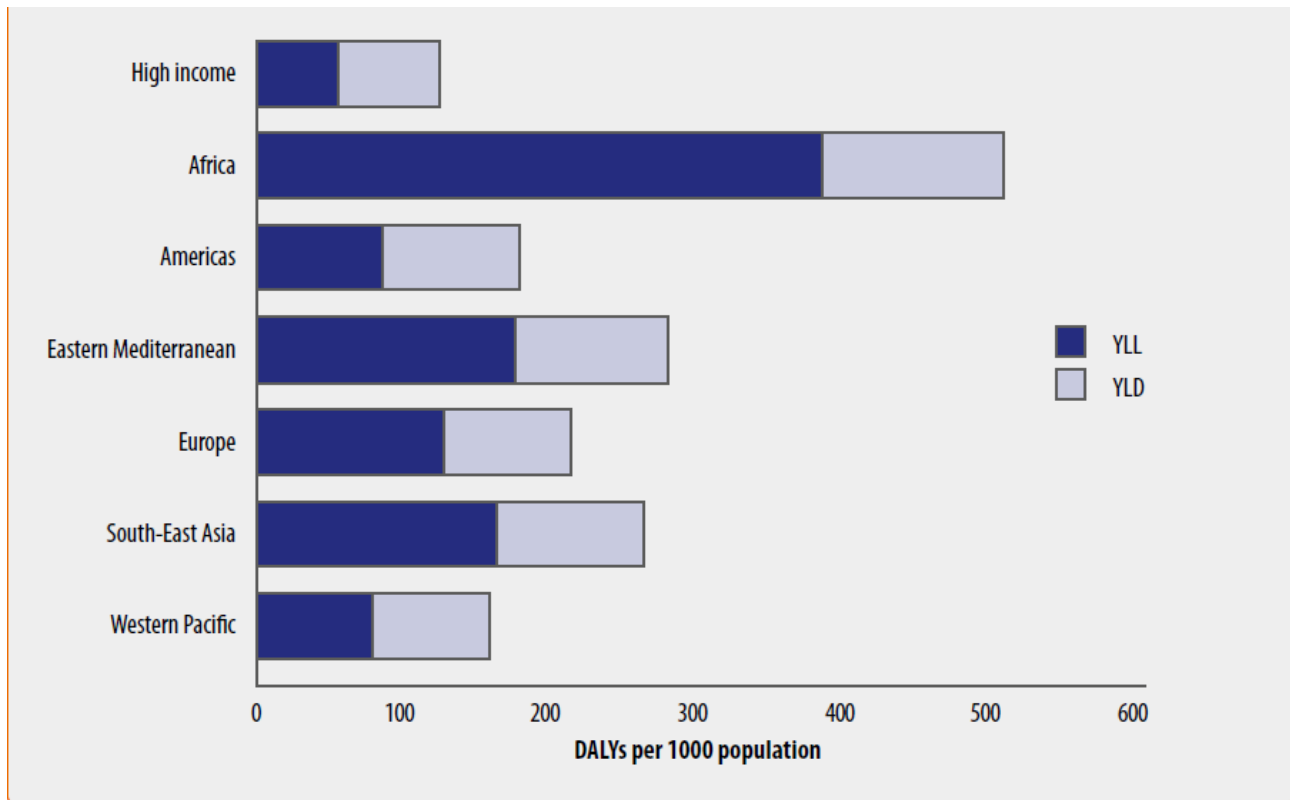


Figura 5, DALY, YLL e YLD suddivisi per regione nel 2004 (fonte WHO)

¹³ WHO, The Global Burden of Disease, 2004 update, Geneve, 2008

I determinanti sociali della salute

Nella letteratura in materia in lingua inglese si usa spesso fare distinzione a proposito della salute tra disegualianza (*health inequality*) e iniquità (*health inequity*). Nel primo caso ci si riferisce essenzialmente ad una irregolare (*uneven*) distribuzione della salute¹⁴. Nel secondo caso ci si riferisce invece ad una ingiusta (*unfair*) distribuzione dovuta a differenze sistematiche e potenzialmente rimediabili a livello di salute delle popolazioni o di gruppi di popolazioni definiti su base sociale (ad esempio tipo di lavoro), economica (i poveri), demografica (gli anziani) o geografica (chi vive in campagna)¹⁵.

Margaret Whitehead ha ulteriormente precisato le caratteristiche che distinguono disegualianza e iniquità in salute, sottolineando altri due aspetti oltre la sistematicità: l'origine sociale e il sentimento di ingiustizia¹⁶. Ad esempio, per quanto riguarda le cause sociali, la povertà risulta essere un determinante decisivo rispetto alla salute dei bambini. In tutto il mondo, infatti, la mortalità infantile sotto i cinque anni è più alta del doppio tra il 20% più povero e il 20% più ricco della popolazione. Si va da 1,9 volte che è la media dei paesi dell'Africa sub sahariana, sino a 2,8 volte nei paesi dell'Estremo Oriente (Cina esclusa) (Fig. 6)¹⁷.

Ma non è solo una questione di livello di reddito. In uno studio, pubblicato nel 2006¹⁸, condotto in 29 paesi, Ruger e Kim hanno evidenziato che, al di là del reddito, a tassi più elevati di mortalità corrisponde un tasso di analfabetismo tra le donne alto più del doppio. Se si considerano i dati sanitari, emerge inoltre che le visite ambulatoriali, i posti letto e i medici sono solo un quinto nei paesi ad alta mortalità rispetto a quelli con bassa mortalità. La differenza si fa ancora maggiore se si considera che la spesa sanitaria è 50 volte maggiore nei paesi con bassa mortalità infantile.

Sarebbe un errore pensare che le disegualianza siano confinate solo nei paesi più poveri. In tutti i paesi i livelli di reddito, la salute e la malattia seguono una sorta di gradiente sociale: più bassa è la posizione socio economica peggiore è la salute¹⁹.

¹⁴ ibidem

¹⁵ http://www.iseqh.org/workdef_en.htm (accesso del 30 ottobre 2010)

¹⁶ Whitehead M., The concepts and principles of equity and health, *Health Promot. Int.* 1991; 6: 217-228

¹⁷ http://www.childinfo.org/mortality_disparities.html (accesso del 30 ottobre 2010)

¹⁸ Ruger JP, Kim HJ, Global health inequalities: an international comparison *J Epidemiol Community Health* 2006;60:928-936

¹⁹ CSDH, 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. Geneva, World Health Organization, 2008.

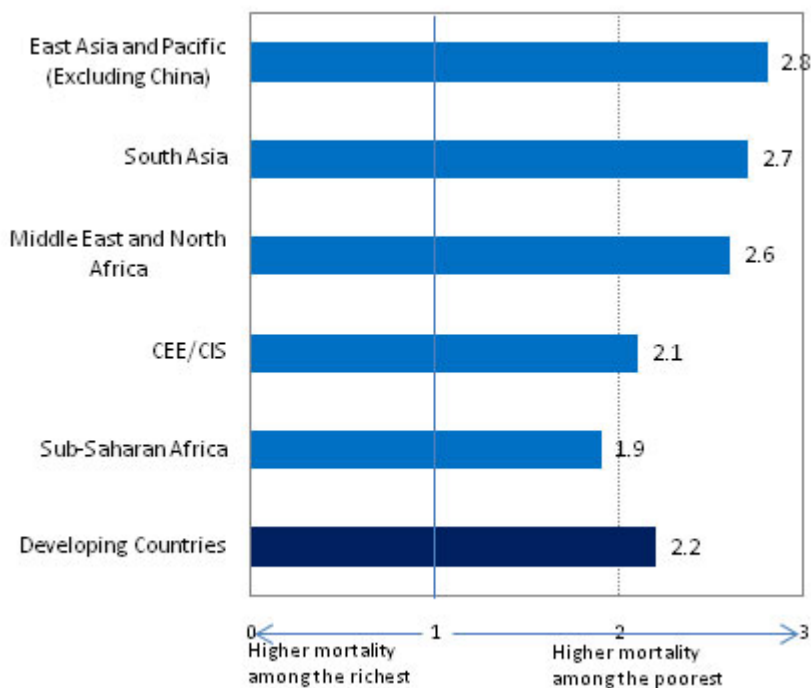


Figura 6, Mortalità infantile sotto i cinque anni: rapporto tra il tasso di mortalità nei più poveri e nei più ricchi (fonte, Unicef)

Per quanto riguarda il sentimento di ingiustizia, spesso la gran parte della popolazione considera le disuguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali per la salute inique o comunque lesive del senso di giustizia²⁰. È possibile dunque sostenere che molte delle disuguaglianze sono ingiuste poiché riflettono una distribuzione ingiusta dei cosiddetti determinanti sociali di salute²¹.

I determinanti di salute sono tutti quegli elementi che conservano o modificano le condizioni di salute nel corso della vita. I determinanti di salute possono essere riferiti direttamente all'individuo e sostanzialmente imm modificabili, come il sesso, l'età, il patrimonio genetico, oppure determinati a loro volta dal comportamento personale e dagli stili di vita, dalle reti sociali e di comunità, da fattori sociali ed economici, dalla possibilità di accedere più o meno facilmente ai servizi sanitari, da fattori culturali e ambientali (Fig. 7)²².

²⁰ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, A caro prezzo, ETS, 2006

²¹ ibidem

²² Dahlgren E, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

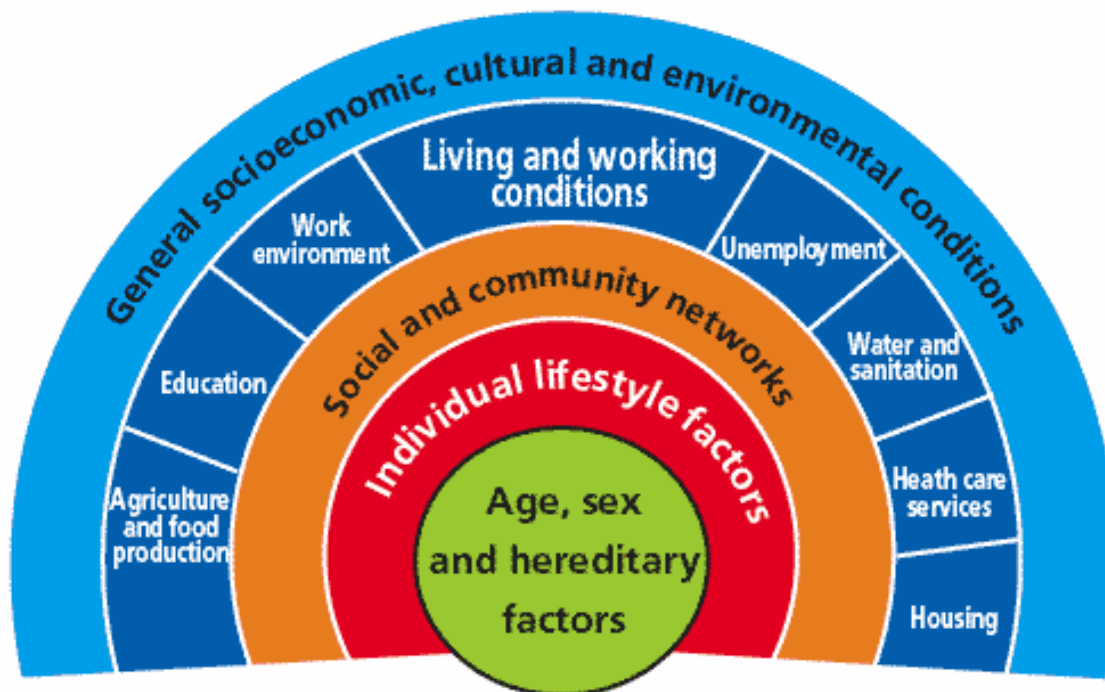


Figura 7 Principali determinanti della salute (fonte, WHO)

Nel 2005 l'allora direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) J. W. Lee istituì la Commissione sui determinanti sociali sulla salute (CSDH) con tre obiettivi principali: raccogliere le principali evidenze sui determinanti sociali della salute; determinare il loro impatto; determinare il loro impatto sull'inequità in salute e produrre raccomandazioni per azioni volte a ridurla²³. Dopo due anni di lavori, nel 2008, la CSDH ha pubblicato un rapporto finale in cui emergono alcune raccomandazioni maggiori rivolte a chi elabora le politiche sulla salute²⁴:

- Migliorare le condizioni quotidiane di vita
- Affrontare la iniqua distribuzione di potere, di soldi e di risorse in generale
- Sviluppare un quadro di riferimento in grado di misurare il problema, valutare le azioni e creare consapevolezza da parte dei cittadini

²³ Venkatapuram S., Global Justice and the Social Determinants of Health, Ethics & International Affairs, Volume 24.2, June 14, 2010

²⁴ CSDH, 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. Geneva, World Health Organization, 2008.

Il rapporto ribadisce che i sistemi sanitari sono in se stessi un determinante sociale della salute influenzato e che influenza gli altri determinanti sociali. Se si usa come indicatore la sopravvivenza il peso complessivo dei sistemi sanitari varia dal 20% al 50%²⁵ a seconda delle malattie. È chiaro che il peso sarà maggiore, ad esempio, sulla mortalità materna, ma minore sulle malattie croniche. Rispetto al tema della diseguaglianza il tema chiave è capire come sfuggire alla cosiddetta legge dell'assistenza inversa (*The inverse care law*) di Hart: la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita²⁶.

²⁵ WHO, World Health Report 2005, Geneve, 2005

²⁶ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, A caro prezzo, ETS, 2006

CAPITOLO 2 GIUSTIZIA SANITARIA

Definizioni

Come anticipato nella introduzione, in questo capitolo verranno descritte le principali teorie di giustizia classificandole secondo il modello proposto da Amartya Sen in due principali orientamenti: istituzionalismo trascendentale (*institutional transcendental*) e comparazione centrata sulle realizzazioni concrete (*realization-focused comparison*)²⁷. L'obiettivo non sarà quindi quello di fornire un dettagliato quadro delle diverse teorie di giustizia ma di focalizzarsi sulle principali, in particolare su quelle che hanno maggiormente influito sul dibattito a livello globale.

Il termine giustizia da Platone in poi ha assunto numerose accezioni e significati trovando applicazione in numerosi campi: dalla filosofia al diritto dall'etica alla politica²⁸.

In questa sede l'attenzione sarà rivolta ai criteri che dovrebbero sottostare alla giusta allocazione delle risorse nel settore pubblico in particolare nell'ambito sanitario. Rimanendo su di una prospettiva storica potremmo dire che ci si riferirà principalmente a quella che Aristotele definiva giustizia distributiva. Aristotele, che riteneva la giustizia una virtù sommamente perfetta perché chi la possiede se ne può servire anche nei confronti di altri²⁹, aveva infatti individuato due grandi tipologie, adottando una partizione che ha poi fatto scuola³⁰: giustizia distributiva e giustizia correttiva.

GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA	GIUSTIZIA CORRETTIVA
Si attua nella distribuzione di oneri, di denaro o di quant'altro si può ripartire tra coloro che partecipano nella costituzione (giacchè di queste cose una parte sia eguale che diseguale a quella di un altro)	Apporta correzioni nelle interazioni tra privati e si divide in due tipi, quella che riguarda le correzioni volontarie e quella che riguarda le interazioni involontarie ³¹

²⁷ A. Sen, L'idea di giustizia, op cit

²⁸ De Pascale C., Giustizia, Il Mulino, 2010

²⁹ Aristotele, Etica Nicomachea in (a cura di Maffettone e Veca), L'idea di giustizia da Platone a Rawls, Laterza, 2008

³⁰ De Pascale, op cit

³¹ (a cura di Ricciardi M.), L'ideale di giustizia da Rawls ad oggi, Università Bocconi Editore, 2010, pg XVI

Attualizzando il linguaggio aristotelico, tra i benefici che andrebbero menzionati, al di là della ricchezza, potrebbero esserci anche le “diverse posizioni normative cui genericamente ci riferiamo impiegando l’espressione diritti”³², anche se “per Aristotele la giustizia distributiva non riguardava in primo luogo il denaro, bensì le cariche pubbliche e gli onori”³³

Ritornando al settore sanitario, per quanto concerne la distribuzione delle risorse, si è soliti distinguere le questioni allocative in tre livelli.

Il primo livello (macroallocazione) si riferisce a quante risorse dovrebbero essere destinate al settore sanitario. Per rispondere a questa domanda si fa spesso riferimento ad un’altra serie di questioni³⁴:

- esiste un diritto alla salute o almeno all’assistenza sanitaria?
- Se sì, quanta parte delle risorse di una comunità dovrebbero esservi destinate?
- Esiste una base razionale per determinare la dimensione delle risorse da destinare?
- Come dovrebbe essere distribuito il peso del finanziamento del sistema?

Esiste poi un secondo livello denominato mesoallocazione in cui si raggruppano altri tipi di problemi:

- Come suddividere il bilancio per la sanità nei diversi ambiti?
- Come un ospedale dovrebbe allocare le risorse a disposizione?
- Quali servizi dovrebbero essere garantiti ai cittadini?

Infine un terzo livello di questioni riguarda invece essenzialmente i criteri di accesso ai servizi di particolari tipologie di pazienti:

- Quali criteri per decidere le priorità di accesso al trapianto d’organo?
- Come conciliare il rispetto per le tradizioni culturali e religiose e il dover di dare assistenza?

³² Ibidem, pg. XVII

³³ Sandel M, Giustizia, Feltrinelli, 2010, p. 216

³⁴ Fisher A., The ethics of health care allocation, Catholic Medical Quarterly, 44(4) (May 1993), 13-20.

L'obiettivo di questo lavoro è limitato all'ambito macroallocativo, vale a dire quante risorse andrebbero destinate alla salute, con particolare riferimento allo specifico caso della cooperazione sanitaria internazionale che ha molto peso in una serie di paesi in via di sviluppo.

Istituzionalismo trascendentale: la giustizia come equità di Rawls

Nel suo *L'idea di giustizia*³⁵ Sen identifica due principali linee di pensiero relativamente alle teorie di giustizia: l'istituzionalismo trascendentale e la comparazione centrata sulle realizzazioni concrete.

Nel primo caso si fa riferimento a pensatori del calibro di Hume, Rousseau, Locke, Kant e infine Rawls che pongono al centro dell'idea di giustizia il tema della "messa a punto di istituzioni giuste, destinate a costituire la trama di fondo della società, nel presupposto che il comportamento personale si conformi in tutto e per tutto ai requisiti per il corretto funzionamento di tali istituzioni"³⁶. In altri termini, una volta che le parti hanno trovato accordo sui principi a fondamento di istituzioni giuste, le azioni si conformeranno di conseguenza secondo idee di giustizia.

La seconda tradizione invece raccoglie teorie e autori alquanto diversi tra loro (come Smith, Condorcet, Bentham, Marx e Mill) accomunati però dalla idea di partenza: procedere per confronti basati sulle realizzazioni concrete che riguardano il progresso o il regresso della giustizia³⁷.

Di fatto però è la prima tradizione quella su cui si appoggia la tendenza oggi dominante nell'ambito delle teorie di giustizia.³⁸ Grazie soprattutto all'opera di Rawls, a partire da *Una teoria della giustizia*, considerato sin dal suo apparire il più importante libro di filosofia politica in lingua inglese dai tempi del *Leviatano* di Hobbes³⁹, il dibattito filosofico politico non ha potuto far a meno di riferirsi alla prospettiva neo contrattualistica di Rawls o per sostenerla o per criticarla.

L'oggetto di *Una teoria della giustizia* era definire una teoria della giustizia per le istituzioni che appartengono alla struttura di base della società⁴⁰. Il nucleo di questa teoria è dato da "principi di giustizia che si suppone parti razionali sceglierebbero in condizioni ideali. La situazione di scelta

³⁵ A Sen, op cit.

³⁶ A Sen, *L'idea di giustizia*, op cit, p. 7

³⁷ ibidem

³⁸ ibidem

³⁹ S. Maffettone in J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, 2009

⁴⁰ M. Ricciardi, op cit

iniziale viene battezzata da Rawls *posizione originaria* e corrisponde allo status quo di una dottrina classica, cui la teoria della giustizia come equità si rifà”⁴¹.

Secondo Rawls solo se le parti, che devono sottoscrivere il contratto sociale, si troveranno in una posizione originaria di uguaglianza saranno in grado di scegliere i principi in grado di regolare la vita collettiva secondo giustizia.

Per descrivere come dovrebbe essere la posizione originaria Rawls propone una sorta di esperimento mentale⁴²: supponiamo di non sapere quale sia la posizione sociale delle parti che contrarranno il patto. Immaginiamo anzi che la nostra scelta avvenga dietro quello che Rawls chiama *velo di ignoranza*, vale a dire una situazione in cui nessuno ha la minima nozione della propria e della altrui identità: classe sociale, sesso, età, razza, convinzioni politiche etc. In assenza di tutte queste informazioni, secondo Rawls, saremmo in grado di accordarci su principi giusti perché nessuno avrebbe una posizione di maggior forza contrattuale.

La prima enunciazione fornita da Rawls dei due principi di giustizia è la seguente:

Primo: ciascuna persona ha un eguale diritto al più esteso schema di eguali libertà fondamentali compatibilmente con un simile schema di libertà per gli altri.

Secondo: le ineguaglianze sociali ed economiche devono essere combinate in modo da essere (a) ragionevolmente previste a vantaggio di ciascuno ; (b) collegate a cariche e posizioni aperte a tutti.⁴³

Come si vede con questi due principi Rawls tenta di far convivere un principio di libertà con un principio di eguaglianza che Rawls chiama di equa opportunità⁴⁴, in base al quale si richiede una qualche forma di compensazione per le ineguaglianze immeritate, derivanti dalla nascita e dalle doti naturali, principalmente attraverso il sistema educativo.⁴⁵

Un terzo elemento della costruzione rawlsiana è la regola del maximin (crasi di maximum minimorum) adottata per massimizzare i benefici per i meno favoriti. I due principi di giustizia vengono visti da Rawls come la soluzione maximin al problema della giustizia sociale⁴⁶, da una prospettiva liberale.

In questa prospettiva Rawls adotta come indicatori dell'equità nella distribuzione delle risorse i cosiddetti beni primari vale a dire mezzi di uso generale per il conseguimento di svariati fini: in altri termini qualsiasi risorsa generalmente utile a procurare agli individui ciò che liberamente

⁴¹ S. Maffettone, op cit

⁴² Sandel M, op cit

⁴³ Rawls J, op cit p. 76

⁴⁴ Ibidem, p 99

⁴⁵ De Pascale, op cit

⁴⁶ ibidem

desiderano.⁴⁷ Secondo Rawls i beni primari comprenderebbero anche elementi quali: diritti, libertà e opportunità, reddito e ricchezza.⁴⁸

Al centro della teoria della giustizia di Rawls sta dunque l'idea di giustizia come equità (justice as fairness) che generalizza e porta ad un livello più alto di astrazione la tradizionale concezione del contratto sociale.

In altri termini, Rawls si rifà al concetto di contratto originario di Kant. Il filosofo tedesco aveva infatti abbracciato anche egli l'idea del contratto sociale, ma rifiutando l'idea di individuarne l'origine in un preciso momento storico, come sostenuto ad esempio da Locke.

Al di là della difficoltà pratica di individuare in una nazione questo preciso momento storico, Kant sostiene che in questo modo il contratto sociale è in grado di svolgere più efficacemente un ruolo regolativo in grado di indurre gli uomini a comportarsi come se l'oggetto fosse concretissimo.

L'idea opererebbe sia obbligando il legislatore a far leggi come se derivassero dalla comune volontà popolare, sia nel considerare ogni suddito-cittadino come se avesse dato il suo consenso a una tale volontà.⁴⁹

Rawls partendo da questa formulazione dell'origine del contratto sociale, la porta ad un livello più elevato di astrazione attraverso l'idea della posizione originaria e l'esperimento mentale del velo di ignoranza con l'obiettivo appunto di arrivare ad una teoria della giustizia avente al centro l'idea di una giustizia come equità.

Dworkin e Maffettone operano una ulteriore distinzione all'interno della tradizione contrattualistica tra contrattualismo degli ideali e contrattualismo degli interessi⁵⁰. Questo ultimo deriverebbe dal cosiddetto liberalismo realistico che vede in Hume il suo primo interprete. La sua struttura fondamentale dipenderebbe dalla considerazione che le nozioni morali sarebbero riducibili a interessi e desideri precedenti. L'agire morale si spiegherebbe come risposta all'esigenza di mediare tra i diversi interessi e desideri.

Nel contrattualismo degli ideali (Locke, Kant, Rawls) il consenso su principi e istituzioni dipenderebbe invece in primo luogo dal vedere in essi riconosciuti alcuni valori morali essenziali. Per questa ragione i principi di giustizia non sono sovrastrutturali, ma principi in sé.⁵¹

Sono varie le ragioni che hanno reso particolarmente rilevante la teoria della giustizia di Rawls. Sen ci aiuta ad individuarne alcune⁵²:

⁴⁷ Sen A, L'idea di giustizia, op cit

⁴⁸ Rawls J, op cit

⁴⁹ ibidem

⁵⁰ Dworkin R., Maffettone S., I fondamenti del liberalismo, Laterza, 1996

⁵¹ ibidem

⁵² Rawls J, L'idea di giustizia, op cit

1. L'idea che per la giustizia è capitale considerare l'equità costituisce una autentica conquista
2. Rawls ha offerto un contributo essenziale nel sottolineare il peso delle facoltà morali delle persone
3. Il peso primario dato alla equità nella valutazione del livello di giustizia degli assetti sociali
4. Rawls ha dato grande impulso agli studi sulla diseguaglianza ponendo attenzione ai processi operativi che possono esserne causa, ad esempio quelli legati all'esclusione di individui da alcune cariche in base al sesso o alla razza
5. L'eliminazione della povertà intesa come accesso ai beni primari ha avuto grande influenza sulle politiche pubbliche successive
6. Infine attraverso i beni primari Rawls riconosce indirettamente la libertà agli individui di fare ciò che desiderano della loro vita.

Nello stesso tempo Sen sottolinea due principali problemi collegati alla teoria di Rawls:

1. L'assoluto primato della libertà risulta eccessivo. Perché mai, si domanda Sen, dovremmo ritenere la fame, la povertà, l'assenza di cure mediche fenomeni meno importanti della violazione di una qualsiasi libertà personale?
2. Rawls definisce le opportunità esclusivamente in base ai mezzi di cui le persone dispongono (beni primari), senza tener conto delle effettive capacità che le persone hanno di convertire i beni primari in buona qualità della vita. La conversione in capacità di realizzare ciò che si desidera è suscettibile di grandi variazioni in relazione ad esempio a caratteristiche congenite (come le malattie genetiche) o ai contesti ambientali (si pensi alle persone che vivono in aree endemiche per la malaria).

L'opera di Rawls è stata sottoposta nel corso dei decenni a numerose critiche da parte di autori con differenti orientamenti culturali politici da Nozick a Sen, da Dworkin a McIntyre. Rispetto al tema centrale di questa tesi relativo alle diseguaglianze globali in salute, due sono gli aspetti più critici nella teoria rawlsiana: il ruolo della salute e la dimensione globale della giustizia.

La salute non rientra tra i beni primari cui fa riferimento Rawls. Secondo il filosofo statunitense semplicemente le parti che prendono parte alla posizione originaria dovrebbe godere di buona salute e in grado di cooperare. In ogni caso comunque, le informazioni relative allo stato di salute sarebbero tra le cose nascoste dietro il velo di ignoranza. Come spesso accade, le teorie contrattualistiche devono fare affidamento su di una più o meno elevata concezione della razionalità nel processo

contrattuale. Per Rawls la stragrande maggioranza dell'umanità possiede almeno la minima capacità di un senso di giustizia che gli consente di partecipare al processo contrattuale.

Questa visione della salute e dell'eguaglianza tra le persone è stata criticata in primo luogo dai sostenitori dell'approccio basato sulle capacità, vale dire Sen e Nussbaum. Quest'ultima in particolare ha posto l'accento sul caso della minoranza che non possiede la minima capacità di un senso di giustizia, come nel caso delle persone con gravi disabilità mentali.⁵³ È evidente che nella teoria della giustizia di Rawls tali persone non hanno sufficienti capacità per partecipare al processo contrattuale. Quindi le persone con gravi disabilità mentali, pur essendo cittadini, "non sono in effetti, fra quelle per le quali e in reciprocità con le quali le istituzioni fondamentali della società sono strutturate".⁵⁴ Si pone dunque un problema di eguaglianza tra i cittadini derivante proprio da una diseguaglianza sul piano dello stato di salute.

C'è chi invece come Daniels trova nella teoria rawlsiana il fondamento per il diritto all'assistenza sanitaria.⁵⁵ Secondo Daniels infatti tale diritto si basa sul principio di equa eguaglianza di opportunità. La malattia comporta una diminuzione della capacità individuale di accedere alla normale gamma di opportunità.⁵⁶ Il ruolo delle istituzioni sanitarie sarebbe dunque quello di fornire le condizioni effettive di libertà e opportunità all'interno delle quali le persone possono impiegare i loro equi dividendi per perseguire le proprie concezioni di bene.⁵⁷

Per quanto riguarda la distribuzione delle risorse per l'assistenza sanitaria, lo stesso Daniels elenca una serie di problemi da considerare⁵⁸:

1. La forma dei servizi di cura all'interno della società (intervento statale, affidati al mercato, sistema misto)
2. Criteri di accesso ai servizi
3. Chi e come dovrà gestire tali servizi
4. Come distribuire il peso finanziario
5. Quali forme di controllo da parte dei cittadini sui servizi

⁵³ Nussbaum M., *Le nuove frontiere della giustizia*, il Mulino, 2007

⁵⁴ *Ibidem*, p. 116

⁵⁵ Daniels N., *Just health care*, Cambridge University Press, 1985

⁵⁶ Mordacci in Cattorini P. (a cura di), *Etica e giustizia in sanità*, Franco Angeli, 1998

⁵⁷ Daniels N., *op cit*

⁵⁸ Lecaldano E., *Bioetica, le scelte morali*, Laterza, 2004

Naturalmente esiste anche il caso di chi come Nozick, pur collocandosi nella stessa tradizione contrattualistica di Rawls e Daniels, porta una dura critica a qualsiasi discorso di giustizia distributiva. In *Anarchia, stato e mercato* Nozick espone con chiarezza l'idea di uno Stato minimo il cui compito non dovrebbe andare oltre la tutela dei cosiddetti diritti minimi, limitati ai cosiddetti diritti negativi.

Per quanto concerne poi le questioni di giustizia distributiva l'attenzione dello Stato dovrebbe essere semplicemente rivolta alla verifica dei titoli validi. "Secondo la concezione della giustizia nei possessi centrata sul titolo valido che abbiamo presentato, non c'è nessun argomento a favore di uno stato più esteso di questo tipo (...). Se l'insieme dei possessi è generato nel modo corretto, non c'è nessun argomento per uno stato più esteso basato sulla giustizia distributiva"⁵⁹. In altri termini uno stato che intendesse finanziare i servizi sanitari tramite le tasse lo farebbe in maniera illegittima perché otterrebbe delle risorse economiche attraverso una limitazione dei diritti fondamentali, in questo caso ad esempio al diritto di proprietà.

L'applicazione a livello globale delle teorie di giustizia di stampo contrattualistico si scontra con un problema di fondo. Tutte queste teorie vedono come unità fondamentale lo stato-nazione al cui interno le parti, con modalità diverse in base ai diversi autori, danno luogo al processo contrattuale finalizzato a rendere possibile la convivenza tra le persone. Alcuni autori, tra cui Rawls⁶⁰, hanno tentato di trovare una soluzione per applicare al livello globale le teorie di giustizia. Come sottolineato da Veca il tema della giustizia globale rappresenta oggi una delle principali sfide per chi si occupa di filosofia politica e etica pubblica.⁶¹ Ma di questo tratteremo più avanti.

L'utilitarismo di Bentham e Mill

Come già ricordato l'utilitarismo è stato sino agli anni settanta la concezione etica più diffusa nel panorama filosofico anglosassone, anche grazie alle riprese nel secondo dopoguerra della teoria fondata da Bentham, da parte di importanti pensatori quali Nowell-Smith, Brandt e Hare.⁶²

Al di là delle diverse versioni, l'utilitarismo può essere definito come una teoria normativa caratterizzata da tre elementi fondamentali: consequenzialismo, welfarismo e massimizzazione del risultato.⁶³

⁵⁹ Nozick R, *Anarchia, stato, utopia*, Il Saggiatore, 2008

⁶⁰ Rawls J., *Il diritto dei popoli*, Il Saggiatore, 2000

⁶¹ Veca S., Sull'idea di giustizia globale, <http://www-3.unipv.it/deontica/opere/veca/etica.htm> (ultimo accesso 31/03/2011)

⁶² Magni SF, *Etica delle capacità*, il Mulino, 2006

⁶³ Mordacci R., *Una introduzione alle teorie morali*, Feltrinelli, 2003

“In quanto teoria consequenzialistica, l'utilitarismo fa dipendere la definizione degli agenti morali esclusivamente dalla valutazione delle conseguenze migliori di ogni altra scelta praticabile, cioè se realizza il miglior saldo di bene sul male rispetto a qualsiasi azione alternativa.”⁶⁴

L'utilitarismo fa coincidere il bene con l'utile “e quest'ultimo come ciò che realizza la maggior quantità di benessere.”⁶⁵ Secondo Bentham la natura ha posto l'umanità sotto il governo di due padroni: dolore e piacere che rappresentano la misura di ciò che è giusto e di ciò che è sbagliato.⁶⁶ Partendo da questo presupposto Bentham formulò il principio di utilità. Con utilità si intende la proprietà di un oggetto con la quale esso tende a produrre beneficio, vantaggio piacere, bene o felicità o a prevenire danno, dolore, male o infelicità alla parte in cui interesse è preso in considerazione.⁶⁷ Secondo Bentham, quindi, è giusto fare tutto quello che può accrescere al massimo l'utilità generale.⁶⁸

Il benessere (welfarismo) che deve essere massimizzato non è solo quello del singolo individuo, ma quello di tutti gli individui coinvolti in base ad un principio di aggregazione. Ciò che conta è la somma del benessere dei singoli individui non come il benessere si distribuisce tra di essi in base al principio che ciascuno deve contare per uno e non più di uno.⁶⁹

Le determinazioni della teoria utilitaristica hanno trovato numerosi critici nel corso dei secoli. Di seguito riportiamo alcuni dei numerosi problemi segnalati⁷⁰:

- 1) numerose conclusioni su problemi etici, che risulterebbero giustificate dall'utilitarismo, si scontrano con il cosiddetto senso comune.
- 2) Ridurre il tutto ad un'unica unità di misura (l'edonismo di Bentham o il più recente calcolo delle preferenze) offre sicuramente un metodo di più o meno facile misurazione, ma appare a molti anche estremamente riduttivo. Per comprendere meglio questo aspetto, Sandel suggerisce di considerare il modo in cui si applica la logica utilitaristica all'analisi dei costi e benefici che spesso viene usato dai governi o dalle aziende per prendere decisioni.⁷¹
- 3) Dal punto di vista della giustizia distributiva può risultare iniquo nelle confronti di minoranze che esprimano preferenze diverse da quelle della maggioranza. Per dirla con Rawls l'utilitarismo non

⁶⁴ Ibidem, p. 92

⁶⁵ Ibidem, p. 93

⁶⁶ Viano CA, Teorie etiche contemporanee, Bollati Boringhieri, 1990

⁶⁷ ibidem

⁶⁸ Sandel, op cit

⁶⁹ Mordacci, op cit

⁷⁰ ibidem

⁷¹ Sandel, op cit

prende sul serio le differenze tra le persone e i diritti individuali. Secondo molti è questo il difetto più importante dato che si tiene conto solo della somma delle soddisfazioni della collettività e non dei singoli individui.⁷²

4) Le preferenze vengono calcolate in maniera impersonale, si ragiona soltanto sugli stati di cose conseguenti alle azioni (conseguenzialismo): che sono prive di qualsiasi (dis)valore intrinseco ma possono essere giudicate solo in base ai loro effetti.⁷³

John Stuart Mill, da parte sua, cercò di rimediare ad alcuni di questi problemi. Mill conserva della concezione di Bentham due aspetti.⁷⁴

Il primo è il riconoscimento della tesi che la felicità (o benessere) è l'unica cosa fornita di valore etico. Da questa tesi deriva il principio secondo il quale l'unica condotta moralmente approvabile è quella che promuove o massimizza la felicità. Mill sottoscrive anche la tesi della priorità della felicità generale quale bene rispetto a quella individuale, conclusione che distingue l'utilitarismo da qualsiasi forma di egoismo etico.

Si distacca invece da Bentham su altri due aspetti: diritti individuali e classificazione dei piaceri. Il lavoro di Mill è stato lungamente incentrato sul tentativo di conciliare i diritti individuali con la filosofia utilitaristica. L'esempio più noto è la tesi in difesa della libertà individuale imperniata sul principio che la persona sia libera di fare qualunque cosa vogliono purché non arrechino danni ad altri.⁷⁵

Il secondo aspetto che Mill cerca di correggere è l'idea che tutti i piaceri siano uguali per rispondere alle accuse di riduzionismo da più parti avanzata. Secondo Mill non c'è motivo per cui l'utilitarismo dovesse guardare alla felicità dall'ottica dei piaceri più bassi. Serve invece introdurre dei miglioramenti della qualità della felicità generale attraverso ad esempio l'educazione.⁷⁶

Come precedentemente segnalato, nonostante i diversi problemi elencati, l'utilitarismo è stato a lungo la teoria etica e di giustizia dominante, quantomeno nel mondo anglosassone. Questo è accaduto per almeno due ragioni:

1) avere apparentemente meno problemi nel giustificare i criteri per definire ciò che è giusto da ciò che non lo è

⁷² ibidem

⁷³ ibidem

⁷⁴ Lecaldano E., Introduzione a Mill JS, La libertà, l'utilitarismo, l'asservimento delle donne, BUR, 2007

⁷⁵ Sandel, op cit

⁷⁶ Lecaldano, Introduzione op cit

2) offrire degli strumenti per orientare attraverso misurazioni quantitative le decisioni che riguardano ad esempio la collettività, come nel caso sopra richiamato dell'analisi costi-benefici.

Per queste ragioni ancora oggi l'influenza dell'utilitarismo nelle questioni di giustizia distributiva, compreso l'ambito sanitario, è molto alta.

L'approccio delle capacità di Sen e Nussbaum

Si tratta di una teoria della giustizia iniziata dal premio Nobel per l'economia Amartya Sen e successivamente ripresa tra gli altri anche dalla filosofa Martha Nussbaum. In quanto teoria normativa rivolta principalmente a questioni pubbliche, essa cerca di definire i criteri per stabilire la giustezza delle azioni rilevanti per le comunità.⁷⁷

Come è stato osservato da Magni, l'approccio delle capacità è essenzialmente un'etica sociale o pubblica, e in quanto tale è distinta da un'etica di carattere individuale.⁷⁸

Due concetti sono centrali in questo tipo di approccio: capacità e funzionamenti. Nella visione di Sen le capacità sono il focus informativo attraverso cui valutare la giustizia in una società.⁷⁹ Se nell'utilitarismo il focus è dato dall'utilità e nella prospettiva rawlsiana si fa riferimento alle risorse (i beni primari), in Sen questa funzione è svolta appunto dalle capacità dei singoli individui.

L'approccio delle capacità presenta un insieme di oggetti di valore (le capacità degli individui) e di funzionamenti, vale a dire ciò che gli individui riescono effettivamente a fare o a essere. Una società o una specifica politica pubblica sono tanto più giusti quanto più consentono gli individui di avere capacità di acquisire funzionamenti di valore.⁸⁰

Scriva Sen "I funzionamenti umani cui possiamo dare valore sono svariati: essere ben nutriti e evitare una morte prematura, ma anche prendere parte alla vita della comunità e avere la facoltà di realizzare le ambizioni e i piani legati alla propria attività. Quando parlo di capacità intendo quindi la nostra facoltà di realizzare diverse combinazioni di funzionamenti, che possiamo confrontare e valutare in relazione a tutte le altre sulla scorta di quanto, per qualche ragione, riteniamo importante."⁸¹

⁷⁷ Magni SF, op cit

⁷⁸ ibidem

⁷⁹ Sen A, L'idea di giustizia, op cit

⁸⁰ Magni SF, op cit

⁸¹ Sen A, L'idea di giustizia, p. 243

Le definizioni di capacità e funzionamenti possono essere fatte salve anche quando ci avviciniamo all'approccio visto dalla prospettiva di Nussbaum, cui fa riferimento lo stesso Sen quando afferma che "sfruttando appieno le potenzialità di questa prospettiva, negli ultimi anni Martha Nussbaum e altri hanno prodotto numerosi e notevoli contributi su questioni legate all'analisi della società e alle politiche sociali. L'eshaustività e la conclusività di questi studi devono essere tuttavia distinte dall'approccio cui fanno riferimento."⁸² Come a dire che le differenze ci sono e sono anche notevoli.

Alcune di queste sono state ben messe in evidenza da Magni. Innanzitutto l'esplicitazione delle capacità. Sen si rifiuta di precisarle mentre Nussbaum elenca dieci capacità (capacità umane centrali) come requisiti centrali per una vita dignitosa⁸³:

- 1) Vita. Avere la possibilità di non morire prematuramente o di vivere con una disabilità che mini la propria dignità.
- 2) Salute fisica. Poter godere di buona salute compresa una sana riproduzione, adeguata alimentazione e abitazione.
- 3) Integrità fisica. Nel senso di essere liberi di muoversi, di avere la possibilità di godere del piacere sessuale e di scelta riproduttiva, nonché di avere diritto alla inviolabilità del proprio corpo.
- 4) Sensi, immaginazione e pensiero. Poter immaginare, pensare e ragionare in modo veramente umano, ossia in modo informato e coltivato da una istruzione adeguata, ma non solo limitata a questa.
- 5) Sentimenti. Poter provare attaccamento per cose e per persone e non solo per noi stessi.
- 6) Ragion pratica. Essere in grado di sviluppare una concezione di ciò che è bene
- 7) Appartenenza. Poter vivere con gli altri e per gli altri. Avere le basi sociali per il rispetto di sé e per non essere umiliati.
- 8) Altre specie. Essere in grado di vivere in relazione con gli altri esseri viventi e forme di vita.
- 9) Gioco. Poter giocare e godere di attività ricreative
- 10) Controllo del proprio ambiente, politico e materiale.

Nussbaum ritiene l'approccio sulle capacità di tipo universale, valido quindi per tutti i cittadini di ciascuna nazione come avviene per i diritti umani. Infatti Nussbaum lo intende come una specie di approccio dei diritti umani.⁸⁴

⁸² Ibidem, p. 242

⁸³ Nussbaum M, Le nuove frontiere, op cit

⁸⁴ ibidem

Per evitare il rischio che questa lista venga accusata di essere paternalistica (nel senso di limitare le libertà individuali) e poco pluralistica la Nussbaum propone un insieme di modalità di applicazione delle capacità:⁸⁵

- 1) come qualunque teoria dei diritti umani la lista è soggetta a un processo di revisione costante,
- 2) le voci dovrebbero essere redatte in maniera astratta e generale in modo da lasciare libertà di precisazione e deliberazione a cittadini e istituzioni,
- 3) non vi è alcun fondamento metaetico perché questa lista può essere vista come un modulo sottoscrivibile da individui che altrimenti avrebbero concezioni molto differenti della vita e del suo senso ultimo,
- 4) la capacità e non il funzionamento è lo scopo politico principale di questo approccio. Qui emerge evidente un'altra differenza con Sen che pone capacità e funzionamento sullo stesso piano al fine di porre maggiore enfasi sull'eguaglianza tra gli individui. Viceversa la preoccupazione principale di Nussbaum è tutelare il pluralismo in quanto molti che potrebbero sostenere una data capacità come diritto fondamentale si sentirebbero traditi se fossero resi obbligatori i relativi funzionamenti.
- 5) le più importanti libertà (di espressione, di associazione, di coscienza) a tutela del pluralismo sono ricomprese nella lista

La differenza principale tra Sen e Nussbaum è però prima di tutto strutturale. Come abbiamo già visto Sen si colloca nella tradizione consequenzialista cercando di superare attraverso le capacità alcune principali difficoltà di questa tradizione, Nussbaum invece si colloca nel filone iniziato da Rawls. Ne deriva quindi un uso diverso delle capacità nei due.

In Nussbaum la lista di capacità ha lo scopo di fornire una base utile all'elaborazione di principi costituzionali fondamentali.⁸⁶ L'interesse principale di Sen è invece maggiormente rivolto alla giustizia distributiva, concentrandosi sul ruolo delle capacità nel delimitare lo spazio entro cui si fanno le misurazioni riguardanti la qualità della vita.

In altri termini le capacità consentono a Sen di muovere una critica decisiva a Rawls nel determinare i criteri con cui definire quanto un dato assetto sociale è giusto (capacità vs beni primari). In Nussbaum invece la lista di capacità fornisce la struttura di riferimento per i principi politici fondamentali, perché permetterebbe a persone di trovare consenso tra persone con diverse idee del bene.⁸⁷ Il richiamo a Rawls è dunque evidente.

⁸⁵ Ibidem

⁸⁶ Nussbaum M, *Diventare persone*, Il Mulino, 2001

⁸⁷ Magni SF, *op cit*

È quindi corretto, quando si parla di approccio legato alle capacità, precisare se si fa riferimento a Sen o a Nussbaum

CAPITOLO 3 AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO E COOPERAZIONE SANITARIA

Definizioni

Come riportato sul sito dell'OCSE⁸⁸ quando si parla di Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) ci si riferisce a quei flussi di finanziamento ufficiale che hanno come obiettivo principale la promozione dello sviluppo economico e del benessere dei paesi in via di sviluppo.

Si tratta di soldi pubblici dati in dono o di prestiti agevolati con un elemento di sovvenzione di almeno il 25 per cento (con un tasso agevolato di sconto e un periodo di grazia dopo il quale inizia il rimborso). Per convenzione, i flussi di APS comprendono contributi di enti pubblici donatori, a tutti i livelli, sia di paesi ("bilaterale") sia di istituzioni multilaterali. I prestiti concessi dalle agenzie di credito all'esportazione con lo scopo di pura promozione delle esportazioni sono esclusi.⁸⁹

La prima distinzione da fare è appunto tra aiuto bilaterale e multilaterale. Il canale di finanziamento bilaterale è dato dai fondi stanziati dagli stati nazionali, mentre il canale multilaterale fa riferimento alle organizzazioni internazionali quali le Nazioni Unite, la Commissione Europea, la Banca Mondiale, le banche regionali di sviluppo etc.

La figura 8 è utile per avere un'idea dei principali finanziatori a livello globale e del loro peso in termini di finanziamento⁹⁰. Appare evidente che la maggior parte dei fondi arriva attraverso il canale bilaterale e che comunque il canale multilaterale viene comunque alimentato dagli stati nazionali. Inoltre una quota dei finanziamenti ritorna ai paesi donatori, come rimborso dei crediti o come commesse per aziende basate in questi stati.

⁸⁸ L'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OCSE) è stata creata nel 1961 e conta oggi 34 stati membri. L'OCSE raccoglie regolarmente informazioni su una vasta gamma di argomenti per aiutare i governi a promuovere la prosperità e combattere la povertà attraverso la crescita economica e la stabilità finanziaria.

⁸⁹ <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6043> (ultimo accesso 17/01/2011)

⁹⁰ <http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/.../Aidarchitecture.pdf> (ultimo accesso 17/01/2011)

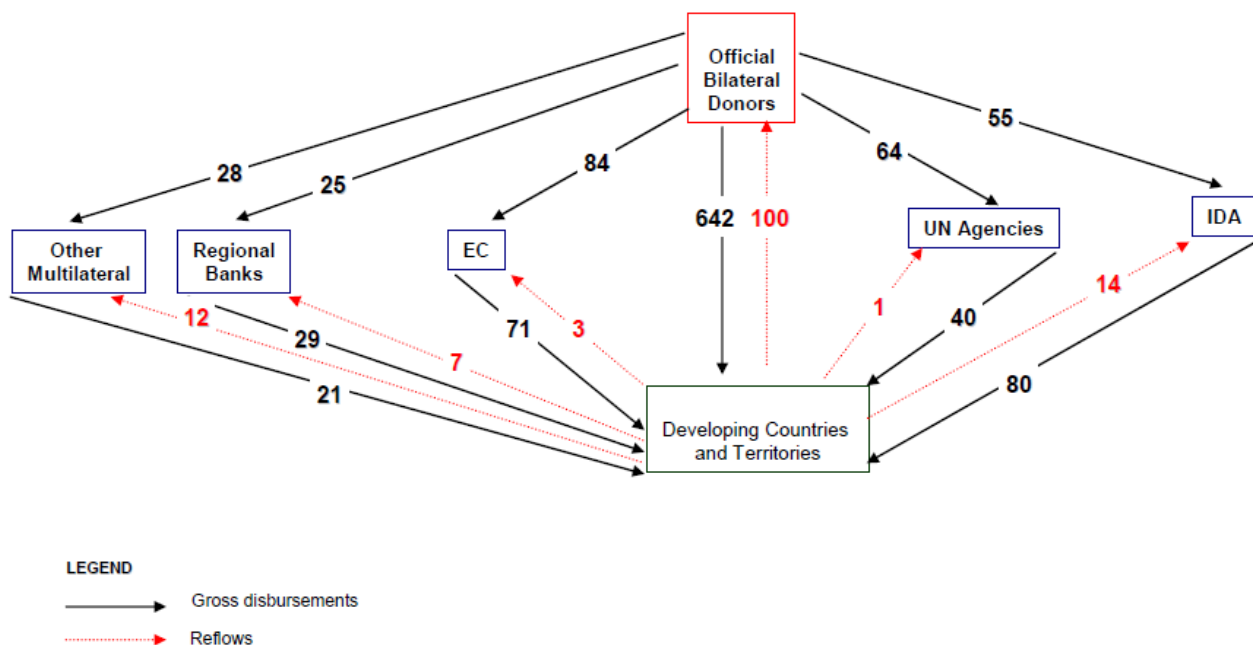


Fig. 8 Aiuto Pubblico allo Sviluppo 1994-2005 (fonte OECD)

Nel decennio 1994- 2005 l'APS è cresciuto costantemente. Gran parte dell'aumento di APS è dovuto però alle iniziative di remissione del debito, e in misura minore, agli aiuti d'emergenza e alle spese amministrative sostenute dai donatori. In termini reali, la riduzione del debito, spiega da sola quasi il 70 per cento di aumento dell'APS tra il 2004 e il 2005.

Se dai totali si passa alle modalità con cui i soldi vengono spesi si nota che tra il 2001 e il 2004 il finanziamento a supporto del bilancio generale degli stati (budget support) e dei programmi di sostegno settoriale (educazione, salute, ambiente per citare i più noti) è aumentato in percentuale rispetto al totale degli impegni di APS dall'8 per cento nel 2001 al 20 per cento nel 2004⁹¹.

L'analisi dei dati mostra inoltre che c'è stata una proliferazione di agenzie bilaterali e multilaterali che interagiscono con i paesi beneficiari. Ad esempio, il numero medio di donatori per paese è passato da 12 nel 1960 a 33 nel periodo 2001-2005. Inoltre a livello globale si contano attualmente oltre 230 tra organizzazioni internazionali, fondi e programmi. Tale proliferazione dei donatori sembra essere particolarmente pronunciata nel settore sanitario, in cui sono coinvolte più di 100 organizzazioni di rilievo⁹². Questo rappresenta allo stesso tempo un rischio, in termini di governance dei sistemi sanitari e della salute a livello globale, ma ovviamente anche una opportunità in termini di risorse disponibili.

⁹¹ ibidem

⁹² ibidem

Gli attori principali nella governance della salute globale⁹³

Negli ultimi anni è cresciuto fortemente il numero di organizzazioni intergovernative attive nel campo della salute. Persino l'elaborazione della normativa internazionale collegata alla sanità pubblica è oggi frutto del contributo di un numero crescente di organizzazioni intergovernative. Non solo le Nazioni Unite, i loro diversi organismi e le loro agenzie specializzate, ma anche numerose organizzazioni internazionali e regionali esterne a quel sistema. A queste si è aggiunta la proliferazione di attori del settore privato (agenzie non governative, fondazioni e organizzazioni lucrative, ivi incluse le industrie farmaceutiche) e la costituzione di “coalizioni” e partnership pubblico-privato con una potente influenza sulla politica sanitaria internazionale ivi inclusa la produzione legislativa e normativa.

Non tutti i soggetti che descriveremo partecipano direttamente nei processi di governance, ma tutti, anche se non formalmente e con differente peso e responsabilità, contribuiscono a determinarne la direzione. Nella figura 9 si riporta un tentativo di fornire una “mappa” dei principali attori coinvolti nella Governance Globale della Salute posizionati in relazione al loro peso potenziale⁹⁴.

Per un migliore inquadramento della materia ecco alcuni elementi generali relativi alle caratteristiche costitutive e al funzionamento dei principali attori nel campo della salute globale e della cooperazione internazionale.

⁹³ Questo paragrafo compendia e aggiorna il capitolo 4 “Gli attori pubblici e privati nella governance globale della salute pubblica” in Missoni E, Pacileo G, Elementi di salute globale, Franco Angeli, 2005

⁹⁴ Dodgson R., Lee K., Drager N. *Global Health Governance: A Conceptual Review*. Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002, whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf

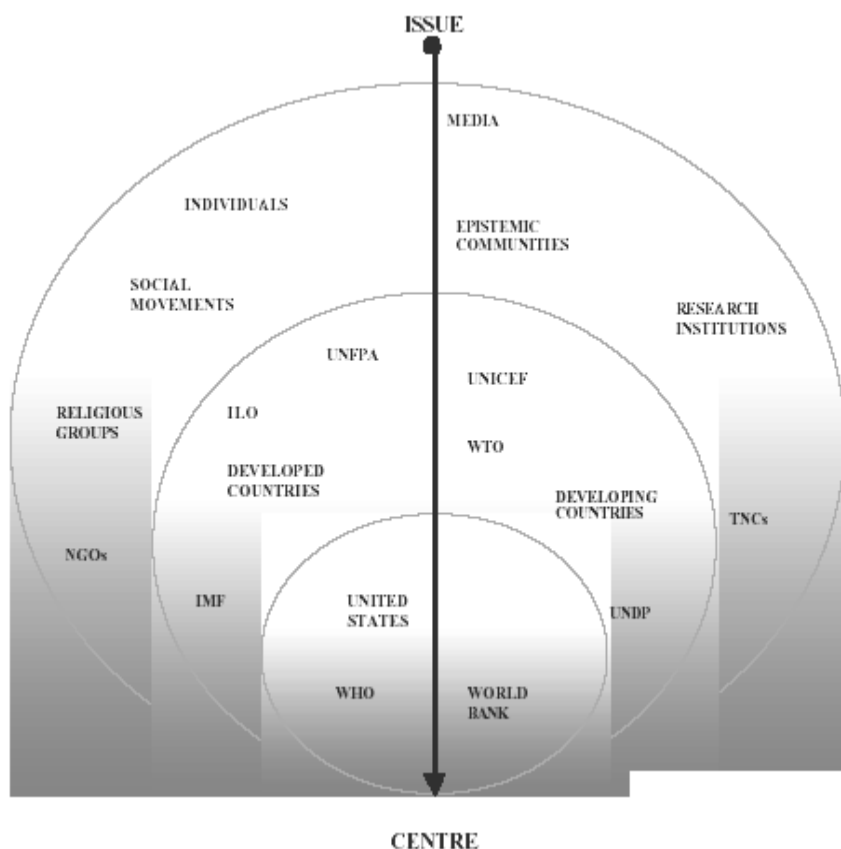


Fig 9 Mappa della governance della salute a livello globale (Fonte: Dodgson, Lee e Drager 2002)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità

L'*obiettivo* dell'organizzazione è di condurre tutti i popoli ad un livello di salute il più elevato possibile.

In base all'atto costitutivo possiamo riunire le *funzioni* della WHO in cinque linee fondamentali:

- **Coordinamento:** dirigere e coordinare le attività internazionali in sanità; proporre convenzioni, accordi, regolamenti e fornire raccomandazioni in tema di salute internazionale; stabilire e mantenere un'efficace collaborazione con le Nazioni Unite, le sue agenzie specializzate, le autorità sanitarie governative, i gruppi professionali e le altre organizzazioni che si reputi necessario.
- **Supporto ai paesi e alle popolazioni vulnerabili:** assistere su richiesta i Governi nel potenziamento dei servizi sanitari; fornire assistenza tecnica appropriata e, nelle emergenze, l'aiuto necessario richiesto o accettato dai Governi; fornire assistenza e servizi sanitari a gruppi speciali di popolazione, su richiesta delle Nazioni Unite.

- **Promozione della salute globale:** stimolare e condurre attività per l'eradicazione delle malattie; promuovere il miglioramento delle condizioni di vita (nutrizione, alloggio, igiene ambientale, condizioni lavorative); promuovere la prevenzione delle lesioni da incidenti; promuovere la salute ed il benessere della madre e del bambino; promuovere attività nel campo della salute mentale.
- **Informazione:** stabilire e mantenere servizi amministrativi e tecnici, inclusi quelli a carattere epidemiologico e statistico; fornire informazioni, consulenza e assistenza; assistere alla formazione di un'opinione pubblica informata.
- **Promozione della formazione e della ricerca:** promuovere e condurre la ricerca nel campo della salute; studiare gli aspetti gestionali e sociali che interessano la salute pubblica e l'assistenza medica; promuovere la cooperazione tra gruppi scientifici e professionali; migliorare e promuovere gli standard di insegnamento e formazione.
- **Stabilire gli standard:** stabilire e aggiornare la classificazione internazionale delle malattie, delle cause di morte e delle procedure di sanità pubblica; standardizzare le procedure diagnostiche; sviluppare e promuovere standard internazionali in relazione agli alimenti, i prodotti biologici, farmaceutici ed altri simili.

In quanto Istituto specializzato delle Nazioni Unite, WHO ha un proprio bilancio finanziato autonomamente rispetto a quello dell'ONU. Al finanziamento del bilancio regolare dell'Organizzazione, provvedono con contributi obbligatori tutti gli Stati membri. Alle risorse del bilancio regolare si sommano poi i fondi fuori bilancio (*extrabudgetary funds*) provenienti dai contributi volontari, aggiuntivi, di alcuni Stati membri nonché da contributi diversi di altre organizzazioni internazionali, enti pubblici nazionali, organizzazioni non governative, fondazioni e altri soggetti privati. Questi fondi aggiuntivi, che costituiscono una parte rilevante del bilancio complessivo dell'Organizzazione, sono spesso “finalizzati” (*earmarked*) dal donatore a specifiche iniziative o aree di attività. In questo modo WHO viene fortemente condizionata dalle indicazioni dei principali donatori (si sviluppano le attività per le quali ci sono finanziamenti, non necessariamente quelle la cui priorità è determinata tecnicamente) ed il suo funzionamento è oggi ampiamente dipendente dall'apporto finanziario dei contributi volontari, fuori bilancio.

La Banca Mondiale

Il Gruppo della Banca Mondiale comprende attualmente cinque istituzioni tutte anche con lo status di Istituti specializzati delle Nazioni Unite. In particolare “Banca Mondiale” è il nome abitualmente utilizzato nel fare riferimento alla *International Bank for Reconstruction and Development* (IBRD) e alla *International Development Association* (IDA), che insieme forniscono prestiti a basso interesse, crediti a interessi zero e doni ai paesi in via di sviluppo (World Bank 2004).

Le altre tre organizzazioni sono l'*International Finance Corporation* (IFC), la *Multilateral Investment Guarantee Agency* (MIGA), e l'*International Centre for Settlement of Investment Disputes* (ICSID).

Di queste ultime ecco una sintetica descrizione degli scopi:

- La Società finanziaria Internazionale (IFC) è stata costituita nel 1956 per permettere l'assistenza diretta alle imprese private a carattere produttivo con lo scopo di favorirne lo sviluppo nei paesi più arretrati.
- L'Agenzia multilaterale per la garanzia degli investimenti (MIGA) è stata costituita nel 1988 per favorire gli investimenti esteri nei PVS fornendo agli investitori garanzie supplementari – di regola non ottenibili sul mercato – contro perdite causate da rischi non commerciali, quali l'espropriazione, la non convertibilità delle monete e la restrizioni in tema di trasferimenti finanziari, nonché guerre e conflitti civili.
- Il Centro internazionale per la risoluzione delle controversie in tema di investimenti (ICSID) costituito nel 1966 per favorire gli investimenti fornendo assistenza nella conciliazione e arbitrato delle dispute tra Stati e investitori esteri.

La Banca Internazionale per la Ricostruzione e lo Sviluppo (IBRD) è l'organizzazione principale del gruppo, costituita a Bretton Woods nel 1944. La Banca si configura come una società per azioni, dove le quote azionarie sottoscritte da ciascun paese non variano a seconda del peso economico del sottoscrittore. Di qui, il meccanismo di voto ponderato non improntato al principio dell'eguaglianza tra i membri.

Lo scopo principale della Banca Mondiale era in origine quello dell'assistenza alla ricostruzione e lo sviluppo dei paesi colpiti dal secondo conflitto mondiale, facilitando gli investimenti produttivi e la riconversione dell'industria bellica a fini pacifici, nonché la promozione dello sviluppo di risorse e stabilimenti produttivi nei paesi meno sviluppati.

L'*Associazione Internazionale per lo Sviluppo* (IDA) è stata costituita nel 1960 allo scopo di fornire prestiti a condizioni agevolate⁹⁵ agli Stati nati dalla decolonizzazione e senza i requisiti di affidabilità richiesti sia dal mercato dei capitali, sia dalla stessa Banca Mondiale. I propositi dell'IDA sono la promozione dello sviluppo economico e l'elevazione del tenore di vita nelle aree meno sviluppate. A tal fine l'IDA fornisce finanziamenti per specifici progetti nelle regioni meno avanzate dei paesi aderenti, a condizioni estremamente favorevoli (generalmente a tasso d'interesse zero, durata fino a cinquanta anni e periodo di grazia decennale).

⁹⁵ Si tratta di crediti a interessi zero, con periodi di grazia di 10 anni e durata compresa tra i 35 e i 40 anni.

Le politiche della Banca Mondiale per la salute

La Banca Mondiale sviluppa e aggiorna periodicamente – in media ogni tre anni – le proprie linee guida di settore, cui si attiene nel fornire assistenza tecnica e finanziaria ai Paesi. Per quanto concerne quelle relative alla sanità (più precisamente del settore Salute, Nutrizione e Popolazione) le più recenti risalgono al 2007.⁹⁶

Le priorità cui si fa riferimento sono le seguenti:

1. Migliorare il livello e la distribuzione dei principali risultati del settore Salute, Nutrizione e Popolazione e le prestazioni del sistema a livello nazionale e globale per migliorare le condizioni di vita, in particolare per i poveri e vulnerabili.
2. Prevenzione della povertà dovuta a malattia (migliorando la copertura finanziaria).
3. Migliorare la sostenibilità finanziaria nel settore Salute, Nutrizione e Popolazione e il suo contributo alla sana politica macroeconomica e fiscale e di competitività del Paese
4. Migliorare la governance, responsabilità e trasparenza nel settore della sanità

A parte l'ultimo punto piuttosto generico, i restanti tre seguono una linea comune che dice più o meno così: investire in sanità migliora le condizioni di vita, dei più vulnerabili in primis. Per ridurre il rischio di diventare poveri è importante dare alle persone un sistema di copertura finanziaria in grado di aiutare le persone una volta che si ammalano. Più in generale un corretto investimento nel settore della salute contribuisce alla stabilità macroeconomica complessiva dei singoli paesi.

⁹⁶World Bank, The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results, 2007

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/HNPStrategyFINALApril302007.pdf>

L'Organizzazione Mondiale del Commercio

L'atto istitutivo dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organisation - WTO*) è stato sottoscritto a Marrakech a conclusione dell'ultimo ciclo di negoziati multilaterali svolti nell'ambito del GATT (Uruguay Round 1986-1994). L'atto firmato a Marrakesch a conclusione dell'Uruguay Round contiene oltre all'Accordo istitutivo del WTO un'ampia serie di accordi allegati, ivi incluso lo stesso accordo GATT che rimane il testo di riferimento per i principi di base della disciplina degli scambi internazionali. Le disposizioni dei nuovi accordi multilaterali relativi al commercio, quali il TRIPS sui diritti di proprietà intellettuale e il GATS inerente i servizi – su quali ci soffermeremo più avanti – prevalgono sul GATT in caso di contrasto tra i principi. D'altra parte, non è ammessa l'adesione disgiunta dei Paesi ai singoli accordi; in base al principio del “*single undertaking*”, con l'adesione al WTO i Paesi membri si vincolano obbligatoriamente a tutti gli accordi firmati a Marrakesh, che dell'accordo istitutivo del WTO sono parte integrante.

Nei compiti del WTO non rientra la realizzazione di interventi e le sue funzioni si riassumono nel controllo sul rispetto della disciplina multilaterale sancita dagli accordi e nella promozione dello sviluppo e della liberalizzazione del commercio. In particolare sono compiti del WTO: amministrare gli accordi commerciali; fungere da foro per i negoziati commerciali; risolvere le controversie commerciali; analizzare le politiche commerciali nazionali; assistere i PVS in questioni inerenti le politiche commerciali, mediante assistenza tecnica e programmi di formazione; cooperare con altri organismi internazionali.

I principali accordi del WTO d'interesse sanitario sono gli accordi sulle Barriere Tecniche al Commercio (*Technical Barriers to Trade - TBT*), sulle Misure Sanitarie e Fitosanitarie (*Sanitary and Phytosanitary Measures - SPS*), sui Diritti di Proprietà Intellettuale di Carattere Commerciale (*Trade-Related Intellectual Property Rights TRIPS*) e l'Accordo Generale sui Servizi (*General Agreement on Trade in Services - GATS*).

Tutti gli accordi del WTO fanno riferimento a due principi fondamentali: il principio della “Nazione più favorita”⁹⁷ e quello del “Trattamento nazionale”⁹⁸, tra gli altri essi regolano anche l'applicazione degli accordi agli aspetti d'interesse sanitario.

In base al principio della “Nazione più favorita” ogni Paese membro è obbligato ad offrire ad ogni partner commerciale le stesse condizioni applicate al suo partner “più favorito”, sia per quanto concerne le importazioni sia per quanto concerne le esportazioni.

Il principio del “Trattamento nazionale” prevede invece che non vi possa essere alcuna discriminazione tra beni e servizi nazionali e stranieri. Tuttavia, fin dalle origini del GATT l'articolo XX di quell'accordo garantisce ai Paesi membri di adottare misure restrittive per importazioni o esportazioni che si reputino necessarie ai fini della protezione della salute umana, animale o delle

⁹⁷ Most Favoured Nation.

⁹⁸ National Treatment.

piante (articolo XX b). In ogni caso, però, queste misure non devono rappresentare « barriere commerciali non necessarie ». Come vedremo, anche in ambito TRIPS sono previste delle clausole che consentono particolari misure con finalità di sanità pubblica.

In base all'Accordo sulle Barriere Tecniche al Commercio (TBT) tutti i Paesi membri hanno il diritto di restringere il commercio per «obiettivi legittimi», quali la protezione della salute umana, la vita e la salute delle piante e degli animali, la protezione ambientale, la sicurezza nazionale e la prevenzione di pratiche ingannevoli. L'obiettivo dell'accordo TBT è, tuttavia, di evitare che tali restrizioni non costituiscano barriere al commercio "non necessarie". In pratica, le eventuali specifiche tecniche non possono essere più restrittive di quanto necessario per il raggiungimento del loro legittimo obiettivo. In tal senso, i Paesi membri sono invitati a fare riferimento a standard internazionali nell'individuazione di tali norme tecniche e delle procedure di verifica di conformità, rimanendo comunque liberi di fissare propri standard. In questo secondo caso, però, essi devono essere in grado di giustificare le proprie scelte di fronte ad un altro Paese membro che ne faccia richiesta.

L'Accordo sulle misure Sanitarie e Fito-sanitarie (SPS) è stato concepito per evitare che, vedendosi obbligati a ridurre tariffe e sussidi all'agricoltura, alcuni Paesi membri potessero ricorrere all'introduzione di barriere non tariffarie – quali misure Sanitarie o Fito-sanitarie – per proteggere la produzione agricola nazionale. L'accordo SPS contiene regole specifiche cui i Paesi devono attenersi nel caso vogliano restringere il commercio con obiettivi di sicurezza alimentare o di protezione da malattie trasmesse dalle piante o dagli animali (zoonosi). Anche in questo ai Paesi è riconosciuta la sovranità nel determinare i livelli di protezione sanitaria che ritengano più appropriati, purché le misure adottate non rappresentino delle restrizioni al commercio internazionale non necessarie, arbitrarie, non giustificabili scientificamente o altrimenti surrettizie. A tal fine, anche l'accordo SPS incoraggia i Paesi membri all'uso di standard, linee guida e raccomandazioni internazionali. Laddove le misure introdotte non trovino corrispondenza in simili riferimenti internazionali, il Paese membro è tenuto a produrre l'evidenza scientifica dell'effettiva esistenza di un rischio sanitario che giustifichi tali misure. D'altra parte, le conoscenze scientifiche disponibili possono non essere sempre sufficienti per una valutazione obiettiva del rischio per la salute umana, animale o delle piante. In tal caso l'accordo SPS ammette l'adozione di misure provvisorie basate sull'informazione disponibile in relazione allo specifico prodotto o processo; spetta però al Paese membro cercare ogni informazione aggiuntiva, impegnandosi a rivedere entro un tempo ragionevole la misura adottata. Una simile misura provvisoria può essere presa, ad esempio, come risposta d'emergenza ad un'epidemia che si sospetti essere legata alle importazioni.

Per quanto riguarda gli standard internazionali di riferimento l'accordo SPS riconosce esplicitamente quelli sviluppati dalla Commissione congiunta FAO/WHO per il *Codex Alimentarius*, dell'*Office International des Epizootie* (conosciuto anche come *World Animal Health Organisation*) e le organizzazioni che operano nell'ambito della Convenzione internazionale della FAO per la protezione delle piante (*International Plant Protection Convention* – IPPC).

L'Accordo sui diritti di proprietà intellettuale relativi al commercio (*Trade Related Intellectual Property Rights* – TRIPS) richiede ai Paesi membri l'introduzione di standard minimi per la protezione e l'applicazione dei diritti di proprietà intellettuale, quali brevetti, marchi e disegni

industriali, denominazione di origine dei prodotti. Secondo quanto indicato all'articolo 7 dell'accordo, l'obiettivo sarebbe quello di promuovere l'innovazione e la diffusione tecnologica, per il vantaggio reciproco di produttori e utilizzatori delle conoscenze tecnologiche secondo modalità che conducano al benessere sociale ed economico e all'equilibrio tra diritti e doveri⁹⁹. La rilevanza per la sanità riguarda soprattutto i brevetti – in particolare sui farmaci e le tecnologie biomediche – per i quali il TRIPS stabilisce un periodo di protezione di 20 anni dal momento della registrazione (articolo 33), con conseguenti limitazioni all'accesso a quei prodotti durante quel periodo (vedi avanti). L'accordo TRIPS, peraltro, prevede significative eccezioni come la possibilità di limitare i diritti esclusivi del proprietario del brevetto sulla base di considerazioni di sanità pubblica. In particolare l'articolo 8 riconosce il diritto dei Paesi membri del WTO di “adottare le misure necessarie a proteggere la salute pubblica e la nutrizione e di promuovere l'interesse pubblico in settori di vitale importanza per il loro sviluppo socio-economico e tecnologico, purché tali misure siano compatibili con le disposizioni di questo Accordo”. Tra le misure adottabili si annoverano il ricorso al conferimento di “licenze obbligatorie” e alla “importazione parallela”.

La “licenza obbligatoria” si configura quando un governo autorizza una terza parte alla produzione di un prodotto o all'uso di un processo produttivo brevettato senza il consenso del detentore del brevetto. Il termine corrente “licenza obbligatoria”, pur tuttavia, non appare nell'accordo TRIPS dove tale possibilità è indicata come altri usi senza l'autorizzazione del detentore dei diritti (art. 31). Questa definizione, più ampia, include oltre alla “licenza obbligatoria” l'uso dei governi per scopi autonomamente individuati. Benché l'accordo non delimiti le ragioni in base alle quali un governo possa ricorrere alla licenza obbligatoria o all'uso governativo di un brevetto senza l'autorizzazione del detentore del brevetto medesimo, esso stabilisce una serie di condizioni tese a proteggere i legittimi interessi del detentore del brevetto. Tra queste, il mancato tentativo di ottenere di una licenza su base volontaria a condizioni commerciali ragionevoli. Comunque, nel caso di «emergenze nazionali», «altre circostanze di estrema urgenza», uso pubblico non commerciale» o in risposta a pratiche non competitive, non è necessario cercare di ottenere preventivamente una licenza volontaria; in questi casi viene concessa una licenza obbligatoria. Dovrà essere comunque corrisposta al detentore del brevetto una remunerazione adeguata in considerazione del valore economico dell'autorizzazione (articolo 31 b). Vi sono altre condizioni cui deve comunque sottostare la procedura di “licenza obbligatoria”; essa non può assumere la forma di una licenza esclusiva e «sarà concessa prevalentemente per rifornire il mercato nazionale del Paese membro che ne autorizza l'uso» (articolo 31 f).

Per importazione parallela si intende l'importazione di un prodotto brevettato o coperto da marchio commerciale da un Paese dove esso è commercializzato dal detentore dei diritti o comunque con il suo consenso.

L'Accordo Generale sul Commercio nei Servizi (General Agreement on Trade in Services - GATS) mira a stabilire un quadro multilaterale di principi e regole per il commercio nei servizi in vista

⁹⁹ L'accordo integrale è consultabile sul sito <http://wto.org>

dell'espansione di questo settore in condizioni di trasparenza e progressiva liberalizzazione. Il GATS individua quattro possibili modalità di commercio nei servizi:

- fornitura transfrontaliera (*Cross-border supply*) (es. la fornitura di servizi diagnostici o terapeutici utilizzando la “tele-medicina”);
- consumo di servizi all'estero (*Consumption abroad*) (es. il ricorso a servizi sanitari in paesi diversi da quello di appartenenza);
- presenza commerciale (*Commercial presence*) (es. l'investimento estero in ospedali o altri servizi sanitari);
- presenza di persone fisiche (*Presence of natural persons*) (es. l'erogazione di servizi sanitari in un determinato paese realizzata da operatori di nazionalità estera).

Nel caso del GATS i Paesi che aderiscono al WTO hanno la facoltà di scegliere quali settori aprire al commercio e alla competizione straniera, nonché quali modalità di erogazione liberalizzare.¹⁰⁰ Merita di essere evidenziato che qualsiasi servizio erogato dal governo è escluso dal GATS. Tali servizi sono definiti in base al criterio indicato all'articolo I:3 dell'accordo: essi non devono avere carattere commerciale, né prevedere la competizione tra uno o più fornitori. Tra i servizi che ricadono in tale categoria vi sono chiaramente le prestazioni mediche offerte gratuitamente dalle strutture pubbliche. Ad esse non si applicano dunque le previsioni del GATS. Ad ogni buon conto, i Governi possono rivedere gli impegni sottoscritti (in relazione a settori e tipologie di servizi) a partire dal III anno successivo alla loro entrata in vigore. Tuttavia nel caso che le modifiche possano avere delle conseguenze a danno di un altro Paese, i partner commerciali del Paese che ha proposto la revisione degli impegni assunti possono richiedere a quello stesso Paese una compensazione attraverso l'assunzione di nuovi impegni equivalenti.

Anche il GATS prevede che i Paesi membri possano adottare ogni misura necessaria a proteggere la salute umana, animale o delle piante, indipendentemente dagli impegni sottoscritti (articolo XIV). Anche in questo caso le misure non devono introdurre discriminazioni arbitrarie ed ingiustificate tra Paesi e non devono costituire una restrizione surrettizia al commercio nei servizi.

¹⁰⁰ Al 2000 il 40 per cento dei Paesi membri del WTO (più di 50 Paesi) hanno sottoscritto impegni in relazione ai servizi sanitari. Per confronto si consideri che il 70 per cento hanno preso impegni per la liberalizzazione dei servizi finanziari e/o delle telecomunicazioni. Più di cento Paesi hanno sottoscritto impegni per la liberalizzazione di servizi finanziari che possono avere implicazioni i sistemi sanitari, nella misura in cui l'assicurazione sanitaria è stata inclusa in quel contesto.

Le Global Public Private Partnerships

La costituzione di alleanze e associazioni di diversa natura tra soggetti privati (profit e non profit) e i tradizionali attori bilaterali e multilaterali dello sviluppo rappresenta la più recente evoluzione del processo di trasformazione che ha investito la scena della cooperazione internazionale allo sviluppo nel corso degli anni '90, modificando ruoli ed equilibri preesistenti. Le Global Public Private Partnerships (GPPP) sono il punto di approdo di una progressiva e surrettizia traduzione dell'idea di *partnership* da concetto evocativo di valori universalmente apprezzati (impegno e partecipazione comuni nel raggiungimento di obiettivi di sviluppo ampiamente condivisi) in modello organizzativo che suscita qualche perplessità.

L'avvento delle GPPP deve però essere inquadrato in un più vasto contesto storico. Tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli '80 l'influenza delle ideologie neoliberali modifica progressivamente le relazioni tra il settore pubblico e quello privato, spingendo verso la liberalizzazione del mercato e la riduzione del ruolo regolatore dello Stato.

Per le Nazioni Unite la ricerca di collaborazione con la comunità del business trova motivo nel tentativo di riguadagnare rilevanza politica nel contesto globalizzato, rilanciando la propria missione grazie all'accoglienza di attori non governativi nei propri forum decisionali e organi d'indirizzo e al tempo stesso nella necessità di accedere a nuove fonti di finanziamento, a fronte della politica di "crescita reale zero del budget" imposta dai paesi donatori.

Nel quadro della riduzione delle risorse destinate all'aiuto pubblico allo sviluppo e di crescenti perplessità rispetto al ruolo e l'efficienza dell'ONU e delle sue agenzie, si è andata dunque intensificando la collaborazione tra le organizzazioni delle Nazioni Unite e l'impresa privata, divenendo un aspetto centrale della visione delle stesse Nazioni Unite in tema di governance globale. Il nuovo approccio ha trovato progressiva applicazione nei più diversi ambiti e si è esteso fino ad associare ogni tipo di soggetto pubblico (governi, organizzazioni multilaterali) e privato (imprese nazionali e transnazionali, organizzazioni non governative, fondazioni, università, etc.) nelle cosiddette Partnership Globali Pubblico Privato (Global Public-Private Partnerships – GPPP).

Tra gli esempi più citati di GPPP in sanità si trovano la *Global Alliance on Vaccines and Immunisations* (GAVI) e il più recente *Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and malaria* (GFATM)

Le GPPP in sanità o *partnership* sanitarie globali possono essere definite come un rapporto di collaborazione con le seguenti caratteristiche¹⁰¹:

¹⁰¹ Missoni E, Pacileo G, I partner iati globali pubblico – privato in Osservatorio Italiano Salute Globale, Salute globale e aiuto allo sviluppo – Diritti, Ideologie e Inganni, Ets, 2008

- volontario, ciascuna delle parti ha un proprio interesse a partecipare;
- paritario, ognuna delle parti mantiene la propria autonomia;
- partecipativo, prevede meccanismi di governo congiunto;
- globale, trascende i limiti nazionali/regionali, per soggetti partecipanti, obiettivo e operazioni;
- pubblico-privato, associa almeno tre soggetti, tra cui un'impresa (e/o associazione industriale) e un'organizzazione intergovernativa;
- con obiettivo sanitario

Le GPPP possono essere classificate in base al loro scopo prevalente in *partnership* per¹⁰²:

1. la ricerca e lo sviluppo di un prodotto (farmaci, vaccini, tecnologie, eccetera);
2. la promozione (*advocacy*) e la pubblica informazione;
3. la regolamentazione e la certificazione di qualità;
4. il coordinamento, l'assistenza tecnica e sostegno per l'accesso a beni e servizi specifici;
5. il finanziamento di specifici programmi.

La valutazione dell'impatto sul sistema dell'aiuto allo sviluppo e sui sistemi sanitari locali delle singole GPPP dipende molto dallo specifico scopo prevalente.

¹⁰² *ibidem*

L'evoluzione delle politiche globali in sanità¹⁰³

Nell'evoluzione delle politiche globali in sanità possiamo individuare almeno due passaggi decisivi. Il primo è dato dallo statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in cui la salute è riconosciuta come un "diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale". Il secondo momento fu quando facendo seguito all'obiettivo "Salute per tutti entro l'anno 2000", sancito dalla 30a Assemblea Mondiale della Salute nel 1977, l'anno successivo, ad Alma Ata, s'identificò la *Primary Health Care* (PHC), o assistenza sanitaria di base, come strategia per il raggiungimento dell'impegnativo traguardo.

La Dichiarazione di Alma Ata indicava l'assistenza sanitaria di base quale parte integrante del sistema sanitario di ciascun Paese, ma soprattutto dell'"intero sviluppo sociale ed economico" della collettività, in una visione basata sull'equità, la partecipazione comunitaria, l'attenzione centrata sulla prevenzione, la tecnologia appropriata e un approccio intersettoriale e integrato allo sviluppo¹⁰⁴.

L'attuazione della PHC avrebbe richiesto il ri-orientamento dei sistemi sanitari in quanto a politiche, strategie e allocazione delle risorse, scontrandosi con numerose barriere culturali e politiche. La necessità di privilegiare le aree rurali e quelle urbane maggiormente deprivate, la medicina di base, le risposte ai bisogni primari e alle patologie dei più poveri, si scontrava con le resistenze derivanti dall'organizzazione sociale e dalla distribuzione del potere in molti Paesi in via di sviluppo.

Di fronte alla complessità del mettere in atto le trasformazioni richieste, si sviluppò una corrente di pensiero, divenuta poi dominante, che tradusse quell'innovativa visione in un approccio riduttivo, denominato *Selective Primary Health Care*, consistente nell'applicazione selettiva di misure "dirette a prevenire o trattare le poche malattie responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia"¹⁰⁵.

Procedendo secondo una dinamica di vertice, opposta a quella dalla base che secondo la filosofia della PHC avrebbe visto le comunità locali al centro delle decisioni; questo tipo d'approccio è spesso indicato come verticale. La realizzazione di specifiche campagne, relativamente economiche e di grande visibilità, era anche funzionale a mascherare la mancanza di una vera volontà politica per la necessaria trasformazione del sistema sanitario. L'approccio orientato alla malattia, piuttosto che alla salute, rispondeva a modelli occidentali e in alcuni casi risultava più consona alle esigenze politiche o amministrative – per esempio, l'esistenza di specifici capitoli di spesa dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) – dei Paesi donatori e degli organismi internazionali. La riorganizzazione dei sistemi sanitari per programmi verticali (vaccinazioni, pianificazione familiare, controllo di singole malattie, eccetera) portò in molti Paesi alla disarticolazione dell'azione di salute pubblica, con moltiplicazione

¹⁰³ Questo paragrafo compendia e aggiorna il contributo "Missoni E, Pacileo G, A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità" apparso in Osservatorio Italiano Salute Globale, Salute globale e aiuto allo sviluppo – Diritti, Ideologie e Inganni, Ets, 2008

¹⁰⁴ WHO/UNICEF, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Health for All series n. 1, Geneva 1978

¹⁰⁵ J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 1979; 301: 967-74.

dei costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollegamento dall'azione di sviluppo realizzata in altri settori (pubblica istruzione, agricoltura, produzione, eccetera).

Qualche anno dopo, con il manifestarsi della crisi del debito, e dell'attacco radicale verso le politiche d'aiuto, prendono piede le ricette macroeconomiche e i Piani di Aggiustamento Strutturale (PAS) imposti dagli organismi finanziari internazionali (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) ai singoli Paesi come condizione per l'APS. I PAS avevano l'obiettivo strategico di consentire ai Paesi in via di sviluppo di rimborsare i debiti contratti con le banche commerciali e richiedevano la "riduzione dell'intervento diretto dello Stato attraverso una serie di azioni: riduzione radicale della spesa pubblica; liberalizzazione delle importazioni e rimozione delle restrizioni agli investimenti esteri; privatizzazione delle aziende statali e deregolamentazione finanziaria; svalutazione della moneta; taglio dei salari e indebolimento dei meccanismi di protezione del lavoro.

Nel contempo, la strategia di Alma Ata continuava a ispirare altre proposte. In linea con l'obiettivo della salute per tutti nell'anno 2000, l'accento sulla promozione intersettoriale della salute fu ripreso nella Carta di Ottawa, stilata a conclusione della Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute nel 1986, che introducendo l'idea di politiche pubbliche salutari indicava la salute come obiettivo di tutti gli interventi pubblici¹⁰⁶.

Non andavano nella stessa direzione le proposte della Banca Mondiale che nel 1993, con la pubblicazione del suo rapporto annuale dal titolo *Investing in health*, si affermava sullo scenario internazionale come il nuovo protagonista in sanità. Il rapporto riproponeva un aggiornamento dell'approccio selettivo promuovendo l'introduzione di un pacchetto minimo essenziale su cui focalizzare l'azione di salute pubblica diretta ai poveri, promuovendo la riforma dei sistemi sanitari principalmente nel senso di una loro progressiva privatizzazione, con trasferimento dei costi del sistema sanitario all'utenza: *user fees*, cioè pagamento a prestazione, finanziamento comunitario e assicurazioni sanitarie¹⁰⁷.

Divenuto di gran lunga il più grande finanziatore internazionale di attività sanitarie in Paesi a basso e medio reddito, a metà degli anni novanta, grazie al volume dei suoi finanziamenti e alle condizioni a essi legate, la Banca Mondiale ha progressivamente alterato le priorità settoriali e le relazioni tra donatori e beneficiari sia a livello globale che nazionale, come anche dimostrato dalle linee guida del settore salute-nutrizione-popolazione della Banca Mondiale.

Durante gli anni novanta si assistette a un ampio dibattito internazionale per la ridefinizione dell'agenda mondiale dello sviluppo economico e sociale, iniziando a focalizzare l'attenzione sulla lotta alla povertà che porterà nel 2000 alla *Millennium Declaration* in cui la salute gioca un ruolo di primo piano. Tre degli otto Obiettivi del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG) sanciti con la dichiarazione conclusiva del summit sono correlati alla salute; non si tratta tuttavia di nuovi obiettivi, ma dell'aggiornamento del traguardo temporale al 2015 di obiettivi stabiliti nel 1990 e in buona parte mancati.

¹⁰⁶ WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

¹⁰⁷ World Bank, *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford University Press, Oxford 1993

A partire dal 1999 anche la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale iniziano a fare riferimento alla riduzione della povertà, legando l'accesso ai crediti agevolati e alle operazioni di riduzione del debito alla presentazione di *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP), piani strategici nazionali di riduzione della povertà che prevedono il coinvolgimento di diversi attori locali pubblici e privati.

Nel 2001, con il rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* l'OMS rafforzò la tesi del vantaggio economico degli investimenti in sanità di base, quantificando il fabbisogno in aiuti esterni per i Paesi in via di sviluppo in almeno 22 miliardi di dollari l'anno; da aggiungere ai circa 6 miliardi allora erogati.

A questa tendenza si affianca la riemergente affermazione della salute come diritto umano fondamentale, cui ha dato impulso il dibattito promosso dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, lanciata dall'OMS nel marzo 2005 con l'obiettivo, come già anticipato, di dimostrare la rilevanza per la salute di interventi e politiche che migliorano le condizioni sociali in cui la gente vive e lavora.

Infine, nell'assumere le funzioni all'inizio del 2007, l'attuale Direttore Generale dell'OMS, la cinese Margaret Chan ha posto nuovamente l'accento sulla PHC come strategia per il rafforzamento dei sistemi sanitari, seppure situandola in un contesto ormai globalizzato con nuove sfide da affrontare: l'urbanizzazione, l'invecchiamento della popolazione, la contaminazione ambientale, il modificarsi degli stili di vita e le conseguenze sulla salute, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, l'obesità, l'emergenza di nuove malattie infettive e il riemergere in forme antibiotico-resistenti di quelle già note, le migrazioni, la globalizzazione del mercato del lavoro e la sottrazione di personale sanitario dai Paesi in cui maggiori sono i bisogni, l'accresciuta distanza tra Nord e Sud, tra aree urbane e rurali, tra ricchi e poveri. "Si sono formate potenti *partnership*. Il numero di agenzie esecutive che lavorano in sanità è di gran lunga maggiore che in qualsiasi altro settore. Il numero di meccanismi di finanziamento continua a crescere, come il volume delle risorse che gestiscono. La salute non ha mai ricevuto tanta attenzione, né tante risorse, ma", annota la Chan, "alla forza di quegli interventi non corrisponde la capacità dei sistemi sanitari per fornire servizi a quanti ne hanno maggiormente bisogno". Così si deve constatare che "di tutti gli MDG, quelli relativi alla salute sono quelli che hanno meno probabilità di essere raggiunti"; d'altra parte la condizione per il successo è, ancora secondo la Chan, il ritorno ai valori, ai principi e all'approccio della PHC. Quest'ultima sarebbe il miglior cammino per assicurare l'accesso universale, il miglior modo per assicurare la sostenibilità dei miglioramenti in salute, e la migliore garanzia per l'equità dell'accesso¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Chan M. Keynote address at the International Seminar on Primary Health Care in Rural China, Beijing, 1 November 2007

Analisi dell'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità

Gli aiuti per la salute sono aumentati considerevolmente negli ultimi anni, dopo la stagnazione negli anni '80 e '90. Nel 2007, l'aiuto attraverso il canale bilaterale per la sanità, da parte dei paesi DAC¹⁰⁹, ammontava a 10,9 miliardi di dollari e quello delle agenzie multilaterali a 4,7 miliardi di dollari. La crescita media annua nel periodo 1980-2007 è stata del 10%, più accentuata negli ultimi anni (17% all'anno dal 2000 al 2007)¹¹⁰.

L'aumento è dovuto sostanzialmente a pochi donatori: gli Stati Uniti, il Regno Unito e le istituzioni dell'UE, seguiti da Giappone, Canada e Germania.

Per quanto riguarda le agenzie multilaterali, l'aumento degli aiuti per la salute nel periodo 2002-2007 è in gran parte dovuto alla creazione del Fondo mondiale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria (Global Fund), che ha impegnato 8,3 miliardi di dollari (totale cumulativo) nel corso dello stesso periodo¹¹¹.

La ripartizione settoriale è cambiata nel tempo in favore della salute riproduttiva, in particolare del controllo del HIV / AIDS che è stata una crescente priorità: nel biennio 2005-2006 la quota di aiuti per HIV / AIDS è aumentata sino al 39% degli aiuti per la salute¹¹².

Nella tabella 3 vengono riportati gli impegni e gli esborsi dei principali attori bilaterali e multilaterali. È da rimarcare il peso di USA e UK (34% e 12% sul totale dei donatori) sul versante bilaterale e di Global Fund (GFATM) e World Bank (IDA) su quello multilaterale (rispettivamente 11% e 7%)¹¹³.

L'Aiuto allo sviluppo per la salute è cambiato significativamente negli ultimi anni, con l'emergere e il ruolo crescente di nuovi attori come fondi globali e programmi come il GAVI e il GFATM, la Global Workforce Health Alliance, la Fondazione Gates, per esempio. Il settore ha anche beneficiato di nuove fonti di finanziamento anche attraverso meccanismi innovativi di finanziamento e di partenariati pubblico-privato. Questi cambiamenti hanno portato nuove risorse ma anche

¹⁰⁹ L'OCSE Development Assistance Committee (DAC) raggruppa i principali donatori del mondo, definendo e monitorando gli standard globali nei settori chiave dello sviluppo

¹¹⁰ OECD, Measuring aid to health, 2009 www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf

¹¹¹ ibidem

¹¹² ibidem

¹¹³ ibidem

evidenti esigenze a livello globale in termini di coordinamento tra donatori, divisione del lavoro e complementarità tra tutti gli attori¹¹⁴.

Il finanziamento per la salute è quindi in crescita, ma comunque insufficiente, come evidenziato, ad esempio, dalla differenza tra le risorse necessarie al raggiungimento dei tre MDG sanitari e le risorse stanziare. In aggiunta, Paesi con livelli comparabili di povertà e salute devono ricevere livelli molto differenti di aiuto. Ci sono disparità, ad esempio, tra paesi. Ad esempio lo Zambia riceve 20 dollari a persona per la salute, il Ciad appena 1,59¹¹⁵.

Un ultimo dato cui fare attenzione è la spesa procapite sanitaria e quanto di questa venga coperta dall'aiuto pubblico allo sviluppo. In Zambia la spesa procapite sanitaria è pari a 29 dollari all'anno di cui 20 ad oggi sarebbe dato dai donatori (Tab. 4). È evidente quanto elevato sia il rischio legato ad un disimpegno e di conseguenza il livello di sostenibilità sinora raggiunto.

¹¹⁴ OECD, Monitoring the implementation of the paris declaration and accra agenda for action in sectors/areas: update, 2009 www.oecd.org/dataoecd/15/9/46416093.pdf

¹¹⁵ WHO, Effective aid and better health, Geneve, 2008

http://www.who.int/entity/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf

	Commitments, USD million		Disbursements, USD million		% of Donor Total	% All donors
	2004-2005	2006-2007	2004-2005	2006-2007	2006-2007	2006-2007
Australia	119	170	142	195	12	1
Austria	31	28	9	15	9	0
Belgium	131	165	102	139	18	1
Canada	351	456	304	322	25	3
Denmark	146	144	80	78	18	1
Finland	32	48	..	44	13	0
France	322	253	319	203	5	2
Germany	244	453	259	313	8	3
Greece	30	35	30	35	21	0
Ireland	119	177	119	176	40	1
Italy	70	108	67	111	17	1
Japan	363	310	239	372	4	2
Luxembourg	41	51	41	51	36	0
Netherlands	289	512	257	291	15	3
New Zealand	17	25	15	17	14	0
Norway	200	392	200	239	23	3
Portugal	12	11	12	11	5	0
Spain	148	222	157	200	11	2
Sweden	253	256	198	283	17	2
Switzerland	52	53	48	45	7	0
United Kingdom	1028	1794	644	1042	40	12
United States	3247	4957	2761	3948	28	34
Total DAC countries	7245	10620	6004	8130	18	72
AfDF	181	75	n.a.	n.a.	5	1
AsDF	79	26	n.a.	n.a.	2	0
EU Institutions	628	601	117	543	7	4
Global Fund	998	1609	430	1140	100	11
IDA	939	969	n.a.	n.a.	12	7
IDB Special Fund	38	5	n.a.	n.a.	1	0
UNAIDS	145	164	155	165	87	1
UNFPA	362	409	362	409	100	3
UNICEF	179	128	164	153	21	1
UNRWA	60	65	60	65	19	0
Total Multilateral	3609	4050	1288	2474	17	28
Total	10855	14669	7292	10604	18	100

Tabella 3, APS 2004-2007 suddiviso per attori (impegni ed esborsi). Fonte: OCSE, 2009

Recipient LDCs	Average Population 2002-2006	GNI per capita current US\$ (WB-05)	Under five mortality 2004	Life Expectancy at birth 2004	Average Per Capita total expenditure on health 2001-2005	Health ODA per capita 2002-2006	MDG 6 % of Health & Population Aid	HIV Prevalence (15-49) Est 2005	MDG 5 % of Health & Population Aid	Technical Cooperation % of Health & Population Aid
	population (000s)	US\$	per 1000 live births	years	US\$	US\$	%	%	%	%
Zambia	11,277	400	182	40	27.4	20.0	58.5%	17.0	0.6%	36.2%
Timor-Leste	1,009	N/A	N/A	N/A	36.2	14.9	18.9%	N/A	0.8%	20.4%
Malawi	12,905	160	175	41	16.6	13.4	49.9%	14.1	1.5%	22.4%
Lesotho	1,965	730	82	41	34	12.7	72.1%	23.2	0.7%	19.3%
Rwanda	9,085	210	203	46	12.8	10.8	73.9%	3.1	2.1%	53.8%
Haiti	9,151	450	117	55	23.6	10.1	63.1%	3.8	15.2%	57.3%
Mozambique	20,065	270	152	45	11.8	9.9	47.0%	16.1	4.5%	34.9%
Cambodia	13,724	350	141	54	22.6	7.7	54.9%	1.6	5.4%	44.0%
Uganda	28,059	250	138	49	19	7.6	69.0%	6.7	1.3%	47.1%
Senegal	11,477	630	137	55	30.4	7.4	28.9%	0.9	1.5%	45.7%
United Republic of Tanzania	37,522	320	126	48	12.8	7.2	57.1%	6.5	5.5%	32.2%
Benin	8,228	450	152	53	21.4	6.6	46.4%	1.8	2.9%	27.1%
Afghanistan	24,112	234	257	42	12.6	6.4	7.3%	0.1	1.9%	46.1%
Sierra Leone	5,361	210	283	39	7.2	5.6	40.9%	1.6	1.3%	8.1%
Mali	11,276	330	219	46	23.6	5.5	39.8%	1.7	6.4%	33.9%
Guinea-Bissau	1,550	160	203	47	10.8	5.1	34.4%	3.8	5.2%	24.6%
Gambia	1,570	280	122	57	13	5.0	79.2%	2.4	1.9%	3.1%
Eritrea	4,349	190	82	60	11	4.9	45.1%	2.4	26.3%	18.6%
Lao People's Democratic Republic	5,577	390	83	59	N/A	4.8	29.0%	0.1	3.2%	25.7%
Burkina Faso	13,509	350	192	48	18.4	4.7	46.3%	2.0	7.0%	19.5%
Mauritania	2,882	530	125	58	13.2	4.5	60.0%	0.7	8.1%	9.2%
Burundi	7,588	90	190	45	3	4.4	67.6%	3.3	9.0%	18.9%
Liberia	3,382	120	235	42	6.4	4.1	55.8%	3.5	3.8%	33.5%
Central African Republic	4,127	310	193	41	11.2	3.9	65.4%	10.7	2.0%	9.6%
Angola	15,641	930	260	40	25.2	3.8	54.1%	3.7	2.5%	29.6%
Guinea	8,840	410	155	53	23.2	3.5	52.0%	1.5	9.5%	35.1%
Niger	12,823	210	259	41	8	3.4	44.1%	1.1	3.4%	23.1%
Democratic Republic of the Congo	57,003	110	205	44	4.2	3.2	39.1%	3.2	0.5%	31.1%
Nepal	26,560	250	76	61	13.6	3.0	25.0%	0.5	19.8%	41.3%
Ethiopia	77,036	110	166	50	5.6	2.9	68.3%	2.2	5.8%	35.8%
Madagascar	18,143	290	123	57	9.6	2.8	41.9%	0.5	3.6%	30.2%
Togo	6,074	310	140	54	14.8	2.4	65.0%	3.2	2.2%	10.8%
Somalia	7,962	N/A	N/A	N/A	8	2.1	64.4%	N/A	2.5%	20.8%
Yemen	20,496	550	111	59	31.4	1.9	17.8%	0.1	35.2%	22.8%
Sudan	36,188	530	91	58	20	1.7	60.1%	1.6	1.2%	43.2%
Bangladesh	150,497	440	77	62	11.8	1.7	9.9%	0.1	18.4%	34.2%
Chad	9,802	250	200	46	16	1.6	39.7%	3.5	4.6%	36.9%
Myanmar	47,570	N/A	N/A	N/A	3.8	0.6	53.6%	N/A	3.6%	24.6%

Tabella 4, APS in sanità suddiviso per paesi. Fonte: OCSE, 2009

CAPITOLO 4 IL CONTRIBUTO DELLE TEORIE DI GIUSTIZIA ALLA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE IN SALUTE

Equità in salute

Abbiamo già visto nel primo capitolo le enormi differenze in termini di aspettativa di vita tra paesi ricchi e paesi poveri. È stato sottolineato come la salute sia il risultato di fattori modificabili (ad esempio lo stile di vita) e fattori non modificabili, legati ad esempio al proprio corredo genetico. Per questa ragione le differenze di salute in sé non sono automaticamente ingiustizie, la domanda è: quando lo diventano?

In uno studio che viene spesso citato di Margaret Whitehead del 1992 le diseguaglianze in salute vengono definite come differenze in termini di salute che sono non necessarie, evitabili e ingiuste¹¹⁶. Le differenze che abbiamo registrato tra paesi ricchi e poveri sono dovute in larga parte a condizioni evitabili e di conseguenza sono classificabili come diseguaglianze. Con morti evitabili ci si riferisce a quelle morti che potrebbero essere evitate in quanto prevenibili o curabili. Nella tabella seguente vengono riportate le prime dieci cause di morti evitabili.

World	Deaths in millions	% of deaths
Coronary heart disease	7.20	12.2
Stroke and other cerebrovascular diseases	5.71	9.7
Lower respiratory infections	4.18	7.1
Chronic obstructive pulmonary disease	3.02	5.1
Diarrhoeal diseases	2.16	3.7
HIV/AIDS	2.04	3.5
Tuberculosis	1.46	2.5
Trachea, bronchus, lung cancers	1.32	2.3
Road traffic accidents	1.27	2.2
Prematurity and low birth weight	1.18	2.0

Tabella 5, le dieci prime cause di morti evitabili nel 2004 (fonte: WHO)

Nei paesi ad alto reddito oltre i due terzi di tutte le persone vivono oltre i 70 anni e prevalentemente muoiono di malattie croniche. Nei paesi a basso reddito, meno di un quarto di tutti gli uomini raggiungono l'età di 70 anni, e più di un terzo di tutti i morti sono tra i bambini sotto i 14 anni. Le

¹¹⁶ P Braveman, S Gruskin, Defining health equity *J Epidemiol Community Health* 2003;57:254–258

persone prevalentemente muoiono a causa di malattie infettive. Più di 10 milioni di decessi nel 2004 sono stati tra i bambini sotto i cinque anni di età, e il 99% di loro erano in paesi a basso e medio reddito¹¹⁷.

Le disuguaglianze non sono evidenti però solo tra paesi ma anche all'interno dei paesi. Le principali cause possono essere legate al reddito, alla razza, al livello di istruzione e al sesso. La maggior parte dei paesi con aspettativa di vita relativamente bassa alla nascita hanno anche una maggiore disuguaglianza femminile. Le più alte disuguaglianze, per le donne, si ritrovano soprattutto nei paesi a basso reddito dell'estremo Oriente o africani, come Nepal (1,087) e Botswana (1,085)¹¹⁸. Le morti evitabili di persone sono strettamente legate al modo in cui una società si organizza.

L'esempio più lampante viene dall'AIDS, specialmente in Africa¹¹⁹. Già nel 1998 uno studio condotto in Kenia a Kisumu ha mostrato che la prevalenza di HIV fra le giovani donne è stata del 23%, mentre tra i giovani uomini della stessa età è stato del 3,5%. Ciò è probabilmente dovuto soprattutto al fatto che le norme sociali prevedono il matrimonio in età precoce per le donne e che i loro partner sessuali sono spesso significativamente più vecchi delle donne stesse¹²⁰. Come sottolineato da Sen la più elevata mortalità e morbilità delle donne in alcuni paesi riflette una grave disuguaglianza di ottenimenti e mostrano un incredibile sovvertimento rispetto alla direzione che dovrebbe essere dettata dal potenziale biologico¹²¹. In molti paesi, infatti, le donne risultano discriminate o non sufficientemente tutelate dai sistemi sanitari, come ad esempio i dati della mortalità materna nei paesi poveri testimoniano.

Questo dato consente a Sen di sottolineare come l'equità in salute sia un concetto multidimensionale che comprende vari aspetti legati alla società tra cui anche la distribuzione delle cure sanitarie e l'equità dei processi che comporta la non discriminazione nella erogazione dell'assistenza sanitaria¹²². Daniels enfatizza il ruolo del diritto alle cure giustificandolo come requisito derivante dalla regola della eguaglianza di opportunità che prevede che le possibilità di accesso ai benefici sociali siano aperte a tutti al di là di eventuali svantaggi (come le malattie)¹²³. Del tema del diritto alle cure tratteremo diffusamente nel prossimo paragrafo.

¹¹⁷ http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf

¹¹⁸ Ki Tang K, Petrie D, Prasada Rao DS, Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY), Bulletin of the World Health Organization 2007, 85: 649-732

¹¹⁹ Marmot M, HEALTH IN AN UNEQUAL WORLD, THE HARVEIAN ORATION. Delivered before the Fellows of The Royal College of Physicians of London on Wednesday 18 October 2006

¹²⁰ http://www.who.int/gender/documents/en/HIV_AIDS.pdf

¹²¹ Sen A., La disuguaglianza – un riesame critico, Il Mulino, 2000

¹²² Sen A., Why health equity, Health Econ. 2002, 11: 659–666

¹²³ Mordacci R., Una introduzione alle teorie morali, Feltrinelli, 2003

Diritto di accesso ai servizi sanitari e diritto alla salute

Il contributo delle teorie di giustizia al dibattito sul tema del diritto alla salute, o quantomeno di accesso ai servizi sanitari, si polarizza in primo luogo tra chi sostiene questo diritto e chi ne nega la legittimità come per tutti i cosiddetti diritti sociali o secondari. Mentre i diritti di libertà (o primari) nascono contro lo strapotere dello stato, i diritti sociali richiedono per la loro pratica attuazione l'accrescimento dei poteri dello stato¹²⁴.

A questo si oppongono coloro i quali, come Nozick, ritengono che solo uno "Stato minimo"¹²⁵ sia in grado di tutelare le libertà individuali, tra cui il diritto alla proprietà. Poiché qualsiasi intervento statale a favore del diritto alla salute sarebbe lesivo del diritto alla proprietà, tale tipo di tutela viene giudicata illegittima e illiberale.

Nei fatti però, se ci si concentra solo sui sistemi sanitari, in nessun paese del mondo esiste un sistema sanitario in cui l'intervento pubblico sia pari a zero. Anche in Burundi, il paese con la più bassa spesa sanitaria procapite al mondo, la spesa pubblica è maggiore di zero (0,70\$ procapite)¹²⁶. Negli stessi Stati Uniti, in cui è molto forte la tradizione liberale, la componente pubblica della spesa sanitaria totale si aggira attorno al 45%.

Inoltre il diritto alla salute è riconosciuto sia da alcune nazioni (tra cui l'Italia) sia a livello internazionale¹²⁷. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad esempio, nella sua Costituzione¹²⁸, riconosce alla salute la caratteristica di «diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale».

Nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, inoltre, all'art. 25, si legge: «ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari». Nel medesimo articolo, e anche prima all'art. 22, è riconosciuto il diritto di ogni individuo alla sicurezza sociale e alla realizzazione «dei diritti economici sociali e culturali indispensabili alla dignità ed al libero sviluppo della sua personalità» da perseguire «attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato».

¹²⁴ Bobbio N., *L'età dei diritti*, Einaudi, 1990

¹²⁵ Nozick R., *Anarchia, stato, utopia*, Il Saggiatore, 2008

¹²⁶ La spesa sanitaria procapite totale in Burundi è pari a 2,90\$, la componente pubblica è quindi poco meno del 25%.

¹²⁷ Missoni E., "Il diritto alla salute" in *Diritti Umani. Cultura dei diritti e dignità della persona nell'epoca della globalizzazione*, Utet, 2007

¹²⁸ La Costituzione della WHO è stata sottoscritta il 22 luglio del 1946 dai rappresentanti di 61 Paesi, ed è entrata in vigore il 7 aprile del 1948.

Il diritto alla salute, e alle condizioni indispensabili alla sua realizzazione, è richiamato in diverse Convenzioni internazionali che, avendo carattere cogente per gli Stati che le abbiano ratificate, hanno creato le premesse affinché esso debba essere garantito in quei paesi.

Ricordiamo in particolare:

- la Convenzione internazionale sui diritti Economici, Sociali e Culturali (del 1966, entrata in vigore il 3 gennaio 1976);
- la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione delle donne (del 1979, entrata in vigore il 3 settembre 1981);
- la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (del 1965, entrata in vigore il 4 gennaio 1969);
- la Convenzione per i diritti del fanciullo (del 1990, entrata in vigore il 2 settembre 1990)¹²⁹.

Nonostante l'ampio riconoscimento nazionale e internazionale del diritto alla salute, rimane in alcuni l'idea che sia più semplice giustificare il diritto ai servizi sanitari piuttosto che il diritto alla salute, in quanto più limitato sia nello scopo che nell'impegno finanziario¹³⁰. È il caso di Daniels che ha affrontato in modo sistematico i problemi che entrano in gioco quando ci si occupa della distribuzione delle risorse in sanità¹³¹. Daniels, ma anche altri autori Beauchamp e Childress, propendono per il diritto a un minimo di cure sanitarie sulla base di due considerazioni¹³²:

- l'assistenza sanitaria rappresenterebbe un aspetto della tutela collettiva verso eventuali minacce esterne (guerre, calamità naturali etc)
- la possibilità di accesso ai benefici sociali sia aperta a tutte le persone, in modo da garantire condizioni di equa opportunità.

In questa prospettiva il sistema lavorerebbe su due livelli: uno base, in risposta ai bisogni essenziali e urgenti a copertura pubblica, un'altro invece, a copertura privata e su base volontaria, per tutte le altre prestazioni. Si tratta di una posizione che risente fortemente del dibattito interno agli Stati Uniti che

¹²⁹ Missoni E., "Il diritto alla salute" op cit

¹³⁰ Lecaldano E., Bioetica, le scelte morali op. cit.

¹³¹ ibidem

¹³² Mordacci R., Una introduzione alle teorie morali, op cit

come è noto riguarda in primo luogo la mancanza di copertura sanitaria per un considerevole numero di abitanti, ma che vede un'ampia parte della popolazione contraria all'intervento pubblico. Negli Stati Uniti le persone più a rischio sono coloro i quali con il lavoro perdono anche la copertura assicurativa. Per le persone con un reddito al di sotto di un dato livello e le persone anziane esistono due programmi di assistenza sanitaria gestiti dallo stato federale.

Se però si adotta l'ottica di un intervento in grado di limitare le diseguaglianze in salute, un approccio limitato, come quello proposto da Daniels, rischia di risultare insufficiente. Come sottolineato da Sen, il ruolo dei sistemi sanitari nel ridurre le discriminazioni, come nel caso della razza e del sesso è importante, ma il raggiungimento di buone condizioni di salute dipende anche da altri fattori che devono essere integrati con i più ampi temi di giustizia sociale e equità.

D'altronde come riportato da Cust sono numerosi gli studi che hanno sottolineato come, da un punto di vista storico, il miglioramento dello stato nutrizionale, l'istituzione di controlli sanitari e la diffusione della istruzione nei paesi industrializzati siano stati chiaramente più significativi per migliorare la salute delle popolazioni (in particolare la riduzione della mortalità) dell'aumento dell'offerta di assistenza sanitaria¹³³.

Nussbaum nel suo elenco di capacità centrali, come abbiamo visto precedentemente, inserisce la salute fisica che viene collegata anche alla salute riproduttiva, allo stato nutrizionale e alle condizioni abitative¹³⁴. Da un punto di vista dei diritti umani, Nussbaum compie un passo ulteriore. Dal suo punto di vista l'approccio delle capacità (tra cui abbiamo visto rientra anche la salute) è un tipo di approccio dei diritti umani, dove la separazione tra diritti di prima generazione (politici e civili) e quelli di seconda (economici e sociali) viene nettamente rifiutata. Secondo Nussbaum tutti i diritti hanno un aspetto economico e speciale. Ad esempio non si può difendere adeguatamente la libertà di espressione senza un sistema di istruzione funzionante¹³⁵. Il fondamento di questo tipo di approccio delle capacità è che solo attraverso di esse si è in grado di tutelare la dignità umana, che nella visione di Nussbaum è un bene allo stesso tempo fondamentale e universale.

Il collegamento del diritto alla salute ai diritti umani assume dunque un'importanza strategica. I diritti umani sono interdipendenti, indivisibili e interdependenti. Questo significa che violare il diritto alla salute spesso può compromettere il godimento di altri diritti umani, come il diritto all'istruzione o al lavoro, e viceversa¹³⁶.

L'importanza data ai "determinanti di salute", mostra che il diritto alla salute dipende da altri diritti, ma allo stesso tempo, contribuisce alla realizzazione di molti altri diritti: al cibo, all'acqua, ad un adeguato standard di vita, a un alloggio adeguato, alla libertà dalla discriminazione, alla privacy, all'accesso alle informazioni, alla partecipazione, e al diritto di beneficiare del progresso scientifico e delle sue applicazioni. Nella visione della WHO, un approccio come questo basato sui diritti si fonda

¹³³ Cust KF., Justice and rights to health care. Reason Pap. 1993 Fall;18:153-68

¹³⁴ Nussbaum M., Le nuove frontiere della giustizia, op. cit.

¹³⁵ ibidem

¹³⁶ UNHCR/WHO, The right to health, fact sheet n. 31, 2008 www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

sulla tutela della dignità umana, sul rafforzamento dell'autonomia delle persone e su una serie di obblighi da parte degli stati¹³⁷.

La salute come fattore di sviluppo

A partire dalla fine degli anni ottanta, si è andata accumulando una serie di evidenze relative alla difficoltà di dimostrare che l'ampliamento degli spazi per le forze del mercato portasse di per sé alla diffusione dei benefici economici e alla fine della povertà. Da questa osservazione si è andato sviluppando il cosiddetto approccio dello sviluppo umano che pone al centro dello sviluppo la ricchezza delle vite umane e non delle economie in cui le persone si trovano a vivere, che rappresentano solo una parte del problema¹³⁸.

Il lavoro di Amartya Sen e di altri ha fornito le basi concettuali per l'approccio dello sviluppo umano definito come un processo di ampliamento delle possibilità di scelta per le persone e di miglioramento delle capacità umane (intese come l'insieme delle cose che le gente può essere e fare) e delle libertà, consentendo loro: di vivere una vita lunga e sana, avere accesso alla conoscenza e a uno standard di vita dignitoso, e di partecipare alla vita della loro comunità e alle decisioni che riguardano la loro vita¹³⁹.

A partire dal 1990, UNDP, il programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo umano, pubblica il proprio rapporto annuale sullo sviluppo umano che ha come elemento fondamentale l'elaborazione dell'indice di sviluppo umano con lo scopo di offrire i risultati medi dei vari paesi un paese in termini di sviluppo umano raggiunto.

Come riportato nell'immagine seguente, l'indice è composto da tre componenti: salute, istruzione e standard di vita. Ai fini del calcolo dell'indice la speranza di vita alla nascita è calcolata utilizzando un valore minimo di 20 anni e uno massimo di 83,2 anni. Questi sono il valore massimo osservato degli indicatori da parte dei paesi in serie storica, 1980-2010. Pertanto, la componente salute per un paese dove l'aspettativa di vita di vita è di 55 anni sarebbe 0,554.

La componente istruzione dell'indice è misurata in base agli anni di istruzione per gli adulti di 25 anni e gli anni attesi di scolarizzazione per i bambini in età scolare. Infine, per la componente ricchezza, lo standard decente di vita è misurato dal RNL (Reddito Nazionale Lordo) pro capite al posto del PIL pro capite¹⁴⁰.

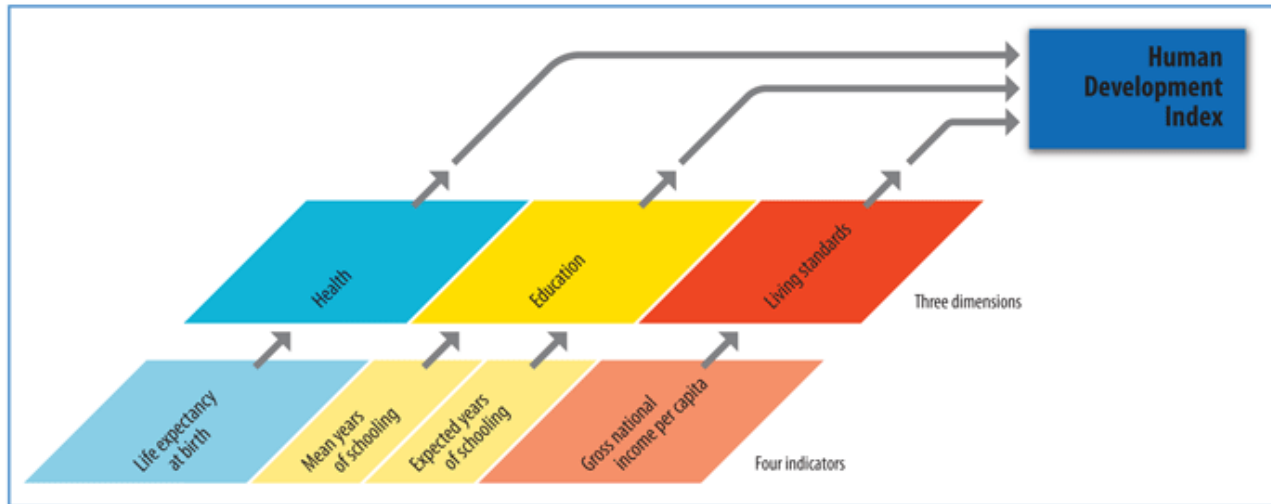
¹³⁷ ibidem

¹³⁸ <http://hdr.undp.org/en/humandev/origins/> (ultimo accesso 18/02/2011)

¹³⁹ ibidem

¹⁴⁰ <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/> (ultimo accesso 20/02/2011)

The HDI—three dimensions and four indicators



Note: The indicators presented in this figure follow the new methodology, as defined in box 1.2.

Source: HDRO.

Figura 10, Composizione dell'Indice di Sviluppo Umano

L'insieme di questi tre ambiti produce un indice di sintesi compreso tra zero e uno. Nella tabella sottostante sono riportati i dati aggregati per area relativamente al periodo 1980-2010. In tutto il mondo in media l'indice è cresciuto di circa l'1 per cento all'anno, con incrementi in media più alti nei paesi a medio sviluppo umano e in quelli dell'Estremo Oriente. Ci sono anche due rari casi di peggioramento dell'indice. Si tratta della Repubblica Democratica del Congo e dello Zimbabwe, rispettivamente penultimo e ultimo paese della classifica, colpiti nel periodo preso in considerazione, da una lunga e grave crisi politica, economica e sociale.

Speculare all'idea dello sviluppo come realtà multidimensionale è l'idea che anche la povertà sia un fenomeno multidimensionale non legato solo al basso reddito. Non si è poveri solo perché il proprio reddito giornaliero è inferiore a uno o due dollari, ma anche perché non si può andare a scuola o perché non ci si può curare. A tale riguardo nell'ultimo rapporto UNDP è stato proposto un nuovo indice: the Multidimensional Poverty Index, che sostituisce l'Human Poverty Index e riflette le deprivazioni attraverso le stessi tre dimensioni dell'indice di sviluppo umano, mostrando il numero di persone povere e il numero di privazioni con cui le famiglie povere in genere devono confrontarsi¹⁴¹. Circa 1,75 miliardi di persone nei 104 paesi coperti da questo indice, un terzo della loro popolazione, vivono in condizioni di povertà multidimensionale cioè con almeno il 30 per cento degli indicatori che riflettono privazione acuta in sanità, istruzione e tenore di vita. Questo valore supera i circa 1.440 milioni di persone che in quei paesi vivono con 1,25 dollari al giorno o meno¹⁴².

¹⁴¹ <http://hdr.undp.org/en/statistics/mpi/>

¹⁴² ibidem

HDI rank	Human Development Index (HDI)							HDI rank		Average annual HDI growth rate			HDI improvement rank ²	
	Value							Change		(%)				
	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2005–2010	2009–2010	1980–2010	1990–2010	2000–2010		1980–2010
166	Burundi	0.181	0.236	0.216	0.223	0.239	0.276	0.282	1	0	1.47	0.87	2.33	17
167	Niger	0.166	0.180	0.192	0.212	0.241	0.258	0.261	-1	0	1.51	1.87	2.09	45
168	Congo, Democratic Republic of the	0.267	0.261	0.226	0.201	0.223	0.233	0.239	0	0	-0.37	-0.44	1.75	94
169	Zimbabwe	0.241	0.284	0.262	0.232	0.159	0.118	0.140	0	0	-1.81	-3.53	-5.05	95

Developed

OECD	0.754	0.798	0.827	0.852	0.868	0.876	0.879	—	—	0.51	0.48	0.31	—
Non-OECD	0.701	0.761	0.779	0.799	0.829	0.840	0.844	—	—	0.62	0.51	0.54	—

Developing

Arab States	0.396	0.470	0.505	0.525	0.562	0.583	0.588	—	—	1.32	1.12	1.14	—
East Asia and the Pacific	0.383	0.466	0.519	0.559	0.600	0.636	0.643	—	—	1.73	1.61	1.40	—
Europe and Central Asia	0.503	0.660	0.628	0.648	0.679	0.698	0.702	—	—	1.11	0.31	0.80	—
Latin America and the Caribbean	0.573	0.614	0.640	0.660	0.681	0.699	0.704	—	—	0.68	0.68	0.64	—
South Asia	0.315	0.387	0.415	0.440	0.481	0.510	0.516	—	—	1.65	1.44	1.61	—
Sub-Saharan Africa	0.293	0.354	0.358	0.315	0.366	0.384	0.389	—	—	0.94	0.46	2.10	—

Very high human development	0.753	0.797	0.827	0.851	0.867	0.875	0.878	—	—	0.51	0.48	0.31	—
High human development	0.556	0.633	0.634	0.659	0.692	0.712	0.717	—	—	0.85	0.62	0.84	—
Medium human development	0.361	0.440	0.480	0.510	0.555	0.586	0.592	—	—	1.65	1.49	1.49	—
Low human development	0.271	0.310	0.324	0.332	0.366	0.388	0.393	—	—	1.24	1.19	1.68	—

Least developed countries	0.251	0.292	0.311	0.325	0.357	0.382	0.386	—	—	1.44	1.40	1.72	—
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---	---	------	------	------	---

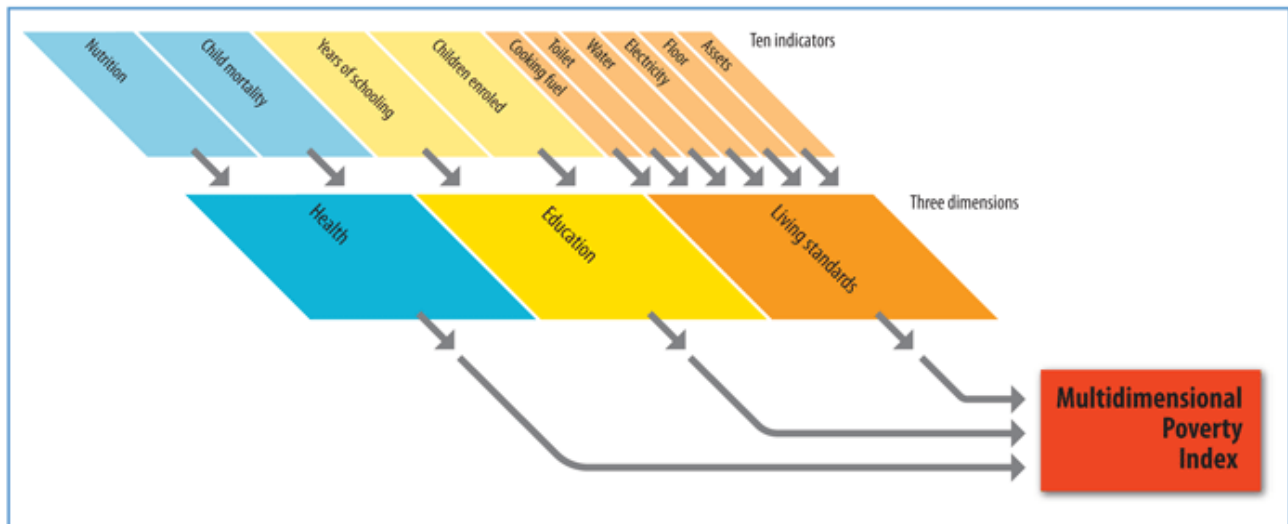
World	0.455	0.526	0.554	0.570	0.598	0.619	0.624	—	—	1.05	0.85	0.89	—
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---	---	------	------	------	---

Tabella 6, Estratto della classifica di Indice di Sviluppo Umano (fonte UNDP, ultimo accesso 28/2/2011)

Come si vede dalla tabella sottostante per quanto riguarda la dimensione della salute vengono presi in considerazione due elementi: nutrizione e mortalità dei bambini con meno di 5 anni (child mortality).

FIGURE 5.7**Components of the Multidimensional Poverty Index**

MPI—three dimensions and 10 indicators



Note: The size of the boxes reflects the relative weights of the indicators.

Source: Alkire and Santos 2010.

Figura 11, Componenti dell'Indice multidimensionale di povertà

I dieci indicatori del MPI si riferiscono agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals – MDG). Ad esempio: nutrizione (MDG 1), mortalità infantile (MDG 4), accesso all'acqua potabile (MDG 7) e accesso ai servizi igienico-sanitari (MDG 7). D'altronde la filosofia alle spalle degli Obiettivi del Millennio è simile. Il principale obiettivo per lo sviluppo deve essere la riduzione delle persone che vivono una condizione di povertà. È questo che attiva meccanismi di sviluppo e non il contrario. Poiché, come abbiamo già detto, la povertà è un fenomeno multidimensionale per ridurla bisogna agire contemporaneamente su più dimensioni, tra queste la salute gioca un ruolo essenziale. Lo testimonia il rilievo dato all'interno dei MDG. Su 8 MDG ben tre sono strettamente sanitari: riduzione della mortalità materna, riduzione della mortalità infantile e lotta alle principali malattie a partire da AIDS, malaria e tubercolosi.

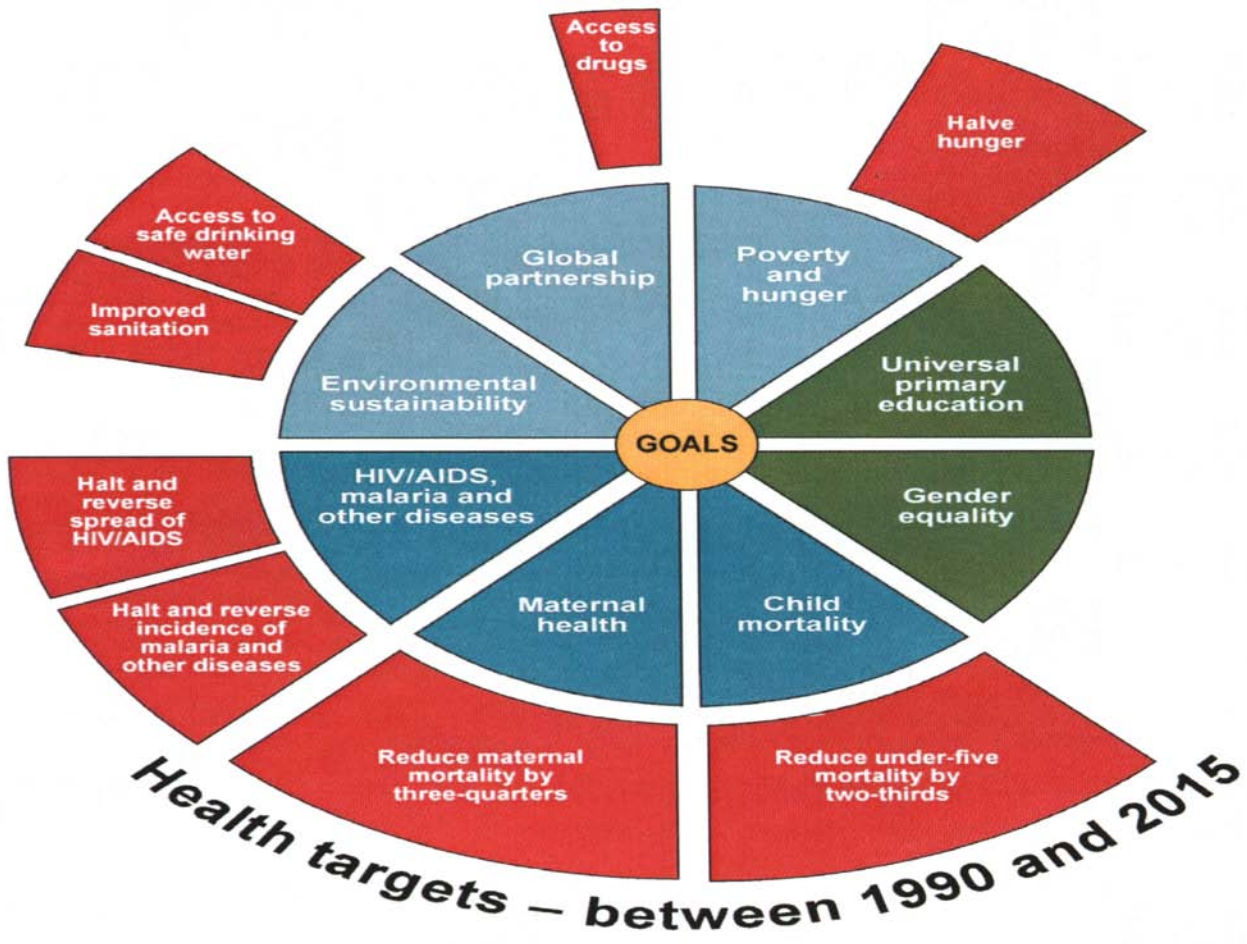


Figura 12, Indicatori di salute per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

Nel 2000 la comunità internazionale si è data appunto otto Obiettivi del Millennio da raggiungere entro il 2015. Su alcuni esistono buone possibilità (come il dimezzamento delle persone che non hanno regolare accesso a quantità adeguate di cibo), in altri casi, soprattutto nell’Africa sub sahariana la situazione, come nel caso della mortalità materna, mostra prospettive meno incoraggianti.

Goals and Targets	Africa		Asia				Oceania	Latin America & Caribbean	Commonwealth of Independent States	
	Northern	Sub-Saharan	Eastern	South-Eastern	Southern	Western			Europe	Asia
GOAL 1 Eradicate extreme poverty and hunger										
Reduce extreme poverty by half	low poverty	very high poverty	high poverty	high poverty	very high poverty	low poverty	---	moderate poverty	low poverty	high poverty
Productive and decent employment	very large deficit in decent work	very large deficit in decent work	large deficit	very large deficit in decent work	very large deficit in decent work	very large deficit in decent work	very large deficit in decent work	moderate deficit in decent work	small deficit in decent work	large deficit
Reduce hunger by half	low hunger	very high hunger	moderate hunger	moderate hunger	high hunger	moderate hunger	---	moderate hunger	low hunger	moderate hunger
GOAL 2 Achieve universal primary education										
Universal primary schooling	high enrolment	moderate enrolment	high enrolment	high enrolment	moderate enrolment	moderate enrolment	---	high enrolment	high enrolment	high enrolment
GOAL 3 Promote gender equality and empower women										
Equal girls' enrolment in primary school	close to parity	close to parity	parity	parity	parity	close to parity	almost close to parity	parity	parity	parity
Women's share of paid employment	low share	medium share	high share	medium share	low share	low share	medium share	high share	high share	high share
Women's equal representation in national parliaments	very low representation	low representation	moderate representation	moderate representation	low representation	very low representation	very low representation	moderate representation	low representation	low representation
GOAL 4 Reduce child mortality										
Reduce mortality of under-five-year-olds by two thirds	low mortality	very high mortality	low mortality	moderate mortality	high mortality	low mortality	moderate mortality	low mortality	low mortality	moderate mortality
GOAL 5 Improve maternal health										
Reduce maternal mortality by three quarters*	moderate mortality	very high mortality	low mortality	high mortality	high mortality	moderate mortality	high mortality	moderate mortality	low mortality	low mortality
Access to reproductive health	moderate access	low access	high access	moderate access	moderate access	moderate access	low access	high access	high access	moderate access
GOAL 6 Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases										
Halt and reverse spread of HIV/AIDS	low prevalence	high prevalence	low prevalence	low prevalence	low prevalence	low prevalence	moderate prevalence	moderate prevalence	moderate prevalence	low prevalence
Halt and reverse spread of tuberculosis	low mortality	high mortality	moderate mortality	high mortality	moderate mortality	low mortality	moderate mortality	low mortality	moderate mortality	moderate mortality

Tabella 7, Obiettivi del Millennio di Sviluppo del Millennio di tipo sanitario e livello di raggiungimento (Fonte UN, ultimo accesso 28/2/2011)

Sicuramente uno dei problemi è la carenza di risorse a disposizione. Non è facile stimare le risorse necessarie. Un recente studio si è concentrato sulle risorse umane in sanità necessarie al raggiungimento dei tre obiettivi sanitari: una stima, messo a punto dall'OMS, ha trovato che 3,5 milioni di operatori sanitari (più manager e amministratori) in 49 paesi a basso reddito è il numero necessario per accelerare i progressi e in molti casi per raggiungere gli Obiettivi del Millennio relativi alla salute¹⁴³. Ciò equivarrebbe a un supplemento di 62 miliardi di dollari dal 2009 al 2015 per circa 3,5 milioni di personale clinico, 74-76 miliardi se si includono anche dirigenti sanitari e amministratori¹⁴⁴.

¹⁴³ HWAI, Achieving the MDGs by Investing in Human Resources for Health, 2010, <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2010-5-20.html> (ultimo accesso 20/02/2011)

¹⁴⁴ ibidem

Le nazioni sviluppate dovrebbero quindi rapidamente aumentare l'aiuto pubblico allo sviluppo. Allo stesso tempo i paesi africani dovrebbero aumentare il loro impegno per portare rapidamente la spesa sanitaria ad essere almeno il 15% del bilancio pubblico, in accordo con la Dichiarazione di Abuja¹⁴⁵.

Qualche anno prima una commissione, istituita su volere dell'allora direttore generale WHO, aveva incentrato il proprio lavoro in particolare su quanti dollari a testa sarebbero stati necessari per innescare dei meccanismi di riduzione della povertà. La commissione (denominata Commissione su Macroeconomia e Salute), presieduta dall'economista Sachs, oltre a ribadire il legame tra salute e sviluppo economico, stimò, nel 2001, che, nei paesi più poveri, il finanziamento di interventi rivolti a ridurre la gran parte delle morti evitabili fosse intorno ai 40 dollari annui a persona¹⁴⁶.

Una cifra che in assoluto potrebbe sembrare ridotta, se paragonata agli oltre duemila euro di spesa sanitaria procapite, per esempio, dell'Italia. In realtà, per molti paesi sarebbe stato un incremento considerevole delle cifra destinata alla salute, senza considerare che in molti paesi poveri, con una forte presenza di operatori di cooperazione, essi partecipano al bilancio sanitario in maniera preponderante. Si pensi al Mozambico dove circa il 70% del budget arriva da canali esterni allo stato nazionale.

¹⁴⁵ *ibidem*

¹⁴⁶ WHO – CMH, *Macroeconomics and Health*, 2001

CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI: VERSO UNA GIUSTIZIA GLOBALE PER LA SALUTE

Giustizia globale

Il tema della giustizia sanitaria a livello globale deve essere inquadrato nell'ambito più ampio della giustizia globale. Come giustamente segnalato da Veca, a partire dalla fine del XX secolo, con la caduta dei regimi comunisti e l'accelerazione dei processi di globalizzazione, è andata crescendo la percezione di dover estendere la portata della teoria politica normativa, formulando i termini di una teoria della giustizia globale¹⁴⁷, fondata sulla convinzione dell'eguaglianza della dignità di tutti gli esseri umani¹⁴⁸. Una teoria in grado di misurarsi con le ingiustizie del mondo e di rispondere alla domanda di che cosa sia un mondo giusto.

Il problema della giustizia globale diventa così il principale rompicapo per la filosofia politica contemporanea, il cui compito dovrebbe coincidere appunto con l'elaborazione di una teoria della giustizia globale. È qualcosa di decisamente diverso da quanto proposto da Rawls a partire da *Justice as fairness* del 1971. Nella teoria rawlsiana l'orizzonte politico è quello dello stato nazione al cui interno si discute dei principi che dovrebbero regolare una società in termini di giustizia e equità.

Anche quando amplia il proprio orizzonte, spostando l'attenzione sulla dimensione internazionale, Rawls assegna agli stati e non agli individui la funzione di unità di base del contratto sociale. Se all'interno di ciascun stato le unità di base sono le persone, nella dimensione internazionale Rawls decide senza esitazioni di seguire una via differente.

Con il fine di favorire il sorgere di condizioni minime necessarie allo sviluppo delle istituzioni, Rawls arriva al massimo ad ipotizzare un dovere di assistenza da parte delle società ricche verso le società svantaggiate. Allo stesso tempo però Rawls nega radicalmente qualsiasi principio di distribuzione a livello globale. La ragione risiede probabilmente nella contrarietà di Rawls verso qualsiasi ipotesi di legittimazione di istituzioni sovranazionali deputate a tale compito¹⁴⁹. Al di là delle difficoltà nel riproporre, a livello internazionale, l'esperimento mentale che ha reso famosa la teoria rawlsiana, rimane forte la sensazione che questo tipo di approccio possa avere delle difficoltà strutturali nell'affrontare efficacemente il tema delle disuguaglianze e delle ingiustizie globali.

Per dirla con Nagel, noi non viviamo in un mondo giusto¹⁵⁰. Non si tratta solo di vivere in un mondo con le enormi disuguaglianze in termini di salute già esposte precedentemente, ma anche delle

¹⁴⁷ Veca S., *La bellezza e gli oppressi*, Feltrinelli, 2010

¹⁴⁸ Truijlo I., *Giustizia globale*, Il Mulino, 2007

¹⁴⁹ *ibidem*

¹⁵⁰ Nagel T., *E' possibile una giustizia globale?*, Laterza, 2009

intollerabili diseguaglianze in termini di benessere, di accesso a quei beni fondamentali che consentono di vivere una vita degna¹⁵¹. Cresce inoltre anche la percezione che decisioni assunte in uno Stato, anche quando riguardano affari interni, possono incidere sulle altre nazioni, con un conseguente ampliamento delle responsabilità reciproche. Esistono dunque questioni di giustizia che dall'esterno possono incidere all'interno dei singoli stati, così come questioni nazionali che pesano a livello globale¹⁵². Un esempio è dato, per esempio, dalle migrazioni. Le migrazioni sono un fenomeno globale di dimensioni imponenti con cui molti stati devono misurarsi quotidianamente. Allo stesso tempo eventi interni estremi, come le guerre civili, sono in grado di alimentare ulteriormente il fenomeno attraverso le persone che lasciano il proprio paese per cercare rifugio altrove. Di seguito una mappa che consente di individuare i principali luoghi d'origine delle persone che hanno fatto domanda di asilo nel 2009.

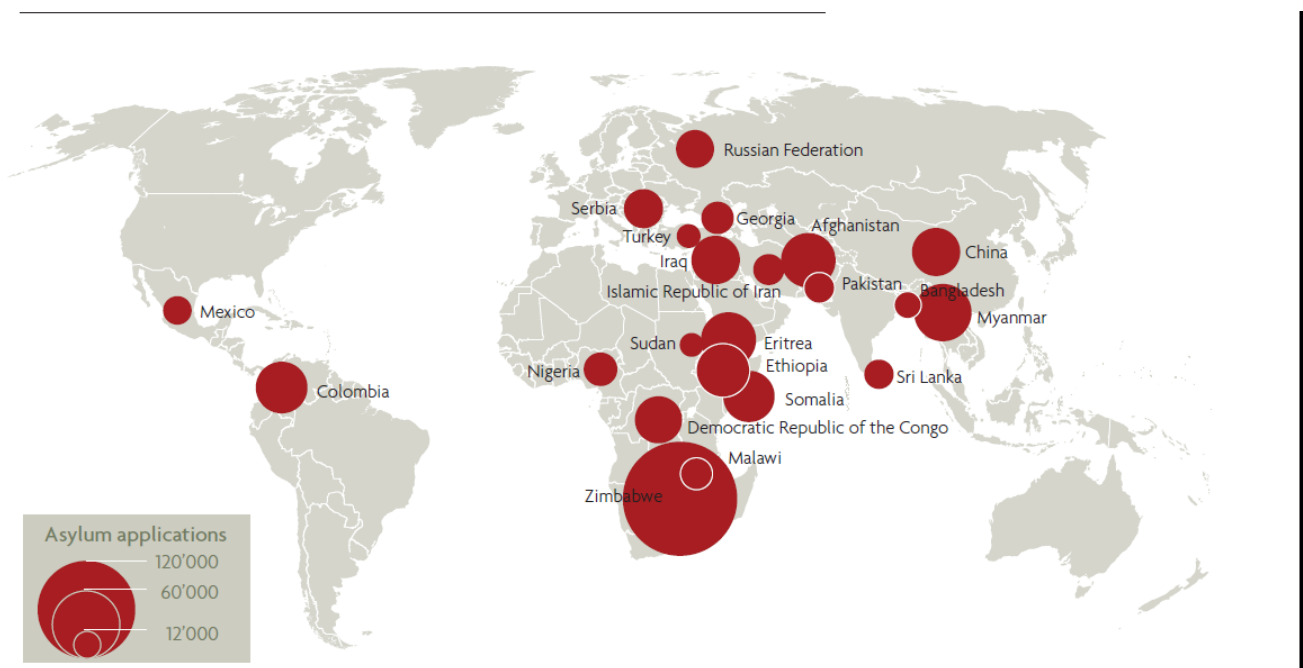


Figura 13, Richieste di asilo nel 2009 per paese di provenienza (Fonte UNHCR, ultimo accesso 26/3/2011)

Di fronte a emergenze quali i circa due miliardi di persone che vivono al di sotto della cosiddetta poverty line¹⁵³ o ai due milioni di persone che muoiono ogni anno per malattie prevenibili con le vaccinazioni raccomandate dall'OMS¹⁵⁴, come dovremmo rapportarci? C'è chi, come Nagel,

¹⁵¹ Veca S., op cit

¹⁵² Truijlo I., op. cit.

¹⁵³ <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GAP2> (ultimo accesso 28/3/2011)

¹⁵⁴ <http://www.who.int/mediacentre/events/2006/g8summit/vaccines/en/> (ultimo accesso 28/3/2011)

sostiene che in questo caso non si tratti di una questione di giustizia ma di una questione principalmente umanitaria:

si può divergere quanto si vuole sui metodi più efficaci per farlo, ma comunque una qualche forma di assistenza umanitaria nei confronti di chi si trovi in condizioni estreme è chiaramente richiesta, in maniera del tutto indipendente da qualsiasi esigenza di giustizia. La questione urgente attuale è: che cosa si può fare nell'ambito della economia mondiale per ridurre la povertà estrema a livello globale? (...) tuttavia ora mi sto ponendo una questione diversa meno urgente, ma filosoficamente più difficile. La giustizia, nella concezione ordinaria che se ne ha, richiede qualcosa di più che la mera assistenza umanitaria verso chi si trovi in condizioni di disperato bisogno e l'ingiustizia può esistere anche quando nessuno sia sull'orlo della morte per fame. (...) La questione che mi pongo è: come rispondere alle disuguaglianze su scala mondiale dal punto di vista della giustizia e dell'ingiustizia piuttosto che soltanto a partire da una prospettiva umanitaria¹⁵⁵.

Se da un lato Nagel ha ragione nel sostenere che l'ingiustizia può esistere anche quando nessuno sia sull'orlo della morte per fame, meno convincente appare la distinzione tra doveri umanitari e giustizia basata sulla differenza tra bisogno assoluto e bisogno relativo: "la giustizia riguarda le relazioni fra condizioni di classi differenti di persone e le cause di disuguaglianza fra loro"¹⁵⁶. Secondo questo approccio le questioni di giustizia sarebbero meno urgenti e più complesse da affrontare.

La distinzione ha un suo interesse ma risulta di difficile applicazione pratica. Innanzitutto è difficile distinguere tra bisogni assoluti e relativi nella gran parte dei casi. Poniamo il caso delle diarrea nei bambini, sono circa un miliardo all'anno i casi stimati che in media provocano la morte di circa tre milioni di bambini all'anno¹⁵⁷. La causa principale nei paesi poveri è la mancanza di accesso a fonti di acqua potabile, cui si associa la difficoltà, per i malati, di ricevere la principale terapia che consiste in una terapia orale reidratatoria (ORT) fatta essenzialmente di acqua, zucchero e sale.

In assenza di bustine predosate da sciogliere in acqua pulita, sono numerose le esperienze di formazione e informazione rivolte alle mamme per preparare da sole in casa questa terapia. Solo per citare un esempio tra i tanti, negli anni ottanta, in Bangladesh, una ong di nome BRAC, ha insegnato a più di 12 milioni di mamme come preparare questa terapia a casa semplicemente usando acqua pulita, lobon (sale comune) e gur (zucchero di canna grezzo)¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Nagel T., op cit, p. 13-14

¹⁵⁶ ibidem

¹⁵⁷ Postgraduate Medicine (2002). *Diarrhea*. Retrieved August 2, 2007 from the Postgraduate Medicine Web site: http://www.postgradmed.com/issues/2002/01_02/pn_diarrhea.htm. (ultimo accesso 28/3/2011).

¹⁵⁸ Chowdhury AM, Karim F, Sarkar SK, Cash RA, Bhuiya A., The status of ORT (oral rehydration therapy) in Bangladesh: how widely is it used? *Health Policy Plan*. 1997 Mar;12(1):58-66.

È quindi vero che un bambino che muore per diarrea rappresenta un bisogno assoluto cui non si è dato risposta. È altrettanto vero però che se si analizzano le cause e le soluzioni, presumibilmente non approntate, le relazioni fra le condizioni di classe differenti emergono evidenti.

È una questione di classe o di relazioni fra classi l'aver o meno accesso a fonti di acqua pulita, oppure no? Allo stesso modo il non avere accesso alle bustine predosate di zucchero e sali o il non sapere come miscelare in casa acqua, zucchero e sali dipendono da situazioni di disegualianza in termini di reddito e di conoscenza. Le diarree non sono come un terremoto che arriva e può colpire chiunque. Sono una condizione che regolarmente colpisce alcuni molto più degli altri. Inoltre i più colpiti sono proprio quelli che hanno meno strumenti per curarsi.

Un'emergenza umanitaria dovrebbe essere caratterizzata dall'eccezionalità dell'evento che potenzialmente può colpire un po' tutti. Il caso delle diarree, ma se ne potrebbero fare anche altri, dimostra però il contrario, che ci sono cioè bisogni assoluti costanti, che dipendono da questioni di giustizia irrisolte e che creano a loro volta ulteriore ingiustizia e disegualianza. Per risolverli, fare riferimento a doveri umanitari è probabilmente inutile perché bisognerebbe piuttosto agire su determinanti strutturali come ad esempio la possibilità di ricevere un minimo di educazione da parte delle donne o di avere diritto all'alimentazione e di non essere vittime della fame.

Sosteneva Singer a proposito delle persone vittime della fame, già nei primi anni settanta, che "se è in nostro potere impedire che qualcosa di brutto accada, senza per questo sacrificare nulla di comparabile rilevanza morale, dobbiamo, moralmente, farlo"¹⁵⁹. È una posizione che cerca di dare una giustificazione evidente e semplicemente applicabile del quando non possiamo fare finta di nulla di fronte a situazioni evidentemente drammatiche. Sen, a tale proposito, ha sostenuto che nella povertà sussiste qualcosa di assoluto e questo qualcosa non è altro che la fame¹⁶⁰.

Come mai allora le persone che vivono in Occidente non si preoccupano abbastanza di tale fenomeno? Pogge propone quattro ragioni¹⁶¹:

- non sappiamo se in tutti questi i fondi destinati come aiuto pubblico allo sviluppo abbiamo prodotto più danni che benefici;
- la povertà nel mondo rappresenta un problema così gigantesco da non poter essere eliminato se non a un costo che le nostre società non potrebbero sopportare, andando in qualche modo a configgere con l'assunto precedentemente proposto da Singer;
- la prevenzione delle morti sarebbe in un certo qual modo controproducente perché potrebbe portare ad un aumento delle morti totali in un secondo momento;

¹⁵⁹ Singer P., *Famine, Affluence, and Morality*, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 1, No. 3 (Spring, 1972), pp. 229-243

¹⁶⁰ Truijlo I., *op. cit.*

¹⁶¹ Pogge T., *Povert  mondiale e diritti umani*, Laterza 2010

- infine, grazie agli sforzi congiunti tra paesi ricchi e poveri la povertà sta già diminuendo, non serve dunque ulteriore coinvolgimento da parte dei singoli.

Di fronte a queste resistenze, o ad altre che potrebbero essere elencate, è chiaro che un generico riferimento all'altruismo non è sufficiente. Per ridurre fortemente le diseguaglianze a livello globale bisogna porre al centro il tema della tutela della dignità di tutti gli uomini e del come attivarla. Le questioni di eguaglianza hanno ad oggetto essenzialmente i livelli di distribuzione delle risorse, delle opportunità e dei beni¹⁶².

A tale proposito oggi la più indovinata versione dei diritti di base è quella che si esprime attraverso l'approccio della capacità¹⁶³ (e dei funzionamenti). Questa teoria combina i beni essenziali e la libertà di svilupparli e di utilizzarli, eliminando qualsiasi pericolo di paternalismo¹⁶⁴. La teoria proposta, in primo luogo da Sen, rappresenta probabilmente il più ambizioso tentativo di tenere assieme un'idea di vita buona o di buona qualità della vita (tipicamente utilitaristica) con una prospettiva incentrata sui diritti e sulle libertà delle persone¹⁶⁵, tipiche delle teorie deontologiche, di cui la teoria di Rawls rappresenta ancora oggi la versione più nota.

Il legame tra capacità e diritti non è però sempre lineare. Secondo Nussbaum l'approccio basato sulle capacità è una dottrina politica che concerne i diritti fondamentali, non assicurarli è una violazione grave dei diritti di base perché ritenuti impliciti nella nozione di vita dignitosamente vissuta¹⁶⁶. In questa ottica salta la tradizionale divisione tra diritti negativi e positivi. Definendo la garanzia dei diritti in termini di capacità, si rende chiaro che i cittadini hanno un effettivo diritto, ad esempio, alla partecipazione politica, non perché è stato sancito sulla carta, ma perché sono state rese efficaci misure in grado di garantire loro l'esercizio di tale diritto¹⁶⁷. In altre parole, pensare in termini di capacità fornisce un punto di riferimento per capire cosa significa garantire un diritto: non solo eliminare degli ostacoli, ma attuare interventi contro la discriminazione.

Una delle possibili basi per la giustizia globale è data proprio dalla considerazione che ciascun individuo ha diritto alla soddisfazione dei suoi bisogni essenziali: non solo quindi la non interferenza con l'altrui libertà ma anche accesso al cibo, alle cure mediche, all'istruzione¹⁶⁸. Esiste quindi un'esigenza di giustizia globale perché ci sono diritti da garantire a tutti gli uomini e un diritto è

¹⁶² Trujillo I., op. cit.

¹⁶³ Sen in Sen A., *Elements of a Theory of Human Rights*, *Philosophy & Public Affairs* 315 (2004), definisce le capacità come l'opportunità di realizzare combinazioni di funzionamenti di valore: ciò che una persona è in grado di fare o essere

¹⁶⁴ *ibidem*

¹⁶⁵ Veca, op cit

¹⁶⁶ Nussbaum, op cit

¹⁶⁷ *ibidem*

¹⁶⁸ Trujillo, op cit

sempre il riconoscimento sociale di un bene¹⁶⁹. Un diritto può essere visto anche come una ragione per esigere una prestazione, il problema però è l'identificazione del soggetto su cui ricade il dovere correlativo¹⁷⁰, cui ci si riferisca anche in termini istituzionali¹⁷¹ soprattutto quando si affronta il tema dal punto di vista globale.

Altri problemi legati a tale tipo di approccio riguardano la difficoltà di misurare il raggiungimento di obiettivi legati ai diritti e in generale la giustificazione dei diritti stessi. Infine si pongono con acuta problematicità i temi legati alla fattibilità e alla quantità di risorse necessarie da mettere in campo per la promozione attiva dei diritti.

Gli attivisti dei diritti umani sono spesso abbastanza spazientiti da questo tipo di critica. L'invocazione dei diritti umani tende a venire soprattutto da coloro che sono preoccupati di cambiare il mondo, piuttosto che interpretarlo, per usare una classica distinzione resa famosa da Karl Marx¹⁷². Al di là di tutti i problemi teorici di giustificazione e fondamento, i diritti umani hanno sino ad oggi dimostrato la loro forza in varie occasioni. Ci sono pochi dubbi sull'idea che il diritto morale possa servire, ed è spesso servito in pratica, come base delle nuove legislazioni, dando ulteriore forza e prestigio all'idea stessa di diritti umani¹⁷³.

Tuttavia Sen non vede nello sbocco legislativo l'unica via percorribile per l'implementazione di un approccio basato sui diritti. Essi infatti possono trovare riconoscimento pubblico comunque, possono trovare uso nelle campagne delle ong e possono anche fornire elementi per il monitoraggio delle politiche pubbliche.¹⁷⁴

¹⁶⁹ *ibidem*

¹⁷⁰ *ibidem*

¹⁷¹ Sen A., *Elements of a Theory of Human Rights*, *Philosophy & Public Affairs* 315 (2004)

¹⁷² *Ibidem*

¹⁷³ *ibidem*

¹⁷⁴ *ibidem*

Giustizia globale e salute

Si è già detto della rilevanza data alla salute all'interno degli Obiettivi del Millennio. L'assunto alla base di questi obiettivi è fornire un percorso che sia in grado di promuovere lo sviluppo a livello globale. L'aspetto decisivo da affrontare in questa ottica è la riduzione della povertà. Ridurre la povertà significa favorire lo sviluppo. La povertà non è però solo la carenza di risorse economiche disponibili. È una realtà multidimensionale in cui entrano in gioco anche l'istruzione, la salute, l'ambiente. Un modo dunque di porre la questione della rilevanza della salute nell'ambito della giustizia globale può essere quello di analizzare i rapporti tra povertà e salute.

Già nel 1992 per rendere visibile Sen usava questo tipo di esempio:

si considerino due persone 1 e 2: la persona 1 ha un reddito leggermente inferiore di quello di 2. Ma 2 soffre di disturbi renali e usa un'apparecchiatura per dialisi che gli costa moltissimo, e ha anche una vita ben più misera di quella della persona 1. Chi è il più povero dei due? La persona 1 perché ha un reddito più basso o la persona 2 perché il suo insieme di capacità è più piccolo¹⁷⁵?

La prospettiva delle capacità consente di tener conto della variabilità delle relazioni tra mezzi e opportunità reali. Differenze nelle capacità possono derivare da varie ragioni¹⁷⁶:

1. differenze fisiche e mentali tra le persone (come ad esempio disabilità o tendenza a sviluppare alcune patologie)
2. variazioni nelle risorse non personali (come ad esempio il tipo di salute pubblica o il livello di coesione sociale). L'ambiente sociale è infatti fortemente influenzato da fattori come la disponibilità di servizi sanitari e di tipo sociale. Già nel 1990 uno studio epidemiologico aveva dimostrato come gli afro-americani negli Stati Uniti, in gruppi di età tra i 35 e i 55 anni, avessero una mortalità 2,3 volte superiore a quella dei coetanei bianchi e solamente il 50% era spiegabile con le differenze di reddito. Si trattava invece di un caso in cui i problemi nella fornitura di servizi sanitari e la disegualianza nell'assistenza medica inducevano fallimenti in termini di capacità, anche in presenza di redditi non bassi se paragonati agli standard internazionali¹⁷⁷.
3. diversità ambientali (come le condizioni climatiche, le epidemie o la criminalità locale)

¹⁷⁵ Sen, Disegualianza, op cit p 151

¹⁷⁶ Sen A., Human rights and capabilities, Journal of Human Development, Vol. 6, No. 2, July 2005

¹⁷⁷ Sen, Disegualianza, op cit

Per tutte queste ragioni, per Sen, nell'analisi della povertà bisogna porre al centro l'attenzione non ai mezzi (o dei beni primari per dirla con Rawls) ma alle capacità su cui influiscono fortemente i funzionamenti nel cui ambito la salute gioca, come abbiamo visto un ruolo fondamentale e imprescindibile. Diversa è invece la posizione della Nussbaum che dà maggiore enfasi alle capacità piuttosto che ai funzionamenti. Inoltre, come abbiamo visto la Nussbaum, a differenza di Sen, propone una lista di capacità, al cui interno la salute gioca un ruolo anche in questo caso decisivo.

Per esplicitare ulteriormente il rapporto tra salute e povertà e quindi sviluppo può essere utile fare riferimento a seguente schema che propone le relazioni tra povertà e salute usando il caso dei malati di Aids.

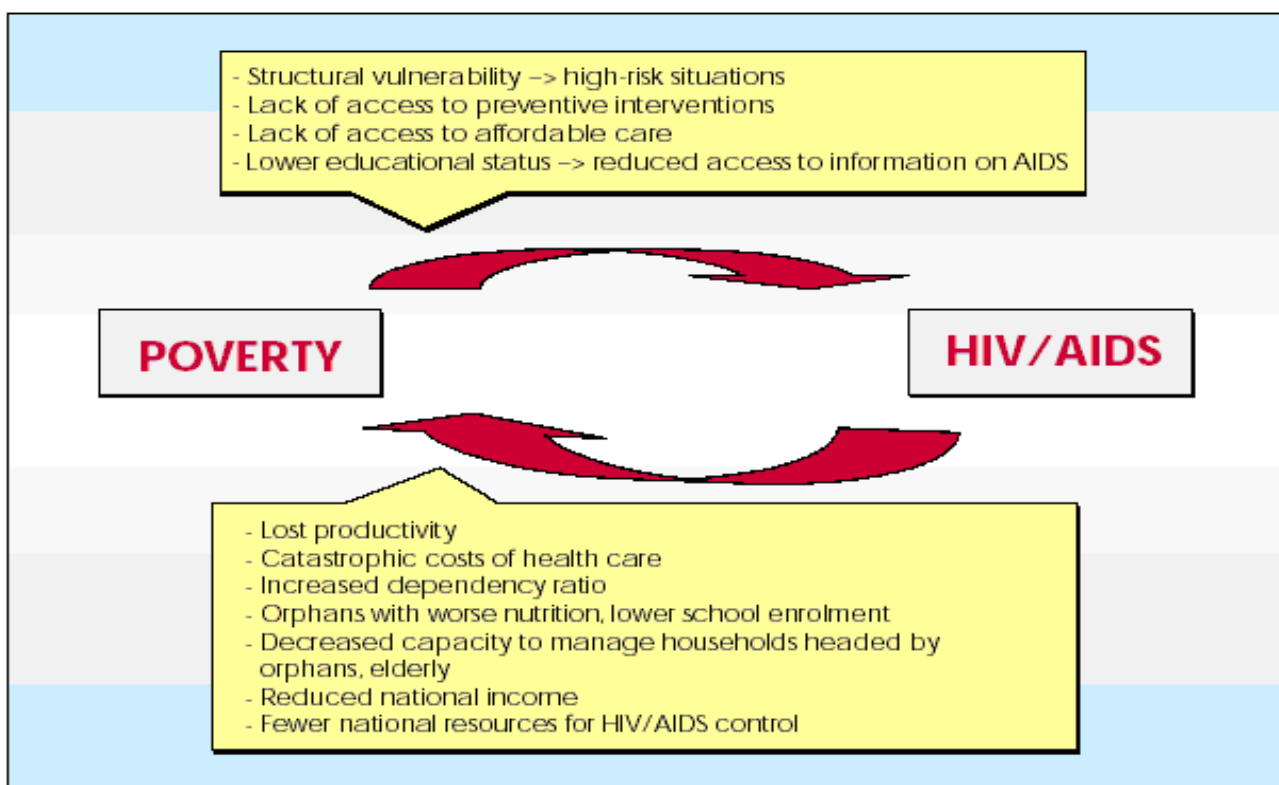


Fig 14, Rapporti tra povertà e aids

Da un lato quindi la povertà può peggiorare la condizione di chi contrae la malattia o è a rischio, dall'altro essere affetti da aids può essere causa di povertà perché ad esempio: riduce la produttività dell'individuo, può costringere a spese ingenti (se non supportate dallo stato), può avere una influenza negativa sui figli e sulla famiglia in genere.

Aiuto pubblico allo sviluppo in sanità e giustizia sanitaria

Le teorie contrattualistiche tradizionalmente, anche nella versione di Rawls, hanno indotto a pensare alla giustizia come l'esito di un contratto tra persone in cui ciascuna persegue un vantaggio reciproco¹⁷⁸. È una delle ragioni che hanno spinto Rawls a immaginare le persone, nella posizione originaria, dietro al famoso velo di ignoranza, in modo da garantire che la ricerca del reciproco vantaggio non avvenga a scapito dell'equità e quindi della giustizia stessa.

Sussistono una serie di difficoltà legate a questa visione. La prima difficoltà è legata all'esperienza di ciascuno di noi. La ricerca del vantaggio personale è sicuramente un motore essenziale per capire, realisticamente, i meccanismi del vivere comune. Ma non può essere l'unico e non può essere considerata come l'unica spinta. A tutti noi capita di compiere azioni in cui la ricerca del vantaggio personale non risulta essere l'unica motivazione. Scrive a riguardo Salvati nella prefazione alla *Ricchezza delle Nazioni* di Smith¹⁷⁹:

Riconosciuta l'importanza centrale che gioca il perseguimento del proprio interesse – e i frutti benefici che ne conseguono per la società se i singoli sono lasciati liberi di perseguirlo – per Smith questa non l'unica passione, l'unica motivazione dell'agire. È il principio morale della simpatia già sostenuto con accenti un po' diversi dall'amico David Hume e al quale la *Teoria dei sentimenti morali* erige un monumento: “La maggior parte della felicità sorge dalla consapevolezza di essere amati”. “Nella corsa alla ricchezza, agli onori e all'ascesa sociale ognuno può concorrere con le proprie forze...per superare tutti gli altri concorrenti. Ma se si facesse strada a gomitate o se spingesse a terra uno dei suoi avversari, l'indulgenza degli spettatori avrebbe termine del tutto. È una violazione del fair play che non si può ammettere”...”La società non può sussistere tra coloro che sono sempre disposti a danneggiarsi e a farsi torto l'un l'altro”. La simpatia è, etimologicamente, istintiva condivisione delle sofferenze altrui, riconoscimento nell'altro di una persona altrettanto meritevole di attenzione e rispetto che se stesso. È desiderio di essere amati e stimati dall'altro.

La seconda difficoltà è che un'idea di società fondata sulla migliore gestione del reciproco vantaggio rischia di non tutelare adeguatamente la dignità di tutti gli esseri umani. Come giustamente richiamato da Nussbaum¹⁸⁰:

Impegnandoci per la giustizia globale, intesa come giustizia per le persone che vivono in condizioni di povertà in diverse parti del mondo, è importante riconoscere che le frontiere della giustizia sono anche

¹⁷⁸ Nussbaum M, *Giustizia senza frontiere*, op cit

¹⁷⁹ Salvati M, Prefazione in Smith A, *La ricchezza delle nazioni*, Newton Compton, 2010, p. 17

¹⁸⁰ Nussbaum M, *Giustizia senza frontiere*, op cit

interne a ciascuna nazione e comprendono l'inclusione, come cittadini pienamente eguali agli altri, delle persone con disabilità fisiche e mentali. Queste persone tradizionalmente non sono state considerate cittadini con eguali diritti. (...) Sostengo che abbiamo bisogno di un nuovo approccio che sia capace di riconoscere l'importanza del rispetto per i cittadini e che sia in grado di occuparsi della loro necessità anche se non c'è nulla da guadagnare da questa cooperazione - tranne il fatto che si stia contribuendo ad un mondo buono e giusto.

È questo spirito cooperativo che ha, almeno in parte, ispirato la Costituzione delle Nazioni Unite nel cui Preambolo si esprime la determinazione delle genti delle Nazioni Unite nel promuovere il progresso sociale e migliori standard di vita e di migliorare l'apparato internazionale per la promozione dello sviluppo economico e sociale di tutte le genti¹⁸¹.

Questo senza voler dimenticare l'origine storica della cooperazione allo sviluppo che nella prima fase ricalcò le precedenti politiche di sviluppo delle potenze coloniali e che forse subì un eccesso di ottimismo e aspettative legate ai primi successi del Piano Marshall¹⁸². Sin dall'inizio la cooperazione internazionale è stata legata nel bene e nel male alle politiche estere degli Stati occidentali coinvolti, come peraltro accade anche oggi. Non è sbagliato ritenere la cooperazione internazionale o l'aiuto pubblico allo sviluppo, per essere più precisi, uno dei modi di fare politica estera.

La salute, in particolare, è stata spesso, già in passato intrecciata, con la politica estera dei singoli Stati. Basti pensare alla regolamentazione del commercio internazionale in cui da secoli la tutela della salute pubblica riveste da secoli un ruolo rilevante. Negli ultimi anni, tuttavia, le questioni legate alla salute globale sono salite ai massimi livelli delle agende di politica estera di molti Stati, il che, in parte, spiega l'aumento dei fondi disponibili per la salute negli ultimi anni¹⁸³, in qualche modo in controtendenza con l'andamento complessivo dell'aiuto pubblico allo sviluppo.

Come segnalato da Garrett, già nel 2007, poiché questi sforzi sono in gran parte poco coordinati e diretti per lo più a specifiche malattie di alto profilo - piuttosto che alla salute pubblica in generale - c'è un grave pericolo che l'attuale "età di generosità" possa non solo portare a esiti al di sotto delle aspettative ma addirittura peggiorare le cose sul terreno¹⁸⁴. Il richiamo di Garrett è da prendere molto sul serio. Le modalità con cui vengono spese le risorse dell'aiuto pubblico hanno un impatto rilevante sia sulle realtà beneficiarie sia sulle possibilità future di reperire fondi a livello internazionale. In altri termini, aumentare l'efficacia della spesa significa sia aumentare le possibilità di migliorare le condizioni di salute di milioni di persone sia creare le condizioni affinché questa spesa possa crescere negli anni a venire.

¹⁸¹ Führer H, A history of dac/dcd in dates, names and figures early development co-operation initiatives preceding dac, OECD, Paris, 1996, <http://www.oecd.org/dataoecd/3/39/1896816.pdf> (ultimo accesso 31/3/2011)

¹⁸² *ibidem*

¹⁸³ Feldbaum H, Lee K, Michaud J, Global Health and Foreign Policy, *Epidemiologic Reviews* 2010;32:82-92

¹⁸⁴ Garrett L, The Challenge of Global Health, *Foreign Affairs*, Jan/Feb 2007

Il problema rimane il come e il come dipende sia da problemi tecnici sia da un disegno della governance globale che resta elusivo e opaco¹⁸⁵. In più la governance globale della salute presenta delle proprie specificità. Primo, l'elevatissimo numero di attori di varie dimensioni che agiscono sia a livello locale che globale. Secondo, la difficoltà di coordinamento anche tra i soli attori principali (Oms, Banca Mondiale, Fondo Globale, Usa, GB etc) dovuta innanzitutto a una diversità di obiettivi strategici che a volte risulta molto accentuata.

L'oggetto principale di questo lavoro, tuttavia, era, partendo dalle evidenti diseguaglianze in salute a livello globale, verificare se l'allocazione di risorse in sanità seguisse criteri di giustizia. Abbiamo visto che le diseguaglianze dipendono anche dalle diverse risorse disponibili tra paesi poveri e ricchi. Nei paesi OCSE vive il 18% della popolazione mondiale, ma la spesa sanitaria in questi paesi è l'80% di quella globale¹⁸⁶. In questo senso il ruolo dell'aiuto pubblico allo sviluppo è decisivo perché in molti paesi poveri sta coprendo parte della spesa sanitaria complessiva: il 14% della sanitaria nei paesi della regione AFRO dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è infatti coperto da fondi provenienti dai cosiddetti donatori¹⁸⁷.

Come già riportato in precedenza questo non significa che i risultati possano essere considerati soddisfacenti. In troppi paesi la spesa sanitaria risulta al di sotto della soglia di 50 dollari annui procapite, che dovrebbero essere sufficienti a coprire i costi dei servizi essenziali. In 64 paesi la spesa è al di sotto tale soglia, ma in 30 paesi la spesa addirittura inferiore ai 20 dollari procapite annui¹⁸⁸.

È quindi necessario continuare gli sforzi affinché a livello internazionale aumentino le risorse a disposizione dei sistemi sanitari più poveri e che gli stessi paesi poveri aumentino le risorse per la sanità in accordo con la Dichiarazione di Abuja. È altresì chiaro che lo sviluppo dei sistemi sanitari riguarda anche altre dimensioni quali la modalità di finanziamento e lo sviluppo delle risorse umane in primis. Appare però sempre più evidente che oggi, laddove esista la volontà politica, al di là del livello di sviluppo di ciascun paese, è possibile procedere nella costruzione di sistemi sanitari che consentano l'accesso del più ampio numero di persone, quantomeno ai servizi essenziali¹⁸⁹.

Nel corso della tesi abbiamo visto le diverse ragioni a sostegno della spesa pubblica in sanità o comunque a favore della salute delle persone. Rispetto allo scopo generale di tutela della dignità umana a livello globale, la salute gioca dunque un ruolo primario. Sappiamo che i risultati in termini di salute dipendono da una serie di fattori non modificabili. Esistono però tutta un'altra serie di determinanti, sui quali incidono le scelte che assumiamo sia come individui che come comunità, che influenzano notevolmente la salute delle persone: dalle politiche ambientali a quella per l'istruzione, dalle politiche sul lavoro a quelle sanitarie.

¹⁸⁵ Nagel, op cit

¹⁸⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319.pdf> (ultimo accesso 31/3/2011)

¹⁸⁷ ibidem

¹⁸⁸ ibidem

¹⁸⁹ Missoni E, Tediosi F (a cura di), Per una sanità universale, Il Pensiero Scientifico Editore, 2011

Avere la possibilità di vivere una vita in una buona salute rappresenta una di quelle condizioni che rendono le persone più libere di scegliere che tipo di vita vivere. È questa la principale ragione per cui è giusto continuare a investire in sanità e salute, soprattutto in quei paesi in cui le risorse disponibili sono ben lontane dal garantire la dignità e la sicurezza di milioni di persone.

BIBLIOGRAFIA

LIBRI

Berlinguer G., *Bioetica quotidiana*, Giunti, 2000

Bobbio N., *L'età dei diritti*, Einaudi, 1990

Bresciani C. (a cura di), *Etica, risorse economiche e sanità*, Giuffrè, 1999

Cassese A., *I diritti umani oggi*, Laterza, 2005

Cattorini P. (a cura di), *Etica e giustizia in sanità*, Franco Angeli, 1998

Cavicchi I., *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, 2000

Daniels N., *Just health care*, Cambridge University Press, 1985

De Pascale C., *Giustizia*, Il Mulino, Bologna, 2010

Dworkin R., Maffettone S., *I fondamenti del liberalismo*, Laterza, 1996

Lecaldano E., *Dizionario di bioetica*, Laterza, Bari, 2002

Lecaldano E., *Bioetica, le scelte morali*, Laterza, 2004

Maffetone S., Veca S. (a cura di), L'idea di giustizia da Platone a Rawls, Laterza, 2008

Magni SF, Etica delle capacità, il Mulino, 2006

Mill JS, La libertà, l'utilitarismo, l'asservimento delle donne, BUR, 2007

Missoni E, Pacileo G, Elementi di salute globale, Franco Angeli, 2005

Missoni E, Tediosi F (a cura di), Per una sanità universale, Il Pensiero Scientifico Editore, 2011

Mordacci R., Una introduzione alle teorie morali, Feltrinelli, 2003

Nagel T., E' possibile una giustizia globale?, Laterza, 2009

Nozick R, Anarchia, stato, utopia, Il Saggiatore, 2008

Nussbaun M, Diventare persone, Il Mulino, 2001

Nussbaum M., Le nuove frontiere della giustizia, il Mulino, 2007

Osservatorio Italiano Salute Globale, A caro prezzo – Le diseguaglianze in salute, Ets, 2006

Osservatorio Italiano Salute Globale, Salute globale e aiuto allo sviluppo – Diritti, Ideologie e Inganni, Ets, 2008

Pogge T., Povertà mondiale e diritti umani, Laterza 2010

Rawls J., Il diritto dei popoli, Il Saggiatore, 2000

Rawls J., Una teoria della giustizia, Feltrinelli, 2008

(a cura di Ricciardi M), L'ideale di giustizia da Rawls ad oggi, Università Bocconi Editore, 2010

Sandel M., Giustizia, Feltrinelli, 2010

Sen A., La diseguaglianza – un riesame critico, Il Mulino, 2000

Sen A., Lo sviluppo è libertà, Mondadori, 2000

Sen A., Etica e economia, Laterza, 2002

Sen A., Williams B., Utilitarismo e oltre, Net, 2002

Sen A., The idea of justice, Penguin, 2009

Singer P., Etica pratica, 1989

Singer P., One world, Einaudi, 2003

Smith A., La ricchezza delle nazioni, Newton Compton, 2010

Antonio G. Spagnolo, Dario Sacchini, Adriano Pessina, Michele Lenoci, Etica e giustizia in sanità –
Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi, McGraw-Hill, 2004

Truijlo I., Giustizia globale, Il Mulino, 2007

Veca S., La bellezza e gli oppressi, Feltrinelli, 2010

Viano CA, Teorie etiche contemporanee, Bollati Boringhieri, 1990

Walzer M., Sfere di giustizia, Laterza, 2008

ARTICOLI e REPORT

EQUITA' E DISEGUAGLIANZE

Andersson F, Lyttkens CH., Preferences for equity in health behind a veil of ignorance., *Health Econ.* 1999 Aug;8(5):369-78.

Arneson R. J., 1989, Equality and Equal Opportunity for Welfare, in *Philosophical Studies*,56, pp. 77-93.

;

Asada Y., A framework for measuring health inequity, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:700-705

Black RE, Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis, *Lancet.* 2010 Jun 5;375(9730):1969-87

Buchanan AE., The right to a decent minimum of health care., *Philos Public Aff.* 1984 Winter;13(1):55-78.

Braveman P, S Gruskin, Defining health equity *J Epidemiol Community Health* 2003;57:254–258

Broome J., 1993, *Qalys*, *Journal of Public Economics* 50:149-167.

Broome J., forthcoming, Equality versus Priority: a useful distinction, in *Fairness and Goodness in Health*, edited by Daniel Wikler and others, World Health Organization. V. Sezione Siti Web.

Buckingham K., 1993, A note on HYE, *Journal of Health Economics* 12, 301 – 309.

Callahan D., Rationing, equity, and affordable care., Health Prog. 2000 Jul-Aug;81(4):38-41.

CNB, Orientamenti bioetici per l'equità in salute, 25 maggio 2001

Culyer and Wagstaff, 1993, Equity and Equality in Health and Health Care, Journal of Health Economics 12, 431 – 457.

Culyer A. Equity - some theory and its policy implications J. Med Ethics 2001; 27:275-283

Dahlgren E, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

Daniels N., Fair equality of opportunity and decent minimums: a reply to Buchanan., Philos Public Aff. 1985 Winter;14(1):106-10.

Dworkin R. 1981, What is Equality? Part 2: Equality of Resources, Philosophy and Public Affairs 10: 283-345.

Fleck LM., Just health care (II): Is equality too much?, Theor Med. 1989 Dec;10(4):301-10.

Fleurbaey, M., 2006, "Health, equity and social welfare", Annales d'économie et de statistique. – n° 83/84 – 2006

Fleurbaey, M., 2004b, "Equality of functionings"

<http://mora.rente.nhh.no/projects/EqualityExchange/Portals/0/articles/fleurbaey9.pdf>

Fleurbaey, M. 2005, "Health, wealth and fairness", Journal of Public Economic Theory 7: 253-284.

Gakidou, E., C. Murray and J. Frenk, 1999, A framework for measuring health inequality, GPE discussion paper n°5, World Health Organization.

Gakidou E. E., C. J. L. Murray, J. Frenk 2000, Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy, Bulletin of the World Health Organization 78(1): 42-54.

Gibbard A., The prospective Pareto Principle and equity of access to health care.,

Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1982 Summer;60(3):399-428

Le Grand J., 1991, The distribution of Health Care Revisited: a Commentary, Journal of Health Economics 10 (2): 239 – 245.

Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG., Making health systems more equitable., Lancet. 2004 Oct 2-8;364(9441):1273-80.

Gwatkin DR., Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?, Bull World Health Organ. 2000;78(1):3-18. Review.

Harwood M, McNaughton H, McPherson K, Weatherall M., Ethnicity and equity: missing the point., Stroke. 2000 Oct;31(10):2517-8.

Houweling, Tanja Aj; Ronsmans, Carine; Campbell, Oona Mr And Kunst, Anton E. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bull World Health Organ [online]. 2007, v. 85, n. 10, pp. 745-754.

Ho-mun C., Free choice, equity, and care: the moral foundations of health care., J Med Philos. 1999 Dec;24(6):624-37

Ki Tang K, Petrie D, Prasada Rao DS, Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY), Bulletin of the World Health Organization 2007, 85: 649-732

James C, Carrin G, Savedoff W, Hanvoravongchai P: Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Anal* 2005, 13(1):33-51

Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L et al. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(1):55-65.

McIntyre D, Gilson L: Redressing Disadvantage: Promoting Vertical Equity within South Africa. *Health Care Analysis* 2000, 8:235-258.

Menzel PT., How compatible are liberty and equality in structuring a health care system?, *J Med Philos.* 2003 Jun;28(3):281-306.

Mooney G., Vertical equity in health care resource allocation.

Moskop JC., Rawlsian justice and a human right to health care., *J Med Philos.* 1983 Nov;8(4):329-38.

Musgrove P., 1986, Measurement of equity in health. *World Health Statistics Quarterly*, 39(4).

Pereira J., What does equity in health mean?, *J Soc Policy.* 1993 Jan;22(1):19-48.

Powers M., Forget about equality, *Kennedy Inst Ethics J.* 1996 Jun;6(2):129-44.

Rice N., Smith PC., Ethics and geographical equity in health care, *Journal of Medical Ethics* 2001;27:256–261

Ruger JP, Kim HJ, Global health inequalities: an international comparison *J Epidemiol Community Health* 2006;60:928–936

Say L, and Raine R, A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. Bull World Health Organ [online]. 2007, v. 85, n. 10, pp. 812-819. ISSN 0042-9686.

Sen A., Why health equity?, Health Econ. 2002 Dec;11(8):659-66.

Sen A., Elements of a Theory of Human Rights, Philosophy & Public Affairs 315 (2004)

Sen A., Human rights and capabilities, Journal of Human Development, Vol. 6, No. 2, July 2005

Silber, J., 1982, Health and Inequality: Some Application of Uncertainty Theory, Social Science and Medicine, 16(19): 1663-66.

Singer P., Famine, Affluence, and Morality, Philosophy and Public Affairs, Vol. 1, No. 3 (Spring, 1972), pp. 229-243

Stolk E. A. et al., 2005, Equity in Health Care Prioritisation: an Empirical Inquiry Into Social Value, Health Policy 74, pp. 343 – 355.

UNDP, Human Development Report, 1990

Wagstaff, 1991, QALYs and the equity efficiency trade-off, Journal of Health Economics, 10:21-41.

Wagstaff A., van Doorslaer E., Paci P., 1991, On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care, Journal of Health Economics 10: 169 - 205.

Wagstaff A: Inequality aversion, health inequalities and health achievement. J Health Econ 2002, 21:627-41

Whitehead M., The concepts and principles of equity and health, *Health Promot. Int.* 1991; 6: 217-228

Williams A., 1996, QALYs and Ethics: a Health Economist's Perspective, *Social Science and Medicine* 43(12), pp. 1795 – 1804.

Williams A., 1997, Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*; 6 (2): 117-32.

WHO, World Health Report 2005, Geneve, 2005

WHO, The Global Burden of Disease, 2004 update, Geneve, 2008

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

Alvarez AA., Threshold considerations in fair allocation of health resources: justice beyond scarcity., *Bioethics*. 2007 Oct;21(8):426-38

Baerøe K. Priority setting in health care: on the relation between reasonable choices on the micro-level and the macro-level. *Theor Med Bioeth*. 2008;29(2):87-102. Epub 2008 Jun 5

Baltussen R, Priority setting of public spending in developing countries: Do not try to do everything for everybody, *Health Policy* 78 (2006) 149–156

Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M: Towards a composite league table for priority setting: An application to Ghana. *Health Economics* 2006

Baltussen R., Niessen L., Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006, 4:14doi:10.1186/1478-7547-4-14

Birch S, Chambers S: To each according to need: a community-based approach to allocating health care resources. Canadian Medical Association Journal 1993, 149:607-612

Bleichrodt H., 1997, Health Utility Indices and Equity Considerations, Journal of Health Economics 16: 65 – 91.

Bleichrodt H., 2004, Equity Weights in the Allocation of Health Care: the Rank Dependent QALY Model, Journal of Health Economics, 23:1, pp. 157 – 171.

Brannigan M, Oregon's experiment. J Health Policy Law. 1999 Feb;24(1):147-60.

Broome J., 1993, Qalys, Journal of Public Economics 50:149-167.

Calman KC., The ethics of allocation of scarce health care resources: a view from the centre., J Med Ethics. 1994 Jun;20(2):71-4

Cappelan and Norheim, Responsibility, fairness and rationing in health care, <http://mora.rente.nhh.no/projects/EqualityExchange/Portals/0/articles/Cappelen%20and%20Norheim%201.pdf>

Cohen D: Marginal analysis in practice: an alternative to needs assessment for contracting health care. British Medical Journal 1994, 309:781-785

Cookson R., 2005a, QALYs and The Capability Approach, Health Economics 14: 817-829.

Cookson R., Dolan P., 2000, Principles of Justice in Health Care Rationing, Journal of Medical Ethics 26: 323-329.

CNB, Etica sistema sanitario e risorse, 17 luglio 1998

Culyer, Economics and ethics in health care, *J Med Ethics*, 2001; 27, 217-222

Culyer and Wagstaff, 1995, QALYs versus HYE: a reply to Gafni, Birch and Mehrez, *Journal of Health Economics* 14, 39 -45.

Dixon J, Welch HG., Priority setting: lessons from Oregon, , *Health Care Anal.* 1993 Jun;1(1):15-32.
SD

Dionne F, Mitton C, Smith N, Donaldson C, Decision maker views on priority setting in the Vancouver Island Health Authority, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2008, 6:13

Doctor J. N., Bleichrodt et al., 2004, A New and More Robust Test of QALYs, *Journal of Health Economics* 23, pp. 353 – 367.

Dolan P., Cookson R., Ferguson B., 1999, Effect of Group Discussion and Deliberation on the Public's View of Priority Setting in Health Care: Focus Group Study, *BMJ* 318: 916-919.

Dolan P., Edlin R., 2002, A Bridge Between CBA and CEA, *Journal of Health Economics*, 21, pp. 827 – 843.

Dolan P, Tsuchiya A: Health priorities and public preferences: the relative importance of past health experience and future health prospects. *J Health Econ* 2005, 24:703-14

Drummond, 1989, Output measurement for resource allocation in health care, *Oxford Review of Economic Policy* 5, 59-74. 135

Evans DB, Lim S, Adam T, Tan-Torres Edejer T, for the WHO CHOICE MDG Team: Evaluation of current strategies and future priorities for improving health in developing countries. *British Medical Journal*, doi 10.1136/bmj.38658.675243.94 (Nov 10 2005)

Fisher A., The ethics of health care allocation, *Catholic Medical Quarterly*, 44(4) (May 1993), 13-20.

Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A: Intervention complexity – a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bull World Health Organ* 2005, 83(4):285-93.

Goddard M, Hauck K, Preker A, Smith PC: Priority setting in health – a political economy perspective. *Health Economics Policy and Law* 2006, 1:79-90.

Ham C: Priority setting in health care: learning from international experience., *Health Policy* 1997, 42:49-66.

Hasman A, McIntosh E, Hope T., What reasons do those with practical experience use in deciding on priorities for healthcare resources? A qualitative study., *J Med Ethics*. 2008 Sep;34(9):658-63

Kapiriri L, Norheim OF: Criteria for priority setting in health interventions in Uganda. exploration of stakeholders' values. *Bull World Health Organ* 2004, 82:172-9.

Kapiriri L, Martin DK., Priority setting in developing countries health care institutions: the case of a Ugandan hospital., *BMC Health Serv Res*. 2006 Oct 6;6:127

Kapiriri L, Arnesen T, Norheim OF: Is cost-effectiveness analysis preferred to severity of disease as the main guiding principle in priority setting in resource poor settings? The case of Uganda. *Cost Eff Resour Alloc* 2004, 2:1.

Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK., Fairness and accountability for reasonableness. *Socila Science & Medicine*, 2009, 68, 4 766-773

Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK., Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda., *Health Policy*. 2007 Jun;82(1):78-94. Epub 2006 Oct 10

Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K: Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Soc Sci Med* 2003, 56:2433-2441

Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K, Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health policy and planning*, 18, 2: 205-213

Kapiriri L, Martin DK., A strategy to improve priority setting in developing countries., *Health Care Anal.* 2007 Sep;15(3):159-67

Klein R., A middle way for rationing healthcare resources, *BMJ* 2005;330:1340–1

Kluge E, J.Moehr, G.Scaletta, Macro allocation in health: an ethically based model, *International Journal of Medical Informatics*, Volume 51, Issue 2, Pages 205-213 SD

Leichter HM., Oregon's bold experiment: whatever happened to rationing? *Health Serv Res.* 2002 Feb;37(1):33-42

Liss PE., The significance of the goal of health care for the setting of priorities., *Health Care Anal.* 2003 Jun;11(2):161-9.

Loomes, G. and McKenzie, L., 1989, The use of QALYs in health care decision making, *Social Science and Medicine* 28 (4):299-308.

Mabin V, King G, Menzies M, Joyce K: Public sector priority setting using decision support tools. *Australian Journal of Public Administration* 2001, 60(2):44-59.

Mehrez e Gafni, 1993, Economics, Health and Health Economics: HYE versus QALYs, *Journal of Health Economics* 12, 325 – 339.

Mitton C, Donaldson C, Health care priority setting: principles, practice and challenges, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2004, 2:3

Mooney G., Hall, Donaldson and Gerard, 1991, Utilisation As a Measure of Equity: Weighing Heat, *Journal of Health Economics* 10: 475 -80.

Mooney G, Wiseman V: Burden of disease and priority setting. *Health Econ* 2000, 9(5):369-72

Mshana S et al., What do District Health Planners in Tanzania think about improving priority setting using 'Accountability for Reasonableness'? *BMC Health Services Research* 2007, 7:180

Nord E., 1993, The relevance of health state after treatment in prioritising between patients, *Journal of medical Ethics* 19:37-42.

Nord E., 1999, Cost value analysis in health care. Making sense out of QALYs. Cambridge University Press, Studies in philosophy and public policy.

Nord E., Richardson J., Street A., Kuhse H. and Singer P., 1995b, Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? *Health Policy* 34:79-94.

Nord E. , Pinto, J.L., Richardson J., Menzel P. and Ubel P., 1999, Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes, *Health Economics*, 8:25-39.

Nord E., Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes, *Health Econ.* 8: 25–39 (1999)

Olsen J.A., 1997, Aiding priority setting in health care: Is there a role for the contingent evaluation method? *Health Economics* 6:603-612.

Olsen JA, Theories of justice and their implications for priority setting in health care, *Journal of Health Economics* 16 (1997) 625-639

Olsen and Rodgers, 1991, The Welfare Economics of Equal Access, Journal of Public Economics 45:91-106.

Peacock S, Ruta D, Mitton C, Donaldson C, Bate A, Murtagh M: Using economics to set pragmatic and ethical priorities. BMJ 2006, 332:482-485.

Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ., Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet. 2009 Jan 31;373(9661):423-31 SD

Ramsay M, Making choices: the ethical problems in determining criteria for health care rationing. Health Care Anal. 1995 May;3(2):171-5 SD

Shackley P, Ryan M: Involving consumers in health care decision making. Health Care Analysis 1995, 3(3):196-204.

Schrecker T, Denaturalizing scarcity: a strategy of enquiry for public- health ethics., Bull World Health Organ. 2008 Aug;86(8):600-5 SCARICARE

Stolk EA, Poley MJ: Criteria for determining a basic health services package. Recent developments in The Netherlands. Eur J Health Econ 2005, 6(1):2-7.

Tauber AI, A philosophical approach to rationing, MJA 2003; 178 (9): 454-456

Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V: Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006, 332(7537):358-61.

Wilson ECF, Rees J, Fordham RJ: Developing a prioritisation framework in an English Primary Care Trust. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2006, 4:3

Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang KC: Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Soc Sci Med 2003, 56(5):1001-12

GIUSTIZIA

Bayer R., Callahan D., Caplan AL., Jennings B., Toward Justice in Health Care, *AJPH* May 1988, Vol. 78, No. 5, 582-586

Bommier A, Stecklov G., Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails., *J Health Econ.* 2002 May;21(3):497-513.

Churchill LR., Looking to Hume for justice: on the utility of Hume's view of justice for American health care reform., *J Med Philos.* 1999 Aug;24(4):352-64.

Cust KF., Justice and rights to health care. *Reason Pap.* 1993 Fall;18:153-68..

Daniels N., Justice, health, and healthcare, *Am J Bioeth.* 2001 Spring;1(2):2-16.

Daniels N., Just health: replies and further thoughts., *J Med Ethics.* 2009 Jan;35(1):36-41.

Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I., Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities., *Daedalus.* 1999 Fall;128(4):215-51.

DiSilvestro R., Human embryos in the original position?, *J Med Philos.* 2005 Jun;30(3):285-304.

Dworkin R., Justice in the distribution of health care., *McGill Law J.* 1993;38(4):883-98. N

Dwyer J., Global health and justice., *Bioethics.* 2005 Oct;19(5-6):460-75.

Gillon R., Justice and medical ethics., *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985 Jul 20;291(6489):201-2.

Gillon R., Justice and allocation of medical resources, *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Jul 20;291(6489):266-8

Heubel F., A Kantian argument in favor of unimpeded access to health care., *Theor Med*. 1995 Jun;16(2):199-213.

Jecker NS., A broader view of justice, *Am J Bioeth*. 2008 Oct;8(10):2-10.

Kuflik A., Liberalism, legal moralism and moral disagreement, *J Appl Philos*. 2005;22(2):185-98.

Loewy EH., Finding an appropriate ethic in a world of moral acquaintances., *Theor Med*. 1997 Mar-Jun;18(1-2):79-97.

Loewy EH., Kant, health care and justification. *Theor Med*. 1995 Jun;16(2):215-22

Lustig BA., The common good in a secular society: the relevance of a Roman Catholic notion to the healthcare allocation debate., *J Med Philos*. 1993 Dec;18(6):569-87.

Mackler AL., Judaism, justice, and access to health care., *Kennedy Inst Ethics J*. 1991 Jun;1(2):143-61. Review.

Matthews E., Is health care a need?, *Med Health Care Philos*. 1998;1(2):155-61.

Moskop JC., Rawlsian justice and a human right to health care., *J Med Philos*. 1983 Nov;8(4):329-38.

Mun Chan H., Rawls' theory of justice: a naturalistic evaluation(1)., *J Med Philos*. 2005 Oct;30(5):449-65.

Ozar DT., Justice and a universal right to basic health care., Soc Sci Med [F]. 1981 Dec;15F(4):135-41.

Peter F., Health equity and social justice., J Appl Philos. 2001;18(2):159-70.

Rid A. Justice and procedure: how does "accountability for reasonableness" result in fair limit-setting decisions?, J Med Ethics. 2009 Jan;35(1):12-6.

Schmidt H., Just health responsibility, J Med Ethics. 2009 Jan;35(1):21-6.

Schramme T., On Norman Daniels' interpretation of the moral significance of healthcare., J Med Ethics. 2009 Jan;35(1):17-20.

Sen AK, Elements of a theory of human rights, Philosophy & Public Affairs 32, no. 4, 315-357

Singer P., Famine, Affluence, and Morality, Philosophy and Public Affairs, Vol. 1, No. 3 (Spring, 1972), pp. 229-243, Blackwell, <http://www.jstor.org/stable/2265052> ultimo accesso: 02/02/2011

Sreenivasan G, International Justice and Health: A Proposal, Ethics & International Affairs, Volume 16, Issue 2, Date: September 2002, Pages: 81-90

Tolchin B., Human rights and the requirement for international medical aid, Dev World Bioeth. 2008 Aug;8(2):151-8.

Tolchin B., Human rights and the requirement for international medical aid, Dev World Bioeth. 2007 Oct 8. [Epub ahead of print]

Sachs B., The liberty principle and universal health care., Kennedy Inst Ethics J. 2008 Jun;18(2):149-72.

Schweigert FJ., The priority of justice: a framework approach to ethics in program evaluation., *Eval Program Plann.* 2007 Nov;30(4):394-9. Epub 2007 Jul 10.

Wilmot S., A fair range of choice: justifying maximum patient choice in the British National Health Service., *Health Care Anal.* 2007 Jun;15(2):59-72. Review.

Wilmot S., Psychotherapy and distributive justice: a Rawlsian analysis., *Med Health Care Philos.* 2009 Mar;12(1):67-75.

Vancouver Coastal Health Corporate Ethics Committee. How to make allocation decisions: a theory and test questions.*Healthc Manage Forum.* 2005 Spring;18(1):32-3.

RIFORME, MERCATO E MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

Broomberg J., Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy Plan.* 1994 Sep;9(3):237-5

Clackson S., Ronald Dworkin's "Prudent Insurance" ideal for healthcare: idealisations of circumstance, prudence and self-interest., *Health Care Anal.* 2008 Mar;16(1):31-8

Diekema DS., Children first: the need to reform financing of health care services for children., *J Health Care Poor Underserved.* 1996;7(1):3-14.

Gilson L, Mills A, Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy.* 1995 Apr-Jun;32(1-3):215-43

Hanratty B, Zhang T, Whitehead M., How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review., *Int J Health Serv.* 2007;37(1):89-109

McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J, Ally M, Aikins M, Mulligan JA, Goudge, Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania., *Bull World Health Organ.* 2008 Nov;86(11):871-6

Olsen OE: Bridging the equity gap in maternal and child health: health systems research is needed to improve implementation. *BMJ* 331(7520):844.

Sekwat A, Health financing reform in sub-Saharan Africa: major constraints, goals, and strategies, *J Health Care Finance.* 2003 Spring;29(3):67-78

ALTRO

Andorno R., Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics., *J Med Philos.* 2009 Apr 22.

Andorno R., Global bioethics at UNESCO: in defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights., *J Med Ethics.* 2007 Mar;33(3):150-4.

Belcher JR, Fandetti D, Cole D., Is Christian religious conservatism compatible with the liberal social welfare state?, *Soc Work.* 2004 Apr;49(2):269-76.

Bodenheimer T., The political divide in health care: a liberal perspective., *Health Aff (Millwood).* 2005 Nov-Dec;24(6):1426-35.

Browne AJ., The influence of liberal political ideology on nursing science., *Nurs Inq.* 2001 Jun;8(2):118-29.

Callahan D., Communitarian bioethics: a pious hope?, *Responsive Community.* 1996 Fall;6(4):26-33.

Chan M. Keynote address at the International Seminar on Primary Health Care in Rural China, Beijing, 1 November 2007

Childress JF, Bernheim RG., Beyond the liberal and communitarian impasse: a framework and vision for public health., *Fla Law Rev.* 2003 Dec;55(5):1191-219.

Chowdhury AM, Karim F, Sarkar SK, Cash RA, Bhuiya A., The status of ORT (oral rehydration therapy) in Bangladesh: how widely is it used? *Health Policy Plan.* 1997 Mar;12(1):58-66.

Daniels N., Rescuing universal health care., *Hastings Cent Rep.* 2007 Mar-Apr;37(2):3.

Dodgson R., Lee K., Drager N. *Global Health Governance: A Conceptual Review.* Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002, whqlibdoc.who.int/publications/2002/a85727_eng.pdf

DuBois JM., How should we justify universal access to health care--freedom or determinism, justice or charity?, *Health Care Ethics USA.* 2000 Winter;8(1):2-3.

Dwyer J, Global Health And Justice, *Bioethics*, Volume 19, Issue 5-6, Date: Oc

Feldbaum H, Lee K, Michaud J, Global Health and Foreign Policy, *Epidemiologic Reviews* 2010;32:82-92

Folland S., The quality of mercy: social health insurance in the charitable liberal state., *Int J Health Care Finance Econ.* 2005 Mar;5(1):23-46.

Friesen T., The right to health care., *Health Law J.* 2001;9:205-22.

Führer H, A history of dac/dcd in dates, names and figures early development co-operation initiatives preceding dac, OECD, Paris, 1996, <http://www.oecd.org/dataoecd/3/39/1896816.pdf>

Garrett L, The Challenge of Global Health, Foreign Affairs, Jan/Feb 2007

Gauthier AK, Gates VS, Helms WD., State coverage expansions: learning from research and practice., Health Care Anal. 1995 May;3(2):171-5.

Hanson SS., Libertarianism and universal health care: it's not what you think it is., J Law Med Ethics. 2007 Fall;35(3):486-9.

Hammer JS, Berman P., Ends and means in public health policy in developing countries, Health Policy. 1995 Apr-Jun;32(1-3):29-45.

Hellsten SK., Global bioethics: utopia or reality?, Dev World Bioeth. 2008 Aug;8(2):70-81

Holme S., Williams-Jones B., Global bioethics – myth or reality?, BMC Medical Ethics 2006, 7:10

Hyder A, Merritt M, Ali J, Tran N, Subramaniam K, Akhtar T, “Integrating Ethics, Health Policy and Health Systems in Low- and Middle-Income Countries: Case Studies from Malaysia and Pakistan”, Bulletin of the WHO 86 (2008): 606-611

Hwai, Achieving the MDGs by Investing in Human Resources for Health, 2010, <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2010-5-20.html> (ultimo accesso 20/02/2001)

Maxwell B. Just compassion: implications for the ethics of the scarcity paradigm in clinical healthcare provision, J Med Ethics. 2009 Apr;35(4):219-23

Moore A., Well-being: a philosophical basis for health services., Health Care Anal. 1994 Aug;2(3):207-16.

Murray, C. J. L., and Lopez, A. D. eds., 1996. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Obermann K, Jowett MR, Alcantara MO, Banzon EP, Bodart C., Social health insurance in a developing country: the case of the Philippines., Soc Sci Med. 2006 Jun;62(12):3177-85.

OECD, Measuring aid to health, 2009 www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf

OECD, Monitoring the implementation of the Paris Declaration and Accra Agenda for Action in sectors/areas: update, 2009 www.oecd.org/dataoecd/15/9/46416093.pdf

McIntyre D., et al., Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania, Bulletin of the World Health Organization 2008;86:871–876.

Pinto AD, Upshur RE., Global health ethics for students., Dev World Bioeth. 2009 Apr;9(1):1-10

Sachs B., The liberty principle and universal health care., Kennedy Inst Ethics J. 2008 Jun;18(2):149-72.

Selgelid MJ, Improving global health: counting reasons why., Dev World Bioeth. 2008 Aug;8(2):115-25

Sen A. K., 1979, Personal Utilities and Public Judgements: or What's Wrong with Welfare Economics, Economic Journal 89, 537 – 558.

Solomon R. Benatar, Abdallah S. Daar, Peter A. Singer, Global health ethics: the rationale for mutual caring, International Affairs, Volume 79, Issue 1, January 2003, Pages: 107-138

Trotochaud K., Ethical issues and access to healthcare., *J Infus Nurs.* 2006 May-Jun;29(3):165-70.

UNHCR/WHO, The right to health, fact sheet n. 31, 2008

www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 1979; 301: 967-74.

World Bank World Development Report 1993: investing in Health New York Oxford University Press; 1993.

WHO, Commission on Macroeconomics and Health: Macroeconomics and health: investing in health for economic development. [<http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>]

WHO/UNICEF, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Health for All series n. 1, Geneva 1978

WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1

WHO, Effective aid and better health, Geneva, 2008

http://www.who.int/entity/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf