

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN**

**Diritto e nuove tecnologie:  
indirizzo Bioetica**

Ciclo XXIV

**Settore Concorsuale di afferenza: 12/H3**

**Settore Scientifico disciplinare: IUS/20**

**LA SALUTE: UN DIRITTO O UN LUSO?**

**Presentata da: Dott.ssa Nicoletta Nepoti**

**Coordinatore Dottorato**

**Relatore**

**Prof.ssa Carla Faralli**

**Prof. Stefano Canestrari**

**Esame finale anno 2012**

*Diligite iustitiam, qui iudicatis terram*  
*Amate la giustizia, voi che governate la terra*  
(Sapienza I, 1)

# INDICE

<i>Introduzione</i>	I
---------------------	---

## CAP. 1 IL DIRITTO ALLA SALUTE

<b>1 Diritti e doveri</b>	<b>1</b>
1.1 Classificazione	
1.2 Generazioni di diritti	
<b>2 Definizioni del diritto alla salute nei documenti ufficiali</b>	<b>15</b>
2.1 <i>Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo</i>	
2.2 Organizzazione Mondiale della Sanità	
2.3 Legislazione italiana	
2.4 Costituzione degli Stati Uniti d'America	
<b>3 Accesso alle cure e distribuzione delle risorse</b>	<b>26</b>
3.1 Che cos'è il diritto alla salute?	
3.2 Allocazione delle risorse sanitarie	

## CAP. 2 TEORIE DELLA GIUSTIZIA IN AMBITO SANITARIO

<b>1 Utilitarismo</b>	<b>33</b>
1.1 La teoria morale utilitarista	
1.2 L'utilitarismo in bioetica	
<b>2 Liberalismo</b>	<b>52</b>
2.1 Teorie libertarie	
2.2 Teorie dell'eguaglianza liberale	

<b>3 Teorie basate sulla <i>common morality</i></b>	<b>66</b>
3.1. Bioetica dei principi	
3.2. Comunitarismo	

### **CAP. 3 SALUTE GLOBALE**

<b>1 Sistemi sanitari</b>	<b>74</b>
<b>2 Paesi in via di sviluppo e assistenza sanitaria</b>	<b>76</b>
2.1 Finanziamento interno	
2.2 Finanziamento esterno	
2.3 <i>Selective and comprehensive Primary Health Care</i>	
<b>3 Globalizzazione e salute</b>	<b>97</b>

### **CAP. 4 IL MODELLO EMERGENCY**

<b>1 La cooperazione sanitaria italiana</b>	<b>103</b>
<b>2 Emergency</b>	<b>105</b>
2.1 Emergency in Sudan	
2.2 Il caso controverso del Centro <i>Salam</i>	
<b>3 Un progetto controcorrente</b>	<b>115</b>
3.1 Determinanti della salute	
3.2 Oltre l'assistenza sanitaria	

### **CAP. 5 GIUSTIZIA GLOBALE**

<b>1 La situazione attuale</b>	<b>127</b>
<b>2 Donare di più</b>	<b>129</b>
<b>3 Non quanto, ma come</b>	<b>135</b>
<b>4 Conclusioni</b>	<b>146</b>

<i>Appendice</i>	<b>153</b>
<i>Bibliografia</i>	<b>173</b>
<i>Ringraziamenti</i>	<b>183</b>

# INTRODUZIONE

Nel dibattito pubblico attuale sembra sia ormai diffusa l'abitudine di rivendicare un nuovo diritto ogni volta che c'è in gioco un forte interesse nei confronti di qualcosa, forse con la convinzione che invocare l'esistenza di un diritto sia il modo più efficace per vedere riconosciuta la propria pretesa: tanto che, con una celebre espressione, Norberto Bobbio propose di definire la nostra «l'età dei diritti». Tuttavia, tale espediente impedisce il più delle volte di dare alle proprie idee un adeguato fondamento e di identificare l'estensione legittima e i limiti delle proprie rivendicazioni. Per non lasciarli vuoti di significato, appare invece necessario fondare i diritti, e in particolare i diritti inerenti le questioni di bioetica, entro un'accettabile teoria della giustizia: ad esempio, un utilitarista dovrebbe riconoscere un diritto solamente se esso può essere derivato dai principi dell'utilitarismo, dentro un preciso quadro di riferimento; un liberalista se esso è compatibile con la propria concezione dell'etica pubblica, ecc. Una volta trovato il modo di giustificare a livello teorico il diritto in questione, si apre poi il problema della sua applicazione pratica: da una parte bisognerà stabilire quale forma specifica e quale estensione conferirgli nel contesto di un particolare Stato e della sua legislazione; dall'altra, bisognerà creare le condizioni materiali (economiche e sociali) necessarie per la sua realizzazione, se si vuole evitare che esso rimanga una dichiarazione retorica. Tutto ciò vale anche per i diritti dell'uomo, tra i quali rientra quello che è comunemente definito il “diritto alla salute”.

Pertanto, la nostra indagine è divisa in due parti principali. La prima approfondisce il concetto di diritto alla salute, anche alla luce dei documenti ufficiali che ne contengono un'esplicita formulazione. Vengono quindi esaminate le tradizioni di pensiero più influenti sviluppate all'interno della filosofia politica, vagliando le loro implicazioni per il diritto alla salute, nonché la loro capacità di confrontarsi con la questione della giustizia sanitaria e di offrire criteri operativi per risolvere problemi bioetici quali l'allocazione delle risorse sanitarie. Le teorie della giustizia considerate sono:

utilitarismo, teorie libertarie e teorie dell'eguaglianza liberale, bioetica dei principi, comunitarismo.

La seconda parte tratta dell'assistenza sanitaria nel mondo – mettendo in luce le disuguaglianze tra Nord e Sud – e della cooperazione sanitaria internazionale. Quest'ultima, nel corso del tempo, ha sperimentato due diverse forme di intervento nei Paesi in via di sviluppo: un “approccio orizzontale”, basato sulla *comprehensive Primary Health Care* e sul rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali (come raccomandato dalla Conferenza di Alma-Ata del 1978); un approccio “verticale”, fatto di programmi indirizzati a singole malattie o branche della sanità. Nessuno dei due metodi però è riuscito a migliorare in modo significativo lo stato di salute delle popolazioni coinvolte. Con questa consapevolezza, l'Ong italiana Emergency ha elaborato un modello di cooperazione sanitaria per molti aspetti innovativo: offre soluzioni mirate a seconda delle problematiche proprie del luogo in cui opera, perciò il suo intervento spazia dalla pediatria alla chirurgia di guerra alla cardiocirurgia; non finanzia né i governi né il sistema sanitario del Paese ricevente, ma costruisce e gestisce i propri ospedali fino alla loro completa autonomia professionale e finanziaria; è capace di incidere a vari livelli sul tessuto sociale nel quale si inserisce. In tal modo, l'associazione è riuscita finora ad ottenere risultati significativi nella lotta per la giustizia globale e per il diritto alla salute, affinché sia garantita anche nei Paesi più poveri la prima delle condizioni necessarie perché ogni persona abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa.

# IL DIRITTO ALLA SALUTE

## 1. Diritti e doveri

### 1.1 *Classificazione*

Prima ancora di iniziare a interrogarci sulla natura di ciò che viene chiamato “diritto alla salute”, proviamo a delineare la cornice all’interno della quale esso si colloca, ossia le categorie fondamentali che possono essere adoperate per classificare i diritti.

- a) Una prima distinzione, assai diffusa, è quella tra *legal rights* e *moral rights*, che si può tradurre in italiano con diritti giuridici e diritti morali. La prima espressione designa gli interessi tutelati esplicitamente dalla legge; la seconda, le aspirazioni che vorremmo far valere nei confronti degli altri, anche se non codificate dalla legge. I diritti giuridici attribuiscono al soggetto un potere diretto ed immediato per la realizzazione del proprio interesse, a cui corrisponde un obbligo da parte di soggetti determinati o di tutta la collettività: in altre parole, esiste una precisa autorità – nazionale o internazionale – incaricata di far rispettare quel diritto, per mezzo di adeguate sanzioni nei confronti dei trasgressori. Al contrario, chi si appella a un diritto morale tenta di far accettare agli altri la richiesta di un determinato trattamento, ma non dispone di mezzi coercitivi: come osserva Norberto Bobbio, a un diritto morale corrisponde un obbligo morale e viceversa; non si può pretendere che a un diritto morale corrisponda un obbligo giuridico. In realtà, secondo Bobbio, l’espressione “diritti morali” suona contraddittoria e sarebbe meglio che il linguaggio morale non si servisse delle figure deontiche del diritto e dell’obbligo, che sono proprie del linguaggio giuridico. Tale idea rispecchia un pensiero di matrice giuspositivistica, secondo cui gli unici diritti esistenti sono quelli riconosciuti

all'interno di un ordinamento giuridico: ad esempio, «proclamare il diritto degli individui [...] a vivere in un ambiente non inquinato non vuol dire altro che esprimere l'aspirazione a ottenere una futura legislazione che imponga limiti all'uso di sostanze inquinanti. Ma altro è proclamare questo diritto, altro è goderne effettivamente»<sup>1</sup>.

L'ideale del positivismo giuridico si ritrova ampiamente in Hans Kelsen, il quale si propose di elaborare una «dottrina pura del diritto», per studiare e descrivere il diritto così come esso è: un sistema di organizzazione di norme positive, cioè poste dagli uomini, e relative, cioè senza alcun fondamento in una verità trascendente. Per Kelsen, la scienza del diritto deve essere liberata dagli elementi che le sono estranei, tanto i «fatti naturali» quanto i «valori morali», poiché questi sono fenomeni appartenenti alla sfera dell'essere (*Sein*), mentre il diritto appartiene alla sfera del dover-essere (*Sollen*): infatti, la norma è posta da un atto di volontà dell'autorità giuridica e si configura come un «giudizio ipotetico», in base al quale a determinati comportamenti corrisponde una sanzione. Le norme sono prodotte le une per mezzo delle altre e ciascuna è giustificata dalla conformità alla norma ad essa superiore gerarchicamente, fino a risalire ad una norma fondamentale che determina le modalità legittime di produzione delle norme stesse. Il diritto è costituito solo ed esclusivamente dalle norme formalmente valide dell'ordinamento giuridico, qualsiasi precetto esse contengano<sup>2</sup>.

Di diverso avviso appare Ronald Dworkin, il quale, in aperto contrasto con utilitarismo e positivismo, tenta di recuperare l'idea giusnaturalista dell'esistenza di diritti naturali preesistenti e indipendenti dall'organizzazione giuridica: «fa parte del mestiere dei governanti «definire» i diritti morali attraverso leggi e decisioni giudiziali, cioè dichiarare ufficialmente l'estensione dei diritti morali nel diritto positivo»<sup>3</sup>. In ogni processo legale, secondo l'autore, esiste fin dall'inizio il diritto di una delle due parti a vincere: il giudice dovrà scoprirlo, facendo ricorso a principi morali – già contenuti nella costituzione –

---

<sup>1</sup> N. Bobbio, *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino 1990, p. XX.

<sup>2</sup> H. Kelsen, *Reine Rechtslehre. Einleitung in Die Rechtswissenschaftliche Problematik*, Wien 1934; trad. it. di R. Treves, *Lineamenti di dottrina pura del diritto*, Einaudi, Torino 2000.

<sup>3</sup> R. Dworkin, *Taking Rights Seriously*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1977; tr. it. *I diritti presi sul serio*, Il Mulino, Bologna 2010, p. 287.

piuttosto che a regole prestabilite, come le sentenze precedenti su casi analoghi. Solamente in tal modo, sarà possibile garantire davvero quei diritti fondamentali che la società liberale riconosce agli individui. Se un cittadino possiede un diritto, ad esempio il diritto alla libertà di parola, lo stato non dovrà mai negarglielo, anche se fosse nell'interesse generale farlo: se un uomo «ha il diritto morale alla libertà di parola, allora ha anche il diritto morale di infrangere qualunque legge che lo stato non ha il diritto di adottare. [...] Il mio diritto nei confronti dello stato significa che è sbagliato impedirmi di parlare; e lo stato non può trasformare in una cosa giusta impedirmelo solo prendendo un provvedimento»<sup>4</sup>. In generale, per Dworkin, sono da considerare diritti morali e dunque intoccabili tutti quei diritti necessari per proteggere la dignità dell'individuo e la sua eguaglianza di trattamento rispetto agli altri: quest'ultimo è il presupposto fondamentale su cui si regge la società democratica, dal quale discendono tutti i diritti, compresi i diritti a libertà particolari.

Per quanto riguarda più specificamente l'ambito bioetico, si può notare per inciso che ciò su cui vertono le diatribe a livello pubblico, il più delle volte, è proprio la richiesta che un presunto diritto morale venga trasformato dalle autorità competenti in un diritto giuridico.

- b) Vi è poi la distinzione fra diritti negativi e diritti positivi, risalente alla teoria giusnaturalista del XVII secolo. Un diritto negativo è il diritto di non subire qualcosa da qualcuno, un diritto positivo è il diritto ad ottenere qualcosa grazie all'attiva partecipazione di qualcuno.

I diritti negativi si oppongono all'intervento degli altri, e in particolare dello stato, nella sfera di autonomia dell'individuo; servono dunque ad affermare alcune libertà. Al contrario, i diritti positivi reclamano un fare positivo da parte degli altri, in particolare dello stato, affinché si possa realizzare il diritto del soggetto. Esempi di diritti negativi sono il diritto di libertà (divieto di schiavitù o di detenzione arbitraria), di movimento, di rifiutare le cure mediche (come stabilito dall'art. 32 della Costituzione Italiana); esempi di diritti positivi, il diritto di voto, il diritto all'istruzione, il diritto alla sicurezza. Talvolta, uno

---

<sup>4</sup> *Ivi*, pp. 275-276.

stesso diritto può essere interpretato in entrambi i modi: ad esempio, il diritto alla vita è un diritto negativo nel senso che uccidere è un crimine, ma diventa un diritto positivo quando si intende che qualcuno ha l'obbligo giuridico di fare qualcosa per salvare la vita altrui (si pensi al reato di omissione di soccorso). In tal caso, il diritto negativo alla vita è perfettamente definito, mentre il diritto positivo alla vita non ha contenuti precisi, perché tutto sta nel definire che cosa l'altro sia obbligato a fare.

Nelle questioni di bioetica, risulta spesso difficile stabilire se i diritti a cui si fa appello siano negativi o positivi, poiché le due componenti si intrecciano. Ad esempio, quando è in discussione il diritto di morire si può distinguere tra la richiesta di non essere ostacolato in un'azione suicidiaria e la richiesta di essere aiutato a morire attraverso l'eutanasia attiva volontaria. È noto che i due casi sono ritenuti da molti moralmente differenti in base alla distinzione azione-omissione (uccidere-lasciar morire) e non egualmente ammissibili<sup>5</sup>. Anche sulla natura del diritto alla salute esistono posizioni divergenti. Secondo alcuni, esso è da considerare un diritto negativo, che vieta agli altri di compiere azioni che possano minacciare la mia salute. La sua natura sarebbe dunque simile a quella del diritto alla libertà di parola, che vieta agli altri di porre vincoli al discorso che io voglio fare, indipendentemente dai suoi contenuti e da chi io sia. Ma secondo la maggior parte di coloro che rivendicano un diritto alla salute, esso implica qualcosa di ben più consistente di una libertà da vincoli esterni: implica cioè un positivo contributo da parte di altri individui – nel senso di fornire o finanziare alcuni servizi – senza il quale il diritto stesso non si può realizzare. In generale, i diritti positivi sono guardati con maggiore diffidenza perché spesso, per realizzare il proprio scopo, devono limitare qualche libertà individuale. Ciò vale anche per il diritto alla salute, se inteso come diritto positivo, poiché, per poter offrire una copertura sanitaria universale, lo stato deve imporre la

---

<sup>5</sup> E. Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, Editori Laterza, Roma-Bari 2007, voce "diritti", pp. 89-90.

Analogamente: la rivendicazione di una libertà procreativa riguarda chiaramente un diritto negativo finché si limita all'ambito della riproduzione naturale, poiché si esige che lo stato non invada la sfera privata né ponga ostacoli all'autonomia di scelta del singolo; ma la questione diventa più ostica nel caso della procreazione medicalmente assistita, nel momento in cui, per poterla realizzare, il singolo ha bisogno di usufruire delle tecniche mediche messe a disposizione dal sistema sanitario nazionale o da aziende private e ciò esula dalla sfera della libertà negativa. Possono allora sorgere alcuni interrogativi, come ad esempio se, ammettendo un diritto naturale alla libertà procreativa, si debba ammettere automaticamente anche un diritto di ricorrere alla procreazione assistita.

partecipazione di tutti i cittadini alla spesa sanitaria tramite la tassazione, interferendo così nel loro diritto di proprietà privata. Come osserva Bobbio, un incremento dei diritti positivi genera automaticamente una limitazione dei diritti negativi, cosicché si viene a creare un'antinomia fra i diritti invocati dagli stessi soggetti: «più aumentano i poteri dei singoli, più diminuiscono, degli stessi singoli, le libertà»<sup>6</sup>.

A tal proposito si può ricordare anche la nota riflessione di Isaiah Berlin<sup>7</sup> sul concetto di libertà in ambito politico, che viene distinta dall'autore – seguendo le orme di Kant – in una libertà negativa (che è libertà *da*: libertà dalle intrusioni altrui nel mio agire) e una libertà positiva (che è libertà *di*: libertà di fare o di essere qualcosa). Secondo Berlin, la libertà concepita da filosofi politici quali Locke e Mill è una libertà negativa, ossia l'area entro cui una persona può agire senza essere ostacolata da altri. Essa deve essere limitata per legge, così da potersi conciliare con la medesima esigenza di tutte le altre persone; tuttavia, non può essere ridotta oltre un certo limite, perché ciò significherebbe impedire all'individuo di vivere nel modo che desidera o che ritiene giusto. Inoltre, per l'autore, questo tipo di libertà non è necessariamente connesso a un governo democratico, dal momento che potrebbe esistere un regime autocratico in cui ai cittadini fosse lasciato un ampio spazio di autonomia nella sfera privata. Al contrario, la libertà positiva è strettamente collegata al sistema politico, poiché si tratta del potere di una persona di prendere le proprie decisioni ed essere padrona di se stessa. Secondo Berlin, sebbene i due concetti possano apparire simili, in realtà indicano due cose molto diverse; lo dimostra anche il fatto che, nel corso della storia, siano stati sviluppati in direzioni divergenti e sostanzialmente conflittuali: la libertà negativa è divenuta il presupposto filosofico dei politici liberali, quella positiva dei socialisti. Per i liberali, la partecipazione al governo è un bene se usata come strumento per difendere le libertà individuali; può invece diventare controproducente se la sovranità

---

<sup>6</sup> N. Bobbio, *L'età dei diritti*, cit., p. 13.

<sup>7</sup> Cfr. I. Berlin, *Two Concepts of Liberty*, in *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press, Oxford 1969; tr. it. di M. Santambrogio, *Due concetti di libertà*, Feltrinelli, Milano 2000, in particolare pp. 11-29.

popolare si trasforma in tirannia della maggioranza e la libertà positiva finisce per distruggere una quantità eccessiva di libertà negativa.

c) Il concetto di diritto implica per sua natura il concetto di dovere. Di nuovo, la teoria giusnaturalista pose una distinzione, ancora oggi in uso, tra dovere perfetto e dovere imperfetto. Il primo determina pienamente l'azione, ad esempio comandando «devi pagare i tuoi debiti». Il secondo non determina completamente l'azione, cosicché la sua traduzione in pratica è affidata alla discrezione del singolo: ad esempio, la massima «devi aiutare i bisognosi» non specifica fino a che punto né chi deve essere aiutato. In altre parole, il dovere perfetto è moralmente necessario, il dovere imperfetto è moralmente contingente.

Se un dovere perfetto indica qualcosa che siamo in ogni caso obbligati a fare (o a non fare) dalla legge, dalle convenzioni, dalla morale, ecc., Kant sostiene che anche i doveri imperfetti (che comprendono le azioni di beneficenza) comandano in modo assoluto da un punto di vista morale, poiché anch'essi discendono dall'applicazione dell'imperativo categorico ai casi concreti; infatti, tutta l'etica kantiana si fonda sulla legge della ragion pura pratica: «*Agisci in modo che la massima della tua volontà possa valere sempre, al tempo stesso, come principio di una legislazione universale*». Una massima che prescrivesse al soggetto di non offrire aiuto a coloro che si dibattono in gravi difficoltà non condurrebbe a una contraddizione logica – si potrebbe infatti immaginare un mondo in cui nessuno si preoccupa degli altri – ma porterebbe ad una contraddizione della volontà, ossia si verificherebbe una contraddizione tra la massima che prescrive di non voler aiutare gli altri e la volontà stessa del soggetto qualora si trovasse nel medesimo stato di necessità<sup>8</sup>.

Nel campo della bioetica, però, simili distinzioni diventano difficili da individuare con esattezza. È controverso, infatti, se determinate azioni siano da considerare come una forma di dovere perfetto o meno: ad esempio, ci si chiede spesso se il dovere di un medico di salvare il paziente lo obblighi a intervenire in

---

<sup>8</sup> Cfr. I. Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (1785); tr. it. di F. Gonnelli, *Fondazione della metafisica dei costumi*, Laterza, Roma-Bari 2010.

ogni caso per rianimare un malato, anche contro la volontà dell'interessato. L'ambiguità in tali casi nasce anche dalla difficoltà di dare un contenuto ai principi di beneficenza e non maleficenza che dovrebbero orientare l'operato del medico, principi che esprimono rispettivamente l'obbligo di agire per il bene dell'altro e l'obbligo di non arrecargli danno. L'esperienza medica insegna che, in situazioni simili, una stessa azione può essere considerata vantaggiosa da una persona e dannosa da un'altra; risulta allora controverso se l'azione benefica sia quella che promuove il bene oggettivo del paziente, come inteso dal medico, oppure quella che favorisce gli interessi soggettivi del malato, qualunque essi siano<sup>9</sup>.

Al di sopra dei diritti e dei doveri, esiste infine la dimensione etica del "supererogatorio". Il significato di tale nozione è quello di compiere più di quanto è dovuto: di conseguenza, essa risulta superiore anche a quelli che abbiamo definito doveri imperfetti, ossia non specificati dalla legge. Si tratta di un tipo di comportamento che tende alla perfezione morale e che non può essere chiesto sul piano etico a tutti. Cionondimeno, una componente minima di supererogazione è parte essenziale della prospettiva morale, che in caso contrario sarebbe ridotta a un calcolo di interessi e di obblighi; o, in altre parole, sarebbe confinata alla dimensione del giusto (a ciascuno ciò che gli spetta), perdendo di vista l'ampiezza della dimensione del buono<sup>10</sup>.

## 1.2 *Generazioni di diritti*

Se prendiamo in considerazione la categoria di diritti maggiormente inclusiva, cioè quella dei diritti dell'uomo, appartenenti appunto a ciascun essere umano, troveremo che tutti i diritti oggi proclamati e riconosciuti sono diritti storici, nati cioè in determinate condizioni storiche e politiche, spesso sotto l'influenza diretta di lotte o rivendicazioni particolari. I diritti umani furono affermati ufficialmente per la prima volta nella *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* del 1948; da allora, essi hanno

---

<sup>9</sup> E. Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, cit., voce "beneficenza, principio di", pp. 24-24.

<sup>10</sup> *Ivi*, voce "supererogatorio", p. 293.

subito una costante evoluzione, che viene abitualmente schematizzata suddividendoli in quattro generazioni:

I. Diritti civili e politici.

Realizzano l'autonomia dell'individuo nella società e la sua partecipazione alla vita politica. Includono innanzitutto il diritto alla vita e all'integrità fisica; inoltre, tutti i diritti legati alla libertà di pensiero, di religione, di espressione, di associazione; il diritto alla partecipazione politica e all'elettorato attivo e passivo.

II. Diritti economici, sociali e culturali.

Sono diritti che richiedono un intervento attivo dello stato a sostegno di forme di eguaglianza sostanziale: ad esempio il diritto al lavoro, alla sicurezza sociale, alla tutela sindacale, alle cure mediche, all'istruzione, ecc.

III. Diritti di solidarietà.

Si differenziano dalle prime due generazioni in quanto i destinatari di tali diritti non sono i singoli individui, ma i popoli, che devono cooperare per attuarli. Comprendono ad esempio il diritto all'autodeterminazione dei popoli, alla pace, allo sviluppo economico e sociale, a un ambiente non inquinato, all'aiuto umanitario in caso di catastrofi, ecc.

IV. Nuovi diritti.

Categoria che non è ancora stata elaborata con precisione, ma che in generale riguarda i diritti relativi alla ricerca biologica e allo sviluppo tecnologico: ad esempio, il diritto a un patrimonio genetico non modificato, o i diritti delle generazioni future.

Sebbene qualcuno lo assimili ad un più generale e assoluto diritto alla vita, secondo l'interpretazione più accreditata il diritto alla salute va annoverato fra i diritti di seconda generazione, cioè fra quei diritti che assicurano ad ogni cittadino il raggiungimento di livelli minimi di esistenza civile. L'assistenza sanitaria rientra dunque fra i diritti sociali, poiché è il mezzo attraverso cui lo stato tutela il bene primario della salute, necessario per poter vivere vite decenti; infatti, l'eguaglianza prodotta dai diritti civili e politici si rivela insufficiente per garantire condizioni di vita dignitose ad ogni cittadino,

dal momento che non neutralizza le differenze economiche prodotte dal mercato. D'altro canto, il diritto alla salute si configura sotto certi aspetti anche come un diritto di libertà, in quanto lo stato e gli altri cittadini hanno il dovere di non interferire nella sfera di autodeterminazione del singolo rispetto alle scelte relative alla sua salute e al suo corpo (si pensi alle delicate questioni dell'aborto e del consenso informato). Infine, il diritto alla salute assume un significato ancora più ampio se legato ai diritti di terza generazione: ad esempio, difendendo l'ambiente dalle varie forme di inquinamento e di degrado si pongono le condizioni per un'effettiva realizzazione del diritto alla salute.

È importante sottolineare che l'elenco dei diritti sopra riportato è un elenco aperto, nel senso che la famiglia dei diritti umani continua ad allargarsi nel corso del tempo, secondo la logica della coerenza interna. Con il mutare delle condizioni storiche, sorgono continuamente nuove minacce alla libertà dell'individuo o, viceversa, nuove possibilità per soddisfare i suoi bisogni, ed entrambi i fattori conducono alla richiesta di nuovi diritti: citando nuovamente Bobbio, «per quanto le richieste dei diritti possano essere disposte cronologicamente in diverse fasi, o generazioni, le loro specie sono sempre, rispetto ai poteri costituiti, soltanto due: o impedirne i malefici o ottenerne i benefici»<sup>11</sup>. Tuttavia, come ricorda lo stesso autore, non sempre il diritto positivo ha svolto fedelmente la propria funzione di difendere i cittadini e di proteggerne gli interessi. Durante i regimi del nazismo e del fascismo, il diritto si trasformò in uno strumento di dominio e di ingiustizia: furono varate ordinanze restrittive della libertà e leggi razziali che, essendo formalmente valide, trovarono scarsa resistenza tra gli uomini di legge. Per tale motivo, dopo la caduta delle dittature, le dottrine giuridiche positivistiche furono accusate di aver contribuito al loro funzionamento e di aver avallato l'ingiustizia perpetrata dal potere statale, non possedendo alcun criterio per distinguere una legge giusta da una ingiusta. La conseguenza tra i giuristi fu il ritorno in auge del diritto naturale, ossia un diritto che permettesse di giudicare le leggi anche rispetto al loro contenuto. Secondo tale concezione, infatti, una norma è considerata legittima non a causa dell'autorità che l'ha posta, ma a causa della sua conformità rispetto ad alcuni valori trascendenti: una legge ingiusta, anche se formalmente valida, non è obbligatoria<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> N. Bobbio, *L'età dei diritti*, cit., p. XV.

<sup>12</sup> N. Bobbio, *Giusnaturalismo e positivismo giuridico*, Edizioni di Comunità, Milano 1972, pp. 20-36.

All'interno di questo nuovo clima, si inserì anche la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a Parigi il 10 dicembre 1948, pochi anni dopo la fine della II Guerra Mondiale. In antitesi al totale disprezzo della dignità umana palesato dal nazismo, tale documento volle asserire l'esistenza di alcuni valori e di alcuni diritti appartenenti fin dalla nascita ad ogni singolo individuo, in qualunque parte del mondo, indipendentemente da ciò che gli viene riconosciuto dal potere statale sotto il quale si trova a vivere. Nel Preambolo della *Dichiarazione universale* è sottolineato che i diritti in essa enunciati esistono anche a prescindere dalla stessa, in quanto sono diritti umani morali. I diritti dell'uomo non coincidono pienamente con la categoria di diritti naturali, per quanto siano in parte il prodotto del loro sviluppo. Entrambi esprimono una particolare classe di preoccupazioni morali, cioè quelle che sono le più importanti, illimitate e ampiamente condivisibili: ciò significa che possono essere comprese e rispettate da tutte le persone, indipendentemente dalla loro particolare epoca, cultura, religione, tradizione morale e filosofia. La differenza è che i diritti naturali, difesi tanto dal giusnaturalismo moderno quanto dall'Illuminismo, erano desunti direttamente dalla natura umana e dunque, poiché tale natura è immutabile, erano per definizione circoscritti e limitati, sistemi stabili di norme e doveri. Ciò assicurava la loro inviolabilità da parte del potere politico e la loro inalienabilità; al di sopra di tutti, vi erano il diritto alla vita, alla libertà e alla proprietà. Al contrario, i diritti umani non fanno riferimento ad alcuno *status* ontologico della persona e aggirano il problema metafisico ponendo il proprio fondamento nella dignità intrinseca del soggetto umano<sup>13</sup>. Essi possono continuare ad evolversi e a specificarsi perché sono legati alla crescente comprensione che gli esseri umani sviluppano riguardo a se stessi, a contatto con la storia, all'interno di un processo che si potrebbe chiamare ermeneutico. Ciò risulta evidente nel passaggio «dalla considerazione dell'uomo astratto a quella dell'uomo nelle sue diverse fasi della vita e

---

<sup>13</sup> Come spiega Thomas Pogge, in questo modo «tali richieste sono rese accessibili anche a chi respinge tutte le varianti del realismo morale – chi crede, ad esempio, che lo speciale *status* morale di tutti gli esseri umani risieda solo sul nostro profondo impegno morale e la nostra determinazione nell'affermare che gli esseri umani dovrebbero godere di questo *status*». T. Pogge, *World Poverty and Human Rights. Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*, II ed. Polity Press, Cambridge (UK) 2008; tr. it. a cura di L. Caranti, *Povert  mondiale e diritti umani. Responsabilit  e riforme cosmopolite*; Laterza, Bari 2010, p. 74.

nei suoi diversi stati»<sup>14</sup>: l'essere umano è ormai osservato e tutelato non in maniera generica, ma nei suoi diversi modi di essere, come fanciullo, donna, anziano, disabile, lavoratore, ecc.

Inoltre, il processo ermeneutico coinvolge l'interpretazione degli stessi diritti, nel passaggio dall'astrattezza alla concretezza: in altre parole, l'etica dei diritti umani si chiarifica e prende forma progressivamente, man mano che i valori proclamati si calano nei contesti specifici dei singoli Stati e nelle loro legislazioni. Così, se da un lato si cerca di trovare nei diritti un linguaggio etico-politico comune, capace di mettere in comunicazione le differenti concezioni che compongono il cosiddetto pluralismo etico dell'epoca moderna, dall'altro si comprende che solamente incarnando tali diritti nelle diverse realtà, essi possono sfuggire ad una retorica vacua e diventare efficaci<sup>15</sup>. Tale è lo scopo dell'ampia giurisprudenza che si è andata formando sui diritti umani dal 1948 ad oggi, sia sul piano nazionale che internazionale: infatti, poiché dal punto di vista formale la *Dichiarazione universale* non è dotata di efficacia normativa diretta, ma solo di forza morale e politica<sup>16</sup>, gli stati aderenti compresero presto che i principi generali in essa contenuti, per trovare un'applicazione reale, dovevano essere tradotti in strumenti giuridicamente vincolanti. Nel 1966 l'Assemblea Generale decise di adottare due convenzioni: il *Patto internazionale sui diritti civili e politici* e il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, entrati in vigore nel 1976 e attualmente

---

<sup>14</sup> N. Bobbio, *L'età dei diritti*, cit., p. XVI.

<sup>15</sup> Si tratta, sostanzialmente, di due istanze in contrasto, che richiamano alla mente l'analisi condotta da Engelhardt sull'impresa morale contemporanea. Come spiega bene l'autore: «quanto più si tenta di avanzare una visione morale senza fare appello ad alcuna particolarità della cultura, della religione e della storia, tanto più la morale cui si perviene risulterà priva di contenuto. Quanto più una visione o una concezione morale, una teoria parziale del bene, una visione della condotta giusta ecc., ha contenuto, tanto più presuppone premesse morali particolari e particolari regole di inferenza deduttiva e induttiva. [...] L'universalità si paga in perdita di contenuto. Il contenuto si paga in perdita di universalità». H.T. Engelhardt, Jr., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999, p. 96.

<sup>16</sup> La debole obbligatorietà del documento è dimostrata dal fatto che, pur esistendo alcuni meccanismi di verifica sul comportamento degli Stati contraenti, non è prevista alcuna autorità internazionale che possa obbligare uno Stato al rispetto dei diritti umani o imporgli una sanzione in caso di violazioni. Tuttavia, nel diritto internazionale consuetudinario si sta consolidando la pratica di intervenire con alcuni mezzi pacifici per opporsi a *gravi, ripetute e sistematiche violazioni dei diritti umani*. Ciò significa che gli Stati sono autorizzati a esercitare una pressione sullo Stato autore della violazione dei diritti umani, ricorrendo a ritorsioni o adottando contromisure (come sospendere trattati in vigore con esso, sospendere l'assistenza economica prevista da trattati bilaterali o multilaterali, ecc.). In ogni caso, non è legittimo ricorrere alla forza armata. Cfr. A. Cassese, (a cura di P. Gaeta), *Diritto internazionale. Problemi della comunità internazionale*, vol. 2, Il Mulino, Bologna 2004, pp. 109-114.

ratificati da circa 150 Paesi. I due Patti insieme coprono l'intero campo dei diritti fondamentali; d'altro canto però, proprio a causa della loro maggior concretezza, essi sono ancora privi di quel consenso generale che aveva caratterizzato la *Dichiarazione universale*. Come si legge nel testo del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (ratificato dall'Italia il 15 settembre 1978), impegnandosi ad «assicurare progressivamente con tutti i mezzi appropriati, compresa in particolare l'adozione di misure legislative, la piena attuazione dei diritti riconosciuti nel presente Patto» (art. 2), gli Stati accettano un controllo superiore sulle proprie politiche sociali e si assumono un impegno più profondo nella tutela dei diritti umani. Tra l'altro, essi sono tenuti a presentare, al Segretario generale delle Nazioni Unite, dei rapporti regolari sulle misure prese e sui progressi compiuti al fine di conseguire il rispetto dei diritti riconosciuti nel Patto.

Le disposizioni specifiche per il diritto alla salute sono le seguenti:

#### **Art. 12**

1. Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire.
2. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:
  - a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
  - b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
  - c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
  - d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.

Oltre ai Patti, fu elaborata nel corso degli anni una lunga serie di trattati specifici, sia a livello universale – Convenzione sul genocidio (1948), sulla discriminazione razziale (1965), sulla discriminazione contro le donne (1979), sui diritti dei minori (1989), sui

lavoratori immigrati (1990), ecc. – sia a livello regionale – la Convenzione europea (1953) e i successivi Protocolli, la Carta africana (1986), la Carta araba dei diritti dell'uomo (1994), ecc. I meccanismi di supervisione e controllo regionali sono più avanzati, poiché consistono normalmente in organi giudiziari, come la Corte europea dei diritti dell'uomo; ad essa possono ricorrere, per presunte violazioni della Convenzione e dei suoi Protocolli, sia gli stati membri del Consiglio d'Europa, sia i singoli cittadini sottoposti alla loro giurisdizione<sup>17</sup>.

In sintesi, dunque, se al momento della nascita della *Dichiarazione universale* sembrava necessario attuare un processo di astrazione dalle differenti concezioni morali e politiche, per affermare e difendere un fondamento etico comune e inviolabile, ora sembra che per rendere effettiva la stessa *Dichiarazione universale* ci sia bisogno di procedere in senso opposto, ossia, di concretizzare i principi individuati e dar loro una forma specifica. Come spiega Viola, «"avere un diritto" significa innanzi tutto che c'è un aspetto dell'essere umano che deve in qualche modo essere rispettato e tutelato nello svolgimento della vita sociale e politica. [...] Nel suo stato di riposo la morale dei diritti umani si presenta solo come una lista di valori incommensurabili (vita, libertà, uguaglianza, solidarietà, ecc.), che si chiamano "diritti", perché sono principio di diritti. Nel dinamismo dell'azione etico-giuridica i diritti vanno progressivamente prendendo corpo e ritrovando la loro regola interna, che consente loro di essere praticabili e praticati nei contesti di vita. Quando si esaurisce l'azione messa in moto dal caso concreto, la morale dei diritti torna ad essere una lista di valori supremi»<sup>18</sup>. L'etica dei diritti umani, dunque, non è un'etica compiuta, ma necessita di un'integrazione da parte delle teorie morali normative, che dovranno fornire criteri e principi in base a cui sviluppare il ragionamento morale (ad esempio, per decidere quale tra due valori sia predominante in caso di conflitto). Lo scopo dei diritti non è più solamente quello di difendere i cittadini dal potere politico, ma di consentire la piena realizzazione dell'individuo, secondo le sue aspirazioni.

Tale orientamento si manifesta anche nel fenomeno descritto da alcuni studiosi, per cui sarebbe in corso un processo di commistione tra le due categorie dei diritti di libertà

---

<sup>17</sup> *Ivi*, pp. 104-105.

<sup>18</sup> F. Viola, *Etica e metaetica dei diritti umani*, Giappichelli Editore, Torino 2000, pp. 97-98. Più avanti l'autore aggiunge: «Per questo l'etica dei diritti umani si può anche considerare come un metodo per la ricerca dei diritti»; *ivi* p. 132.

e dei diritti sociali, particolarmente evidente nei diritti della terza e della quarta generazione. In altre parole, si sta diffondendo la consapevolezza che, affinché le persone possano godere dei diritti umani, è necessario realizzare prima una serie di condizioni economiche e sociali nei luoghi in cui esse vivono. Per quanto sia un passaggio importante, non è sufficiente che un diritto umano venga tradotto in un diritto positivo all'interno di un ordinamento statale, se poi mancano i presupposti necessari per garantirne l'attuazione; così come si rivela poco utile per un cittadino l'emancipazione dal potere politico, se poi per il resto egli rimane abbandonato a se stesso, senza la possibilità di vivere una vita decente. Proprio per tali motivi, fra i diritti della terza generazione compare un "diritto allo sviluppo", il cui significato è quello di promuovere l'insieme delle condizioni generali (economiche, politiche e sociali) per il godimento dei diritti umani. Nella *Dichiarazione sul diritto allo sviluppo* (1986), l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite asserisce che

**Art. 1**

1. Il diritto allo sviluppo è un diritto umano inalienabile in virtù del quale ogni persona umana e tutti i popoli sono legittimati a partecipare e a contribuire e a beneficiare dello sviluppo economico, sociale, culturale e politico, in cui tutti i diritti umani e tutte le libertà fondamentali possano essere pienamente realizzati.

Si tratta di un diritto che richiede un'azione positiva da parte dei governi; infatti, «misure devono essere prese per assicurare il pieno esercizio e la progressiva attuazione del diritto allo sviluppo, comprese la formulazione, l'adozione e la realizzazione di misure politiche, legislative ed altre sul piano nazionale e internazionale» (art. 10). Come si può notare, nell'applicazione di tale diritto è riconosciuta una gradualità, poiché esso richiede un forte impegno dello stato a livello economico e politico; mentre nel caso dei diritti civili e politici, che richiedono solamente una non ingerenza da parte sua, lo stato è obbligato ad applicarli immediatamente.

In definitiva, si può dire che la sfida principale negli stati liberali sia quella di attuare una giustizia sociale concreta, pur rimanendo all'interno di un contesto di disuguaglianze economiche e sociali. Ciò permette di comprendere ancora meglio la natura dei diritti sociali, tra cui il diritto alla salute, che sono pensati per fornire a ciascuno la possibilità di perseguire il proprio progetto di vita, garantendo una dotazione

minima di beni materiali e culturali. Nel prossimo paragrafo inizieremo a vedere come il diritto alla salute sia formulato e difeso a tale scopo, all'interno di alcuni importanti documenti pubblici.

## **2. Definizioni del diritto alla salute nei documenti ufficiali**

### *2.1 Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*

Il diritto alla salute è enunciato nella *Dichiarazione universale* nei seguenti termini:

#### **Articolo 25**

1. Ogni individuo ha il 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, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.
2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

La *Dichiarazione universale* è forse il documento internazionale più innovativo del XX secolo. Bobbio esprime bene questo concetto affermando: «non so se ci si rende conto sino a che punto la Dichiarazione universale rappresenti un fatto nuovo nella storia, in quanto per la prima volta nella storia un sistema di principî fondamentali è stato liberamente ed espressamente accettato, attraverso i loro rispettivi governi, dalla maggior parte degli uomini viventi sulla terra»<sup>19</sup>. Come già accennato, la *Dichiarazione universale* nacque nel delicato periodo del secondo dopoguerra, da una convergenza tra esigenze politiche ed esigenze morali: da un lato, per rafforzare la pace e le relazioni internazionali, era necessario trovare un minimo comun denominatore tra tutti gli Stati

---

<sup>19</sup> N. Bobbio, *L'età dei diritti*, cit., pp. 20-21.

membri delle Nazioni Unite, così differenti tra loro per cultura e sistemi politici; dall'altro, il processo di Norimberga da poco concluso (20 novembre 1945 – 1 ottobre 1946) aveva lasciato nella coscienza collettiva l'imperativo morale di impedire che gli orrori del regime nazista potessero ripetersi in futuro<sup>20</sup>. Durante il processo, istruito dai Paesi alleati contro i principali esponenti del regime nazista, questi ultimi furono accusati di aver commesso dei «crimini contro l'umanità», ossia delitti particolarmente gravi che violavano i valori fondamentali inerenti ad ogni essere umano, in primo luogo la sua dignità. La creazione di questa nuova categoria di crimini si rese necessaria a causa dell'impossibilità di ricondurli alle categorie già conosciute dei crimini di guerra e contro la pace. Inoltre, fu stabilito che questo genere di crimini dovesse essere punito a prescindere dalla circostanza che essi avessero costituito o meno una violazione del diritto interno del Paese in cui erano stati commessi, e che non si potesse ammettere a loro giustificazione l'esistenza di ordini superiori. In tal modo, il Tribunale Internazionale Militare di Norimberga intendeva affermare che esistono limiti precisi all'onnipotenza dello stato, limiti che coincidono con i diritti fondamentali di ogni essere umano<sup>21</sup>.

Oltre al processo principale, furono celebrati, davanti a corti militari statunitensi, dodici processi secondari, di cui il primo, *United States of America v. Karl Brandt, et al.*, è conosciuto anche come il Processo ai dottori. Infatti, tra gli uomini più potenti del Reich e tra i maggiori criminali nazisti vi erano numerosi medici, e per comprendere appieno l'ideologia nazista è necessario mettere a fuoco il ruolo di primaria importanza

---

<sup>20</sup> Entrambe le intenzioni si trovano espresse chiaramente nel Preambolo della *Dichiarazione universale*: «Considerato che il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, eguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo; Considerato che il disconoscimento e il disprezzo dei diritti dell'uomo hanno condotto ad atti di barbarie che offendono la coscienza dell'umanità, e che l'avvento di un mondo in cui gli esseri umani godono della libertà di parola e di credo e della libertà dal timore e dalla miseria è stato proclamato come l'aspirazione più alta dell'uomo; [...] Considerato che è indispensabile promuovere lo sviluppo di rapporti amichevoli tra le Nazioni; [...] L'Assemblea Generale proclama la presente Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo».

<sup>21</sup> Nella Carta del Tribunale di Norimberga, all'art. 6c, si legge: «Sono crimini contro l'umanità: l'assassinio, lo sterminio, la riduzione in schiavitù, la deportazione e altri atti inumani commessi contro popolazioni civili prima o durante la guerra; persecuzioni per motivi politici, razziali, religiosi in applicazione di, o in rapporto con, tutti i reati che rientrano nella giurisdizione del Tribunale, che costituiscano o meno una violazione della legislazione nazionale del paese in cui sono stati perpetrati».

rivestito in essa dalla biologia e dal sapere medico<sup>22</sup>. Questa ideologia vedeva tutta la nazione tedesca come un grande organismo, minacciato da un'infezione ad opera di alcuni batteri o parassiti (soprattutto gli ebrei, ma anche i disabili, i malati mentali, gli omosessuali, i criminali e altri) che dovevano essere eliminati per salvare la vita dell'organismo. I medici quindi, invece che limitarsi a curare i malati, dovevano diventare una sorta di «soldati della biologia»; non a caso, uno degli appellativi di Hitler, che aveva il merito di aver scoperto il virus ebraico, era quello di «grande medico tedesco». La sterilizzazione coatta fu la prima applicazione della visione biomedica nazista: a coloro che avevano una *lebensunwertes Leben* (vita indegna di vita) e che rischiavano di trasmettere geneticamente i loro caratteri, doveva essere impedito di riprodursi, per poter così purificare la razza tedesca. Il passo successivo fu la realizzazione di un vasto programma, definito di eutanasia, che prevedeva la soppressione degli individui “minorati” (dapprima tra i bambini e poi tra gli adulti). Infine, i medici iniziarono a partecipare direttamente all'eccidio di massa, all'esterno dei campi come al loro interno: erano i medici a selezionare i prigionieri da eliminare, solo loro potevano aprire il rubinetto del gas e sorvegliare le procedure di cremazione. Inoltre, tra il 1942 e il 1943, con la piena approvazione di [Heinrich Himmler](#) – ministro degli interni e responsabile per l'amministrazione del Reich – fu dato inizio a sperimentazioni mediche sistematiche sui prigionieri detenuti nei campi di concentramento. Gli ambiti di applicazione furono moltissimi: esperimenti sulle grandi altezze, sul congelamento, sulla potabilità dell'acqua marina, su ustioni e avvelenamenti, sul tifo petecchiale, sull'epatite virale, su dissenteria, malaria, febbre gialla, tubercolosi; esperimenti su gemelli; esperimenti di sterilizzazione; esperimenti di infezioni per lo studio dei sulfamidici; esperimenti sulla fratturazione delle ossa e sulle bombe incendiarie<sup>23</sup>.

Il processo di Norimberga coinvolse ventitre imputati e si concluse con la condanna di sedici di essi (sette furono condannati alla pena capitale). Inoltre, i giudici incorporarono nella sentenza un codice, che prese il nome di *Codice di Norimberga* (1946), che costituiva la prima regolamentazione internazionale della sperimentazione

---

<sup>22</sup> Cfr. R. J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing And The Psychology Of Genocide*, Basic Books, New York 1986 (2000); tr. it. di L. Sosio, *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, Rizzoli, Milano 1988.

<sup>23</sup> Cfr. sito internet: <http://nuremberg.law.harvard.edu>.

medica su esseri umani. In esso si stabilisce, tra l'altro, che è «assolutamente essenziale» il consenso libero e volontario di chi è sottoposto a sperimentazione (art. 1) e che «non si dovranno condurre esperimenti ove vi sia già a priori ragione di credere che possa sopravvenire la morte o un'infermità invalidante» (art. 5). Oltre al *Codice di Norimberga*, nello stesso periodo furono approvati diversi altri documenti internazionali inerenti l'ambito medico e sperimentale, tra i quali si possono ricordare il *Codice di Etica Medica* dell'Associazione Medica Mondiale (Ginevra, 1948) – una sorta di revisione del giuramento di Ippocrate – e la *Dichiarazione di Helsinki* (1964) – anch'essa volta a stabilire i principi etici per la ricerca medica che coinvolge soggetti umani. In questa produzione di norme è facile scorgere l'urgenza di stabilire alcune barriere etiche a difesa della dignità umana, per impedire che l'etica medica possa nuovamente pervertirsi nel suo contrario. È interessante, allora, notare come l'approvazione della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* sia avvenuta in contemporanea alla formulazione di una nuova regolamentazione delle pratiche biomediche, che alcuni studiosi fanno coincidere con la nascita della bioetica stessa. Secondo tale interpretazione, infatti, la bioetica sarebbe stata originata da una svolta nella riflessione morale tradizionale – seppure in una logica di continuità rispetto all'etica medica di derivazione ippocratica, da sempre impegnata in una riflessione sulla deontologia della professione medica – dopo che nel processo di Norimberga era emersa in tutta la sua portata la minaccia costituita dal progresso scientifico nei confronti della persona umana<sup>24</sup>.

## 2.2 Organizzazione Mondiale della Sanità

Ma prima ancora che fosse proclamata la *Dichiarazione universale*, il tema della salute era già stato riconosciuto dalle Nazioni Unite come un obiettivo centrale del proprio operato. Nel 1946 fu indetta una Conferenza internazionale sulla salute, durante la quale i rappresentanti di 61 nazioni firmarono la Costituzione della nascente Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – in inglese World Health Organization (WHO) – un'agenzia specializzata dell'ONU per la tutela della salute dei popoli, con

---

<sup>24</sup> Una tesi simile è sostenuta ad esempio da E. Sgreccia in *Manuale di bioetica*, Vita e pensiero, Milano 1988.

sede a Ginevra<sup>25</sup>. Nel giugno 1948 si svolse la prima Assemblea Mondiale della Sanità (ora annuale), alla quale parteciparono i delegati di 53 dei 55 Stati membri, che stabilirono come priorità per il proprio lavoro: malaria, salute delle donne e dei bambini, tubercolosi, malattie veneree, nutrizione e igiene ambientale. In seguito, furono sviluppati nel corso degli anni diversi progetti o programmi di lavoro, da quelli più generali a quelli incentrati su specifici problemi o malattie. Attualmente è in corso l'Undicesimo Programma Generale di Lavoro (2006-2015). Nel relativo documento, intitolato *Engaging for Health*<sup>26</sup>, le sei funzioni principali dell'OMS sono illustrate nel modo seguente:

- offrire una guida per tutelare la salute globale e risolverne le questioni più critiche (tra cui AIDS, tubercolosi, malaria, ecc.), anche attraverso un'azione comune con altre agenzie dell'ONU o enti di varia natura (ONG, donatori, ecc);
- indicare le priorità della ricerca scientifica e stimolare la produzione, traduzione e diffusione di conoscenze preziose;
- stabilire norme e standard (ad esempio, la Classificazione Internazionale delle Malattie; una terminologia standard per diagnosi, trattamenti, ecc.) e promuovere e monitorare la loro attuazione;
- proporre linee guida ai governi – con un'attenzione per i differenti contesti sociali ed economici – perché sviluppino politiche etiche nel settore della salute (ad esempio, in relazione alla disabilità, alla sicurezza dei pazienti, ecc.);
- fornire un supporto tecnico ai Paesi, catalizzare il cambiamento nei sistemi sanitari e aiutare le istituzioni ad acquisire capacità stabili, come la capacità di sorvegliare e gestire le epidemie, di fornire vaccinazioni, di investire sulla prevenzione, ecc.;
- monitorare la situazione sanitaria e valutare le tendenze della salute globale.

Particolarmente interessante è, inoltre, il testo della Costituzione<sup>27</sup>. Essa identifica come obiettivo essenziale dell'OMS «the attainment by all peoples of the highest possible level of health» (art. 1). Con il termine “salute”, si intende qui qualcosa di

---

<sup>25</sup> L'OMS è l'autorità direttrice e coordinatrice, nel campo della sanità, delle attività internazionali. Tra i suoi compiti: definire i programmi di ricerca, fissare norme e criteri, fornire un sostegno tecnico ai Paesi, monitorare e valutare le tendenze in materia di sanità pubblica.

<sup>26</sup> WHO, *Engaging for Health: 11th General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda*, May 2006.

<sup>27</sup> WHO, *Constitution of the World Health Organization*, New York, 22 July 1946. La Costituzione entrò in vigore il 7 aprile 1948; da allora, il 7 aprile si celebra ogni anno la Giornata mondiale della salute.

molto più ampio rispetto alla nozione classica: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity». Come si può notare, tale definizione contiene anche un riferimento alla condizione sociale in cui la persona si trova a vivere, considerata come un fattore che concorre a determinarne lo stato di salute. Subito dopo, il discorso si allarga fino a toccare il tema dei diritti fondamentali, tanto che possiamo rinvenire in esso una prima enunciazione sintetica (anteriore rispetto a quella contenuta nella *Dichiarazione universale*) del diritto alla salute: «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition». Tale idea è ripresa e approfondita nel già citato *Engaging for Health*, dove si afferma che i diritti umani costituiscono valori e principi fondamentali anche per l'OMS e, inoltre, che i diritti umani relativi alla salute dipendono strettamente dalla realizzazione di altri diritti umani ad essi collegati, come il diritto al cibo, a un alloggio, al lavoro e all'istruzione. Infatti, si dice, i fattori sociali, economici, ambientali e politici determinano opportunità e risultati nel campo della salute; la quale, a sua volta, ha una ricaduta notevole sul piano della sicurezza e della stabilità di una nazione. La povertà rimane il maggior ostacolo all'incremento globale della salute.

### 2.3 Legislazione italiana

In Italia, il diritto alla salute si trova ufficialmente riconosciuto già nel testo della Costituzione della Repubblica Italiana del 1948:

#### **Art. 32**

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Fu poi con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che lo Stato italiano diede un'effettiva attuazione a tale diritto, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Secondo l'art.1 della legge, il SSN è finalizzato «alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

In sintesi, i principi fondamentali su cui si basa il SSN sono:

- responsabilità pubblica della tutela della salute
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari
- globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza (definiti dalla legislazione statale)
- finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- “portabilità” dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Nel contesto legislativo italiano, l'espressione “diritto alla salute” sintetizza quindi una pluralità di diritti, quali il diritto all'integrità psico-fisica e quello ad un ambiente salubre, il diritto di ottenere prestazioni sanitarie, il diritto alle cure gratuite per gli indigenti, nonché il diritto di non ricevere prestazioni sanitarie senza il proprio consenso, se non quelle previste obbligatoriamente per legge a tutela (oltre che della persona del destinatario) di un interesse pubblico della collettività<sup>28</sup>. Infatti, esistono alcuni trattamenti sanitari obbligatori, che possono avere intensità diversa: «quelli *coattivi* possono essere attuati anche con la forza, contro la volontà della persona, mentre quelli *non coattivi* mirano allo stesso risultato, ma attraverso condizionamenti indiretti»<sup>29</sup>. Attualmente, in Italia, il tipo più diffuso di trattamento obbligatorio non coattivo sono le vaccinazioni, mentre i trattamenti coattivi sono pressoché ridotti a quelli psichiatrici. Questo punto mette in luce una delle sfide principali con cui si deve confrontare ogni società democratica, ossia il riuscire a creare un delicato equilibrio tra il diritto alla libertà individuale e l'interesse collettivo. In generale, negli stati liberali i diritti di libertà hanno la priorità sull'interesse pubblico e sono considerati inviolabili, a condizione che ciascun individuo rispetti la pari libertà degli altri cittadini. Tale

---

<sup>28</sup> Si veda il *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*, consultabile sul sito internet del Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_808\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_808_allegato.pdf), p. 13.

<sup>29</sup> S. Nespor, A. Santosuosso, R. Satolli, *Vita morte e miracoli*, Feltrinelli, Milano 1992, p. 127.

orientamento emerge anche nell'ambito che stiamo considerando, dal momento che allo stato è attribuito il compito di tutelare il diritto alla salute del singolo, considerato come il fulcro dell'intero ordinamento positivo: è dunque lo stato ad essere strumento per il bene del cittadino e non viceversa, come era nella concezione politica anteriore, che durò all'incirca sino alle guerre di religione del XVI secolo. Di conseguenza, la volontà individuale non può essere superata dalle istituzioni adducendo considerazioni o esigenze di carattere generale, ma solamente in presenza di motivazioni specifiche e sufficientemente forti. Ciò non toglie che, anche tra coloro che sostengono la priorità della libertà personale, essa possa essere intesa in modi differenti. Ad esempio, secondo l'interpretazione di un liberalismo radicale, la libertà dell'individuo deve essere pressoché assoluta, riducendo al minimo qualunque interferenza dello stato. Al contrario, in un modello solidaristico l'intervento dello stato è considerato necessario proprio per garantire il dispiegarsi della libertà di tutti i cittadini, che essendo socialmente diseguali non potrebbero godere altrimenti di uguali diritti: è per questo, ad esempio, che «gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente (c.d. equità verticale)»<sup>30</sup>. Il servizio sanitario italiano ha dunque carattere solidaristico e fornisce l'assistenza sanitaria in base al principio di sussidiarietà: le responsabilità sono cioè ripartite fra un livello centrale – lo stato – che stabilisce i Livelli essenziali di assistenza e un livello regionale – le regioni – che devono attuare le direttive del governo, con pieni poteri di gestione sulle aziende sanitarie locali. Inoltre, nella prospettiva della garanzia del diritto alla salute come diritto umano universale ed inalienabile, la Costituzione italiana non limita il diritto alla salute ai soli cittadini o ai residenti, ma lo estende a tutti gli individui, affermando così di fatto il diritto alla salute anche per i migranti.

Un ultimo aspetto da notare è che, in linea con i criteri dell'OMS, anche per il SSN la salute non deve essere intesa solamente come assenza di malattia, ma in una dimensione più ampia come condizione di benessere fisico e psichico. Da ciò discende il criterio della globalità della copertura assistenziale: in altre parole, il SSN «contempla non solo funzioni erogative, ma anche interventi a carattere autoritativo-regolativo concernenti

---

<sup>30</sup> *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*, p. 26.

Si veda anche N. Pasini, *Dilemmi etici in sanità tra principi di Welfare universalistici e politiche ispirate a criteri di selettività*, in P. Cattorini (a cura di), *Etica e giustizia in sanità. Questioni filosofiche, principi operativi, assetti organizzativi*, Franco Angeli, Milano 2007, pp. 82-84.

l'igiene e la sanità pubblica, la sicurezza sul lavoro, la tutela dagli inquinamenti, e così via»<sup>31</sup>.

#### 2.4. Costituzione degli Stati Uniti d'America

All'opposto, può apparire sorprendente che negli Stati Uniti, una delle prime democrazie moderne e oggi uno dei membri più influenti dell'ONU, il diritto alla salute non sia contenuto nella Costituzione nazionale. Quest'ultima, redatta nel 1787 ed entrata in vigore nel 1789, aprì l'era delle costituzioni scritte e rappresenta una delle più antiche costituzioni nazionali tuttora vigenti; la preoccupazione principale che vi si trova è quella di stabilire le modalità di funzionamento delle istituzioni statali, all'interno di un sistema federale, tramite la separazione dei poteri. Nel 1791 furono ratificati i primi dieci emendamenti, noti come *Bill of Rights*. La loro funzione era quella di limitare il potere del governo centrale, stabilendo alcuni diritti fondamentali dei cittadini: la libertà di culto, parola e stampa, il diritto di riunirsi pacificamente e il diritto di appellarsi al governo per correggere i torti (I emendamento); il diritto di possedere armi (II emendamento); il diritto di domicilio; di proprietà privata; di pubblico giudizio; di difesa. Il IX emendamento, inoltre, afferma che i cittadini godono di altri diritti non specificamente menzionati nella Costituzione. Da allora furono approvati soltanto diciassette ulteriori emendamenti, che coprono un'ampia gamma di argomenti e sostanzialmente hanno lo scopo di espandere le libertà individuali, civili o politiche, ad esempio attraverso l'abolizione della schiavitù o il riconoscimento del diritto di voto alle donne. Il diritto alla salute non ha mai ricevuto un riconoscimento ufficiale all'interno della Costituzione, e il Paese rimane tuttora privo di una copertura sanitaria universale. Per usare le parole di Beauchamp e Childress, «gli Stati Uniti hanno accettato l'ideale di libero mercato per cui la migliore distribuzione dei servizi e dei beni sanitari è quella lasciata al mercato, il quale opera sulla base del principio materiale della capacità di pagare direttamente oppure indirettamente tramite un'assicurazione. Secondo questa concezione, l'assistenza sanitaria non è un diritto e la

---

<sup>31</sup> *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*, p. 27. Rimangono, tuttavia, escluse dal servizio sanitario pubblico alcune aree, come l'assistenza odontoiatrica e gran parte dell'assistenza domiciliare agli anziani.

privatizzazione del sistema sanitario è un valore tutelato»<sup>32</sup>. Il quadro del sistema sanitario americano, come descritto dai due autori, è il seguente. Per far fronte alle spese sanitarie (che negli Stati Uniti sono più alte che in molti altri Paesi) è necessario possedere un'assicurazione sulla salute, spesso finanziata dal datore di lavoro, oppure di natura privata; sebbene vi siano incentivi fiscali per incoraggiare i datori di lavoro a offrire la copertura assicurativa, non esiste alcun obbligo di legge al riguardo, pertanto molti lavoratori (soprattutto nelle piccole aziende) rimangono privi di assicurazione, così come i disoccupati. Molti altri, invece, risultano insufficientemente assicurati, poiché gli assicuratori si servono di clausole di esclusione che eliminano dalla copertura certe malattie o certi trattamenti; per gli stessi motivi, circa il sette per cento delle persone prive di assicurazione è considerato non assicurabile per la salute<sup>33</sup>. Per supplire a questi vuoti e garantire a quanta più popolazione possibile l'accesso alle cure mediche, esistono alcuni programmi di assistenza pubblica, tra cui due principali, Medicaid e Medicare. Medicare, programma avviato nel 1965, garantisce la copertura per le spese mediche di: anziani (dai 65 anni in su), persone sotto i 65 anni che soffrono di particolari malattie o disturbi cronici, persone di qualunque età che necessitano di dialisi o di un trapianto di rene. Medicaid è invece il programma dedicato ai cittadini finanziariamente disagiati e per esservi ammessi occorre rientrare in particolari categorie di reddito, età, situazione familiare o avere elevate spese mediche. Dal momento che Medicaid è un programma amministrato dai singoli Stati, e non dal governo federale, ogni Stato stabilisce i criteri di reddito per accedere al servizio d'assistenza; pertanto, è difficile affermare che Medicaid fornisca trattamenti a tutti i cittadini che ne avrebbero bisogno. Inoltre, per la classe media, che guadagna poco ma non è così povera da usufruire di Medicaid, le costose cure mediche possono rappresentare un grave problema economico: non a caso, il debito sanitario è la causa principale di fallimento personale negli Stati Uniti. Secondo dati recenti, nel 2009 erano 50,7 milioni gli statunitensi privi di un'assicurazione sanitaria, anche a causa dell'incremento del numero dei disoccupati<sup>34</sup>. La conseguenza è che, nella maggior parte dei casi, questi individui non ricevono le cure necessarie a causa del loro costo

---

<sup>32</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 1979; tr. it. di S. Buonazia, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 2009, p. 330.

<sup>33</sup> *Ivi*, pp. 342-344.

<sup>34</sup> Redazione online, *Usa: il 14,3% degli americani è povero, è il livello più alto mai toccato dal 1994*, «Corriere della sera. it», 16 settembre 2010.

elevato, tanto più se sono portatori di malattie croniche come diabete, ipertensione e asma.

Tuttavia, la situazione sopra descritta potrebbe cambiare in modo sostanziale, in seguito alla riforma sanitaria approvata dal Congresso degli Stati Uniti e divenuta legge il 22 marzo 2010. Ufficialmente, la riforma estenderà i servizi sanitari a 32 milioni di statunitensi grazie all'allargamento del raggio di azione di Medicare e grazie ai sussidi alle famiglie che non possono acquistare polizze assicurative private; vieterà alle compagnie assicurative di rifiutare le polizze a bambini o adulti con malattie congenite e impedirà di revocare le polizze alle persone già assicurate; imporrà di acquistare una copertura sanitaria individuale, pena una multa salata; obbligherà le aziende con 50 o più impiegati a fornire un'assicurazione sanitaria ai dipendenti. Grazie alla riforma, il 95% dei quasi 300 milioni di cittadini americani dovrebbe arrivare a disporre di una copertura sanitaria. Il costo previsto di tale operazione è di 940 miliardi di dollari in dieci anni; verrà finanziato in parte con i tagli a Medicaid (di circa 500 miliardi di dollari) e in parte con nuove tasse ad hoc<sup>35</sup>. Negli ultimi cento anni, già altri presidenti, tra cui Bill Clinton, avevano tentato di far approvare una legge sanitaria nazionale, ma senza successo, a causa dell'opposizione repubblicana e delle potentissime lobby farmaceutiche e assicurative<sup>36</sup>. Anche il presidente Barack Obama ha incontrato, per lo stesso motivo, numerosi ostacoli: subito dopo la firma della legge, i procuratori generali di 13 Stati americani (South Carolina, Nebraska, Texas, Michigan, Utah, Pennsylvania, Alabama, South Dakota, Louisiana, Idaho, Washington e Colorado) hanno avviato un procedimento legale affinché il governo federale arresti la riforma in quanto anti-costituzionale. Nel dicembre 2010, un giudice federale ha emanato la prima sentenza contraria ad una parte importante della legge, dando ragione al procuratore della Virginia che aveva intentato causa contestando l'emendamento secondo cui i cittadini devono acquistare un'assicurazione sanitaria o pagare una penale a partire dal 2014. Il giudice Hudson ha affermato che la richiesta – detta *minimum essential coverage provision* – non è in linea «né con la lettera né con lo spirito della Costituzione». La decisione finale sarà rimessa ai nove giudici della Corte Suprema di Washington, che

---

<sup>35</sup> Redazione online, *Sanità Usa, la riforma storica di Obama. «Siamo ancora capaci di grandi cose»*, «Corriere della sera. it», 21 marzo 2010.

<sup>36</sup> Al contrario, la maggioranza dei medici americani sembra a favore di una copertura sanitaria nazionale, come dimostra la dichiarazione sottoscritta dall'American Medical Association il 18 giugno 1999.

dovranno stabilire quale interpretazione della legge avallare. Intanto, altre cause sono ancora in corso in più di uno Stato americano e in attesa di giudizio.

Ai fini del nostro discorso, è interessante esaminare le motivazioni avanzate dal giudice a sostegno della propria sentenza: la questione, ha scritto, «non riguarda la semplice regolamentazione delle assicurazioni, o la copertura sanitaria universale, ma concerne piuttosto il diritto individuale di decidere» se comprare o meno un certo bene, in tal caso una polizza; a livello filosofico e giuridico, il problema riguarda cioè la possibilità dello stato di imporre l'acquisto di un bene. La legge sanitaria sarebbe da considerare incostituzionale perché limita la libertà dei cittadini<sup>37</sup>. Tale discorso rispecchia perfettamente il pensiero liberale, che negli Stati Uniti è sempre stato predominante in tutti i settori, compreso quello medico. Infatti, per la teoria liberale, «la giustizia non consiste in un *risultato*, come l'incremento della pubblica utilità o la soddisfazione dei bisogni sanitari dei cittadini, ma nel libero operare di *procedure* eque. La società giusta tutela i diritti di proprietà e di libertà, lasciando che le persone migliorino le loro condizioni grazie alla loro iniziativa. Pertanto, l'intervento sociale nel mercato mina la giustizia mettendo ingiustificati lacci alla libertà individuale»<sup>38</sup>. La libera scelta e la proprietà privata sono considerati diritti più fondamentali dell'eguaglianza e dell'utilità sociale, che dunque non possono prevalere su di essi, pena la creazione di una società ingiusta; in tale ottica, quindi, anche una tassazione a favore della sanità pubblica sarebbe da considerare una pratica coercitiva e immorale.

### 3. Accesso alle cure e distribuzione delle risorse

#### 3.1. *Che cos'è il diritto alla salute?*

---

<sup>37</sup> M. Bosco Bortolaso, *Usa, la riforma della sanità di Obama perde un pezzo*, «Il Fatto Quotidiano. it», 13 dicembre 2010; M. Molinari, *Riforma della sanità. Giudice sfida Obama*, «La Stampa. it», 14 dicembre 2010. In una delle audizioni, il magistrato ha chiesto retoricamente se lo stato possa aver voce in capitolo anche nell'obbligare i cittadini americani a «mangiare asparagi».

<sup>38</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 330.

Finora, per indicare l'oggetto della nostra indagine, abbiamo utilizzato l'espressione "diritto alla salute". Tuttavia, a un'analisi più approfondita, essa contiene alcuni difetti che sarà opportuno analizzare.

Innanzitutto, Norman Daniels osserva che se una persona si trova in uno stato di cattiva salute, che però non è dovuto né all'azione né all'omissione di alcuno, risulta poco plausibile affermare che egli possieda in ogni caso un diritto alla salute che sta subendo una violazione, dal momento che lo stato di cose, seppur sfavorevole o iniquo, non dipende dalla volontà di nessuno<sup>39</sup>.

In secondo luogo, in base a una certa interpretazione del diritto alla salute che abbiamo trovato anche nei documenti dell'OMS, esso dovrebbe comprendere un insieme molto più ampio di questioni rispetto a quelle legate all'assistenza sanitaria, dal momento che la salute e le malattie sono condizionate da molti elementi del sistema sociale. Al fine di garantire il diritto alla salute dei propri cittadini, la società dovrebbe porre in atto una serie di azioni che vanno dalla tutela di un ambiente non inquinato alla sicurezza sul lavoro, dall'educazione sanitaria al controllo sui cibi, ecc. e astenersi invece dalle scelte che potrebbero minacciare lo stato di salute collettivo.

Ma anche attenendosi a un concetto più ristretto di diritto alla salute, sembra impossibile individuare con precisione il suo oggetto. La definizione più completa di salute dovrebbe essere quella adottata dall'OMS, che la descrive come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o di infermità»<sup>40</sup>. Ma oltre al carattere utopistico di tale definizione – che raffigura una situazione ideale di completa soddisfazione e felicità – si nota subito che essa rimane aperta a molteplici interpretazioni, a seconda di ciò che ciascuno considera personalmente come benessere fisico e, ancor più, mentale o sociale. All'interpretazione personale, così come ai vari stili di vita, viene lasciato uno spazio sempre maggiore col passare del tempo; si pensi, ad esempio, al caso dell'omosessualità, che l'American

---

<sup>39</sup> N. Daniels, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge 1985, p. 6.

<sup>40</sup> WHO, *Constitution of the World Health Organization*, 1946.

Tra i numerosi critici di tale definizione, si veda D. Callahan, *The WHO Definition of 'Health'*, «The Hastings Center Studies», Vol. 1, n. 3, *The Concept of Health*, 1973, pp. 77-87. Callahan ritiene che la definizione dell'OMS sia mistificante, da un lato perché un certo livello di malattia o di infermità è perfettamente compatibile con il benessere mentale e sociale; dall'altro, perché uno stato di completo benessere è praticamente irrealizzabile. Egli propone una definizione più modesta ma meno soggetta a fraintendimenti e false aspettative: «la salute è uno stato di benessere fisico».

Psychiatric Association escluse dall'elenco delle patologie mentali nel 1972 e l'Assemblea Generale dell'OMS dalla classificazione internazionale delle malattie nel 1990. Anche nelle questioni di bioetica, le legislazioni di molti Paesi occidentali sembrano diventare sempre più “leggere” e interessate a garantire le scelte personali e autonome. In tale ottica, molti ritengono che tutelare il diritto alla salute significhi anche tutelare la libera scelta dei modi in cui procreare e in cui morire dalle intrusioni di altri individui o dello stato.

Per tutti i motivi discussi sopra, all'interno della nostra indagine risulterà più appropriato parlare non tanto di un generico “diritto alla salute”, quanto piuttosto di un “diritto all'assistenza sanitaria”, ossia ad azioni specifiche tese a promuovere o a ripristinare la salute degli individui.

Nell'individuare i limiti e i contenuti di tale diritto, si fronteggiano due concezioni generali: da un lato il *diritto a un uguale accesso all'assistenza sanitaria*, dall'altro il *diritto a un minimo decente di assistenza sanitaria*. Entrambe si basano su presupposti egualitaristi. La prima concezione afferma che chiunque abbia i requisiti necessari ha il diritto di ricevere particolari beni e servizi sanitari, cioè deve essere trattato allo stesso modo di chiunque altro possieda i medesimi requisiti (non deve subire discriminazione). Questi ultimi possono consistere semplicemente nella disponibilità economica; perciò, tale concezione non implica che lo stato debba fornire assistenza ai cittadini. Questa è l'interpretazione fatta propria da un certo liberalismo radicale. La seconda concezione, invece, prevede che la legge garantisca un accesso universale dei cittadini ai servizi sanitari essenziali, in base al principio del bisogno; ulteriori servizi, non basilari, possono essere ottenuti a pagamento. Questo sistema a due livelli è quello adottato nella maggior parte dei Paesi europei, tra cui l'Italia. I suoi sostenitori affermano che esso ha il vantaggio di creare un equilibrio tra forme di assistenza pubblica e metodi di libero mercato e, sul piano filosofico, di conciliare in un sistema coerente le istanze delle principali teorie morali – liberalismo, utilitarismo, comunitarismo, egualitarismo – che si sono confrontate con il problema del diritto all'assistenza sanitaria, manifestando ciascuna punti di forza e punti di debolezza a seconda dei contesti<sup>41</sup>.

Ecco allora che il dibattito bioetico si congiunge con il dibattito sulle teorie della giustizia proprio della filosofia politica, il quale ha avuto una grande diffusione nella

---

<sup>41</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica* cit., pp. 349-352.

seconda metà del XX secolo, pur recuperando per molti aspetti le basi concettuali gettate a partire dall'età moderna da filosofi come Hobbes, Locke, Rousseau e molti altri. Le tradizioni di pensiero più influenti sviluppate all'interno della filosofia politica ricompaiono come modelli in grado di condurre la riflessione nell'ambito della giustizia sanitaria: riflessione che si configura, dunque, come una forma di etica pratica, che tenta di utilizzare teorie generali e metodi di analisi per esaminare i problemi, le prassi e gli orientamenti morali del settore sanitario, con lo scopo di ottenere indicazioni sulle forme di condotta e sui giudizi morali da adottare nei casi specifici. In definitiva, i diversi approcci teorici «ripropongono in questa area più specifica le diverse concezioni con cui nell'etica contemporanea si sono affrontate le questioni di giustizia distributiva all'interno di una società giusta»<sup>42</sup>, intendendo per “giustizia distributiva” una distribuzione imparziale ed equa, all'interno della società, di benefici e oneri di diversi tipi, quali proprietà, risorse, tassazioni, privilegi e opportunità. In breve, il problema è chi dovrebbe ottenere che cosa. Per affrontare tale questione, sembra quindi necessario scegliere uno o più principi distributivi – detti anche principi materiali di giustizia – inseriti dentro un sistema coerente di riferimento che consenta di sviluppare il ragionamento morale dalle premesse teoriche alle conseguenze pratiche.

Dal canto suo, ciascuna teoria che voglia confrontarsi con il problema del diritto a un minimo decente di cure sanitarie dovrà essere in grado di rispondere ad alcune domande fondamentali: se esiste per qualcuno la titolarità a un minimo decente di cure, chi possiede questa titolarità, quali cure possono esservi incluse, ecc. Infatti, anche ammettendo per tutti l'esistenza di un diritto all'assistenza sanitaria, risulta concretamente impossibile offrire gratuitamente tutti i trattamenti esistenti a tutti i cittadini, perché ciò esigerebbe una tassazione pubblica troppo elevata, tanto più che il progresso della medicina si accompagna a un costo sempre maggiore della tecnologia medica. Inoltre, esistono categorie differenti di trattamenti sanitari: alcuni servono a salvare la vita, altri a migliorarne la qualità, alcuni sono più importanti, altri meno. Si tratta quindi di trovare un giusto ordinamento nella priorità delle cure e di definire un numero fisso di interventi standard che la sanità pubblica si impegna ad assicurare a tutti i cittadini perché possano condurre vite dignitose. Tale questione si situa al livello cosiddetto “macroallocativo” e appare della massima importanza, poiché in grado di

---

<sup>42</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, Editori Laterza, Roma-Bari 2004, p. 288.

incidere sulle vite delle persone in modo significativo e di dare corpo ai loro diritti, trasformando in termini operativi ciò che altrimenti resterebbe un modello puramente programmatico. A ciò si aggiunga che, come sottolinea Daniels, solamente se le decisioni sono prese in accordo con accettabili principi di giustizia è possibile superare il conflitto tra le pretese dei diversi gruppi sociali (produttori e consumatori, classi sociali, ecc.) e tra le varie concezioni di come dovrebbero essere progettate le istituzioni sanitarie<sup>43</sup>.

### 3.2. *Allocazione delle risorse sanitarie*

Da quanto detto nel paragrafo precedente, risulta chiaro che il problema del diritto all'assistenza sanitaria è strettamente legato a quello dell'allocazione delle risorse sanitarie, ossia di come distribuire in modo equo le risorse tra coloro che ne hanno bisogno, a fronte di una scarsità delle stesse. A livello teorico, ciò significa che il contenuto del diritto alla salute è dipendente dalle risorse e dai criteri di distribuzione della società<sup>44</sup>. Se le risorse sanitarie fossero illimitate, non esisterebbe il problema della giustizia sanitaria. Ma data la situazione reale, in una società che non voglia affidare l'accesso alle cure mediche esclusivamente ai meccanismi del libero mercato, il razionamento diventa condizione necessaria perché possa realizzarsi un'assistenza sanitaria per tutti i cittadini, a patto che esso rispetti i tre principi generali di equità (uguale possibilità di accesso per uguali necessità sanitarie), efficacia (beneficio medico per il paziente), efficienza (a parità di efficacia, la scelta meno dispendiosa). Creando un sistema sanitario il più possibile equo, efficiente ed efficace, si tenta di conciliare l'esigenza morale di garantire ad ogni persona il diritto alla salute con l'esigenza economica di sfruttare al meglio le risorse disponibili, le quali comprendono tutti i mezzi utili a garantire la salute dei cittadini: denaro, macchinari, farmaci, personale sanitario, ecc.

Le scelte distributive si articolano su due livelli: quello sociale è detto "macroallocativo", quello individuale "microallocativo". Le scelte macroallocative riguardano innanzitutto la parte del bilancio statale da destinare alla sanità; la

---

<sup>43</sup> N. Daniels, *Just Health Care*, cit., p. 4.

<sup>44</sup> E. Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, cit., voce "diritto alla salute", pp. 271-272.

distribuzione tra programmi di prevenzione, cura e riabilitazione; le categorie di malattie e di bisogni medici da considerare prioritari e, di conseguenza, i beni da mettere a disposizione (cure, terapie, farmaci, ecc.). Le scelte microallocative, invece, determinano chi riceverà particolari risorse scarse e in base a quali criteri. Anche se meno drammatiche di quelle microallocative, le scelte macroallocative in una società hanno un impatto più forte sullo stato di salute generale dei suoi membri<sup>45</sup>. Ad ogni modo, la distinzione tra i due livelli non deve essere considerata rigida: essi non solo interagiscono spesso, ma sono anche guidati da criteri omogenei all'interno delle singole teorie etiche.

Riguardo ai criteri microallocativi, si può dire che quelli maggiormente impiegati nella prassi medica per la selezione dei pazienti sono: l'utilità medica (bisogno/urgenza e prospettive di successo), l'utilità sociale dei potenziali destinatari, i meccanismi impersonali quali sorteggi e liste d'attesa. L'utilizzo di un criterio non esclude gli altri due, perché può accadere, ad esempio, che si debba scegliere fra due pazienti per i quali l'utilità medica sia pressoché uguale. A livello teorico si può notare che i principi citati rispecchiano impostazioni etiche differenti, una di carattere utilitarista e l'altra di carattere egualitario. La loro commistione dovrebbe permettere di superare i limiti a cui va incontro ciascuno dei due approcci se impiegato in maniera esclusiva, e di rinvenire a seconda dei casi la soluzione più giusta, grazie a un certo margine di elasticità nell'applicazione dei principi stessi<sup>46</sup>. Allo stesso tempo, però, tale elasticità non deve trasformarsi in arbitrarietà: è importante, allora, che esistano procedure di controllo per garantire che non sia il personale sanitario a stabilire liste di priorità in base alle proprie convinzioni morali, ad esempio giudicando gli stili di vita dei pazienti o penalizzando quelli ritenuti responsabili della propria patologia (gli alcolisti nei trapianti di fegato, ecc.); i parametri utilizzati nella scelta devono essere resi il più possibile espliciti, soprattutto di fronte ai pazienti direttamente coinvolti. Contemporaneamente, è auspicabile che si approfondisca la riflessione teorica sui criteri più giusti da adottare a

---

<sup>45</sup> N. Daniels, *Just Health Care*, cit., p. 1.

<sup>46</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica* cit., pp. 375-380. Ad esempio, i due autori approvano per motivi di equa opportunità e di uguale rispetto i meccanismi basati sulla casualità come le liste d'attesa, però allo stesso tempo ritengono che un paziente arrivato più tardi ma con un bisogno più urgente o con migliori prospettive di successo debba poter passare avanti. Il loro tentativo è, dunque, di conciliare l'uguaglianza delle opportunità con la considerazione delle conseguenze.

livello microallocativo, come può essere ad esempio il criterio basato sull'età, già oggetto di molte discussioni tra i filosofi morali.

Data l'incidenza delle decisioni distributive sulla vita dei cittadini, anche il consenso della comunità deve essere considerato un fattore rilevante. A livello macroallocativo, è pertanto essenziale una discussione pubblica sui principi morali che devono fare da quadro di riferimento per ogni decisione specifica che dovranno prendere i legislatori e gli amministratori del sistema sanitario. Ciò non significa, del resto, che sia necessaria una totale democratizzazione dei processi decisionali, poiché essa porterebbe con ogni probabilità a collocare in fondo alla lista delle priorità alcuni trattamenti necessari solo a una minoranza di cittadini, con il risultato di privilegiare trattamenti di minore importanza per molte persone, piuttosto che trattamenti mirati a salvare la vita di poche persone. Un altro rischio insito nel principio della maggioranza è che alcuni servizi vengano esclusi perché giudicati in modo controverso sul piano morale (si pensi ad esempio alle tecniche di procreazione medicalmente assistita). Nel decidere quali cure siano da ritenere fondamentali – e dunque garantite dal sistema sanitario nazionale – entrano in gioco inevitabilmente alcuni giudizi di valore, che divergono da persona a persona. Secondo alcuni, sarebbe perciò ingiusto decretare attraverso una lista rigida quale sia in contenuto del minimo decente di cure che la sanità pubblica deve offrire; la soluzione migliore consisterebbe invece nel fornire a ciascun cittadino un'uguale quota da spendere autonomamente per i trattamenti sanitari (non urgenti) che egli considera fondamentali per la propria vita<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, cit., pp. 324-325.

## TEORIE DELLA GIUSTIZIA IN AMBITO SANITARIO

Iniziamo ora ad approfondire le principali teorie morali che si sono confrontate con il problema dell'allocazione delle risorse sanitarie, esaminando le proposte e i criteri operativi che ciascuna ha saputo elaborare a partire dalla propria concezione del bene e della giustizia.

### 1. Utilitarismo

#### 1.1 *La teoria morale utilitarista*

L'utilitarismo rappresenta una delle concezioni di giustizia maggiormente consolidate da una lunga tradizione e riflessione filosofica, nonché una delle teorie normative più influenti in bioetica.

La sua formulazione compiuta risale al XVIII secolo, per opera di Jeremy Bentham (1748-1832) e, successivamente, di John Stuart Mill (1806-1873). Bentham, per primo, propose di ricondurre qualunque decisione morale ad un unico principio, detto "principio di utilità", secondo cui l'azione giusta da compiere è quella che produce la massima felicità per il maggior numero di persone. Tale principio, secondo l'autore, è di per sé evidente e non richiede ulteriori giustificazioni. Anche la nascita della società umana e delle leggi si può spiegare solamente a partire dalla nozione di utilità comune, che perciò rimane prioritaria rispetto all'attribuzione dei diritti individuali (l'individuo ha diritti solo nella misura in cui essi concorrono all'utile sociale). La felicità, poi, deve essere intesa essenzialmente come uno stato di benessere e quest'ultimo come uno stato di piacere sensibile, che insieme al dolore costituisce il movente di ogni azione umana:

ragione per cui questo tipo di utilitarismo è detto edonistico. L'utilitarismo di Bentham, dunque, si presenta come quella particolare teoria etica che combina la tesi teleologica sul "giusto" (il valore morale di un'azione deve essere giudicato esclusivamente in base alle sue conseguenze) con la tesi edonista sulla natura del bene. Per scegliere fra diverse azioni è necessario prevedere e confrontare i rispettivi esiti: ad ognuno di essi corrisponde un determinato livello di utilità, che può essere calcolato pesando intensità, durata, certezza, prossimità, fecondità, purezza, estensione del piacere (o dolore); l'utilità può quindi essere indicata con un valore numerico e collocata in una scala insieme alle altre (concetto di utilità cardinale). L'etica diventa così una scienza quantificabile, una sorta di "algebra morale", in grado di individuare tramite un calcolo matematico quale sia l'azione più giusta da compiere in una determinata situazione. Un identico procedimento dovrebbe guidare le decisioni nell'ambito pubblico, dal momento che è possibile confrontare diversi paradigmi in base al livello di utilità sociale prevista, inteso come aggregazione (somma) oppure come media aritmetica di tutti i livelli individuali di utilità; di nuovo, prevedendo e comparando i possibili risultati, si individuerà l'azione giusta, cioè quella adatta a massimizzare l'utilità comune o "benessere sociale". Secondo il principio di imparzialità, si deve tenere in considerazione il punto di vista di ciascun soggetto coinvolto – direttamente o indirettamente – dall'azione e assegnare all'interesse di ciascuno uguale valore. L'eguale considerazione degli interessi di tutti gli individui è spesso citata esplicitamente come principio da accostare a quello di utilità, il quale a sua volta può essere visto come una formulazione specifica del principio di beneficenza.

L'utilitarismo classico ebbe una grande diffusione e si rivelò una dottrina capace di offrire una guida per la condotta anche in economia, diritto e politica, principalmente per la sua caratteristica di essere una dottrina monistica, ossia imperniata su un unico criterio – la promozione dell'utile – quale giustificazione dell'agire. Tuttavia, gli utilitaristi stessi si trovarono presto in disaccordo riguardo al contenuto da assegnare alla nozione di utilità. Già Mill cominciò a rielaborare il concetto di felicità, ritenendo che essa non possa coincidere con un piacere puramente quantitativo, dal momento che alcuni piaceri sono più desiderabili e hanno maggior valore di altri (ad esempio, i piaceri intellettuali sono superiori a quelli sensibili): esiste quindi una differenziazione qualitativa fra i tipi di piacere e la qualità percepita dall'individuo dipende dal suo grado

di raffinatezza e di educazione, cosicché alcune persone saranno più indicate per promuovere la felicità generale e l'educazione degli altri individui. In seguito, altri filosofi ampliarono la critica all'utilitarismo edonista sostenendo che il piacere non è l'unico obiettivo che gli esseri umani perseguono nel loro agire, ma che esistono molti altri valori degni di essere prodotti, tra cui la salute, il successo, l'amicizia, la conoscenza, ecc. George Edward Moore, ad esempio, può essere considerato un utilitarista per l'importanza che attribuisce ai comportamenti che conducono ad un incremento del benessere della società; tali azioni però non sono finalizzate direttamente al piacere, ma a scopi ideali quali la saggezza, la conoscenza, l'amicizia ed il godimento estetico, i quali sono dotati di un valore intrinseco. Pertanto, la posizione di Moore prende il nome di "utilitarismo ideale"<sup>1</sup>.

Ma un mutamento ancora più significativo avvenne con l'introduzione del concetto di preferenza, ad opera dell'economista Roy F. Harrod. In tale ottica, l'utilità che l'agente deve produrre non è qualche bene intrinseco, cioè tale da essere apprezzato da ogni essere razionale, bensì la soddisfazione del maggior numero possibile di desideri o preferenze individuali. È chiaro che in questa forma, la quale prende il nome di "utilitarismo delle preferenze", risulta più difficile stabilire quale sia lo stato di cose effettivamente dotato di maggior benessere (e dunque da realizzare), dal momento che le preferenze sono complesse, variabili e difficilmente misurabili in termini oggettivi. Per tentare di renderle omogenee e quindi confrontabili, l'utilitarismo deve ricorrere alla "riduzione", un artificio che permette di considerare tutti gli interessi, ideali, aspirazioni e desideri sullo stesso piano e di distinguerli solamente per il grado di intensità. Nel ponderare le conseguenze di un'azione, l'agente dovrà valutarne la positività o negatività in base all'utilità che egli ha sufficienti motivi di credere gli individui assegnino ad esse, senza però poterne essere certo. Il grado di incertezza è aumentato dal fatto che il modo in cui noi valutiamo una certa situazione dipende non soltanto dal tipo di persona che siamo, ma anche dal modo in cui ce la rappresentiamo nella mente: «gli individui talvolta assegnano valori differenti a proposizioni differenti che

---

<sup>1</sup> Moore affermava anche che si compie una *fallacia naturalistica* nel voler identificare il bene con qualche proprietà naturale, come ad esempio l'utile o il piacevole: esso è piuttosto una qualità semplice, intrinseca alle cose, che può essere colta solamente attraverso un'intuizione morale. G. E. Moore, *Principia Ethica*, Cambridge University Press, Cambridge 1903; tr. it. di G. Vattimo, *Principia Ethica*, Bompiani, Milano 1964.

esprimono un evento»<sup>2</sup>, quando non sanno che esse esprimono lo stesso evento; risulta difficile, allora, scegliere quale delle diverse valutazioni prendere in considerazione.

Un problema ancora più delicato è se la funzione di utilità sociale debba accogliere al suo interno qualunque tipo di preferenza, oppure se esistano alcune legittime restrizioni. In primo luogo, la maggior parte degli utilitaristi concorda sul fatto che non debbano essere tenute in considerazione le preferenze male informate, cioè quelle basate su false credenze, in quanto non rappresenterebbero le vere preferenze di una persona. Ad esempio, Richard Hare suggerisce che, nel formulare il mio giudizio rispetto ad un'azione, dovrei domandarmi non che cosa io o l'altro vogliamo realmente in questo momento, ma che cosa dovremmo volere in quanto esseri razionali. «Questo implica almeno di giudicare con un'idea chiara e distinta di quanto sto dicendo e di quelle che sarebbero le reali conseguenze della prescrizione che sto emettendo per me stesso e per gli altri. Implica anche che, quando considero i desideri degli altri, considero quali desideri sarebbero se quegli altri fossero perfettamente prudenti – cioè desiderassero ciò che desidererebbero se fossero completamente informati e consapevoli»<sup>3</sup>. In tal modo, l'autore intende sottrarre i giudizi morali al soggettivismo e trasformarli in prescrizioni universali. L'universalizzabilità di un giudizio richiede che esso possa essere espresso nei termini di una massima universale (in ciò si avvicina all'imperativo categorico kantiano) e possa essere applicato a tutte le situazioni che risultano simili sotto gli aspetti rilevanti, indipendentemente dai vantaggi o gli svantaggi che potrebbero derivarne a chi sta giudicando. Analogamente, John Harsanyi – che considera l'etica una branca della teoria generale del comportamento razionale, insieme alla teoria dell'utilità e alla teoria dei giochi – ritiene che sia necessario distinguere tra le preferenze manifeste di una persona e le sue vere preferenze, “correggendo” le prime in modo tale da escludere dal calcolo dell'utilità le scelte basate su preferenze irrazionali. Il suo discorso si allarga anche all'ambito pubblico, dove dovrebbero essere prese in considerazione non tanto le preferenze particolari degli individui, quanto le loro preferenze morali, ossia, considerazioni imparziali e impersonali, adottate sulla base del postulato di equiprobabilità, cioè senza sapere quale posizione sociale essi

---

<sup>2</sup> F. Schick, “Quali descrizioni?”, in A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, Cambridge 1982; tr. it. *Utilitarismo e oltre*, Net, Milano 2002, pp. 314-315.

<sup>3</sup> R. M. Hare, “Teoria etica e utilitarismo”, in A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarismo e oltre*, cit., p. 37.

occuperebbero nelle diverse situazioni sociali tra cui sono chiamati a scegliere. In tal modo, secondo l'autore, la scelta si indirizzerà verso gli ordinamenti che massimizzano il livello di utilità media nella società, secondo il principio bayesiano di massimizzazione dell'utilità attesa<sup>4</sup>. Di fronte a simili tesi, ci si potrebbe però chiedere se una tale impostazione non implichi il rischio di cadere in un atteggiamento paternalistico, per cui un decisore illuminato – magari in quanto filosofo – possiede la facoltà di manipolare gli interessi manifestati dalle persone, in vista del loro “vero” interesse, ossia di ciò che sarebbe meglio per loro benché non lo riconoscano. Stabilire quali preferenze siano razionali e quali irrazionali sembra decisamente problematico; al limite, potrebbero essere dichiarate irrazionali, o comunque confuse, tutte le preferenze che non risultano coerenti con l'utilitarismo stesso (mentre lo sono, ad esempio, con altri tipi di riflessione morale), rendendo tale meccanismo autoreferenziale. Ma anche ammesso che il decisore scelga effettivamente la politica migliore tra quelle possibili usando tale procedimento, le persone coinvolte rimarrebbero probabilmente insoddisfatte del risultato, e ciò sembra molto distante dagli scopi che si propone tradizionalmente la teoria utilitarista<sup>5</sup>.

In secondo luogo, più discordanti appaiono le opinioni degli utilitaristi sul modo in cui trattare le preferenze che secondo la morale comune sono considerate inaccettabili, come quelle legate a comportamenti antisociali: ad esempio, anche fondando il calcolo dell'utilità sul concetto di preferenze razionali, non sembra eliminata del tutto la possibilità che un sadico, per quanto informato e consapevole, conservi la propria preferenza nei riguardi della sua vittima. Secondo Hare<sup>6</sup>, tale problema non sussiste in quanto è altamente improbabile che si verifichi un caso in cui l'utilità sia massimizzata lasciando agire il sadico: in primo luogo perché la sofferenza della vittima sarà più intensa del piacere del sadico; in secondo luogo perché possono essergli offerti piaceri sostitutivi; in terzo luogo perché dall'asseccarlo deriverebbero effetti collaterali enormi per la società. Tuttavia da un punto di vista formale, secondo Hare, bisogna ammettere che è corretto assegnare valore anche ai cattivi desideri. Di diverso avviso appare Harsanyi, il quale propone di scartare direttamente dalla definizione dell'utilità

---

<sup>4</sup> J. C. Harsanyi, *L'utilitarismo*, Il Saggiatore, Milano 1995, pp. 109-119.

<sup>5</sup> Cfr. A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarismo e oltre*, cit., pp. 16-17.

<sup>6</sup> R. M. Hare, “Teoria etica e utilitarismo”, in A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarismo e oltre*, cit., p. 40.

sociale le preferenze antisociali, cioè quelle basate sul sadismo, l'invidia, il risentimento e la malvagità, dal momento che accoglierle condurrebbe in alcuni casi ad esiti fortemente controintuitivi e inaccettabili dal punto di vista etico. L'autore difende le propria posizione in due modi. Innanzitutto, poiché l'utilitarismo come teoria è fondato sulla benevolenza verso gli altri, egli ritiene logico che un utilitarista possa rifiutarsi di collaborare a realizzare le intenzioni malevole di un altro individuo. In secondo luogo, distinguendo fra preferenze personali (le mie preferenze riguardo me stesso) e preferenze esterne (le mie preferenze riguardo qualcun altro), egli afferma che «dovremmo costruire la nostra funzione di utilità sociale a partire da funzioni di utilità individuale definite *solo* in termini delle *preferenze personali*. [...] La moralità utilitarista ci chiede di rispettare le preferenze di ciascuno relativamente a *se stesso* e non di rispettare quelle relative ad altri», come possono essere appunto quelle di un sadico<sup>7</sup>.

All'interno della teoria utilitarista contemporanea, vi è poi una distinzione fondamentale tra quella sua forma che prende il nome di "utilitarismo dell'atto" e quella che prende il nome di "utilitarismo della regola". La prima, più vicina alla dottrina originaria di Bentham, prescrive di applicare il principio di utilità ai singoli atti, in modo tale che ogni atto debba produrre il massimo benessere; la seconda, già in parte delineata da Mill, raccomanda invece di applicarlo alle categorie di azione (il mentire, l'uccidere, ecc.), sostenendo che non sono gli atti, bensì le regole, a dover generare il massimo benessere. Secondo tale impostazione, sul lungo periodo l'osservanza di regole generali consolidate garantisce un saldo maggiore di utilità nella società, anche se talvolta violare la regola avrebbe massimizzato sul momento il benessere o le preferenze<sup>8</sup>. Ad esempio, è verosimile che le persone vivano molto meglio in una società in cui le promesse sono generalmente mantenute (condizione che permette il dispiegarsi della fiducia, degli accordi, ecc.), piuttosto che in una società in cui una promessa può essere infranta con facilità, non appena ciò risulti più conveniente per

---

<sup>7</sup> J. C. Harsanyi, *L'utilitarismo*, cit., pp. 63-64. «La preferenza della vittima, essendo una *preferenza personale*, deve avere la meglio su quella dei sadici che, essendo *esterna*, non deve essere presa in considerazione». Egli risolve in tal modo il problema che aveva esposto poche pagine prima per cui, dato un gruppo di sadici che stanno torturando una vittima, se il loro numero è sufficientemente grande, dal calcolo risulterà che l'utilità sociale prodotta da tale azione è maggiore della sua disutilità, e dunque che l'azione è giustificata.

<sup>8</sup> Ciò grazie, in particolare, agli effetti di coordinazione, agli effetti di aspettativa e agli effetti di incentivazione descritti da Harsanyi: cfr. *ivi*, p. 76 sgg.

colui che ha promesso. In altre parole, si tratta di scegliere il codice morale che possiede la massima utilità sociale prevista, presumendo che esso venga rispettato da tutti gli agenti morali; un singolo atto sarà moralmente giusto se conforme alla regola morale corretta che si applica al tipo di situazione considerato. Secondo Hare, le due forme di utilitarismo sono entrambe valide, anzi complementari, in quanto la riflessione morale si svolge su due livelli distinti. Al primo livello vi sono alcuni principi (regole) generali, impartiti attraverso l'educazione, ossia quelli che hanno mostrato di produrre buone conseguenze nella maggior parte dei casi. Essi servono a guidare la riflessione morale pratica nelle circostanze ordinarie della vita; infatti, gli esseri umani, a causa dei loro limiti (di tempo, egoismo, difficoltà di previsione, ecc.), hanno bisogno di affidarsi a norme stabili per avere la sicurezza di realizzare, nell'insieme, il massimo saldo di utilità sociale. Il secondo livello, invece, è quello in cui avviene una riflessione critica, esauriente e completamente informata; è l'ambito in cui si muove l'indagine filosofica, che però non arriva mai a realizzare pienamente tale ideale. Un essere che potesse sempre ragionare a tale livello sarebbe simile a un arcangelo che sa in ogni caso qual è l'azione giusta da compiere e dunque non ha bisogno di regole generali, ma può agire applicando l'utilitarismo dell'atto senza errori. Noi, invece, possiamo farlo solamente in alcuni casi particolari, quando siamo abbastanza certi che seguendo la regola usuale avremo conseguenze peggiori che infrangendola: allora sarà nostro dovere agire contro la regola, anche se significherà scegliere ciò che è più probabilmente giusto senza saperlo con certezza, dal momento che non possiamo mai prevedere tutte le conseguenze della nostra azione<sup>9</sup>.

È importante rilevare che l'utilitarismo della regola fu elaborato nel Novecento per ovviare ad alcune difficoltà a cui andava incontro l'utilitarismo classico e per difendere la teoria dalle critiche dei suoi avversari. Tra queste, è nota l'accusa secondo cui l'utilitarismo dell'atto ci imporrebbe spesso come dovere qualcosa che si scontra con i nostri sentimenti morali più radicati. Infatti, in determinati casi accade che un'azione che ci sembra riprovevole sia proprio quella che, per le sue conseguenze, massimizzerebbe l'utilità collettiva: il classico esempio è quello dell'uccisione di un innocente per salvare la vita di molte persone. Esiste dunque un dissidio apparentemente

---

<sup>9</sup> Cfr. R.M. Hare, *Moral Thinking. Its Levels, Method and Point*, Oxford University Press, New York 1981; tr. it. di S. Sabatini, *Il pensiero morale. Livelli, metodi, scopi*, Il Mulino, Bologna 1989.

insuperabile tra le nostre intuizioni morali e le prescrizioni di una teoria che valuta le azioni esclusivamente in base ai loro effetti. Tale problema investe direttamente la teoria del valore. Nell'ottica utilitarista, le azioni e gli stati di cose non hanno alcun valore o disvalore intrinseco, poiché esso è relativo alla soddisfazione delle preferenze degli individui; ma nemmeno queste ultime possono essere ricondotte a un metro oggettivo. Ciò significa che «l'utilitarismo mantiene una posizione neutrale tra le concezioni della vita buona, chiedendo soltanto agli individui di riconoscere le eguali pretese di tutti gli altri a condurre una vita felice, come essi la definiscono»<sup>10</sup>. Benché una tale impostazione possa apparire la più adeguata in un contesto sociale come quello contemporaneo, in cui regna il pluralismo etico, il suo limite risiede proprio nel fatto di non saper fornire all'agente morale alcun aiuto nella ricerca di quali fini siano degni di essere perseguiti, o nel definire in che cosa consista una vita buona. Ciò rende anche difficile stabilire quali contenuti dare all'educazione dei bambini, soprattutto a livello scolastico, se da un lato non si vuole trasmettere loro una concezione oggettiva del bene, ma dall'altro non si può nemmeno utilizzare come criterio la massimizzazione delle loro preferenze attuali, poiché verosimilmente sarebbe contrario al loro reale interesse, almeno sul lungo periodo. Inoltre, come qualcuno ha notato<sup>11</sup>, vi sono casi in cui le persone non desiderano qualcosa che si può ragionevolmente pensare sarebbe per loro un bene, perché vi sono forti condizionamenti esterni che glielo impediscono: in un regime totalitario, ad esempio, possono mancare ai cittadini il coraggio oppure l'educazione necessari per volere la libertà. In breve, le nostre intuizioni morali ci dicono, contrariamente all'utilitarismo, che esistono alcuni valori intersoggettivi, anche laddove non siano riconosciuti.

Affine alla precedente, è l'accusa secondo cui la teoria utilitarista non sarebbe realmente in grado di garantire la giustizia a livello individuale, a causa del principio stesso di utilità, che nel momento in cui comanda di massimizzare l'utilità collettiva trascura di chiedersi come siano distribuiti benefici e oneri. Concretamente, se si considerano due assetti sociali, di cui il primo dotato di un alto grado di benessere ma in cui alcuni individui sono duramente penalizzati, e il secondo dotato di un grado

---

<sup>10</sup> A. Gutmann, "A cosa serve andare a scuola?", in A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarismo e oltre*, cit., p. 327.

<sup>11</sup> Cfr. I. Berlin, *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press, Oxford 1969; tr. it. di M. Santambrogio, *Quattro saggi sulla libertà*, Feltrinelli, Milano 1989.

inferiore di benessere ma in cui la condizione degli individui più svantaggiati è molto migliore che non nel primo caso, l'utilitarismo classico prescriverà sicuramente di realizzare il primo assetto. In ambito sanitario, una distribuzione iniqua dei benefici può verificarsi se si scopre ad esempio che l'utilità sociale è massimizzata non permettendo l'accesso all'assistenza sanitaria ad alcune categorie di persone, forse proprio le più deboli o le più malate, oppure favorendo le persone già benestanti. A tal proposito, Beauchamp e Childress riportano il caso di due ricercatori i quali, volendo determinare il metodo dotato del miglior rapporto costi-benefici per controllare l'ipertensione nella popolazione americana, giunsero alla conclusione che il metodo migliore fosse quello di potenziare l'osservazione dei pazienti ipertesi già in cura, piuttosto che sottoporre a controlli le persone senza regolare accesso all'assistenza medica; in pratica, secondo un calcolo utilitarista, la sanità pubblica avrebbe dovuto escludere da tale programma la classe più povera<sup>12</sup>. Pertanto, il diritto all'assistenza sanitaria trova un fondamento piuttosto incerto nella massimizzazione dell'utilità complessiva, la quale potrebbe in ogni momento condurre a una strategia differente.

In altri termini, il nocciolo della questione risiede nel fatto che all'interno dell'utilitarismo la nozione di diritti individuali viene messa da parte, o perlomeno gioca un ruolo secondario, al punto da accettare che gli interessi della maggioranza prevalgano sui diritti della minoranza. Come già accennato, in tale ottica un diritto morale (distinto dal diritto giuridico) dovrebbe essere rispettato solamente nella misura in cui ciò massimizza il benessere collettivo; non si tratta quindi di un limite invalicabile, ma piuttosto, si potrebbe dire, della richiesta che venga preso seriamente in considerazione un proprio interesse o desiderio. Ciò che alcuni chiamano diritti naturali oppure diritti dell'uomo è considerato una pura invenzione; con una celebre espressione, Bentham li definisce "nonsensi sui trampoli": «*Natural rights* is simple nonsense: natural and imprescriptible rights, rhetorical nonsense – nonsense upon stilts»<sup>13</sup>. Di fronte a questi esiti dell'utilitarismo, allora, «è frequente l'obiezione che la massimizzazione delle preferenze, potendo implicare la frustrazione degli interessi anche fondamentali di un numero minoritario di persone, generi obbligazioni morali

---

<sup>12</sup> Cfr. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 65.

<sup>13</sup> J. Bentham, *Anarchical Fallacies*, vol. 2 of Bowring (ed.), Works, 1843. A tal proposito si veda anche J. Waldron, *Nonsense upon Stilts: Bentham, Burke and Marx on the Rights of Man*, Methuen, London-New York 1988.

incompatibili con l'idea di equità»<sup>14</sup>. Tuttavia, alcuni utilitaristi della regola ritengono di poter evitare tale accusa, dal momento che il loro pensiero attribuisce un peso molto più forte alle richieste della giustizia e al rispetto dei diritti. Infatti, pur tenendo fermo il rifiuto di una lista chiusa e definitiva di diritti fondamentali, questa versione dell'utilitarismo ritiene che, sul lungo periodo, sarà molto più vantaggioso per gli uomini vivere in una società in cui i diritti individuali siano tutelati (salvo casi di emergenza) piuttosto che il contrario; in altre parole, se la tutela di un diritto massimizza nel lungo tempo l'utilità, esso può prevalere su calcoli di utilità a breve termine. È dunque benefico adottare un sistema razionale di diritti e obblighi speciali, per lo stesso motivo per cui si adotta un sistema di regole morali fisse. Tale sistema sarà il frutto di una ponderazione sempre da rinnovare, mantenendo fisso come scopo quello di ottenere la massima felicità generale<sup>15</sup>.

Come si vede, l'utilitarismo dell'atto e l'utilitarismo della regola differiscono tra loro in misura rilevante e in molti casi conducono a conseguenze pratiche di tipo morale completamente diverse. Harsanyi difende questa tesi – non condivisa da tutti gli utilitaristi – giungendo addirittura ad affermare che «l'utilitarismo delle regole si pone a metà strada tra l'utilitarismo degli atti e le teorie così dette deontologiche. [...] Anzi, l'utilitarismo delle regole è l'*unica* teoria morale che riesca a dare una giustificazione razionale delle componenti deontologiche della moralità»<sup>16</sup>. Infatti, il motivo per cui dovremmo rispettare le norme morali è che esse sono principalmente uno strumento per realizzare altri scopi (piaceri, interessi, preferenze, ecc., riassunti sotto l'etichetta di “felicità”) che ci stanno realmente a cuore; non sono esse stesse il valore più alto, come riteneva invece Kant. Perciò secondo Harsanyi, in alcuni casi da valutare di volta in volta, anche per l'utilitarista della regola sarà giustificato o addirittura più razionale

---

<sup>14</sup> R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 123.

<sup>15</sup> Si può aggiungere a tal proposito che, nell'ambito specifico della bioetica, si riscontra una grande pluralità di opinioni tra gli autori utilitaristi riguardo alla legittimità del linguaggio dei diritti. Alcuni di essi ne fanno uso all'interno delle proprie analisi, come ad esempio Peter Singer, che adopera l'espressione “diritto alla vita”, pur precisando che si tratta di un modo di dire. Altri, invece, più in linea con la tradizione benthamiana, guardano al concetto di diritto con sospetto, cercando di usarlo il meno possibile; oppure lo contestano apertamente, come Hare, il quale ritiene che tale linguaggio sia tipico degli intuizionisti, ai quali egli intende opporre il prescrittivismismo universale.

<sup>16</sup> J. C. Harsanyi, *L'utilitarismo*, cit., p. 101.

deviare da una norma che in generale è bene rispettare<sup>17</sup>: i doveri morali sono doveri *prima facie* e non esiste alcuna regola che non contempra delle possibili eccezioni (solamente il principio di utilità è assoluto), anche se, ovviamente, vi sarà poi il problema di come identificare le eccezioni legittime. Ad ogni modo, ciò permette di evitare gli esiti estremi in cui incorre l'imperativo kantiano, per cui ad esempio non sarebbe mai lecito mentire, nemmeno per salvare la vita di una persona.

Rimane da verificare se in tal modo l'utilitarismo possa respingere anche l'accusa di essere una teoria morale troppo esigente, che impone di prendere a cuore gli interessi di qualunque altro individuo nella stessa misura dei nostri, sacrificando la nostra utilità individuale quando ciò sia necessario per massimizzare l'utilità generale. In altre parole, sarebbe richiesto un grado di altruismo troppo elevato, all'interno di un sistema etico che giunge addirittura a cancellare la distinzione presente nella morale comune fra doveri morali e atti supererogatori, indicando in molte situazioni come un obbligo ciò che secondo i nostri giudizi ponderati verrebbe classificato solo come un atto generoso ed encomiabile. Già Bentham cercò di evitare tale critica, sostenendo che non c'è vero utile per l'individuo se esso non favorisce anche il maggior bene possibile per tutti, e che sono vantaggiosi per il singolo i piaceri che promuovono la felicità generale: i piaceri fecondi (che generano altri vantaggi), puri (ovvero non accompagnati o seguiti da alcuna conseguenza dolorosa) ed estesi (tali da potersi trasmettere anche ad altri uomini). Se ogni uomo seguisse il codice morale dell'utilitarismo, tutti avrebbero la certezza della felicità e insieme promuoverebbero l'utile sociale; egli crede, dunque, in una sorta di altruismo sociale, basato non su un'obbligazione ma su un egoismo proficuo<sup>18</sup>. Secondo Mill, inoltre, ciò che inizialmente è fatto per egoismo, alla lunga si trasforma in una reale capacità di provare sentimenti di benevolenza sociale e di agire in modo disinteressato. Ciononostante, rimane il fatto che in più di una situazione il calcolo utilitarista classico darà come risultato che io debba rinunciare a un mio interesse od obiettivo anche molto importante, qualora i benefici tratti da altri a seguito di questo gesto superino i sacrifici imposti a me. Harsanyi trova una soluzione nella sua particolare concezione dei diritti individuali compatibili con l'utilitarismo della regola. Ma immaginiamo un caso in cui vi fosse un proprietario terriero che vuole tagliare tutti

---

<sup>17</sup> Non tutte le forme di utilitarismo della regola condividono questa tesi, che è invece comunemente accettata nell'utilitarismo dell'atto.

<sup>18</sup> Voce "Bentham", in *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Garzanti, Milano 1981 (2010), pp. 84-85.

gli alberi sulla sua terra semplicemente perché la preferisce così: tale azione genererebbe una forte disutilità per la società – almeno sul lungo periodo – perché aumenterebbe il rischio di frane, produrrebbe effetti negativi sul clima e sulla fauna locale, ecc., soprattutto se si trattasse di un comportamento diffuso tra tutti i proprietari terrieri della zona. Si verifica qui un conflitto tra il diritto di proprietà dell'individuo e la massimizzazione dell'utilità sociale, che richiederebbe di disincentivare o addirittura di impedire in qualche modo al proprietario di abbattere gli alberi. Seguendo il ragionamento di Harsanyi, sembra di dover concludere che nello scontro il diritto prevale, anche se il risultato è che un forte interesse della società deve cedere di fronte a una piccola utilità del singolo. Siamo così passati all'estremo opposto rispetto alla prescrizione dell'utilitarismo dell'atto, secondo cui, per giustificare un'azione, è sufficiente che i benefici tratti da qualcuno superino, sia pure di poco, i sacrifici imposti a qualcun altro. Benché sia difficile che quest'ultima norma possa essere accettata da tutti gli agenti morali, rimane da chiedersi quanto sia legittimo, in un'ottica utilitarista, il passaggio al suo polo opposto.

Infine, un'ultima critica da prendere in considerazione attacca l'indeterminatezza della moralità utilitarista. Quest'ultima, infatti, si costruisce in parte su confronti interpersonali di utilità che rimangono più o meno approssimativi; in parte, su predizioni incerte circa le conseguenze a breve e lungo termine di politiche economiche e quadri istituzionali alternativi. Ne segue, come riconosce lo stesso Harsanyi, che «due utilitaristi ugualmente sensibili, bene informati, intelligenti possono trovarsi in disaccordo in molti casi particolari sulla scelta che dà la massima utilità media e dunque su ciò che è giusto e ciò che è ingiusto, su ciò che è permesso e ciò che è vietato, ecc.»<sup>19</sup>. Tuttavia, l'autore respinge tale critica affermando che la vita morale con i suoi dilemmi è talmente complessa che nessun sistema etico può pretendere di fornire una risposta esatta per ciascun caso; sarebbe anzi da guardare con sospetto una teoria che pensasse di affrontare l'impresa morale tramite un insieme semplicistico di regole meccaniche. Più modestamente, il compito del filosofo è quello di creare di volta in volta una consapevolezza sui possibili vantaggi e svantaggi di ciascuna scelta individuale o politica, a favore di tutti.

---

<sup>19</sup> J. C. Harsanyi, *L'utilitarismo*, cit., p. 126.

## 1.2 *L'utilitarismo in bioetica*

Quando, intorno agli anni Sessanta del XX secolo, si diffuse l'interesse per quella disciplina che poi prese il nome di bioetica, l'utilitarismo apparve in un primo momento come l'unica teoria in grado di fornire risposte adeguate ai nuovi problemi inerenti l'ambito biomedico. In seguito comparvero nuovi approcci – come ad esempio quello dei principi o la casistica – che, contestando le tesi utilitariste, cercarono di fornire metodi alternativi per analizzare e risolvere le questioni considerate. Ciononostante, ancora oggi molti studiosi influenti in ambito bioetico improntano la loro riflessione alla teoria utilitarista<sup>20</sup>. Pur senza scendere nel merito delle singole questioni, è possibile rintracciare alcune caratteristiche comuni ai vari autori: innanzitutto gli elementi fondamentali del consequenzialismo, del benessere e dell'aggregazionismo. Inoltre, una forte attenzione per l'autonomia del paziente, i cui desideri o preferenze si dovrebbe cercare di massimizzare indipendentemente da qualunque giudizio morale da parte del medico, perfino nel caso limite in cui la preferenza espressa da una persona sia quella di morire: il divieto di uccidere, infatti, non deve essere inteso come un divieto assoluto, poiché il suo senso profondo è quello di impedire la frustrazione del desiderio di vivere di una persona, e con esso di tutti i suoi altri interessi e desideri. L'importanza attribuita all'autonomia individuale si coniuga poi con una concezione della persona di tipo funzionalistico: la persona non è individuata da un certo tipo di sostanza, ma dalla presenza di determinate funzioni o capacità, innanzitutto razionalità e autocoscienza. Gli esseri umani che non rientrano nella categoria di persona – embrioni, feti, neonati, soggetti in stato vegetativo – non potendo avere delle reali preferenze, non possiedono nemmeno un diritto alla vita, ma saranno trattati in base alla massimizzazione delle preferenze altrui o del benessere sociale. Viceversa, poiché non si può negare che altre specie animali evolute siano dotate in qualche misura di razionalità e autocoscienza, i loro desideri, innanzitutto quello di vivere, dovranno essere trattati con maggior rispetto da parte degli uomini, finora abituati ad agire secondo un ingiusto “specismo”, ossia un pregiudizio a favore degli interessi dei membri della propria specie e a sfavore di quelli dei membri di altre specie. Ad ogni modo, essendo la capacità di provare dolore e piacere condizione sufficiente per attribuire interessi a un essere (come minimo,

---

<sup>20</sup> Tra i più noti si possono citare: Helga Kuhse, James Rachels, Peter Singer; in Italia, Maurizio Mori.

l'interesse a evitare il dolore), il principio di utilità imporrà di tenere in considerazione gli interessi di qualunque individuo senziente<sup>21</sup>. Quando si cura una persona, inoltre, per massimizzare il benessere in gioco è necessario prendere in considerazione la qualità della vita come esperita dal paziente, prima e dopo il trattamento; infatti, il valore che le persone attribuiscono alla propria vita dipende dalla presenza di determinate condizioni, che variano da individuo a individuo.

La qualità della vita, secondo questi autori, è anche il perno su cui si deve innestare la distribuzione delle risorse sanitarie, grazie all'utilizzo di uno strumento denominato QALY, dall'inglese *Quality Adjusted Life Year* (anno di vita in buona salute): si tratta di un indice che misura per ogni persona il numero di anni di vita attesa e contemporaneamente la qualità di questa vita da un punto di vista sanitario, cercando così di riunire le due dimensioni della lunghezza e della qualità della vita in un unico sistema di valutazione. Il metodo dei QALYs si basa sull'utilitarismo delle preferenze, o meglio, è una tecnica per applicare l'utilitarismo delle preferenze all'area della salute, dove l'utilità è identificata con un aumento della quantità e della qualità della vita; massimizzare il numero dei QALYs significa massimizzare la soddisfazione delle preferenze, posto che il QALY rifletta accuratamente le preferenze delle persone.

Per operare una valutazione monetaria di eventuali scelte sulla salute, nel secolo scorso furono elaborate tre tecniche economiche: l'analisi costi-benefici (CBA), l'analisi costi-efficacia (CEA) e l'analisi costi-utilità (CUA), la cui forma principale è appunto il metodo dei QALYs<sup>22</sup>. In generale, i benefici di un trattamento medico sono le conseguenze valutate positivamente, come la vita o la salute; i costi risiedono sia nelle risorse necessarie per attuarlo, sia nei suoi effetti negativi (compresa la perdita dei benefici che sarebbero derivati dall'alternativa scartata). Nell'analisi costi-benefici tutti i potenziali costi e benefici sono misurati in termini monetari, quindi anche alla vita umana viene assegnato un valore economico. Ciò consente di comparare progetti alternativi, non soltanto all'interno di un determinato settore, ma anche in modo trasversale ai diversi settori, come la sanità, la scuola, i trasporti, ecc; tuttavia, sorgono molte difficoltà nell'accordarsi sul valore monetario da assegnare alle singole vite.

---

<sup>21</sup> Cfr. P. Singer, *Writings on an Ethical Life*, Harper Perennial, New York 2001; tr. it. *La vita come si dovrebbe*, Il Saggiatore, Milano 2001, pp. 46-65.

<sup>22</sup> Cfr. J. Mckie, J. Richardson, P. Singer, et al., *The Allocation of Health Care Resources: An Ethical Evaluation of the 'QALY' Approach*, Aldershot, Ashgate 1998, pp. 15-45.

Nell'analisi costi-efficacia, i benefici sono misurati in termini non monetari, ma in termini di risultati, come vite salvate o anni di vita guadagnati. Ciò che viene confrontato è il costo necessario per produrre un'unità del risultato desiderato: ad esempio, quale tra due programmi di vaccinazione salva più vite a parità di costi. Il limite di questa analisi risiede nel fatto che essa può operare confronti su una gamma ristretta di programmi, tali da produrre risultati omogenei. Infine, l'analisi costi-utilità può essere considerata un'evoluzione dell'analisi costi-efficacia, nella quale i benefici medici vengono misurati sempre in QALYs e l'obiettivo è quello di ottenere il maggior numero possibile di QALYs per ogni dollaro impiegato. Il primo vantaggio di tale metodo è quello di poter confrontare, in linea di principio, tutti gli stati di salute. Inoltre, il ricorso ai QALYs è motivato dall'idea che per decidere tra due procedure terapeutiche non sia sufficiente comparare il numero di anni di vita procurati; infatti, è stato rilevato che spesso, se posti di fronte a una scelta, i pazienti preferiscono rinunciare ad alcuni anni di vita a patto che la sua qualità durante gli anni rimanenti sia più elevata. Il QALY si calcola moltiplicando il numero di anni in un certo stato di salute per l'indice di utilità associato a un anno in quel medesimo stato di salute. Ad esempio, se a un anno vissuto in dialisi è attribuita un'utilità (o valore) del 57% rispetto a un anno vissuto in piena salute, il suo indice di utilità è pari a 0,57. Di conseguenza, 10 anni in dialisi valgono 5,7 QALYs. Attribuendo il valore più alto (1) a un anno di vita in piena salute e il valore più basso (0) alla morte, tutte le condizioni intermedie di malattia o infermità si inseriscono in un punto preciso di questa scala numerica (oppure al di sotto dello 0, qualora il paziente ritenga preferibile la morte). Lo scopo di tali calcoli è quello di fornire un ordine di priorità il più possibile equo e oggettivo tra le scelte mediche possibili: la scelta ottimale sarà quella che permette di ottenere il massimo numero di QALYs. Dato questo scopo, la CUA dovrà indicare quale tra le possibili alternative massimizzi il risultato a parità di costi, oppure minimizzi i costi necessari per ottenere lo stesso risultato. Nel primo caso, l'idea è quella che, avendo a disposizione un budget limitato, esso debba essere utilizzato in modo da produrre la massima quantità possibile di salute. Nel secondo caso, l'analisi mostrerà quale sia la strategia più efficace in rapporto ai costi per conseguire un certo beneficio per la salute; ma non esprimerà valutazioni in merito al beneficio stesso o al valore relativo di due programmi che hanno scopi differenti. Essa può essere utilizzata sia a livello macroallocativo, per

stabilire il più vantaggioso tra diversi programmi sanitari, sia a livello microallocativo, per distribuire risorse scarse tra i pazienti che ne hanno bisogno.

La CUA è accusata talvolta di generare problemi di giustizia, per il fatto di concentrarsi sul modo in cui ottenere un saldo attivo in cui i benefici superino i costi, senza interessarsi di come benefici e costi siano ripartiti. Più specificamente, ad essa non è richiesto di produrre la massima utilità per il maggior numero di persone – come nel principio di utilità classico – ma solo di produrre il massimo beneficio; pertanto, il risultato ottimale può essere quello di salvare una persona a cui si possono attribuire molti QALYs, piuttosto che più persone dotate ciascuna di un numero inferiore di QALYs, se la somma di questi è inferiore all'altra cifra. Ciò appare fuorviante se si pensa che la società e i medici abbiano innanzitutto il dovere di interessarsi alle persone e di salvare vite, piuttosto che quello di massimizzare delle unità di misura come il numero di anni in buona salute<sup>23</sup>.

Il sistema dei QALYs ha ricevuto anche altre critiche. La più forte contesta la pretesa capacità dei QALYs di misurare oggettivamente (in termini numerici) la qualità della vita di un paziente. Tale difficoltà sussiste sia nel caso in cui siano degli “esperti” – ad esempio medici e infermieri – ad esprimere la valutazione, in base ai parametri da loro stessi stabiliti (come la mobilità fisica, l'assenza di dolore, l'autonomia, ecc), sia quando la misurazione sia compiuta a partire dai giudizi espressi dai pazienti o dalle preferenze medie riscontrate in un campione generico di popolazione. Senza scendere nei particolari, basti dire che, da un lato, i giudizi degli operatori sanitari e dei pazienti tendono ad essere distorti in base alla loro esperienza personale, che può condurli o a enfatizzare o, viceversa, a minimizzare le problematiche inerenti un certo stato di salute; dall'altro lato, intervistando un pubblico generico, si è notato che «alcune variazioni

---

<sup>23</sup> Un problema di questo tipo si manifestò concretamente in seguito alla riforma sanitaria attuata dallo Stato americano dell'Oregon a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso. L'obiettivo del governo era quello di allargare a un numero maggiore di cittadini la copertura finanziaria del programma Medicaid, stilando una lista di trattamenti medici da garantire in ordine di priorità. Secondo l'analisi costi-utilità, la posizione in classifica di un trattamento era determinata dal grado di beneficio atteso, in termini di QALYs. In tal modo, però, si ottenne come risultato che alcune procedure salvavita si trovassero in una posizione inferiore rispetto ad alcune procedure di routine; e poiché i servizi con le priorità più basse rischiavano di essere esclusi dalla copertura economica, in caso di insufficienza dei fondi, si comprende il motivo per cui tale programma attirò su di sé forti critiche. In seguito, la lista di priorità venne riformulata abbandonando il criterio costi-utilità e adottando la regola che i trattamenti necessari per salvare una vita non potessero essere negati. Cfr. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 361-363.

[nelle risposte] dipendono dal “modo di presentazione” delle diverse domande o dalle descrizioni delle condizioni di salute [...], come anche dall’età e dalle condizioni di salute degli interpellati»<sup>24</sup>. Ad un livello più profondo, il nocciolo del problema risiede nel fatto che la qualità della vita esperita (o anche solo immaginata) in una determinata condizione rimane un vissuto profondamente soggettivo e variabile da persona a persona, laddove il criterio dei QALYs pretende invece di stabilire una rigida scala di valori. In tal modo, esso finisce per svalutare di per sé alcune condizioni di vita – in particolare quelle degli anziani o dei disabili, che rimangono quindi penalizzati da tale sistema – rivelando, dietro le pretese di oggettività, alcune convinzioni etiche implicite e ingiustificate. Anche l’aspirazione all’eguaglianza, del resto, sembra mancare il bersaglio: infatti, se da un lato è vero che gli interessi di tutti gli individui coinvolti sono tenuti parimenti in considerazione, escludendo qualunque privilegio basato sulla razza, lo status sociale o altri fattori diversi dai benefici medici attesi, tuttavia la scelta distributiva finirà quasi sempre per avvantaggiare coloro che possono recuperare una condizione di salute “normale” rispetto a coloro che vivono una patologia cronica o qualche forma di handicap. Ciò significa che, in molti casi, coloro i quali stanno peggio continueranno a stare peggio, mentre verranno curati coloro che, soffrendo di un disturbo più lieve, possono ottenere un maggior successo dal trattamento. Così, anche le disuguaglianze generate dalla lotteria naturale, invece che essere compensate, verranno rafforzate dall’intervento umano. Tale esito è inevitabile se lo scopo è quello di massimizzare l’utilità totale; si tratta dunque di scegliere se dare la priorità a questo principio, oppure a un principio diverso che permetta di allocare le risorse sulla base del bisogno.

Nonostante i limiti specifici dell’approccio dei QALYs, è comunque importante rilevare che i primi progetti di *Welfare State* furono concepiti originariamente da alcuni economisti fortemente influenzati dall’utilitarismo, in base all’idea che lo stato dovesse provvedere a realizzare la massima quota possibile di benessere sociale. Il *Welfare State* (o stato sociale) è definito come il complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno stato che interviene, in un’economia di mercato, per garantire assistenza e benessere ai cittadini, modificando e regolamentando la distribuzione dei redditi generata dalle forze del mercato. Gli obiettivi del *Welfare State* sono: assicurare un

---

<sup>24</sup> *Ivi*, p. 306.

tenore di vita minimo a tutti i cittadini, dare sicurezza a individui e famiglie in presenza di congiunture sfavorevoli, garantire a tutti i cittadini l'accesso ai servizi fondamentali (tra cui istruzione e sanità)<sup>25</sup>. Da tale definizione emerge chiaramente lo stretto legame che esiste tra benessere dei cittadini ed economia: argomento di cui si occupò approfonditamente l'economista Arthur Pigou, soprattutto nell'opera *The Economics of Welfare*. Pigou prende le mosse dalla teoria utilitarista, che definisce il benessere sociale come la somma delle utilità degli individui, misurabili in termini cardinali e comparabili, ma la specifica in modo tale da considerare solamente «quel complesso di soddisfazioni e di disoddisfazioni che possono essere misurate monetariamente»: il benessere economico<sup>26</sup>. L'utilità di ciascun individuo cresce proporzionalmente al reddito e, di conseguenza, il benessere sociale sarà crescente al crescere del reddito (o prodotto) nazionale. Tuttavia, due principi devono essere tenuti presenti: l'aumento della produzione e del reddito nazionale provoca accrescimento del benessere generale soltanto se il reddito che tocca alle classi povere non è diminuito; e l'aumento del reddito reale delle classi povere – o la redistribuzione verso i meno abbienti – comporta un aumento del benessere generale (in base alla legge dell'utilità marginale decrescente) soltanto se non conduce a una contrazione del reddito nazionale<sup>27</sup>. Talvolta, un intervento dello stato è necessario per favorire il benessere economico, laddove la cecità degli individui li induca ad agire in modo irrazionale. Ad esempio, tutti noi vediamo i piaceri futuri, per così dire, rimpiccioliti rispetto alla loro vera natura e pertanto preferiamo sacrificare vantaggi maggiori futuri a vantaggi minori presenti; questo, però, danneggia il benessere economico, in quanto comporta uno spreco di capitale e frena gli investimenti. Allora, lo stato non sbaglia quando interviene per «proteggere *in una certa misura* gli interessi del futuro contro gli effetti dei nostri ragionamenti irrazionali e della nostra preferenza per noi stessi a preferenza dei nostri discendenti», ad esempio incoraggiando gli investimenti a lungo termine, difendendo le risorse naturali mediante legislazione, e in altri modi ancora.

---

<sup>25</sup> Voce “Welfare State”, Vocabolario Treccani, <http://www.treccani.it/vocabolario/welfare-state/>.

<sup>26</sup> A. C. Pigou, *The Economics of Welfare*, Macmillan, London 1920; trad. it. *L'economia del benessere*, Utet, Torino 1968, p. 26.

<sup>27</sup> *Ivi*, pp. 79-91. La legge dell'utilità marginale decrescente afferma che all'aumentare del consumo di un bene, l'utilità marginale di quel bene (cioè l'utilità apportata dall'ultima unità o dose consumata dello stesso) diminuisce.

Un pensiero analogo, che si distanzia evidentemente da quello liberale, compare anche nella concezione utilitarista della sanità. Infatti, si può dire che l'utilitarismo sia tendenzialmente favorevole all'esistenza di una qualche forma di gestione pubblica delle risorse sanitarie – che ovviamente potrà poi articolarsi in modi differenti – dal momento che un accesso universale all'assistenza sanitaria di base massimizza con ogni probabilità la soddisfazione delle preferenze dei cittadini, sia dal punto di vista fisico sia da quello psicologico. In particolare, il diritto ad un minimo decente di cure è considerato da qualcuno come la condizione necessaria per consentire ad ogni persona di realizzare la parte di bene con cui può contribuire alla felicità generale<sup>28</sup>. Riguardo poi al problema di come identificare concretamente che cosa costituisca un minimo decente di cure, la risposta utilitarista rimane ancora una volta il principio di utilità: bisognerà cioè capire in quale modo differenti decisioni distributive possano incidere sul benessere sociale<sup>29</sup>.

Altri due motivi che potrebbero indurre un utilitarista a difendere la sanità pubblica sono gli argomenti citati da Hare a favore di una distribuzione sufficientemente uniforme di beni reali<sup>30</sup>. Il primo argomento è quello dell'utilità marginale decrescente di tutte le merci e della moneta, per cui più ci si avvicina all'eguaglianza più tenderà ad aumentare l'utilità totale. Si può ipotizzare che ciò valga anche per l'ambito medico, dove una più equa distribuzione permetterebbe la soddisfazione di bisogni più intensi a scapito di bisogni meno intensi, aumentando così il benessere complessivo.

Il secondo argomento è che le ineguaglianze tendono a generare invidia, odio e tensioni, e dunque disutilità all'interno della società. Tale discorso si applica anche all'approccio dei QALYs, il cui senso ultimo è quello di concorrere allo sforzo politico di massimizzare il benessere della società: pertanto, se una più equa distribuzione delle risorse dovesse soddisfare maggiormente le preferenze dei cittadini rispetto ai risultati indicati dal metodo dei QALYs, quest'ultimo dovrebbe essere modificato o abbandonato a vantaggio dell'utilità comune<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, cit., p. 291.

<sup>29</sup> J. Mckie, J. Richardson, P. Singer, et al., *The Allocation of Health Care Resources*, cit., pp. 93-94.

<sup>30</sup> R. M. Hare, "Teoria etica e utilitarismo", in A. Sen, B. Williams (a cura di), *Utilitarismo e oltre*, cit., pp. 35-36.

<sup>31</sup> J. Mckie, J. Richardson, P. Singer, et al., *The Allocation of Health Care Resources*, cit., pp. 52-55.

Rimane il fatto che per l'utilitarismo il principio di eguaglianza non prescrive uguale trattamento, ma uguale considerazione per gli interessi di ciascun individuo. Il primo tipo di eguaglianza, come già osservato, avrà un valore più che altro strumentale, ai fini della massimizzazione dell'utilità globale. Il secondo tipo, invece, è esattamente ciò che garantisce all'interno della società il dispiegarsi della giustizia, la quale si configura, dunque, come un concetto derivato e secondario rispetto a quello di utilità, che rimane il cardine di tutto il sistema morale.

## 2. Liberalismo

Insieme all'utilitarismo, uno degli approcci più diffusi ai problemi dell'etica pubblica è il liberalismo. L'etica liberale si oppone a quella utilitarista nella misura in cui sostiene una concezione fortemente deontologica dell'autonomia e dei diritti, soprattutto nell'interpretazione di autori come Robert Nozick e Roland Dworkin. In generale, viene definito individualismo liberale «la concezione secondo cui in una società democratica si deve ritagliare un certo spazio entro il quale l'individuo sia tutelato e gli sia permesso di perseguire progetti personali»<sup>32</sup>; tuttavia, il liberalismo si articola al suo interno in una varietà di posizioni, che possono essere suddivise in due insiemi principali di teorie: da un lato le teorie *libertarie*, dall'altro le teorie dell'*eguaglianza liberale*. Pur essendo fondate tutte sul valore della libertà individuale, le prime pongono al centro della riflessione l'autodeterminazione, mentre le seconde l'eguaglianza di opportunità. Rispetto all'ambito della bioetica, ciò che le accomuna tutte è il fatto di considerare i problemi bioetici principalmente come questioni di giustizia: non saranno quindi interessate a sviluppare una teoria dei valori morali o della vita buona, ma piuttosto a scoprire come gli individui che vivono in società pluralistiche possano esercitare i propri diritti fondamentali e autodeterminarsi<sup>33</sup>.

### 2.1 Teorie libertarie

---

<sup>32</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 80.

<sup>33</sup> Cfr. R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 131-172.

L'idea centrale di queste teorie è che ogni persona possieda anzitutto un inviolabile diritto alla libertà e quindi alla proprietà su se stesso e sui frutti del proprio lavoro; diritto che non può essere limitato dal potere statale, neppure in nome dell'equità o di altre esigenze sociali. «La libera autodeterminazione degli individui è in sostanza l'unico diritto fondamentale, che comporta la tutela da interferenze su tutto ciò che fa parte della sfera privata del soggetto (la sua corporeità, le sue scelte personali, le sue capacità, i suoi beni)»<sup>34</sup>.

Tale concezione può essere fatta risalire a Locke, il quale formulò la tesi del carattere naturale del diritto alla proprietà, che comprende la vita, la libertà e i beni del singolo (questi ultimi acquisiti grazie al lavoro personale e al legittimo possesso dei suoi frutti)<sup>35</sup>. Secondo l'autore, gli uomini nascono tutti liberi, eguali e indipendenti; tuttavia, nello stato di natura i diritti naturali si trovano costantemente minacciati dalla forza altrui. Lo stato politico nasce allora per tutelare tali diritti, che del resto rimangono proprietà dei singoli (diversamente dalla tesi di Hobbes), con l'unica eccezione del diritto a farsi giustizia da sé, che viene delegato al potere legislativo. In tal modo, gli uomini perdono parte della libertà di cui godevano secondo la legge di natura, ma acquistano la possibilità di usufruire delle loro proprietà in pace e tranquillità. La legittimità dello stato rimane legata al consenso dei suoi membri, i quali possiedono sempre il diritto di resistere di fronte a un governo arbitrario e che travalica i suoi poteri<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> *Ivi*, pp. 133-134.

<sup>35</sup> «Sebbene la terra e tutte le creature inferiori siano comuni a tutti gli uomini, pure ognuno ha la proprietà della propria persona, alla quale ha diritto nessuno altro che lui. Il lavoro del suo corpo e l'opera delle sue mani possiamo dire che sono propriamente suoi. A tutte quelle cose dunque che egli trae dallo stato in cui la natura le ha prodotte e lasciate, egli ha congiunto il proprio lavoro, e cioè unito qualcosa che gli è proprio, e con ciò le rende proprietà sua». J. Locke, *Due trattati sul governo* [1690]; tr. it. a cura di L. Pareyson, Utet, Torino 2010, p. 249.

<sup>36</sup> «Questi sono i limiti che la fiducia in esso posta dalla società e dalla legge di Dio e della natura, ha fissato al potere legislativo di ogni società politica in ogni forma di governo. In primo luogo, esso deve governare secondo leggi stabilite e promulgate, che non abbiano a variare nei casi particolari, ma seguano una sola regola per i ricchi e per i poveri, per il favorito alla corte e per il contadino al campo. In secondo luogo, queste leggi non debbono aver in definitiva altra mira e altro fine che il bene del popolo. In terzo luogo, esso non deve levar tasse sulla proprietà del popolo, senza il consenso del popolo, dato da esso o dai suoi deputati. [...] In quarto luogo, il legislativo né deve né può trasferire il potere di far leggi ad altri o collocarlo in mani diverse da quelle in cui l'ha posto il popolo»; *ivi*, pp. 335-336. Date tali premesse, un governo quale la monarchia assoluta non è giustificabile agli occhi dell'autore.

A partire dalle tesi di Locke, Nozick elabora la più nota difesa moderna dell'ideale libertario. Innanzitutto, l'autore cerca di mostrare, attraverso un lungo ragionamento ipotetico, come dallo stato di natura, attraverso un processo a mano invisibile, sorgerà inevitabilmente una qualche forma di stato politico, con lo scopo di garantire la sicurezza ai propri membri grazie al monopolio dell'uso della forza. Contro la posizione anarchica, Nozick afferma che tale stato non è intrinsecamente immorale, poiché è possibile immaginarlo come l'esito di una serie di passaggi tutti moralmente legittimi (nel senso che non violano i diritti morali di nessuno). Resta da capire quali forme legittime possa assumere lo stato e quali invece travalichino ciò che gli è consentito. La tesi dell'autore è che solamente «uno stato minimo, strettamente limitato alle funzioni di protezione contro violenza, furto e frode, di tutela dei contratti, ecc. è giustificato, [mentre] qualsiasi tipo di stato più esteso finisce con il violare i diritti delle persone a non essere costrette a fare certe cose, ed è ingiustificato»<sup>37</sup>. In altre parole, risulta necessario, ai fini della convivenza umana, accettare uno stato che protegga i diritti fondamentali di libertà e di proprietà; tale stato non sarà mai autorizzato a violare i diritti per i quali è nato, ad esempio costringendo alcuni cittadini ad aiutarne altri, oppure proibendo alle persone determinate attività in vista del loro stesso bene o della loro protezione. In particolare, Nozick si propone di mostrare come la giustizia distributiva non sia un argomento valido per giustificare uno stato più esteso di quello minimo. Per farlo, da un lato egli critica le teorie della giustizia distributiva che adottano questa prospettiva (in particolare la teoria che egli giudica la migliore esistente, quella di John Rawls); dall'altro, elabora una teoria alternativa della giustizia, a cui dà il nome di "teoria del titolo valido". Quest'ultima si articola intorno a tre principi: il principio di giustizia nelle acquisizioni, il principio di giustizia nei trasferimenti e il principio di rettificazione delle ingiustizie. Pur senza formulare compiutamente tali principi, Nozick avanza la tesi che «i possessi di una persona sono giusti se ha titolo a essi in base ai principi di giustizia nelle acquisizioni e nei trasferimenti, o in base al principio di rettificazione dell'ingiustizia (come specificata dai primi due principi). Se i possessi di una persona sono giusti, allora l'insieme totale

---

<sup>37</sup> R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York 1974 ; tr. it. di G. Ferranti, *Anarchia, stato e utopia. Quanto stato ci serve?*, Il Saggiatore, Milano 2000, p. 17.

(la distribuzione) dei possessi è giusta»<sup>38</sup>. La differenza fondamentale tra questa teoria e le teorie rivali, come spiega lo stesso autore, risiede nel fatto che essa utilizza principi di giustizia “storici”, mentre le altre utilizzano principi di giustizia “a risultato finale”. Ossia: per la teoria del titolo valido, se una distribuzione è giusta dipende da come si è originata; nelle teorie della giustizia distributiva, una distribuzione giusta deve essere effettuata in funzione di una certa dimensione naturale, qui ed ora, senza tenere in considerazione fatti anteriori: a ciascuno un’eguale quota, a ciascuno secondo il suo bisogno, il contributo, il merito, ecc. I principi del titolo valido non sono basati su un modello, ma sono piuttosto principi processuali: specificano un processo senza fissarne l’esito, che si genera autonomamente in forza di diversi fattori, tra cui gli scambi di libero mercato, eredità, doni, carità, e così via. L’assetto finale dipende quindi da un’enorme somma di scelte e transazioni individuali. D’altronde, afferma Nozick, proprio le azioni individuali vanificano la possibilità di mantenere un modello distributivo stabile (compreso uno egualitario); per riuscirci, bisognerebbe interferire continuamente nelle decisioni delle persone su come trasferire le proprie risorse, violando così la loro libertà. La tassazione statale rientra proprio in quel genere di attività redistributive che violano i diritti delle persone. Se un diritto di proprietà su *X* è il diritto di determinare ciò che verrà fatto con *X*, la tassazione dei guadagni del lavoro viola apertamente il diritto di proprietà sui propri beni, che vengono ingiustamente redistribuiti come se si trattasse di una proprietà pubblica. Anzi, Nozick arriva addirittura ad affermare che la tassazione viola il diritto di proprietà di una persona su se stessa, dal momento che essa è costretta a lavorare *n* ore per gli scopi di un altro, come accade nel lavoro forzato. In tal modo, per conseguire un determinato modello di giustizia si finisce per infrangere i vincoli morali collaterali – cioè i limiti invalicabili di ogni rapporto tra individui – costituiti in questo caso dai diritti fondamentali delle persone.

Nozick confronta quindi la sua teoria con *Una teoria della giustizia* di Rawls<sup>39</sup>. La sua conclusione è che il ragionamento di Rawls non può condurre a una concezione

---

<sup>38</sup> *Ivi*, p. 167. Alcuni critici hanno sottolineato la debolezza dell’argomentazione di Nozick in favore di tali principi. Ad esempio, Harsanyi scrive: «Nozick ha costruito la sua teoria sulla nozione di “titolo valido” senza mai spiegare né la base logica né la forza moralmente vincolante di titoli validi». J. C. Harsanyi, *L’utilitarismo*, cit., p. 102.

<sup>39</sup> Cfr. J. Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1971; tr. it. di U. Santini, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 2010.

della giustizia distributiva basata sul titolo valido, per il fatto che i partecipanti alla posizione originaria devono accordarsi dietro un velo d'ignoranza: ciò significa che nessuno di loro sa quali titoli validi possiederebbe, quali capacità di lavorare e così via, e pertanto non possono che scegliere il modello di distribuzione a stato finale più conveniente per tutti. Tuttavia nel mondo reale, osserva Nozick, le cose non piovono dal cielo come manna, ma vengono prodotte da persone precise mediante processi ben identificabili: non si capisce allora perché un contributo differenziato identificabile non conduca a qualche titolo differenziale, e perché ciascuna persona debba avere una pretesa sulle attività e sui prodotti di altre persone. Anche il fatto che le doti naturali possedute dalle persone siano arbitrarie, da un punto di vista morale, non implica che le persone non abbiano titolo ad esse e a quanto da esse deriva. Perché infatti si dovrebbero eliminare le differenze fra persone, o giustificarle solamente se producono qualche vantaggio collettivo? Il vero problema, afferma Nozick, è che «non si può semplicemente *assumere* che in una teoria della giustizia si debba incorporare eguaglianza»<sup>40</sup>. Bisognerebbe invece dimostrare perché sia moralmente doveroso modificare le istituzioni sociali per conseguire una maggiore eguaglianza di condizioni materiali. Infatti, posto che una maggiore eguaglianza di beni o di opportunità sia auspicabile, rimane il vincolo costituito dai diritti, per cui non è mai lecito sottrarre a qualcuno ciò che possiede legittimamente per darlo a (o impiegarlo a favore di) altri: «i diritti particolari su cose saturano lo spazio dei diritti, e non lasciano posto per diritti generali a trovarsi in una certa condizione materiale»<sup>41</sup>. L'unico mezzo legittimo per perseguire l'eguaglianza è convincere le persone a cooperare volontariamente in vista di tale obiettivo: ciascuno è libero di trasferire le proprie risorse in aiuto di altri. Ma non esiste nessun argomento valido a favore uno stato più esteso dello stato minimo, basato sulla giustizia distributiva.

Spostandoci nel nostro ambito, risulta evidente che in una concezione come quella di Nozick non può esistere un diritto all'assistenza sanitaria, dal momento che, per sostenere un servizio sanitario pubblico, lo stato è obbligato a utilizzare la leva fiscale sui cittadini, violando così i loro diritti fondamentali di libertà e di proprietà. Invece, per Nozick, un sistema statale giusto dovrà limitarsi a garantire la libera contrattazione delle

---

<sup>40</sup> R. Nozick, *Anarchia, stato e utopia*, cit., p. 241.

<sup>41</sup> *Ivi*, p. 247.

prestazioni, in modo tale che ogni individuo possa acquistare i servizi sanitari che preferisce, mentre le persone meno abbienti dovranno affidarsi alle donazioni private e ad altre forme di beneficenza da parte di cittadini più abbienti. L'attività assistenziale diventa così un problema di etica individuale piuttosto che pubblica.

Ad una conclusione analoga giunge anche Engelhardt, ma attraverso un ragionamento differente<sup>42</sup>. La teoria di Engelhardt è la seguente: le visioni morali sostanziali (cioè dotate di contenuti normativi precisi) differiscono tra loro in quanto fondate su insiemi diversi di premesse metafisiche e antropologiche, che non sono né verificabili né confutabili dal punto di vista razionale; di conseguenza, ogni morale sostanziale (in cui i giudizi etici discendono dalle premesse) non può essere definita né migliore né peggiore di un'altra: ciascuna assomiglia piuttosto ad una fede morale. Le diverse «comunità morali» risultano dunque sistemi chiusi e inconfontabili tra loro; gli individui appartenenti a comunità morali diverse si percepiscono tra loro come «stranieri morali». Per tutti questi motivi, secondo l'autore, è assurdo pensare di poter giungere un giorno all'accettazione universale di uno specifico sistema morale, come dimostra anche il fallimento del progetto illuminista: infatti, al contrario di ciò che credevano gli illuministi, non esiste una morale concreta accessibile a tutti mediante la riflessione razionale. Data l'impossibilità di giungere ad un accordo reale, l'unica soluzione sarà quella di garantire la coesistenza delle diverse prospettive morali, a cui gli individui decidono volontariamente di aderire: tutta l'etica si riduce così a un progetto di soluzione delle controversie morali per mezzo di un'autorità morale laica, fondata sul consenso. Il principio che deve guidare l'operato di tale autorità (così come dei singoli individui) è il «principio del permesso». Da esso discendono: il divieto di usare le persone senza il loro permesso, il rispetto per la libertà di coloro che non condividono la nostra visione morale, il divieto dell'utilizzo della forza per risolvere le controversie morali. Tutto ciò pone forti restrizioni al potere della maggioranza di imporre norme coercitive per i cittadini. Nell'ambito sanitario, «i limiti morali laici dell'autorità pubblica si possono esprimere mediante una lista di diritti "naturali" o individuali, dove per "diritti naturali" si intendono quelli che non si può mai presumere che gli individui abbiano tacitamente ceduto, senza minaccia della forza, a

---

<sup>42</sup> Cfr. H.T. Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford 1996; tr. it. di S. Rini, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999.

un'organizzazione sociale. Questi diritti [...] sono indefiniti e comprendono diritti morali laici come l'uso della contraccezione, la disponibilità di un livello privato di assistenza sanitaria e il suicidio»<sup>43</sup>.

Il rispetto della libertà è, dunque, il nocciolo dell'etica laica delineata da Engelhardt. Addirittura, la libera autodeterminazione è talmente importante che soltanto gli agenti morali sono considerati persone in senso stretto: «non tutti gli umani sono persone nei termini della morale laica generale. Nella prospettiva della morale laica, un individuo, per essere morale, deve essere in grado di dare un consenso moralmente autoritativo. In termini parzialmente diversi, possono dirsi persone solo gli individui in grado di dare il proprio permesso e di disporre con autorità morale di se stessi e dei propri beni»<sup>44</sup>. Tuttavia, se per un liberale la libertà costituisce un valore (anzi, il valore prioritario) in quanto tale, per Engelhardt essa è semplicemente un vincolo morale collaterale<sup>45</sup>. Il principio del permesso, diversamente dal principio di autonomia, è un criterio soltanto formale, che va rispettato non per ragioni morali sostanziali, ma proprio per garantire la neutralità totale dell'etica pubblica, ai cui occhi anche il liberalismo appare come una visione morale e politica fra le altre. La conseguenza estrema è che non esistono limiti all'oggetto dell'accordo tra persone: esse possono decidere di vendere i propri organi, o perfino di vendere se stesse, proprio perché la libertà non è un valore sostanziale. Parimenti, lo stato non potrà mai interferire con le pratiche interne a una comunità morale, anche quando lesive di ciò che consideriamo diritti fondamentali, a patto che i membri aderiscano volontariamente alla comunità in questione.

L'incomunicabilità riscontrata fra le prospettive morali si ripresenta, secondo l'autore, in ambito bioetico: anche qui non si può aspirare ad una bioetica laica sostanziale, cioè dotata di valori, obblighi, diritti, ecc., ma bisognerà accontentarsi di una meta-bioetica, capace di assicurare procedure di negoziazione fra stranieri morali basate sul reciproco riconoscimento e sulla rinuncia all'uso della forza. Se l'elaborazione delle politiche pubbliche è vincolata al consenso dei singoli cittadini,

---

<sup>43</sup> *Ivi*, pp. 104-105.

<sup>44</sup> *Ivi*, p. 256. Di conseguenza, non possono essere considerati persone: gli infanti, gli individui in stato di grave demenza senile o di handicap mentale grave, gli individui colpiti da consistenti lesioni cerebrali.

<sup>45</sup> Scrive Engelhardt: «Questa visione dell'etica e della bioetica [...] non si può dimostrare che è buona, apprezzabile o razionalmente desiderabile in termini laici generali. [...] Questa concezione può considerarsi un argomento trascendentale teso a giustificare un principio di libertà come vincolo collaterale, come fonte di autorità»; *ivi*, p. 101.

allora non è lecito obbligarli a sostenere un sistema sanitario nazionale (né altre forme di *Welfare*) imponendo una tassazione. Solamente se gli svantaggi patiti da una persona sono causati da azioni umane inique (per esempio, danni alla salute provocati da maleficenza o da negligenza altrui) esiste l'obbligo di compensarli, per motivi di giustizia, ricorrendo al potere statale; ma se tali svantaggi sono il risultato della "lotteria naturale", non possono essere definiti iniqui e non comportano alcun obbligo da parte delle altre persone. Con questa tesi, Engelhardt si oppone a coloro che difendono un diritto all'assistenza sanitaria sulla base di considerazioni di equità o giustizia (come vedremo nel prossimo paragrafo). Rimane il principio di beneficenza, di cui Engelhardt riconosce l'importanza, ma che al di fuori delle comunità particolari appare indeterminato; perciò, di volta in volta bisognerà trovare il modo di applicarlo nel rispetto del principio del permesso.

## 2.2 *Teorie dell'eguaglianza liberale*

Vi è poi un altro gruppo di autori che, pur partendo da una concezione liberale della società e riconoscendo nell'autonomia il concetto cardine della convivenza civile, giunge a conseguenze teoriche profondamente diverse da quelle esaminate finora: si tratta dei teorici dell'eguaglianza liberale, per i quali essa è da intendersi essenzialmente come equa eguaglianza delle opportunità. Quest'ultima richiede di offrire ad ogni persona, indipendentemente dalla sua posizione sociale, una dote minima di beni materiali e culturali per poter realizzare il proprio piano di vita.

Max Charlesworth, ad esempio, svolge un lungo elogio dell'autonomia individuale, intesa come diritto di scegliere il modo in cui si vuole vivere: essa, afferma, non solo è un'idea «di un'evidenza accecante», ma costituisce il valore supremo delle società liberali e, ancor più, l'unico valore capace di trovare il consenso generale dei membri della società. Tuttavia, a partire da tale premessa, l'autore giunge a conclusioni molto distanti da quelle che abbiamo trovato nell'opera di Nozick, a cui sembra riferirsi direttamente. Scrive infatti: «dal mio punto di vista, in una società liberale lo Stato ha un compito che non si limita a prevenire, in senso negativo, eventuali restrizioni nell'esercizio dell'autonomia individuale, ma deve attivamente e positivamente promuovere le condizioni socio-economiche entro le quali la libertà dell'individuo e la

sua autonomia possano prosperare. Le persone non possono agire in modo autenticamente libero e autonomo vivendo in uno stato di terribile povertà o in condizioni di anarchia sociale, prive di istruzione o di assistenza sanitaria di base»<sup>46</sup>. In quest'ottica, la tutela della salute rappresenta una condizione necessaria perché le persone possano esercitare la propria libertà. E poiché la giustizia (o equità) consiste nel trattare le persone come agenti morali autonomi, ne consegue che una società giusta è quella in cui ad ogni cittadino vengono offerte le condizioni materiali per vivere come tale; il meccanismo del mercato non è adatto a tale scopo, dal momento che lavora per ottenere la più razionale distribuzione delle risorse sanitarie (in termini di costi-benefici), indipendentemente dal fatto che sia la più equa.

Un pensiero simile è espresso da Dworkin, per il quale il principio di eguaglianza implica che tutte le persone devono essere trattate come eguali, cioè hanno il diritto a eguale considerazione e rispetto<sup>47</sup>. Ciò significa innanzitutto che, in una società liberale, istituzioni politiche neutrali devono trattare gli individui in maniera eguale, indipendentemente dalle loro convinzioni o scelte di vita. In secondo luogo, significa difendere un'eguaglianza di risorse, piuttosto che di benessere (diversamente dall'utilitarismo): infatti, Dworkin nota come il liberalismo non possa stabilire un modello di benessere uguale per tutti gli uomini, ma debba piuttosto limitarsi a garantire porzioni eguali di risorse e di opportunità. «Le persone devono essere eguali, per quanto è possibile, nelle risorse che controllano, le quali includono risorse personali e impersonali»<sup>48</sup>; di conseguenza, il modello dell'eguaglianza liberale deve prevedere anche alcune strategie compensatorie per rimediare alle diseguaglianze nelle risorse personali (fisiche e mentali), soprattutto nel caso di handicap.

---

<sup>46</sup> M. Charlesworth, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, Cambridge 1993; tr. it di G. Gozzini, *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli, Roma 1996, pp. X-XI.

<sup>47</sup> Si tratta, secondo l'autore, di un «postulato di morale politica», che nessuno presumibilmente può rifiutare; cfr. R. Dworkin, *I diritti presi sul serio*, cit., p. 324.

<sup>48</sup> R. Dworkin, *I fondamenti dell'eguaglianza liberale*, in R. Dworkin, S. Maffettone, *I fondamenti del liberalismo*, Laterza, Bari 1996, p. 42. E ancora: «L'eguaglianza liberale fa propria una concezione della giustizia basata sulle risorse. Essa sostiene che la giustizia è misurata dalle risorse che la gente possiede, non dal welfare o dal benessere che gli individui raggiungono con quelle risorse»; *ivi*, p. 95.

Nell'ottica di Dworkin, quindi, il diritto fondamentale è il diritto all'eguaglianza formale<sup>49</sup>; tutti gli altri diritti hanno senso solamente in riferimento a quello. Se per un libertario come Nozick i diritti di libertà non possono essere limitati da considerazioni di equità, per Dworkin è vero il contrario: «propongo anche che i diritti individuali a libertà particolari siano riconosciuti solo quando si può dimostrare che il diritto fondamentale al trattamento come eguali comporta questi diritti»<sup>50</sup>. Non si può sostenere che esista un generico diritto alla libertà, poiché in qualunque società la libertà dei cittadini deve sottostare ai limiti imposti dalla proprietà e dalla sicurezza altrui, mentre se qualcuno ha diritto a qualche cosa, allora è sbagliato da parte dello stato negargliela, anche se, nell'interesse generale, sarebbe più utile agire così. In ogni caso, tra libertà ed eguaglianza non può esistere un vero conflitto, poiché esse «si fondono come aspetti differenti dello stesso ideale politico»<sup>51</sup>. Inoltre, l'autore è convinto che la politica sia strettamente legata all'etica (contrariamente alle teorie del contratto sociale, che separano i due piani), per cui il liberalismo dovrà trovare fondamento in un'etica liberale, cioè in una concezione della vita buona<sup>52</sup>. Tra i parametri per la riuscita di una vita rientra anche un'equa distribuzione delle risorse, cosicché una società giusta è, per coloro che ci vivono, una condizione della vita buona. Non si può avere una vita buona con una quota di risorse inferiore, ma nemmeno superiore, al giusto; questo, poi è variabile a seconda delle società e deve essere individuato concretamente da istituzioni giuste.

Se la posizione di Dworkin si articola chiaramente intorno al concetto di diritto, la prospettiva di Rawls si basa invece su un'esplicita ripresa della tradizionale concezione del contratto sociale, per proporsi come valida concorrente dell'utilitarismo e dell'intuizionismo. L'obiettivo che l'autore si pone è quello di individuare i principi di giustizia che «persone libere e razionali, preoccupate di perseguire i propri interessi, accetterebbero in una posizione iniziale di eguaglianza per definire i termini

---

<sup>49</sup> Il "principio di eguaglianza formale" afferma che gli eguali devono essere trattati nello stesso modo, e gli ineguali devono essere trattati in modo diverso. È formale nel senso che non specifica sotto quale aspetto due individui devono essere considerati eguali oppure diversi. Cfr. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 323.

<sup>50</sup> R. Dworkin, *I diritti presi sul serio*, cit., p. 325.

<sup>51</sup> R. Dworkin, *I fondamenti dell'eguaglianza liberale*, cit., p. 115.

<sup>52</sup> Anche se questa etica avrà «un carattere strutturale e filosofico anziché sostantivo»; *ivi*, p. 22.

fondamentali della loro associazione»<sup>53</sup>. Tali principi determineranno i diritti e i doveri fondamentali dei cittadini e la divisione dei benefici sociali; essi si applicano, dunque, alla struttura di base della società e non al comportamento dei singoli. La condizione posta dall'autore è che la contrattazione avvenga sotto un «velo di ignoranza»: nessuno dei partecipanti conosce quale sarà il proprio posto all'interno della società, né le proprie doti naturali, né la propria concezione del bene, ecc.; in tal modo, nessuno può sapere quali principi lo favorirebbero personalmente e tutti si trovano in un'uguale posizione. Da qui, allora, l'espressione "giustizia come equità", nel senso che, date tali premesse, i principi di giustizia sono concordati attraverso una procedura equa (e le istituzioni di una data società saranno considerate giuste se strutturate in accordo con tali principi). Secondo Rawls, le parti nella posizione originaria si accorderebbero su due principi:

1. Il principio della massima eguale libertà
2. (a) Il principio dell'equa eguaglianza di opportunità  
(b) Il principio di differenza<sup>54</sup>.

Questi due principi implicano il riferimento ad alcuni «beni primari»: diritti, libertà, opportunità, ricchezza, reddito, rispetto di sé. Sono detti beni primari perché si presume che ogni individuo razionale li desideri, dal momento che tali cose garantiscono un maggior successo nel raggiungere i propri fini, quali che essi siano. In base al principio di differenza, non è obbligatorio che i beni sociali siano distribuiti in maniera eguale tra tutti i membri della società, qualora esista una distribuzione ineguale che migliora la posizione di ciascuno. Il principio di differenza è ottenuto da Rawls applicando alla posizione originaria il principio di *maximin* (abbreviazione di *maximum minimorum*), già noto nella teoria dei giochi: esso afferma che un soggetto razionale, in condizioni di incertezza, sceglie la strategia che assicura il più favorevole tra i risultati negativi

---

<sup>53</sup> J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, cit., p. 32.

<sup>54</sup> Nella formulazione più recente, l'autore descrive i principi nel modo seguente:

«(1) Ogni persona ha lo stesso titolo indefettibile a uno schema pienamente adeguato di uguali libertà di base compatibile con un identico schema di libertà per tutti gli altri.

(2) Le disuguaglianze sociali ed economiche devono soddisfare due condizioni: primo, devono essere associate a cariche e posizioni aperte a tutti in condizioni di equa eguaglianza delle opportunità; secondo, devono dare il massimo beneficio ai membri meno avvantaggiati della società (principio di differenza)».

J. Rawls, *Justice as Fairness: a Restatement*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (USA) 2001; tr. it. di G. Rigamonti, *Giustizia come equità. Una riformulazione*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 49.

prevedibili. I partecipanti al contratto, allora, nel momento della decisione tenderanno a massimizzare l'utilità minima attesa, valutando ogni possibile quadro istituzionale in base agli interessi dei più svantaggiati<sup>55</sup>.

Inoltre, i principi sono ordinati lessicalmente, ossia in ordine di priorità: un principio entra in azione solamente quando i precedenti siano pienamente soddisfatti. Ciò significa che per Rawls la giustizia prevale sempre sull'efficienza e sul benessere; non è lecito sacrificare alcun membro della società per l'utilità comune. Parimenti, le libertà fondamentali possono essere limitate solo in nome della libertà stessa.

L'autore afferma che tali principi, oltre ad essere l'unica soluzione razionale al problema posto nella posizione originaria, sono quelli che meglio si accordano ai (e giustificano i) nostri giudizi ponderati, ossia quei giudizi del senso comune su ciò che è giusto, dei quali siamo più sicuri. Ad esempio, almeno nella nostra società, tutti conveniamo sul fatto che la dotazione di beni primari, naturali e sociali, che ciascuno riceve al momento della nascita sia arbitraria e immeritata; perciò, secondo Rawls, fa parte della nostra sensibilità morale l'idea che una società giusta debba intervenire a favore dei più svantaggiati per riparare questi torti e assicurare un'effettiva eguaglianza di opportunità<sup>56</sup>. La società si configura così come un'impresa cooperativa per il reciproco vantaggio, all'interno della quale ogni individuo ha la possibilità di perseguire la propria concezione del bene, qualunque essa sia.

Sebbene Rawls non si sia occupato direttamente del tema dell'assistenza sanitaria, provando ad applicare a tale ambito la sua teoria, sembrano plausibili le seguenti conclusioni. In primo luogo, se la giustizia richiede che le istituzioni pubbliche agiscano per bilanciare gli effetti della lotteria naturale e sociale, ciò include, verosimilmente, anche l'offerta di cure mediche e di assistenza a chi ne ha maggiormente bisogno, indipendentemente dalla sua capacità di acquistarle. In base al principio di differenza, si potrebbe argomentare in favore di un minimo decente di cure garantito a tutti, finanziato tramite tassazione dei membri più avvantaggiati della società. In secondo luogo, è stato

---

<sup>55</sup> Questa tesi è stata attentamente criticata da Harsanyi. Egli mostra come, in alcuni casi concreti, il principio di differenza conduca a conseguenze morali inaccettabili, in quanto impone di sacrificare grandi interessi o benefici di alcuni individui a interessi o benefici minimi di altri per il solo fatto che i secondi sono socialmente svantaggiati. Secondo Harsanyi, la spiegazione risiede nel fatto che il principio più razionale da adottare nella teoria della decisione non è quello di *maximin*, ma quello di massimizzazione dell'utilità media. Cfr. J. C. Harsanyi, *L'utilitarismo*, cit., pp. 109-118.

<sup>56</sup> Cfr. *Una teoria della giustizia*, cit., pp. 110-111.

sostenuto che i soggetti nella posizione originaria «sceglierebbero i principi di giustizia che elevano al massimo il livello minimo di beni primari, allo scopo di tutelare interessi fondamentali come la salute in contesti potenzialmente dannosi. Questi agenti selezionerebbero quelle ripartizioni sociali che soddisfano determinati bisogni di salute, lasciando che il mercato, basato su contratti, distribuisca altri beni sanitari secondo l'iniziativa individuale»<sup>57</sup>.

Tuttavia, bisogna notare che l'assenza della salute (o di un diritto alle cure) tra i beni primari citati da Rawls come base necessaria per qualunque piano di vita potrebbe compromettere il raggiungimento di quell'equa eguaglianza di opportunità che l'autore intende assicurare. Questo punto è stato sottolineato da Daniels, la cui riflessione sugli orientamenti sanitari costituisce una delle interpretazione più autorevoli della teoria di Rawls<sup>58</sup>. Andando alla ricerca di un criterio oggettivo per la distribuzione delle risorse sanitarie – di fronte alla molteplicità delle richieste e dei bisogni manifestati in tale ambito – Daniels giunge alla conclusione che la società sia tenuta, per motivi di giustizia, a soddisfare quei bisogni necessari per raggiungere, conservare o ristabilire (dove possibile) il normale funzionamento della specie. La malattia fisica o mentale, che si configura appunto come una deviazione dal normale funzionamento di un membro tipico della specie, ha l'effetto di ridurre la gamma di opportunità a disposizione dell'individuo per costruire il proprio piano di vita e perseguire la propria concezione del bene. La “gamma normale di opportunità” è influenzata anche da fattori culturali, nonché dai talenti e dalle caratteristiche personali. Più precisamente, allora, la malattia è ciò che riduce le opportunità di vita che un particolare individuo, in una particolare società, avrebbe avuto se fosse stato sano. La giustizia non richiede che le opportunità siano identiche per tutte le persone, ma solamente per quelle persone che possiedono talenti simili; a tal fine, dovrebbero essere attuati anche interventi positivi per contrastare le disparità di educazione e le discriminazioni che ostacolano i piani di vita personali. In breve, garantire un'equa eguaglianza di opportunità significherebbe, per le istituzioni, agire allo scopo di compensare gli effetti della lotteria naturale, da un lato, e della lotteria sociale, dall'altro. Non esiste una quota fissa di risorse o di assistenza dovuta a ciascuno, ma le persone più svantaggiate (in modo immeritato) hanno diritto a

---

<sup>57</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 334.

<sup>58</sup> Cfr. N. Daniels, *Just Health Care*, cit.

ricevere una quota maggiore. Il principio dell'equa opportunità è, secondo Daniels, la regola che deve guidare le decisioni delle istituzioni in ambito sanitario, indipendentemente dall'elaborazione di una compiuta teoria della giustizia; ogni cittadino, in tal modo, avrà un eguale accesso a un livello sufficiente, anche se non massimo, di assistenza sanitaria.

Un autore che invece critica la concezione di uguaglianza rawlsiana è Amartya Sen, per il quale la trattazione di Rawls avrebbe il difetto di concentrarsi sulle cose in sé – i beni primari – piuttosto che sul loro valore strumentale a vantaggio degli uomini<sup>59</sup>. Ciò che conta davvero per le persone, egli afferma, è la capacità di fare certe cose fondamentali, tra cui procurarsi il cibo, spostarsi, partecipare alla vita della società, ecc. (la lista delle capacità fondamentali sarà in parte universale, in parte dipendente dai contenuti delle diverse culture); la capacità di base è quella di vivere fino a un'età avanzata senza soccombere a una morte prematura, come accade quando sono inaccessibili le cure mediche, i sistemi igienico-sanitari e un'acqua pura. Per poter esercitare queste capacità, l'individuo deve avere a disposizione un certo paniere di beni – come riconosce Rawls – ma poiché gli esseri umani sono tutti diversi tra loro, garantire un'uguaglianza di beni primari non genererà automaticamente uguali effetti per le persone che li utilizzano. La giustizia sociale, allora, non deve avere come obiettivo la distribuzione di una certa quantità di beni o servizi, bensì la capacità degli individui di servirsene in modo tale da soddisfare i propri bisogni. L'uguaglianza delle capacità fondamentali rappresenta, secondo Sen, l'unica teoria dell'uguaglianza soddisfacente. In seguito, Sen ha approfondito la sua riflessione mettendola in relazione con il tema dello sviluppo<sup>60</sup>. Citando Aristotele, egli fa notare come la ricchezza non sia un bene ultimo, dal momento che non la ricerchiamo per se stessa ma per le cose che ci permette di fare, per le «libertà sostanziali» che ci aiuta a conseguire. Le possibilità effettive degli esseri umani, però, non sono determinate esclusivamente dalla ricchezza, bensì da un insieme di fattori, tra cui i diritti politici e civili e gli assetti sociali come il

---

<sup>59</sup> Cfr. A. K. Sen, "Uguaglianza, di che cosa?", in ID., *Choice, Welfare and Measurement*, Basil Blackwell, Oxford 1982; tr. it. di F. Delbono, V. Denicolò, G. Gozzi, *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna 1986. La riflessione offerta da Sen vorrebbe essere «un'estensione dell'approccio rawlsiano in una direzione non feticistica»; *ivi*, p. 359.

<sup>60</sup> Cfr. A. K. Sen, *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford 1999; tr. it. di G. Rigamonti, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano 2001.

sistema scolastico o quello sanitario. Tutti questi elementi sono indispensabili perché gli individui possano realizzare azioni e decisioni libere, cioè abbiano la possibilità di vivere il tipo di vita al quale danno valore: è qui che risiede il bene ultimo, pertanto il successo di una società dovrà essere giudicato innanzitutto sulla base delle libertà reali di cui godono i suoi membri. In definitiva, afferma Sen, lo sviluppo coincide con il processo di espansione delle libertà umane.

### **3. Teorie basate sulla *common morality***

Dopo utilitarismo e liberalismo, un terzo approccio da considerare è quello degli studiosi che si propongono di ricavare indicazioni sulla giustizia in ambito sanitario a partire dalla morale di senso comune. Sono stati così sviluppati due orientamenti: la teoria dei principi e il comunitarismo.

#### *3.1 Bioetica dei principi*

La «teoria della moralità comune, basata su principi», presentata da Beauchamp e Childress per la prima volta nel 1979, diede un forte impulso a quel tipo di riflessione bioetica che consiste nell'applicazione ai casi particolari di un certo numero di principi etici ritenuti fondamentali. Si tratta di un'impostazione pragmatica, che intende aggirare il disaccordo esistente a livello teorico tra le diverse concezioni etiche, con lo scopo di risolvere i dilemmi etici della pratica clinica e superare i conflitti tra gli individui a livello pubblico. Tale metodo divenne predominante nel mondo anglosassone nel corso degli anni Ottanta.

A partire dalle idee morali diffuse, Beauchamp e Childress elaborano quattro principi fondamentali:

- rispetto dell'autonomia (intesa come libertà decisionale dell'individuo)
- non maleficenza (non nuocere)
- beneficenza (promuovere il bene)
- giustizia (intesa come equità distributiva)

Tali principi sono definiti «intermedi», perché situati tra i giudizi (particolari) e le teorie etiche (general); proprio per questo motivo, possono essere condivisi dai fautori di etiche normative differenti (anche se la loro giustificazione ultima sarà diversa nelle varie teorie) e utilizzati per analizzare e risolvere i problemi della prassi biomedica: non costituiscono una teoria morale completa, ma sono anzi elementi comuni alle varie teorie. I quattro principi provengono dall'esperienza, o meglio dalla morale di senso comune, definita come quell'insieme di norme condivisibili da tutte le persone «moralmente serie», a qualunque cultura o tradizione esse appartengano: la morale di senso comune è universale e così anche i principi, nel senso che dovrebbero essere condivisi da tutti, anche quando di fatto non lo sono<sup>61</sup>. Per questo, si ritiene possibile trovare un accordo riguardo alle risoluzioni pratiche, pur permanendo il disaccordo a livello teorico. L'intento di Beauchamp e Childress è quello di chiarificare e dare una sistemazione coerente ai principi. Innanzitutto, essi dichiarano che i principi non sono assoluti, ma vincolano soltanto *prima facie*, cioè soltanto se l'obbligo che prescrivono non entra in conflitto con un altro obbligo di forza uguale o maggiore<sup>62</sup>: pertanto, la bioetica dei principi si configura come una teoria pluralistica e si differenzia nettamente da utilitarismo e kantismo, che sono invece teorie monistiche, ossia impennate su un unico principio assoluto. In caso di conflitto, dicono gli autori, per decidere quale sia il dovere prevalente bisogna attuare delle strategie di “bilanciamento”: esse permettono di attribuire ai vari doveri il loro peso relativo nella situazione particolare, e pongono precise condizioni alla trasgressione di un principio a favore di un altro<sup>63</sup>. Un'altra strategia indispensabile da affiancare al bilanciamento è la “specificazione”: essa consente di applicare i principi – che per loro natura sono piuttosto astratti – ai casi concreti, individuando il significato più idoneo che un principio deve assumere nella

---

<sup>61</sup> La moralità comune «è un punto di vista morale preteorico che trascende i costumi e gli atteggiamenti meramente locali. Analogamente alle convenzioni sull'universalità dei diritti umani fondamentali, i principi della moralità comune sono norme universali». T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 108.

<sup>62</sup> Per esempio, «uccidere le persone è errato *prima facie*, ma uccidere per impedire ulteriori dolori o sofferenze estremi a una persona non è errato in ogni circostanza»; *ivi*, p. 113.

<sup>63</sup> Tali condizioni sono: «(1) Le ragioni apportate per agire in conformità alla norma prevalente siano migliori di quelle a sostegno della norma infranta [...]; (2) Ci sia la speranza realistica che venga raggiunto l'obiettivo morale che giustifica l'infrazione; (3) Non ci sia alcuna alternativa moralmente preferibile che possa sostituire la norma prescelta; (4) Il tipo di infrazione operata sia il meno grave, compatibilmente con il raggiungimento dell'obiettivo principale dell'azione; (5) Il soggetto cerchi di ridurre al minimo gli effetti negativi dell'infrazione»; *ivi*, p. 45.

situazione considerata e riducendo al minimo i conflitti fra interpretazioni differenti. La specificazione e il bilanciamento sono quindi due metodi complementari, che consentono ai principi di determinare l'agire nei contesti particolari. Entrambi si collocano all'interno di un più ampio metodo, quello della coerenza. Gli autori chiamano infatti "coerentismo" il modello di giustificazione morale da essi adottato, il quale si situa, per così dire, a metà strada tra il deduttivismo e l'induttivismo.

Riassumendo, i quattro principi adottati da Beauchamp e Childress derivano dai giudizi ponderati presenti nella morale comune e nella tradizione medica. Essi forniscono le norme più astratte e generali, che devono poi essere applicate ai casi concreti tramite specificazione e bilanciamento; il risultato è una situazione di "equilibrio riflessivo", in cui i principi generali e il giudizio sul caso concreto si sono reciprocamente adattati: i principi sono stati resi specifici ai casi, i casi sono stati illuminati dai principi. I giudizi particolari così ottenuti devono essere sempre coerenti con i giudizi ponderati di partenza; è quindi necessario un continuo confronto dialettico fra teoria (intesa semplicemente come cornice normativa di riferimento) ed esperienza. La teoria e i principi sono da considerare validi fino a che non siano smentiti o resi incoerenti dalla realtà: in tal caso devono essere aggiustati o riformulati. Perciò, il paradigma dei principi si presenta come un approccio in continua evoluzione, che non pretende di aver raggiunto un assetto definitivo, ma si confronta continuamente con l'esperienza.

Il principio al quale i due autori dedicano maggior spazio nella loro trattazione è quello di giustizia. Essi elencano sei principi materiali di giustizia distributiva – materiali in quanto specificano le proprietà sostanziali che una persona dovrà possedere per poter beneficiare della distribuzione – sui quali sono state costruite in passato diverse teorie: a ciascuno un'uguale quota, a ciascuno secondo il bisogno, l'impegno, il contributo, il merito, gli scambi di libero mercato. Ogni teoria della giustizia cerca di dimostrare che uno o più principi da essa prescelti dovrebbero essere anteposti agli altri; al contrario, Beauchamp e Childress pensano che non sia possibile costruire una teoria della giustizia soddisfacente su un solo principio, poiché ciascuno esprime un'esigenza valida, ma comunque parziale. I due autori rifiutano, quindi, di adottare una teoria determinata e propongono piuttosto di includere tutti e sei i principi all'interno delle riflessioni sulla giustizia, affermando che non è contraddittorio considerarli tutti validi;

anche negli orientamenti pubblici reali, del resto, accadrebbe spesso di fare ricorso a principi diversi nei diversi contesti.

L'applicazione dei principi alle situazioni reali risulta piuttosto complessa, poiché bisogna trovare il modo di conciliare tra di loro i principi – che individuano diversi obblighi *prima facie* – e stabilire di volta in volta un ordine di priorità (grazie alle strategie già descritte precedentemente). Ciò appare quando Beauchamp e Childress si occupano della ripartizione delle risorse per l'assistenza sanitaria; ad esempio, per la selezione dei destinatari di determinati trattamenti medici, essi consigliano di utilizzare simultaneamente vari criteri, ma l'esito non è del tutto chiaro: più che dall'applicazione del principio di giustizia ai casi concreti, le loro indicazioni sembrano generate da un comune buon senso, che giudica caso per caso e non esclude eccezioni alle proprie massime, rispecchiando così la complessità del reale. I due autori raccomandano che le scelte microallocative vengano compiute sempre in base a procedure eque ed efficienti, ossia, rispettando la nozione di uguaglianza delle opportunità, ma valutando, allo stesso tempo, le possibili conseguenze<sup>64</sup>. Mentre questi due criteri, come abbiamo visto, sono stati spesso posti in contrasto tra loro dal dibattito filosofico, Beauchamp e Childress affermano esplicitamente che un sistema di ripartizione può e deve incorporare in modo coerente criteri utilitaristi ed egalitaristi. Tale sistema dovrebbe garantire il diritto a un minimo decente di cure e articolarsi su due livelli (assistenza pubblica di base e prestazioni mediche a pagamento), in modo tale da conciliare la regola dell'equa eguaglianza di opportunità con i vantaggi del libero mercato. A sostegno di questa tesi, essi aggiungono che la salute rientra all'interno di quei casi in cui è compito dello stato assicurare la tutela collettiva dei cittadini contro le minacce esterne, come avviene per la criminalità, le calamità naturali o l'inquinamento<sup>65</sup>. Andando ancora oltre, Beauchamp e Childress si spingono ad affermare: «anche se gli argomenti che abbiamo offerto per il diritto morale all'assistenza sanitaria venissero respinti con la motivazione che la giustizia non accredita questo diritto, è possibile rivendicare il diritto legale o l'aver titolo all'assistenza sanitaria con motivazioni morali diverse, quali la compassione e la beneficenza»<sup>66</sup>. In altre parole, il governo sarebbe autorizzato, a causa dell'importanza

---

<sup>64</sup> «Il nostro approccio non esige quindi l'uguaglianza delle opportunità a prescindere dalle conseguenze». T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 380.

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 345.

<sup>66</sup> *Ivi*, p. 348.

dell'obiettivo, a mantenere in vita un sistema sanitario pubblico finanziato dai cittadini, anche se non esistesse un vero diritto degli individui in tal senso.

Quanto detto finora riguardo all'approccio proposto da Beauchamp e Childress mostra come, all'interno della bioetica anglosassone, l'urgenza di elaborare una bioetica pubblica abbia indotto i bioeticisti contemporanei a superare il conflitto al livello delle teorie, attribuendo la priorità ad un accordo più modesto sulle decisioni pratiche (*problem solving*). D'altro canto però, alcuni filosofi hanno sottolineato l'esigenza di trovare ragioni profonde in grado di giustificare determinati comportamenti morali, stimando insufficiente ai fini dell'impresa morale la ricerca di un accordo pratico. Ad esempio, Clouser e Gert<sup>67</sup> criticano la debolezza teorica del metodo dei principi, sostenendo che due individui potrebbero condividere un principio ma avere idee diverse sul modo di applicarlo alla situazione particolare: nella medesima situazione, ciascun agente può attribuire ad un principio un contenuto differente, a seconda della teoria normativa cui fa riferimento. Di conseguenza, i principi rimangono dei semplici nomi; nell'applicarli ai casi, l'agente non fa che seguire le proprie convinzioni precedenti. Il risultato dell'assenza di giustificazione è dunque il relativismo<sup>68</sup>. Secondo gli autori, allora, sarebbe più utile argomentare una teoria etica comprensiva, dalla quale poter poi ricavare direttamente e in maniera univoca le norme pratiche. Un'opera successiva di Gert, Culver e Clouser<sup>69</sup> contiene tanto lo sforzo di specificare e interpretare queste norme per il contesto della bioetica contemporanea, quanto una rinnovata accusa contro un certo tipo di bioetica costruita *ad hoc* rispetto ai casi e non sistematica; laddove il compito dei bioeticisti, essi affermano, dovrebbe essere quello di sviluppare la disciplina in maniera organica a partire da quella base unitaria su cui già poggia, che è la "morale comune".

---

<sup>67</sup> K. D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism*, «Journal of Medicine and Philosophy», 15, 1990, pp. 219-236.

<sup>68</sup> Beauchamp e Childress replicano che tale eventualità dipende, più profondamente, non da un limite del metodo dei principi, ma dal fatto che non è mai possibile passare da una teoria etica alla pratica tramite una deduzione esatta: il ragionamento morale è diverso dal ragionamento logico, pertanto non esistono sillogismi per mezzo dei quali ricavare con certezza le norme pratiche a partire dai principi generali. Inoltre, secondo gli autori, l'astrattezza dei principi offre un vantaggio al loro metodo, perché i principi risultano estremamente flessibili e dunque utilizzabili da parte di tutti, anche all'interno di culture differenti. Cfr. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 33.

<sup>69</sup> B. Gert, C. M. Culver, K. D. Clouser, *Bioethics: A Return To Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997.

### 3.2 Comunitarismo

Un diverso modo per dare valore alla morale comune, in vista di una teoria della giustizia in ambito sanitario, si collega alla prospettiva politica di tipo comunitarista. Opponendosi all'individualismo liberale, i comunitaristi sostengono la necessità di recuperare al dibattito pubblico la nozione di bene comune, tanto più in un ambito come quello della sanità, che coinvolge la sorte di tutti i cittadini. Prima di definire le politiche pubbliche, essi dicono, è necessario giungere a una concezione condivisa del bene e dei valori da tutelare, tramite una consultazione democratica, ma anche tramite l'esplicitazione di ciò che è già contenuto nelle tradizioni e nella cultura di una determinata comunità. Infatti, l'identità stessa dell'individuo è strettamente legata al tipo di comunità in cui vive, cosicché egli comprende e persegue la propria concezione del bene mediante la vita comunitaria (che costituisce dunque un valore più forte dell'autonomia). In tale ottica, le norme da adottare non sono individuate da un'astratta razionalità, né si possono affrontare le questioni di giustizia (anche in ambito bioetico) in termini di principi o di diritti.

Uno dei principali esponenti del comunitarismo è Michael Sandel, noto soprattutto per la sua critica alla teoria della giustizia di Rawls. Secondo Sandel, l'ipotetico contratto sociale descritto da Rawls si svolge tra certi tipi di esseri che non sono mai esistiti realmente, in quanto disincarnati e privi di identità: non avendo alcuna caratteristica, interesse o preferenza personale, essi sembrano indistinguibili, e ciò mette in dubbio perfino la loro pluralità. Qualunque trattativa richiede una certa differenza di punti di vista tra i partecipanti, ma nella posizione originaria non ce n'è nessuna; ma allora, secondo Sandel, la concezione rawlsiana della persona risulta troppo formale e astratta per fornire una spiegazione plausibile delle nostre capacità di autoriflettere e di agire moralmente. In definitiva, «la posizione originaria realizza un distacco troppo grande dalle circostanze umane, la situazione iniziale che essa descrive è troppo astratta per produrre i principi che dice Rawls, o se vogliamo, addirittura qualsiasi principio determinato»<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> M. J. Sandel, *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge University Press, Cambridge 1982; tr. it. *Il liberalismo e i limiti della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1994, p. 40.

Una riflessione sui principi di giustizia si trova anche in Michael Walzer, secondo cui è sbagliato pensare che esista un unico principio di giustizia per la distribuzione di tutti i beni sociali; piuttosto, all'interno della società esiste una pluralità di «sfere di giustizia» autonome, nelle quali, a seconda del tipo di beni e del valore che la società attribuisce loro, la distribuzione avviene secondo procedure diverse<sup>71</sup>. I membri di una comunità politica, secondo l'autore, hanno un legame speciale tra loro, in base al quale sono tenuti a fornirsi collettivamente sicurezza e assistenza: l'estensione di quest'ultima sarà fissata dai membri stessi, secondo una concezione collettiva dei loro bisogni, soggetta a una continua negoziazione politica. In particolare, secondo Walzer, «la logica distributiva della pratica della medicina sembra essere quella di fornire cure proporzionali alla malattia e non alla ricchezza»<sup>72</sup>: tale idea sarebbe ben radicata nella mente dei medici, ma più in generale nel popolo americano, per il quale l'importanza attribuita all'assistenza medica è molto maggiore rispetto a ciò che lo stato attualmente offre. Se ciò è vero, se la collettività sente tale "necessità" così ampiamente e profondamente, allora esiste già il presupposto per attuare il finanziamento di un servizio sanitario nazionale. Il maggior ostacolo rimane, tuttavia, il mercato, dal momento che dichiarare la salute un bene necessario significherebbe sottrarla al regno delle merci<sup>73</sup>.

Tale lettura è condivisa da Daniel Callahan<sup>74</sup>, il quale afferma che l'idea che vi sia un diritto a un'assistenza sanitaria decente è consolidata nel pensiero americano, nonostante il proliferare delle richieste di nuovi diritti individuali abbia finito per indebolirne il significato. Il problema, secondo l'autore, è che appellarsi a un tale diritto non è sufficiente per comprendere quali siano i suoi contenuti, soprattutto in un'epoca in cui il progresso tecnologico in ambito medico sembra inarrestabile. Se ogni nuova conquista medica genera nuovi bisogni legittimi, ci troviamo di fronte a sistema caotico

---

<sup>71</sup> «Se i significati [dei beni] sono diversi, le distribuzioni devono essere autonome. Ogni bene sociale, o insieme di beni sociali, costituisce, per così dire, una sfera distributiva nella quale sono appropriati solo certi criteri e certi assetti». M. Walzer, *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, Basic Books, New York, 1983; trad. it. di G. Rigamonti, *Sfere di giustizia*, Feltrinelli, Milano 1987, p. 21.

<sup>72</sup> *Ivi*, p. 93.

<sup>73</sup> «Infatti, dichiarare necessario un certo bene vuol dire bloccarne o vincolarne il libero scambio; così si blocca anche ogni altra procedura distributiva che non sia regolata dal bisogno [...]. Ma il mercato, almeno negli Stati Uniti, è il principale rivale della sfera della sicurezza e dell'assistenza»; *ivi*, p. 96.

<sup>74</sup> D. Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon & Schuster, New York 1990, pp. 57-62.

ed estremamente competitivo, in cui è impossibile stabilire priorità di intervento o limiti alle richieste dei singoli; ma poiché, di pari passo con la ricerca, cresce anche la spesa medica, il progresso continuo e illimitato perseguito dalla medicina moderna non sarà a lungo sostenibile. Una medicina di tal genere è dunque destinata a produrre ingiustizie nella distribuzione dei suoi benefici. Di conseguenza, Callahan ritiene che sia necessario abbandonare l'ottica dell'individuo e del mercato, per adottare invece un'ottica che si concentra sulla salute della popolazione: l'obiettivo prioritario sarà quello di offrire un servizio di sanità pubblica e una buona assistenza di base, in modo tale che tutti possano accedere a un'assistenza adeguata ed economicamente sostenibile<sup>75</sup>. L'argomento a sostegno di tutto ciò non risiede più nei diritti individuali, ma in un «senso di empatia condiviso dalla comunità, nella comune percezione che, poiché infermità e menomazioni possono colpire chiunque e influire indirettamente su tutti, tutti se ne devono sobbarcare i costi»<sup>76</sup>.

Uno dei concetti più importanti che si possono ricavare dalle riflessioni di Callahan è il seguente: l'obiettivo primario della salute pubblica è quello di assicurare il miglioramento dello stato di salute dell'intera comunità o popolazione, piuttosto che concentrarsi sulla salute dei singoli individui. La bioetica, focalizzandosi sull'ambito clinico, per lungo tempo si è occupata prevalentemente degli aspetti etici riguardanti l'individuo. Ma, allargando i suoi orizzonti, essa scopre che esiste una tensione, che deve essere continuamente bilanciata, in cui si fronteggiano da un lato le scelte guidate da considerazioni di giustizia sociale (o utilitariste), dall'altro la necessità di salvaguardare i diritti e gli interessi delle persone<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> Come spiega Callahan: «qui la sanità pubblica è definita in relazione a tre elementi essenziali: la sua sfera di azione peculiare è la salute delle popolazioni globalmente considerate, non quella degli individui; i principali obiettivi sono quelli classici del controllo delle malattie infettive e degli altri pericoli per la salute, del controllo e del monitoraggio dello stato di salute e, infine, della promozione della salute e della prevenzione delle malattie; alla promozione della sanità pubblica deve provvedere soprattutto, ancorché non in via esclusiva, lo Stato». D. Callahan, *False Hopes. Why Americas Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*, Simon & Schuster, New York 1998; tr. it. di R. Rini, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano 2009, p. 195.

<sup>76</sup> *Ivi*, p. 266.

<sup>77</sup> Cfr. J. Kahn, A. Mastroianni, "The implications of public health for Bioethics", in B. Steinbock (a cura di), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford 2007, pp. 671-677.

### 3

## SALUTE GLOBALE

### 1. Sistemi sanitari

Fino all'inizio del Novecento, il concetto di sistema sanitario universalistico non esisteva ancora, né in Europa né al di fuori di essa. Nell'Ottocento, insieme al lavoro industriale, iniziarono a proliferare (a partire dall'Inghilterra) alcune organizzazioni volontarie – le società di mutuo soccorso – che avevano lo scopo di fornire una protezione collettiva contro malattie e infortuni: i soci versavano contributi periodici in un fondo comune e ricevevano, in caso di malattia, una visita medica gratuita e un sussidio. Tuttavia, già alla fine del secolo tale pratica risultava fortemente in crisi, poiché l'allungamento della vita e la diffusione delle malattie croniche rendevano l'assistenza medica sempre più costosa e dunque insostenibile per i soci. Una nuova soluzione fu individuata nell'assicurazione obbligatoria per i lavoratori, caratterizzata dalla compartecipazione di operai e imprenditori e dalla capitalizzazione dei contributi. La Germania di Bismarck fu la prima a incentivare tale sistema con una serie di leggi che istituirono l'assicurazione contro le malattie (1883), l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (1885), l'assicurazione per invalidità e vecchiaia (1889). Anche se tali forme previdenziali coprivano ancora una piccola parte della popolazione, la loro imitazione negli altri Paesi europei si accompagnò a un graduale allargamento, dapprima ai familiari del lavoratore, poi a tutti gli anziani, e così via verso settori crescenti della popolazione. Ancora oggi tale modello è in funzione in Germania, in Francia, nei Paesi dell'Europa centrale e in Giappone; con alcune importanti differenze da Paese a Paese, esso rimane imperniato sul sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie e sulla costituzione di fondi alimentati in varia misura da enti pubblici, imprese private e relativi dipendenti. Ad esempio, i cittadini olandesi devono possedere obbligatoriamente un'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie, però chi

percepisce un reddito al di sotto di un determinato livello ha diritto a un assegno di assistenza sanitaria per coprire il contributo necessario; inoltre, in caso di emergenza sia il medico di base che il pronto soccorso devono prestare servizio a prescindere dalla copertura assicurativa dell'individuo. In molti Paesi, ultimamente, il modello Bismarck è stato riformato in modo tale da introdurre «forme di liberalizzazione e competizione tra assicurazioni sociali, abolendo l'obbligo di adesione alla mutua di categoria e introducendo il principio della libertà di scelta. Tale soluzione, mirata a migliorare l'efficienza e la qualità del sistema, apre le porte alle ben note possibili distorsioni del sistema delle assicurazioni private [...]. Per evitare o ridurre al minimo i *rischi di discriminazioni e diseguaglianze nell'accesso ai servizi* è necessaria una robusta, attenta, competente azione regolatrice dello Stato»<sup>1</sup>. Ad esempio, lo stato può obbligare gli assicuratori ad accettare tutti i cittadini residenti nella loro zona di attività.

L'alternativa al modello tedesco provenne dall'Inghilterra, che decise di raggiungere l'universalità attraverso l'istituzione di un servizio sanitario nazionale e con una forma diversa di finanziamento, quella della fiscalità generale. La riforma della sanità si inserì all'interno di una serie di riforme sociali volute dal primo ministro Churchill, nella direzione dell'universalità dell'assistenza pubblica. Nel 1948 – lo stesso anno della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* – prese avvio il Servizio Sanitario Nazionale britannico (*National Health Service* – NHS), in cui il servizio è erogato gratuitamente al momento della prestazione e governato dal settore pubblico. Il modello britannico (detto anche *Beveridge*, dal nome del presidente della commissione incaricata di predisporre le riforme) fu adottato in Irlanda, nei Paesi scandinavi, in Australia, Nuova Zelanda e infine nell'Europa meridionale; in Italia esso portò alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978, con la variante di un maggior potere assegnato alle regioni e agli enti locali.

Se a partire dagli anni Cinquanta e Sessanta, in concomitanza con la ripresa economica del dopoguerra, si era affermato in tutti i Paesi industrializzati un vasto processo di rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali in senso universalistico, attualmente sembra all'opera una tendenza opposta. Per fare solo un esempio, nel luglio 2010 è stato presentato in Inghilterra un progetto di riforma che sta per diventare legge,

---

<sup>1</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008, p. 133.

nonostante l'opposizione della classe medica inglese: in estrema sintesi, la proposta del governo mira a ridurre drasticamente il ruolo dello stato nella sanità con l'abolizione delle strutture organizzative pubbliche del sistema sanitario, destinate a essere sostituite da associazioni private di medici di famiglia. L'obiettivo finale è quello di ridurre la spesa sanitaria e aumentare la competizione con una rafforzata presenza del settore privato<sup>2</sup>. Inoltre, le riforme più recenti del modello *Beveridge* hanno aumentato dovunque la separazione tra il livello decisionale (la politica è responsabile del finanziamento e della programmazione) e il livello pratico, in cui la gestione e l'erogazione dei servizi è affidata a strutture autonome pubbliche o private; ufficialmente, lo scopo è quello di rimediare alla scarsa *responsiveness* del sistema sanitario, ossia la capacità di rispondere prontamente ai bisogni dei pazienti, tra i quali si possono annoverare una buona qualità dei servizi, la rapidità nell'accesso alle cure, il rispetto dell'autonomia e della riservatezza, ecc.

Per quanto riguarda gli Stati Uniti, come abbiamo visto nel primo capitolo, alcuni presidenti (Roosevelt, Truman, Clinton) nel corso del Novecento avevano cercato di dar vita a un'assistenza sanitaria pubblica, ma senza successo (fino alla riforma sanitaria divenuta legge nel 2010, sotto il presidente Obama). Così, «mentre, dopo la seconda guerra mondiale, in tutto il mondo si sviluppavano sistemi sanitari a impronta universalistica, negli USA si registrava – grazie alle facilitazioni fiscali concesse dal governo – il *boom* delle assicurazioni sanitarie commerciali»<sup>3</sup>. Gli unici programmi pubblici che presero vita, a metà degli anni Sessanta, furono *Medicare* (per l'assistenza sanitaria degli anziani) e *Medicaid* (per l'assistenza sanitaria di alcune categorie di poveri).

## **2. Paesi in via di sviluppo e assistenza sanitaria**

Allargando ancora di più l'orizzonte, si scopre che i Paesi che nel mondo attuano politiche universalistiche di *Welfare* in campo sanitario sono in realtà una piccola minoranza; «la maggior parte degli esseri umani vivono in società in cui gli Stati che li

---

<sup>2</sup> G. Maciocco, *La fine del sistema sanitario inglese*, «Redazione SI», 7 febbraio 2011.

<sup>3</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, cit., pp. 23-24.

governano non dispongono delle risorse per creare sistemi sanitari nazionali in grado di garantire ai loro cittadini un diritto a un minimo decente di cure»<sup>4</sup>. In circa 43 Paesi a basso reddito – o in via di sviluppo (PVS) – buona parte dei cittadini è priva di un’assistenza di base, cosicché la tutela della salute assume i tratti di un’emergenza collettiva. Il termine “salute”, in tale contesto, comprende la sua promozione e prevenzione, i trattamenti e la riabilitazione; include tanto i servizi rivolti agli individui (ad esempio, la vaccinazione dei bambini), quanto i servizi rivolti alla popolazione (ad esempio le campagne anti-fumo). I principali indicatori di salute e spesa sanitaria sono: aspettativa di vita alla nascita, mortalità infantile, mortalità al di sotto dei 5 anni, mortalità materna, copertura assistenziale prenatale, parti assistiti da personale sanitario abilitato, disponibilità di farmaci essenziali nelle strutture pubbliche, spesa sanitaria totale (% del PIL), spesa sanitaria pubblica (% della spesa sanitaria totale). La Tabella 1 rappresenta quella che nel 2009 era l’aspettativa di vita alla nascita in diversi Paesi del mondo.

**Tabella 1 – Aspettativa di vita** (Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development. Statistics: Health Status*)

<b>Paese</b>	<b>Anni</b>
Italia	81,8
Stati Uniti	72,8
Brasile	72,7
Cina	73,3
India	64,1
Indonesia	71,2
Sud Africa	51,7

La «rivoluzione anagrafica» che, nel breve volgere di due generazioni, ha visto salire l’aspettativa di vita nell’Occidente industrializzato fino a 75 anni per gli uomini e 85 per le donne, è stata resa possibile dalla «rivoluzione tecnologica» degli strumenti medici e

<sup>4</sup> E. Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, cit., voce “Sanità pubblica”, p. 272.

dalla «rivoluzione terapeutica» di farmaci e vaccini (sulfamidici e antibiotici ne sono i pilastri): rivoluzioni che hanno segnato la storia della medicina novecentesca rendendo possibile una conoscenza quasi totale dell'organismo umano e una drastica diminuzione delle malattie infettive. Tuttavia, i Paesi poveri sono rimasti per lo più esclusi da questi processi; il risultato è una netta spaccatura tra Nord e Sud del mondo, per cui il primo vive secondo le possibilità e le conoscenze mediche del XXI secolo, mentre il secondo sembra fermo a quelle del Medioevo<sup>5</sup>.

A ciò si aggiunga che, secondo un Rapporto dell'OMS, in Africa e in Asia meridionale solo il 5-10% della popolazione dispone di una rete di protezione sociale, tra cui la copertura economica in caso di malattia, mentre nei Paesi a medio e alto reddito tale percentuale oscilla tra il 20% e il 60%<sup>6</sup>. Se è vero che alcune modifiche nella legislazione possono facilitare lo sviluppo di sistemi sanitari più aperti ai cittadini e possono proteggere il diritto alla salute degli individui, generalmente il vero problema non risiede tanto nelle leggi o in un'opposizione da parte dei governanti, che di solito anzi si dichiarano – almeno formalmente – favorevoli al cambiamento<sup>7</sup>. Attualmente, almeno 110 Paesi nel mondo riconoscono il diritto alla salute nelle rispettive costituzioni nazionali; ma gli ostacoli alla sua realizzazione sono molto concreti: guerre, conflitti interni, instabilità politica, catastrofi ambientali. Ovunque, il problema più radicale risiede nella scarsità dei fondi che i governi possono destinare alla salute pubblica. Molti Paesi in via di sviluppo sono oberati dai debiti (e dagli interessi sui debiti), fino al punto di dover destinare oltre la metà della spesa pubblica al loro pagamento, perdendo così risorse che potrebbero essere usate per costruire ospedali, scuole, ecc. Ad esempio, con la *Abuja Declaration* del 2001, i Capi di Stato e di Governo dell'*Organisation of African Unity* (OAU) si impegnarono a stanziare almeno

---

<sup>5</sup> G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2003, pp. 378-382.

<sup>6</sup> WHO, *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. WHO, Geneva 2010, p. X.

<sup>7</sup> Si può citare a tal proposito il *Manifesto per una Medicina basata sui Diritti Umani*, redatto nel 2008 nell'ambito di un incontro sulla sanità in Africa organizzato dall'associazione *Emergency Ong* a San Servolo (Venezia) e sottoscritto dai ministri della sanità di tredici Stati africani (Ciad, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gibuti, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Centrafricana, Ruanda, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Sud Sudan, Uganda). In esso si legge: «Dichiariamo il Diritto ad essere curato come un diritto fondamentale e inalienabile appartenente a ciascun membro della famiglia umana. [...] Ci impegniamo a realizzare e sviluppare politiche, sistemi sanitari e progetti basati sui principi EQS (Eguaglianza, Qualità, responsabilità Sociale)». V. Appendice, Doc. 1.

il 15% del loro budget annuale per il miglioramento del settore sanitario, ma tale obiettivo è stato finora raggiunto da un solo Paese africano tra quelli firmatari<sup>8</sup>. Per tale motivo, fra i tre criteri suggeriti dall'OMS al fine di incrementare i fondi per la salute, il primo è così descritto: assegnare alla salute una priorità più alta in sede di pianificazione dei bilanci pubblici. Il secondo metodo indicato consiste nel trovare nuove o diversificate fonti di finanziamento domestico; il terzo è quello di aumentare il sostegno finanziario esterno<sup>9</sup>. Vediamo ora nello specifico gli ultimi due punti.

## 2.1 *Finanziamento interno*

Per quanto concerne il finanziamento a livello nazionale, uno degli interventi più urgenti da mettere in atto, in tutti i Paesi, è il taglio degli sprechi e l'ottimizzazione dell'efficienza nell'uso delle risorse. È stimato che in media vada perso il 20-40% delle risorse sanitarie, una quantità di denaro che potrebbe invece essere utilizzata per incrementare la qualità e la gamma dei servizi offerti. Le cause sono molteplici: appalti mal eseguiti, un uso irrazionale dei farmaci, una cattiva allocazione e gestione delle risorse umane o tecnologiche, un finanziamento e un'amministrazione frammentari. Capita così che Paesi che dispongono di budget simili ottengano da essi un rendimento molto diverso, a seconda dell'efficienza del proprio sistema sanitario. L'efficienza misura la qualità e la quantità dei risultati ottenuti per un dato investimento; pertanto, aumentare l'efficienza significa anche allargare l'estensione della copertura sanitaria mantenendo fisso il costo. Alcune possibili azioni da mettere in pratica in tal senso sono:

- aumentare il controllo sulle medicine: sul loro prezzo (che varia in misura significativa da Paese a Paese); sulla loro qualità (bloccando la circolazione di medicine contraffatte, soprattutto nei PVS); sulla loro somministrazione (prescrivere, in base al caso, il farmaco più economico ed efficace; impedire

---

<sup>8</sup> United Nations, *Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases*, 27 April 2001.

Secondo i dati dell'OMS, altri 26 Paesi hanno aumentato la percentuale di spesa pubblica destinata alla salute, 9 presentano una situazione stazionaria e 11 Paesi l'hanno addirittura ridotta.

<sup>9</sup> WHO, *The World Health Report 2010*, cit., p. 45.

la prescrizione e la vendita da parte di personale non qualificato e le auto-medieazioni)

- usare in maniera razionale la tecnologia e i servizi: nei Paesi sviluppati ciò significa evitare gli esami superflui; nei PVS creare competenze sul modo in cui le attrezzature devono essere utilizzate e mantenute. Evitare procedure non necessarie (per esempio, tagli cesarei)
- investire nelle risorse umane: motivare il personale medico (innanzitutto tramite salari adeguati), distribuirlo in modo oculato all'interno del Paese; offrire una formazione continua e appropriata, anche al fine di ridurre gli errori medici (che peggiorano lo stato di salute del paziente)
- privilegiare gli interventi con il miglior rapporto costi-efficacia: ad esempio, la prevenzione di alcune malattie, le vaccinazioni, la terapia di reidratazione orale in caso di diarrea acuta (al posto di una cura antibiotica).

Una strategia molto diffusa nei PVS per reperire fondi è il cosiddetto *cost recovery*, il sistema di partecipazione alla spesa da parte dei pazienti. Come spiega Gavino Maciocco, anche al campo della salute è stata applicata progressivamente l'ideologia neoliberale: privatizzazione dei servizi (i pazienti diventano clienti); passaggio da un servizio sanitario nazionale a un sistema di assistenza sanitaria basato sulle assicurazioni; apertura agli investimenti esteri; enfasi sulla responsabilità personale. Così i PVS sono diventati i Paesi in cui è più alta la percentuale di pagamenti diretti delle prestazioni (*out-of-pocket expenditures*) sul totale della spesa per la salute<sup>10</sup>. Tale modello fu inizialmente difeso e promosso dalla Banca Mondiale, con un documento del 1987 dal titolo *Financing Health Services in Developing Countries*<sup>11</sup>. Lo scopo doveva essere quello di risanare le economie dei Paesi più poveri e indebitati, in un periodo di recessione economica globale causata principalmente dalle crisi petrolifere

---

<sup>10</sup> Cfr. G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, cit., pp. 31-39.

<sup>11</sup> The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington D.C., USA 1987. La Banca Mondiale, come il Fondo Monetario Internazionale, fu istituita durante la Conferenza di Bretton Woods nel 1944. Il suo compito doveva essere «lo sviluppo delle risorse produttive degli stati membri, contribuendo in questo modo a migliorare, nei rispettivi territori, la produttività, il tenore di vita e la condizione dei lavoratori». Per lo stesso motivo si incaricò anche di fornire capitali ai Paesi in via di sviluppo. Il FMI si occupa, invece, di questioni macroeconomiche di breve periodo legate alla stabilità del sistema internazionale. Gli accordi di Bretton Woods configurarono il primo sistema globale di gestione finanziaria e monetaria.

degli anni Settanta<sup>12</sup>. Per i Paesi in via di sviluppo, che negli anni Sessanta avevano raggiunto una significativa crescita economica, le conseguenze della recessione furono doppiamente devastanti: all'aumento del prezzo del petrolio (e di altri prodotti importati dai Paesi industrializzati) si aggiungeva il calo dei prezzi delle loro esportazioni principali (beni primari), causato da un crollo globale della domanda; per la maggior parte dei Paesi più poveri, soprattutto africani, con fragili strutture politiche, sociali ed economiche, tutto ciò si tradusse in un aumento della povertà e del debito. La soluzione proposta dalla Banca Mondiale fu «un approccio alternativo per il finanziamento dei servizi sanitari», composto da quattro punti fondamentali: far pagare gli utenti delle strutture sanitarie pubbliche; promuovere programmi assicurativi; utilizzare risorse non governative (ossia, favorire i finanziamenti privati); decentralizzare il governo della sanità. Tali «aggiustamenti strutturali» avrebbero dovuto accrescere le risorse pubbliche per la salute, che avrebbero potuto essere investite in programmi a beneficio dell'intera comunità, come ad esempio l'educazione sanitaria o le vaccinazioni; inoltre, avrebbe dovuto produrre un incremento della qualità e dell'efficienza dei servizi e combattere il loro abuso. In breve, la posizione della Banca Mondiale era che se «il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto dei cittadini e di cercare di offrire servizi gratuiti a tutti, questo approccio generalmente non funziona». Addirittura, esso nuoce ai meno abbienti, poiché impone sistemi fiscali schiacciati, laddove il governo potrebbe procurarsi le entrate dai molti pazienti che sono in grado di pagare, offrendo eventualmente ai più poveri delle esenzioni per i servizi essenziali.

La nuova ideologia così promossa dalla Banca Mondiale rivelò ben presto i suoi effetti deleteri. Già nel 1989, nel suo rapporto annuale, l'UNICEF denunciò gli aggiustamenti strutturali come la causa del peggioramento nelle condizioni di vita e di salute di molte popolazioni del Sud del Mondo, definendoli addirittura «inumani, non necessari e inefficienti»<sup>13</sup>. Nel 2001, sulla rivista «Lancet»<sup>14</sup>, fu pubblicato un famoso articolo che elenca le conseguenze più gravi di tali riforme dividendole in quattro

---

<sup>12</sup> Nel 1973 gli Stati arabi posero l'embargo sul petrolio come rappresaglia per l'appoggio degli USA a Israele durante la Guerra del Kippur; nel 1979 la crisi fu scatenata dal conflitto tra Iran e Iraq.

<sup>13</sup> J.P. Grant, *The State of the World's Children 1989*, Published for UNICEF, Oxford University Press, New York 1989.

<sup>14</sup> M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, «Lancet», Vol. 358, 2001, pp. 833-836.

categorie: malattie non trattate; ridotto accesso all'assistenza; impoverimento a lungo termine; irrazionale uso dei farmaci. In sintesi, numerosi studi empirici mostrano che, a causa dei pagamenti imposti sulle prestazioni sanitarie, molte persone che ne avrebbero bisogno ritardano la ricerca di una cura finché non si trovano in una situazione di emergenza: a quel punto, o devono ricorrere a un livello di assistenza più costoso oppure, se non possono affrontare la spesa, devono rinunciare a curarsi. Nel primo caso, essi finiscono spesso per sottrarre risorse all'istruzione dei figli o ad altri bisogni della famiglia, o ancora peggio, contraggono debiti e vanno incontro a catastrofi finanziarie, diventando ancora più poveri di prima. Per evitare tutto ciò, molti cercano di curarsi in maniera più economica ricorrendo a qualche farmaco, che viene spesso venduto da personale abusivo e utilizzato in maniera irrazionale e pericolosa. Il risultato dunque è una *medical poverty trap* (un circolo povertà – malattia – povertà), in cui i costi dell'assistenza sanitaria ricadono sugli individui più deboli invece che sui più forti (è più facile che siano malate le persone povere, i bambini e gli anziani). Nemmeno l'espedito di offrire esenzioni per i più poveri sembra attuabile in Paesi dove la maggior parte della popolazione vive in condizioni di miseria. La conclusione degli autori è che le riforme attuate in chiave liberale hanno prodotto effetti contrari rispetto a quelli attesi: l'accesso all'assistenza sanitaria è diminuito, mentre i costi totali sono aumentati. L'unica soluzione è quella di cambiare prospettiva e rimettere al centro delle scelte sanitarie l'equità e il benessere delle famiglie.

Ancora più influente è la critica giunta da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, articolata nel *World Health Report* del 2010. Sebbene tutti i Paesi impongano qualche forma di pagamento diretto per l'assistenza sanitaria<sup>15</sup>, le statistiche dicono che più un Paese è povero, più alti sono i costi sostenuti dagli individui. I pagamenti diretti assumono diverse forme: pagare per le visite mediche (elemento che, tra l'altro, incentiva gli operatori sanitari a sovra-servire le persone che possono pagare e sotto-servire quelle che non possono), per i test di laboratorio, per le medicine o altri beni (a volte, addirittura per alcuni strumenti necessari per le operazioni, come le garze). L'obbligo di pagare direttamente i servizi – talvolta in maniera informale – nel

---

<sup>15</sup> In Italia si tratta del cosiddetto *ticket*, una forma di compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'entità del ticket è calcolata in base alle diverse fasce di reddito. I ticket riguardano tre ambiti: l'assistenza farmaceutica; le prestazioni di pronto soccorso; le prestazioni specialistiche e di diagnostica ambulatoriale.

momento in cui se ne usufruisce, impedisce a milioni di persone di ricevere assistenza sanitaria quando ne hanno bisogno. In alcuni Paesi, fino all'11% della popolazione vive questo tipo di difficoltà ogni anno e fino al 5% è ridotto in povertà. A livello globale, circa 150 milioni di persone all'anno subiscono una catastrofe finanziaria, mentre 100 milioni sono spinti al di sotto della soglia della povertà<sup>16</sup>. Ciò accade anche nei Paesi del Primo Mondo, ma in misura molto maggiore nei Paesi a basso reddito: infatti, solamente quando la spesa sanitaria privata rappresenta meno del 15-20% della spesa sanitaria nazionale l'incidenza delle catastrofi finanziarie diventa trascurabile; mentre in 33 Paesi a basso reddito, questa percentuale supera il 50%.

L'unica soluzione, secondo l'OMS, è quella di sostituire il sistema di pagamento diretto delle prestazioni con sistemi di condivisione del rischio, come avviene nei modelli *Bismarck* e *Beveridge* sopra considerati. Ciò significa che le persone effettuano pagamenti costanti prima di trovarsi nella necessità di ricevere cure; questi pagamenti vengono collezionati in un fondo e utilizzati per finanziare servizi a vantaggio di ciascun individuo a seconda del bisogno – trattamenti per i malati e i disabili, prevenzione e promozione della salute per tutti<sup>17</sup>. I capitali possono essere collezionati in vari modi: tasse basate sul reddito, assicurazioni, imposte su tabacco e alcol, ecc. Il rischio economico associato alla malattia viene così ripartito tra la popolazione; e diventa possibile coprire le necessità anche di coloro che non possono contribuire al fondo per mancanza di mezzi, i quali sarebbero altrimenti abbandonati a loro stessi. La partecipazione al fondo deve essere obbligatoria e tarata sulla capacità di pagare di ciascuno; è fondamentale la lotta all'evasione fiscale e consigliabile l'esistenza di un solo fondo comune, piuttosto che la frammentazione in fondi separati. Nei Paesi che sono più vicini al raggiungimento della copertura universale per la salute il pre-pagamento è la norma, nella forma della tassazione generale o dell'assicurazione obbligatoria sulla salute; tuttavia, la seconda opzione risulta più difficile da attuare nei PVS, dove è basso il numero dei lavoratori formalmente impiegati. «I sistemi sanitari

---

<sup>16</sup> Per la Banca Mondiale è sotto la soglia internazionale di povertà chi vive con meno di 1,25 dollari al giorno: in tal caso si parla di povertà estrema, la quale comporta l'incapacità di soddisfare i bisogni primari. Nel 2005 (ultimo dato disponibile) si trovavano in tale condizione quasi 1 miliardo e 400 milioni di persone.

<sup>17</sup> In Africa, ad esempio, esistono già da tempo alcune forme di compartecipazione volontaria, spesso tra gli abitanti di un villaggio; tuttavia, questi gruppi sono solitamente troppo piccoli per garantire una copertura efficace in caso di cure costose (come può essere un intervento chirurgico).

hanno molti obiettivi, a volte in competizione tra loro: migliorare il livello complessivo di salute; ridurre le ineguaglianze nella salute; migliorare la reattività del sistema ai bisogni e alle aspettative delle persone; e garantire l'equità nel modo in cui vengono raccolti i fondi per la salute. Idealmente, l'efficienza potrebbe essere misurata attraverso la capacità del sistema di avanzare verso tutti questi obiettivi contemporaneamente»<sup>18</sup>. Ad ogni modo, il sistema sanitario pubblico non sarà mai in grado di coprire il 100% della popolazione per il 100% dei costi e il 100% dei servizi disponibili. Il governo dovrà decidere qual è il modo migliore di impiegare il denaro a disposizione, intervenendo sulle tre dimensioni in gioco: chi è coperto dal fondo comune, quali servizi sono coperti, quale parte del costo totale è coperta. Inoltre, per garantire un accesso reale all'assistenza, sarà necessario rimuovere anche le altre barriere finanziarie, costituite principalmente dal costo dei trasporti, dal costo della permanenza dei familiari nei pressi dell'ospedale e dalla perdita di salario dovuta alla malattia. Molti Paesi stanno esplorando dei modi per superare tali barriere, ad esempio offrendo buoni e rimborsi per coprire i costi di trasporto. Un altro tipo di ostacolo sorge quando le persone che vivono in aree remote del Paese non possono avere fisicamente accesso a una struttura sanitaria.

Infine, esiste una serie risorse che devono essere ancora esplorate allo scopo di ampliare i fondi per la salute, come quelle suggerite dalla High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems per rafforzare i sistemi sanitari nei 49 Paesi più poveri del mondo. Costituita nel settembre 2008 e presieduta dal primo ministro britannico Gordon Brown e dal presidente della Banca Mondiale Robert Zoellick, la Taskforce ha pubblicato le sue conclusioni nel maggio 2009, individuando un insieme di meccanismi di finanziamento innovativi per integrare l'aiuto tradizionale e colmare le lacune che compromettono il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio legati alla salute<sup>19</sup>. La Taskforce ha completato i lavori nel settembre 2009 e, presso l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a New York, ha lanciato nuove iniziative per raccogliere più soldi e utilizzare il denaro in modo più efficace, al

---

<sup>18</sup> WHO, *The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva 2010, p. 78.

<sup>19</sup> Tali Obiettivi sono descritti nella *United Nations Millennium Declaration*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite l'8 settembre 2000. V. Appendice, Doc. 2.

fine di migliorare l'assistenza sanitaria per donne e bambini in tutto il mondo<sup>20</sup>. Tra queste, si possono citare: un aumento delle tasse sui biglietti aerei, sulle operazioni in valuta estera e sul tabacco; un contributo di solidarietà volontario su una serie di prodotti e servizi, come le chiamate dal cellulare; una tassa sul turismo per le attività legate in gran parte ai visitatori internazionali.

## 2.2 *Finanziamento esterno*

Una volta che fossero stati attuati tutti gli interventi sopra esposti, nella maggior parte dei Paesi a basso reddito ciò non sarebbe ancora sufficiente per garantire l'esistenza di un sistema di copertura universale: secondo l'analisi della Taskforce, solo 8 dei 49 Paesi a basso reddito considerati hanno una *chance* di reperire tramite finanziamento interno tutte le risorse necessarie per soddisfare gli Obiettivi di salute del Millennio entro il 2015. Per gli altri Paesi risulta imprescindibile l'aiuto da parte della comunità internazionale, almeno per avviare un finanziamento del sistema sanitario basato sul pre-pagamento e sulla divisione del rischio.

Gli aiuti internazionali possono essere divisi in tre grandi categorie: quelli umanitari (o di emergenza), attivati in risposta a catastrofi e calamità; quelli gestiti in loco da organizzazioni non governative; quelli sistematici, ossia pagamenti effettuati direttamente ai governi, sia tramite trasferimenti da governo a governo ("aiuti bilaterali"), sia tramite enti quali la Banca Mondiale ("aiuti multilaterali"). Questi ultimi possono assumere la forma di prestiti concessionali o di sovvenzioni<sup>21</sup>.

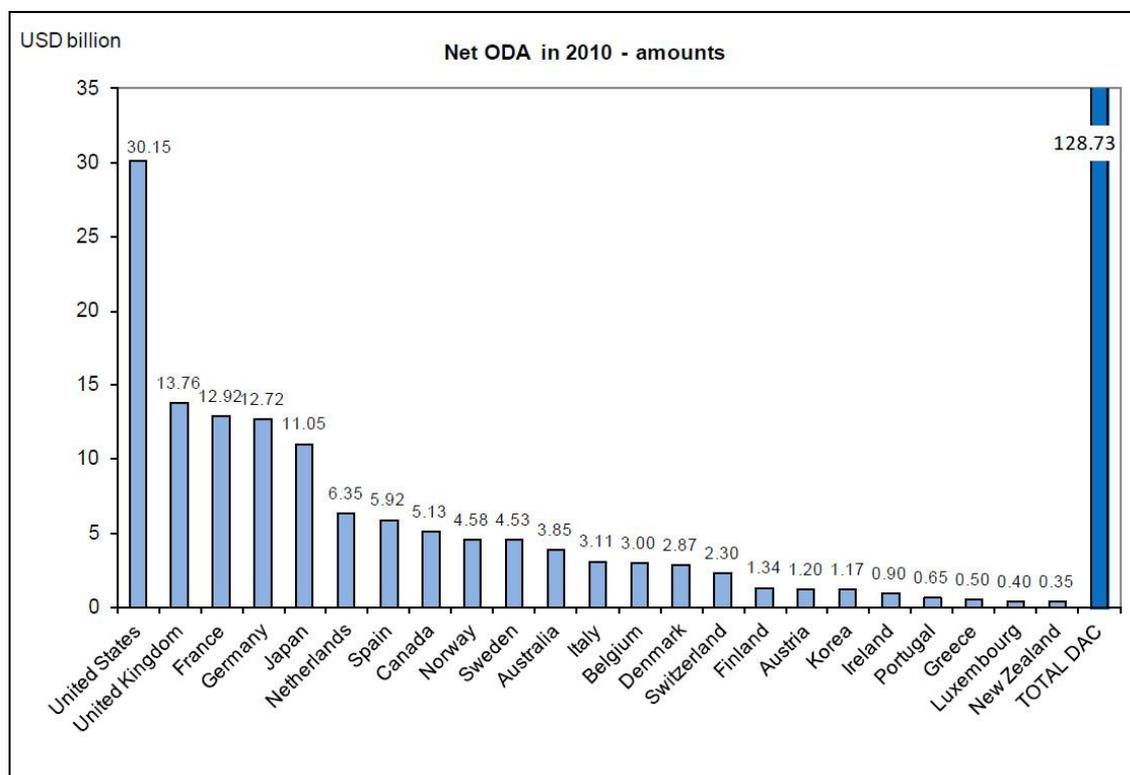
Negli ultimi anni, gli aiuti sistematici da parte dei Paesi più ricchi sono in forte aumento. Nei Paesi a basso reddito, il finanziamento da fonti esterne è aumentato in media dal 16,5% della spesa sanitaria totale nel 2000 al 24,8% nel 2007. Secondo i dati forniti dal Comitato di assistenza allo sviluppo dell'OECD (l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), l'impegno finanziario dei Paesi industrializzati è passato da circa 4 miliardi di dollari nel 1995 a 20 miliardi di dollari nel 2008, fino ad arrivare nel 2010 a 128,7 miliardi di dollari, con un incremento del +6,5% rispetto al 2009 (Figura 2).

---

<sup>20</sup> <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce>.

<sup>21</sup> D. Moyo, *La carità che uccide. Come gli aiuti dell'Occidente stanno devastando il Terzo mondo*, Rizzoli, Milano 2010, pp. 32-35.

**Figura 2 – Assistenza ufficiale allo sviluppo nel 2010 (Fonte: OECD)**



Tuttavia, tale flusso di denaro non si è sempre trasformato in un miglioramento effettivo dello stato di salute dei PVS, per molteplici motivi. Innanzitutto, alcuni Paesi non rispettano da lungo tempo gli impegni presi, cosicché permane un divario tra le cifre dichiarate e quelle effettivamente stanziare. In secondo luogo, accade talvolta che una parte considerevole degli aiuti sia dedicata alla cosiddetta cooperazione tecnica; il Comitato ha riferito che, tra il 2002 e il 2006, più del 40% del sostegno ufficiale allo sviluppo della salute è stato assorbito dal supporto tecnico, che spesso consiste nel pagare cittadini del Paese donatore per fornire assistenza o formazione ai Paesi beneficiari. In terzo luogo, la corruzione dei politici costituisce ancora un grosso problema, soprattutto a causa del fenomeno noto come *capital flight* (fuga di capitali), per cui il denaro pubblico, e in particolare quello ricevuto dagli aiuti internazionali, fuoriesce illegalmente dal Paese, scomparendo da ogni registrazione. In un rapporto pubblicato nel 2008, il *Global Financial Integrity* ha stimato che, in media, i PVS hanno perso tra 725 e 810 miliardi di dollari americani all'anno, nel periodo compreso tra il

2000 e il 2008, a causa di flussi finanziari illeciti<sup>22</sup>. Infine, vi sono alcuni Paesi largamente finanziati, mentre altri non ricevono praticamente nulla. Paradossalmente, finora i contributi più sostanziosi sono arrivati ai Paesi a medio reddito, invece che ai Paesi più poveri. Sembra dunque che molti altri fattori, oltre alla necessità, concorrano a determinare l’allocazione degli aiuti.

Di fronte a tale situazione, il primo rimedio da porre in atto è che ogni Paese renda effettivamente disponibile il denaro impegnato nelle dichiarazioni ufficiali. Secondo l’OMS, tre milioni di vite aggiuntive potrebbero essere salvate prima del 2015, se tutti i donatori rispettassero le proprie promesse. Inoltre, è necessario che i finanziamenti divengano maggiormente prevedibili e a lungo termine. Infatti, quando i Paesi non possono contare su finanziamenti costanti, la pianificazione per il futuro diventa difficile – in particolare in quei Paesi che finanziano due terzi della loro spesa sanitaria totale grazie a risorse esterne. Secondo il Comitato di assistenza allo sviluppo, l’aiuto internazionale perde fino al 25% del suo valore quando il suo flusso non è ben pianificato o prevedibile, e perde un ulteriore 10% a causa della frammentazione, arrivando a sprecare fino a 35 miliardi di dollari ogni anno<sup>23</sup>. Per tale motivo, nella *Paris Declaration on Aid Effectiveness* e poi nell’*Accra Agenda for Action* – due documenti sottoscritti dai membri dell’OECD – troviamo la raccomandazione di passare dai tradizionali impegni annuali a impegni pluriennali (cicli di finanziamento che durino dai tre ai cinque anni) e di fornire ai Paesi in via di sviluppo informazioni complete e regolari sugli esborsi effettivi; tutto ciò dovrebbe consentire ai Paesi riceventi di pianificare e gestire efficacemente i loro programmi di sviluppo nel breve e medio termine<sup>24</sup>.

La *Paris Declaration* elenca, inoltre, cinque principi fondamentali che bisognerebbe rispettare in ogni processo di finanziamento dall’esterno: i beneficiari degli aiuti devono

---

<sup>22</sup> <http://iff-update.gfip.org/>. Altre ricerche stimano che almeno 10 miliardi di dollari lascino l’Africa ogni anno: cfr. il rapporto dell’Africa All Party Parliamentary Group britannico, *The Other Side of the Coin: The UK and Corruption in Africa*, March 2006.

<sup>23</sup> [http://www.oecd.org/document/39/0,3746,en\\_2649\\_33721\\_46584231\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/39/0,3746,en_2649_33721_46584231_1_1_1_1,00.html).

La frammentazione degli aiuti incide negativamente sull’organizzazione sanitaria locale perché obbliga i suoi funzionari a dedicare parti consistenti del proprio tempo al coordinamento delle varie iniziative (non sempre con buoni risultati), al soddisfacimento delle esigenze amministrative dei donatori e alla stesura di relazioni per gli stessi.

<sup>24</sup> Cfr. OECD, *Accra Agenda for Action*, 4 September 2008, art. 26. Tale documento fu scritto con l’intenzione di accelerare e potenziare l’attuazione della *Paris Declaration on Aid Effectiveness* (2005).

modellare le proprie strategie nazionali di sviluppo insieme ai loro parlamenti (proprietà); i donatori devono sostenere queste strategie (allineamento) e lavorare per ottimizzare i loro sforzi nel Paese coordinandosi, semplificando le procedure, condividendo le informazioni al fine di evitare duplicazioni (armonizzazione); le politiche di sviluppo devono essere indirizzate verso obiettivi chiari e i progressi verso questi obiettivi devono essere monitorati (risultati); donatori e riceventi sono corresponsabili nel conseguire questi obiettivi (responsabilità reciproca). Ciò significa che, per ottenere un vero progresso, i Paesi riceventi devono avere la capacità di assumere la guida nel decidere e attuare le proprie politiche e programmi di sviluppo – spesso chiamata capacità di sviluppo. Per questo è importante anche promuovere le istituzioni locali nella gestione delle risorse pubbliche, formandole ad utilizzare strumenti quali gli appalti e i sistemi informativi.

Ma prima di tutto, la scelta che devono compiere i Paesi donatori è dove indirizzare il denaro e per quali scopi. In altre parole, la decisione fondamentale è se indirizzare le donazioni al rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, oppure finanziare i cosiddetti “programmi verticali”, i quali intervengono su singole malattie o branche della sanità (AIDS, vaccinazioni, cardiocirurgia, ecc.).

### *2.3 Selective and comprehensive Primary Health Care*

Nel 1978, per iniziativa di OMS e UNICEF, si svolse ad Alma-Ata (Kazakistan) una Conferenza Internazionale sull’assistenza sanitaria di base, tappa fondamentale nella storia della cooperazione sanitaria globale. Nella relativa Dichiarazione – sottoscritta dalla quasi totalità dei governi del mondo – la «salute per tutti» è indicata come un obiettivo da raggiungere entro l’anno 2000, estendendo a tutti i Paesi un’adeguata assistenza sanitaria di base e diminuendo le ineguaglianze tra Nord e Sud. I governi sono invitati a formulare politiche nazionali per rafforzare i sistemi sanitari pubblici e tutti i Paesi sono esortati a collaborare (anche economicamente) a tale scopo, ricordando che la protezione della salute è un presupposto indispensabile per garantire la giustizia e la pace nel mondo. L’assistenza sanitaria di base (in inglese *Primary Health Care* – PHC), è definita come «l’assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente

accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il Paese possono sostenere ad ogni stadio del loro sviluppo, in uno spirito di fiducia in se stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della comunità»<sup>25</sup>. Tali affermazioni suonavano come fortemente innovative in un contesto in cui i Paesi a basso reddito non disponevano quasi mai di strutture sanitarie decenti, l'unico punto di riferimento per le cure era l'ospedale (spesso un ospedale missionario) dove i pazienti dovevano contribuire alle spese, e gli unici aiuti internazionali si concentravano su alcuni programmi verticali – ossia, programmi indirizzati ad obiettivi molto specifici, come ad esempio l'eradicazione del vaiolo o di altre importanti malattie. La Dichiarazione di Alma-Ata, focalizzandosi su una PHC “onnicomprensiva”, mirava dunque a rivoluzionare la politica sanitaria globale, nella convinzione che fosse l'unico modo per migliorare significativamente lo stato di salute di molte popolazioni. Era risaputo, infatti, che nei Paesi in via di sviluppo moltissime persone cadevano vittima di malattie facilmente curabili o prevenibili grazie alla diffusione capillare sul territorio di servizi sanitari di base. In un'ottica più ampia di quella legata alla malattia, la PHC «comprende almeno: l'educazione sui principali problemi sanitari e sui metodi per la loro prevenzione e controllo; la promozione di un'adeguata distribuzione del cibo e di una corretta alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e di condizioni di igiene elementare; l'assistenza materno-infantile, ivi inclusa la pianificazione familiare; la vaccinazione contro le malattie infettive prevalenti; la prevenzione e il controllo delle locali patologie endemiche; l'appropriato trattamento per le malattie più comuni; la disponibilità dei farmaci essenziali»<sup>26</sup>.

Nel decennio successivo alla Conferenza di Alma-Ata aumentarono in molti Paesi i servizi ambulatoriali periferici, la copertura vaccinale, l'assistenza materno-infantile; inoltre, i servizi preventivi e la terapia di alcune malattie diventarono spesso totalmente gratuiti. Nonostante ciò, l'approccio della Conferenza fu quasi subito frainteso. Molti dissero che si trattava di un radicale attacco alla classe medica, che era utopistico, che era concentrato esclusivamente sulle cure di primo livello ed altro ancora. Già l'anno

---

<sup>25</sup> WHO – UNICEF, *Declaration of Alma-Ata*, 12 September 1978, par. VI. V. Appendice, Doc. 3.

<sup>26</sup> *Ivi*, par. VII, 3.

successivo fu pubblicato sul «New England Journal of Medicine» un articolo che intendeva decantare i vantaggi di una PHC “selettiva” (*selective*) in antitesi alla PHC “onnicomprensiva” (*comprehensive*). L’idea di fondo dell’articolo era che la strategia proposta ad Alma-Ata fosse troppo difficile da attuare nei Paesi in via di sviluppo a causa dei suoi costi elevati (stimati tra i 5,4 e i 9,3 miliardi di dollari entro il 2000); la soluzione più realistica appariva quella di concentrare le risorse per «prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia». Tra gli interventi consigliati compaiono: vaccinazioni, allattamento al seno a lungo termine, terapia antimalarica e reidratazione orale<sup>27</sup>.

In tal modo, tornava in auge una logica di “riduzione del danno” e di lotta alle singole malattie, che si tradusse presto in programmi concreti: tra questi, basti citare il programma GOBI adottato nel 1983 dall’UNICEF (che pure era stato co-promotore della Conferenza di Alma-Ata). Esso identificava quattro obiettivi che avrebbero dovuto salvare la vita di sette milioni di bambini ogni anno, quattro misure che richiedono tecnologie semplici ed economiche: monitoraggio della crescita dei bambini (*growth charts*); terapia di reidratazione orale contro la diarrea; promozione dell’allattamento al seno; vaccinazione contro sei grandi malattie (tubercolosi, difterite, pertosse, tetano, poliomielite e morbillo)<sup>28</sup>. L’UNICEF sostenne che l’assistenza sanitaria primaria era l’idea che stava alla base di questa campagna chiamata “A Children’s Revolution”. In realtà, però, si trattava chiaramente di un approccio di PHC selettiva. Da quel momento, l’approccio selettivo dominò la storia della cooperazione sanitaria degli ultimi decenni, favorito anche da una riduzione delle risorse disponibili per la salute e dal fatto che l’emergenza HIV/AIDS, la recrudescenza della tubercolosi e un aumento dei casi di malaria avevano spostato l’attenzione della sanità pubblica internazionale dai programmi ad ampio spettro alla gestione delle emergenze sanitarie.

---

<sup>27</sup> J. A. Walsh, K. S. Warren, *Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries*, «New England Journal of Medicine», Vol. 301, 18, 1979, pp. 967-974.

<sup>28</sup> J.P. Grant, *The State of the World’s Children 1982-83*, Published for UNICEF, Oxford University Press, New York 1982. Come si vede, i quattro obiettivi coincidono con quelli indicati dall’articolo di Walsh e Warren, ad eccezione delle *growth charts*, che sostituiscono la terapia antimalarica poiché considerata troppo costosa.

Mentre l'OMS conosceva un periodo di declino, la Banca Mondiale iniziò ad affermarsi sulla scena della cooperazione sanitaria internazionale e prese apertamente le difese della *selective* PHC con due documenti, il già citato *Financing Health Services in Developing Countries* (1987) – il suo primo documento dedicato interamente alla salute, che in sostanza ribaltava completamente la concezione del problema sviluppata circa dieci anni prima ad Alma-Ata – e il rapporto annuale del 1993, intitolato *Investing in Health*<sup>29</sup>. La linea politica perseguita dalla Banca Mondiale – ridurre al minimo il ruolo del settore pubblico e spostare l'iniziativa al settore privato – si applicava tanto ai governi nazionali quanto agli organismi internazionali come l'OMS, indebolendo ulteriormente il suo potere. Mentre da un lato il budget ordinario dell'OMS continuava a diminuire (anche a causa dell'opposizione degli USA rispetto a determinate scelte, come l'*Essential Drugs Program*<sup>30</sup>), dall'altro aumentavano i programmi finanziati *ad hoc* da vari donatori, tra cui le nazioni più ricche e le agenzie quali la Banca Mondiale, che divenne in quasi tutti i PVS il più grande finanziatore del settore sanitario. I finanziamenti, però, avvenivano sotto forma di prestiti (benché a tassi agevolati) e non di donazioni, contribuendo quindi all'aumento del debito; inoltre, erano spesso legati a una serie di condizioni economiche e politiche per i Paesi richiedenti, come l'impegno ad approvare rapidamente una determinata legge o a riformare la previdenza sociale<sup>31</sup>.

«Agli inizi degli anni Novanta il finanziamento extrabudgetario rappresenta il 54% dell'intero bilancio dell'OMS. Questo tipo di finanziamento genera programmi «verticali», come il programma contro l'AIDS o quello per la copertura universale delle vaccinazioni, i cui livelli decisionali vengono posti al di fuori del controllo

---

<sup>29</sup> The World Bank, World Development Report 1993, *Investing in Health*, Washington D.C., USA, 1993.

<sup>30</sup> Un'iniziativa dell'OMS fu la creazione della *Essential Drugs List* (EDL), la lista dei farmaci essenziali: nel 1977 fu stilato un primo elenco di 220 medicinali, da aggiornare periodicamente in base alla scoperta di nuovi farmaci. L'impegno era quello di garantire una disponibilità costante di queste medicine a tutti, a un prezzo adeguato alle possibilità degli individui e delle comunità. Questo scatenò accese reazioni da parte del settore privato e di alcuni governi in cui risiedevano le maggiori industrie farmaceutiche. Ancora oggi, rimane molta strada da fare per garantire a tutti i pazienti la disponibilità di cure efficaci, sicure e a prezzo adeguato, come dimostra il caso delle terapie per l'AIDS.

<sup>31</sup> Negli ultimi dieci anni, queste condizioni sono state notevolmente alleggerite, anche a causa delle forti critiche che suscitava tale modo di agire. Cfr. J. E. Stiglitz, *Making Globalization Work*, W. W. Norton & Company, New York 2006; tr. it. di D. Cavallini, *La globalizzazione che funziona*, Einaudi, Torino 2006, pp. 14-15.

Rimane il fatto che spesso, quando un Paese riceve aiuti economici da un altro, alcune clausole prevedono che esso li usi per acquistare merci o servizi provenienti dal Paese donatore.

dell'organizzazione perché designati dai donatori»<sup>32</sup>. Tra le principali iniziative finanziate da uno o più donatori insieme, pubblici o privati (*Public Private Partnership* – PPP), si possono citare la *Roll Back Malaria* – che riuniva più di 80 partner, inclusi OMS, BM, Fondazione Bill e Melinda Gates, Amref, Bayer e Governo Italiano – o la *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI)<sup>33</sup>. I risultati dei molteplici programmi verticali furono in alcuni casi brillanti, ma effimeri. Ad esempio, il Ghana raggiunse il 100% della copertura vaccinale dei bambini nel 1990, solo per tornare ai livelli precedenti del 40-50% non appena i finanziamenti furono ridotti. Analogamente, in Nigeria, la copertura precipitò dal 70 % nel 1990 al 20% nel 1994<sup>34</sup>.

Nel 1994, un'analisi dell'OMS sullo sviluppo della salute nel mondo dopo Alma-Ata concludeva tristemente che l'obiettivo della salute per tutti entro il 2000 non sarebbe stato raggiunto<sup>35</sup>. In compenso, nel settembre del 2000, 150 Capi di Stato e di Governo si riunirono presso la sede delle Nazioni Unite a New York per adottare la *United Nations Millennium Declaration*, la quale li impegnava in un nuovo partenariato globale per ridurre la povertà estrema e definiva una serie di obiettivi da realizzare entro il 2015, divenuti noti come Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* – MDGs):

1. Sradicare la povertà estrema e la fame.
2. Garantire l'educazione primaria a livello universale.
3. Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne.
4. Ridurre la mortalità infantile.

---

<sup>32</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, cit., p. 37.

<sup>33</sup> Durante il G8 del 2002, a Genova, sotto la spinta delle Nazioni Unite, fu creato anche un fondo speciale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria (*Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis*). Esso riceve offerte da donatori pubblici (il 93% dai governi) e donatori privati (tra cui spicca Bill Gates, con il 7%) e le alloca a favore di progetti sviluppati da organizzazioni pubbliche o private. Dalla sua creazione, il *Global Fund* è diventato il principale finanziatore dei programmi contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, approvando finanziamenti di 21,7 miliardi di dollari americani per oltre 600 programmi in 150 Paesi (al 31 dicembre 2010). Ad oggi, i programmi sostenuti dal GF hanno fornito cure per l'AIDS a 3 milioni di persone, cure antitubercolari a 7,7 milioni di persone e 160 milioni di zanzariere trattate con insetticida per la prevenzione della malaria. Il GF lavora in stretta collaborazione con altre organizzazioni bilaterali e multilaterali esistenti. La differenza rispetto ad altri programmi verticali è che il *Global Fund* finanzia programmi elaborati dagli stessi Paesi beneficiari, secondo criteri che rispettino i piani nazionali di salute e le priorità locali; esso contribuisce inoltre a migliorare le infrastrutture e la formazione degli operatori sanitari. Cfr. <http://www.theglobalfund.org/en/>.

<sup>34</sup> Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, *From Alma Ata to the Global Fund: the History of International Health Policy*, «Social Medicine», Vol. 3, n. 1, January 2008, p. 39.

<sup>35</sup> M. Chan, *Return to Alma-Ata*, «Lancet», Vol. 372, 2008, pp. 865-866.

5. Migliorare la salute materna.
6. Arrestare e iniziare a ridurre la diffusione dell'HIV/AIDS, della malaria e di altre malattie importanti.
7. Assicurare la sostenibilità ambientale.
8. Sviluppare una collaborazione mondiale per lo sviluppo.

Come si vede, tre Obiettivi su otto riguardano direttamente la salute, in quanto il miglioramento della salute è visto come un modo per contribuire a sbloccare la trappola della povertà. Più specificamente, l'Obiettivo n. 4 prevede la riduzione di due terzi del tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni; l'Obiettivo n. 5 prevede la riduzione di tre quarti del tasso di mortalità materna e l'accesso universale alla salute riproduttiva; l'Obiettivo n. 6 prevede di fermare la diffusione di HIV/AIDS e malaria e di raggiungere entro il 2010 l'accesso universale alle cure contro l'HIV/AIDS per tutti coloro che ne hanno bisogno. Inoltre, uno dei punti dell'Obiettivo n. 8 consiste nell'accesso alle medicine essenziali nei Paesi in via di sviluppo, in collaborazione con le aziende farmaceutiche; e tutti gli altri Obiettivi toccano almeno indirettamente la salute<sup>36</sup>. Tuttavia, tra il 2002 e il 2006, circa la metà dei finanziamenti internazionali per la salute furono erogati sotto forma di programmi verticali a favore dell'Obiettivo n. 6, trascurando gli altri Obiettivi e le altre necessità sanitarie, tra cui l'assistenza materna, il trattamento di altre malattie (tra cui quelle croniche), il miglioramento delle strutture sanitarie, la formazione del personale, ecc; perciò, nonostante gli importanti risultati ottenuti nella lotta contro AIDS, tubercolosi e malaria, durante lo stesso periodo si verificò, ad esempio, un declino negli standard africani di salute nel settore materno e infantile<sup>37</sup>.

Di fronte a tale scenario non mancarono le proteste contro la PHC selettiva, accusata in particolare di: privilegiare un approccio alla malattia piuttosto che alla salute intesa secondo la più ampia definizione dell'OMS; voler ottenere risultati rapidi (con poca

---

<sup>36</sup> Ad esempio, come afferma Sen: «l'alfabetizzazione femminile risulta correlata in modo inequivocabile e significativo a livello statistico a una riduzione della mortalità sotto i cinque anni». A. Sen, *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford 1999; tr. it. di G. Rigamonti, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano 2001, p. 199.

<sup>37</sup> WHO, *The World Health Report 2010*, cit., p. 33. La salute materna e quella infantile sono considerate gli indici più accurati del funzionamento generale di un sistema sanitario in termini di accesso alle cure, qualità dei servizi e del personale.

attenzione alla sostenibilità a lungo termine dei programmi), anziché costruire un sistema sanitario robusto coinvolgendo la popolazione; alimentare, anziché diminuire, la dipendenza dei Paesi beneficiari. Alcuni chiamano tale situazione «imperialismo umanitario», sottolineando come i Paesi che ricevono aiuto subiscano un'imposizione dall'esterno di interventi modellati sulle esigenze dei donatori<sup>38</sup>.

I dati empirici dimostrarono che, più in generale, le politiche di aggiustamento strutturale imposte dalla Banca Mondiale si erano rivelate un fallimento, non solo aumentando povertà e diseguaglianze, ma non riuscendo nemmeno a prevenire l'instabilità e le crisi finanziarie. Ma anche le politiche di aiuto allo sviluppo che avrebbero dovuto condurre alla realizzazione degli Obiettivi del Millennio avevano fallito, poiché non erano riuscite a risollevare le economie nazionali né a strappare alla povertà estrema gli abitanti del Terzo mondo<sup>39</sup>. Nel 2007, il Fondo Monetario Internazionale, per lungo tempo alleato della Banca Mondiale nella difesa della PHC selettiva, giunse a riconoscere apertamente gli effetti negativi delle strategie adottate: «Perversamente, i forti afflussi di risorse indirizzate a specifiche malattie (attraverso i cosiddetti programmi verticali) hanno indebolito le infrastrutture e spostato le risorse umane necessarie per prevenire e curare le malattie comuni (come la diarrea e la polmonite) che possono uccidere molte più persone. Inoltre, i molteplici donatori, ciascuno con le proprie priorità, procedure burocratiche e sistemi di controllo, hanno creato sprechi e confusione nei Paesi riceventi. Infine, un'importante preoccupazione riguarda la sostenibilità di questi programmi verticali, dato che i fondi dei donatori possono non essere stabili o duraturi. Per i Paesi riceventi, questi finanziamenti hanno creato difficili sfide nella gestione del sistema sanitario»<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, cit., p. 44. Sembra una definizione appropriata, se si intende per imperialismo l'indirizzo politico mediante il quale una potenza mira ad esercitare egemonia politica ed economica su altre nazioni.

<sup>39</sup> Cfr., ad esempio, D. J. Ncayiyana, *Combating poverty: the charade of development aid*, «British Medical Journal», Vol. 335, 2007, pp. 1272-3. Secondo l'autore, il problema principale risiede nella mancanza di conoscenza della situazione reale dei PVS da parte dei donatori, o nella loro incapacità di rendere gli aiuti efficaci; pertanto, gli aiuti internazionali dovrebbero essere tolti dalle mani dei politici e delle burocrazie di entrambi i Paesi (donatore e ricevente), per essere invece controllati da organismi indipendenti e responsabili, che siano a conoscenza dei bisogni esistenti e a diretto contatto con chi è nel bisogno.

<sup>40</sup> W. Hsiao, P. S. Heller, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, Working Paper n. 07/13, 2007, p. 8.

Questa inversione di tendenza venne applaudita anche da parte dell'OMS, che in quel periodo stava riacquistando autorevolezza. Nel 2008, a trent'anni di distanza dalla Conferenza di Alma-Ata, il Direttore Generale Margaret Chan dichiarò che finalmente l'assistenza sanitaria di base non era più così profondamente incompresa, poiché diversi eventi avevano chiarito la sua importanza in modi inimmaginabili nel 1978. Lo stallo nel progresso verso gli Obiettivi del Millennio legati alla salute, ella afferma, ha costretto a riconoscere gli effetti deleteri di decenni di mancati investimenti in infrastrutture sanitarie fondamentali, servizi e personale. Perciò, l'assistenza sanitaria primaria appare sempre più come un modo intelligente per conseguire lo sviluppo della salute<sup>41</sup>. Non a caso, l'assistenza sanitaria di base è stata oggetto del Rapporto annuale dell'OMS del 2008, il quale offre indicazioni pratiche e tecniche per attuare le necessarie riforme nei sistemi sanitari nazionali; mentre il Rapporto annuale del 2010 è incentrato sul finanziamento dei sistemi stessi, nella prospettiva della copertura universale. In quest'ultimo, i Paesi donatori vengono incoraggiati ad investire nello sviluppo dei sistemi di pre-pagamento, poiché in tal modo si aiuta il Paese ricevente ad abbandonare il sistema dei pagamenti diretti dei servizi e ad ampliare l'accesso all'assistenza sanitaria; in particolare, incanalando i contributi esterni in un fondo comune, da un lato si rafforza il sistema nazionale, dall'altro si ottiene una maggior efficienza poiché i piani sanitari vengono finanziati da un'unica fonte, evitando duplicazioni e frammentazione. Nel Rapporto vengono anche proposti alcuni indicatori per monitorare il livello di copertura e la protezione dai rischi finanziari (spesa sanitaria – pubblica e privata – pro-capite, prezzo medio dei farmaci generici comparato con il prezzo di riferimento internazionale, ecc.); ma soprattutto, riaffermando il diritto fondamentale di ogni individuo a godere del «massimo livello possibile di salute» – come sancito nella Costituzione dell'OMS – si ribadisce che la copertura universale è la strada migliore per realizzare tale diritto.

Questa presa di posizione appare importante dal momento che, in molti Paesi, il diritto a un minimo decente di cure sanitarie non è solo negato di fatto a fasce crescenti della popolazione, ma anche messo in dubbio dal passaggio ormai compiuto (nei modi

---

<sup>41</sup> M. Chan, *Return to Alma-Ata*, cit.

che abbiamo visto) da una politica dei diritti a una politica dei servizi a pagamento<sup>42</sup>, la quale viola apertamente il principio di equità. Come spiega bene Barbara Starfield, esistono due tipi di iniquità: orizzontale o verticale. Quella orizzontale significa che persone con gli stessi bisogni non hanno accesso alle stesse risorse; quella verticale si ha quando persone con bisogni maggiori non ottengono maggiori risorse. Secondo l'autrice, i sistemi sanitari dotati di una forte assistenza di base sono gli unici in grado di garantire una più equa distribuzione della salute tra la popolazione, diminuendo anche le disparità tra i diversi gruppi razziali e socioeconomici. Inoltre, sulla base di numerosi studi emergerebbe come una buona assistenza primaria sia collegata contemporaneamente ad un più alto livello di salute nella popolazione (cure migliori in quanto incentrate sul paziente nel suo complesso piuttosto che sul singolo problema; diagnosi più accurate grazie alla conoscenza tra paziente e medico) e ad una spesa più bassa per la salute (soprattutto grazie alla prevenzione e al numero minore di ricoveri)<sup>43</sup>.

Oltre al pagamento diretto delle prestazioni, vi sono numerosi altri fattori responsabili dell'iniquità nell'accesso alle risorse sanitarie, che prendono il nome di "determinanti della salute". Ad esempio, nella *Carta di Bangkok*, promulgata in occasione della 6ª Conferenza Globale sulla promozione della salute (2005), si legge che le condizioni sociali agiscono pesantemente sulle disuguaglianze di salute tra i Paesi e all'interno dello stesso Paese; nonostante il livello di salute e la durata media della vita siano generalmente aumentati, le disuguaglianze sono divenute sempre più marcate, poiché si è accresciuto il divario tra i più e i meno avvantaggiati della società. Tra i fattori che attualmente influenzano la salute vi sono: le crescenti disuguaglianze all'interno e tra i diversi Paesi; i nuovi modelli di consumo e di comunicazione; la commercializzazione; i cambiamenti ambientali a livello globale; l'urbanizzazione<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Z. Bisoffi, "La cooperazione sanitaria con i Paesi in via di sviluppo: la Primary Health Care", in Gruppo Solidarietà Africa Onlus, *Va tutto bene. Grazie! Il diritto alla salute nel mondo mal-sviluppato*, Tecnografica snc, Como 2009, p. 114.

<sup>43</sup> Cfr. B. Starfield, L. Shi, J. Macinko, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, «The Milbank Quarterly», Vol. 83, n. 3, 2005, pp. 457–502. B. Starfield, *The hidden inequity in health care*, «International Journal for Equity in Health», 2011, Vol. 10, p. 15.

<sup>44</sup> WHO, *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Bangkok, 7-11 August 2005. Essa riprende ed integra i principi e le strategie di azione della promozione della salute stabiliti dalla *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*, emanata dalla 1ª Conferenza Globale della Promozione della Salute nel 1986. La *Carta di Ottawa* propone il seguente elenco di "prerequisiti della salute": al primo posto la pace, poi istruzione, abitazione, cibo, reddito, un ecosistema sostenibile, giustizia sociale ed equità.

Sempre nel 2005 l'OMS creò una commissione *ad hoc* – la Commission on Social Determinants of Health (CSDH) – con il compito di studiare questi fattori e proporre ai governanti soluzioni appropriate. Nel 2008, al termine del proprio lavoro, la Commissione produsse un Rapporto finale dal titolo *Closing the Gap in a Generation*, in cui si afferma che la giustizia sociale rappresenta una questione di vita o di morte. Le misure da adottare a favore della giustizia sociale, secondo la Commissione, sono: migliorare le condizioni di vita quotidiana; affrontare la distribuzione iniqua di potere, denaro e risorse; misurare e comprendere il problema e valutare l'impatto delle azioni<sup>45</sup>. E poiché ormai le condizioni di vita delle persone e delle popolazioni sono plasmate sempre più fortemente dal fenomeno della globalizzazione, il tema dell'equità risulta strettamente legato ad essa.

### **3. Globalizzazione e salute**

La globalizzazione consiste essenzialmente in un fenomeno di unificazione dei mercati a livello mondiale, consentito dalla diffusione delle innovazioni tecnologiche e dal crollo dei costi dei trasporti e delle comunicazioni. Il principale attributo della globalizzazione è la liberalizzazione, ossia l'abolizione delle restrizioni al commercio e alla circolazione globale dei capitali, dei servizi, delle persone. Assunti basilari di tale fenomeno si possono considerare i seguenti: i mercati sono i più efficienti distributori di beni e risorse; le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), guidati principalmente da interessi materiali; la competizione è il miglior veicolo per l'innovazione. Le istituzioni che hanno un ruolo guida nel processo di globalizzazione sono la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale e l'Organizzazione Mondiale del Commercio.

È noto come i giudizi sulla globalizzazione siano discordi, in quanto essa, sostanzialmente, genera sia benefici che danni, tanto dal punto di vista economico quanto culturale. In molti Paesi ha portato una crescita economica e un maggior benessere in termini assoluti; però ha causato anche un declino del potere della classe

---

<sup>45</sup> WHO, *Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health*, WHO, Geneva 2008.

lavoratrice rispetto a quello delle imprese, dal momento che molte aziende delocalizzano la produzione in Paesi con un costo del lavoro inferiore. E nel Terzo mondo, negli ultimi venticinque anni, la povertà è addirittura aumentata. In breve, la globalizzazione è generalmente vantaggiosa per i Paesi ricchi, per le multinazionali, per i gruppi benestanti della popolazione, ma finisce spesso per peggiorare le condizioni di vita dei Paesi e dei cittadini più poveri, aumentando quindi il divario tra le classi sociali. Secondo David Coburn, il neo-liberalismo e la globalizzazione economica sono associati a un declino del *Welfare State*, nel senso che allo stato viene richiesto di intervenire il meno possibile nel funzionamento del mercato. Inoltre, neo-liberalismo e globalizzazione producono (anche attraverso il declino del *Welfare State*) da un lato una maggiore disegualianza nel reddito tra i membri della società, dall'altro un livello più basso di coesione sociale; e tutto ciò a sua volta diminuisce lo stato di salute della popolazione. Infatti, alcuni Paesi ricchi mostrano livelli di salute inferiori rispetto ad altri Paesi più poveri ma più egualitari<sup>46</sup>. Altri studiosi sottolineano come le cause principali delle disegualianze nella salute e dei problemi ambientali globali (inquinamento, abuso delle risorse naturali, ecc.) si sovrappongano e siano sostanzialmente riconducibili a un sistema economico basato sulla crescita asimmetrica e sulla competizione. A loro volta, gli effetti e i rischi del cambiamento climatico si ripercuotono in maniera iniqua sulle popolazioni dei Paesi più poveri. Pertanto, si rivela urgente un cambiamento nelle priorità dello sviluppo economico, che punti in particolare su forme sane di urbanizzazione, fonti di energia rinnovabile, un sistema alimentare sostenibile e più giusto; a tal fine sono necessarie in tutti i Paesi politiche appropriate e regolamenti più severi (sulle emissioni nocive, ecc.)<sup>47</sup>.

La globalizzazione produce quindi effetti concreti sulla salute, sia direttamente sia indirettamente. Gli effetti indiretti sono quelli che passano attraverso l'economia nazionale (ad esempio, un aumento del PIL consente maggiori investimenti nel settore

---

<sup>46</sup> D. Coburn, *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism*, «Social Science & Medicine», Vol. 51, 2000, pp. 135-146.

Nella stessa direzione si muove la constatazione di Amartya Sen: «gli americani neri non soffrono solo di una privazione *relativa*, in termini di reddito, rispetto ai compatrioti bianchi; in termini di sopravvivenza fino a un'età avanzata, sono anche più deprivati in assoluto rispetto a popolazioni a basso reddito come gli indiani del Kerala (sia gli uomini che le donne) e dei cinesi (gli uomini)». A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., p. 28.

<sup>47</sup> S. Friel, M. Marmot, A. McMichael, T. Kjellstrom, D. Vågerö, *Global health equity and climate stabilization: a common agenda*, «Lancet», Vol. 372, 2008, pp. 1677-1683.

sanitario; viceversa, la riduzione della spesa sanitaria pubblica produce servizi a pagamento e un minor accesso alle cure), l'economia familiare e altri fattori legati alla salute come la disponibilità d'acqua, l'igiene e l'educazione. Gli effetti diretti sono quelli che derivano dagli accordi internazionali, dalla trasmissione di malattie infettive oltre i confini nazionali, dall'esportazione di stili di vita e fattori di rischio (obesità, tabacco, ecc.)<sup>48</sup>. Allo stesso tempo, «la crescente interdipendenza e la globalizzazione stanno chiaramente mettendo alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie»<sup>49</sup>.

Se dunque, fino all'inizio degli anni Settanta, dominava la tesi secondo cui lo sviluppo dei PVS è necessariamente collegato alla loro crescita economica e quest'ultima all'aumento della produzione interna, si è ormai fatta strada l'idea che la crescita economica da sola non è sufficiente, ma deve essere accompagnata dalla soddisfazione dei bisogni di base delle persone. Ad esempio, un equo regime degli scambi internazionali è fondamentale per garantire lo sviluppo dei Paesi a basso reddito, ma la sua realizzazione è spesso ostacolata dagli interessi dei Paesi più ricchi. I due trattati più importanti in materia sono il GATS (*General Agreement on Trade and Services* – Accordo generale sul commercio e i servizi) e il TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* – Aspetti dei diritti di proprietà intellettuale riguardanti il commercio), ratificati nel 1994 al termine dell'Uruguay Round, un lungo negoziato tra un numero sempre crescente di Paesi, che portò anche alla nascita dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization* – WTO).

Il GATS ha lo scopo di favorire la liberalizzazione degli scambi e la globalizzazione dei servizi. Tuttavia, la liberalizzazione del commercio è uno degli aspetti più controversi della globalizzazione, perché alcuni ritengono che finisca per danneggiare sia i Paesi industrializzati, sia – in misura maggiore – i Paesi del Terzo mondo. I primi subirebbero, infatti, un abbassamento dei salari, una disoccupazione crescente e la perdita della sovranità nazionale. I secondi, oltre a perdere un'importante fonte di gettito rappresentata dai dazi doganali, spesso non sono nelle condizioni di poter trarre vantaggio dalla liberalizzazione: perché non dispongono delle infrastrutture necessarie (porti e strade) per la circolazione dei prodotti, perché non producono una quantità di

---

<sup>48</sup> Cfr. D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, D. Lipson, *Globalization and health: a framework for analysis and action*, «Bulletin of the World Health Organization», Vol. 79, n. 9, 2001, pp. 875-881.

<sup>49</sup> G. Walt, *Globalization of international health*, «Lancet», Vol. 351, 1998, pp. 434-437.

merci sufficiente per essere esportata, o perché la competizione delle aziende estere rischia di impedire lo sviluppo delle loro industrie nascenti. Un problema ulteriore è che le regole non vengono applicate in modo uguale per tutti i Paesi, ma quelli più forti economicamente dispongono di un margine di libertà molto più ampio: essi possono decidere, ad esempio, di porre restrizioni sulle importazioni di alcuni prodotti, o di sovvenzionare i produttori nazionali; «le stime suggeriscono che l’Africa perde circa 500 miliardi di dollari l’anno a causa delle clausole restrittive sul commercio, in gran parte a causa dei sussidi concessi dai governi occidentali ai propri coltivatori»<sup>50</sup>. Allo stesso tempo, praticamente tutti i governi del mondo stanno deregolando o privatizzando il finanziamento e l’erogazione dei servizi pubblici (dalla sanità all’istruzione, dall’acqua alla costruzione delle strade, dalle telecomunicazioni al turismo, ecc.), dal momento che il GATS è soggetto a continua rinegoziazione ed estensione.

Il TRIPS è un trattato che si occupa di brevetti e copyright. Esso attribuisce alla casa farmaceutica che ha inventato un prodotto il suo monopolio per la durata di 20 anni: ciò significa che la casa farmaceutica ha il diritto di decidere il prezzo del farmaco, prezzo che spesso lo rende inaccessibile alla maggior parte degli abitanti dei Paesi poveri. Tutto ciò dovrebbe incentivare la ricerca, assicurando alle imprese alti profitti a fronte degli investimenti sostenuti<sup>51</sup>. Vi è però un articolo del trattato (art. 31) che «in caso di emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza» permette l’uso di un prodotto senza l’approvazione del titolare dei diritti. Tale apertura è meglio specificata nella *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* del 2001, secondo la quale il TRIPS non deve impedire agli Stati membri di adottare misure per proteggere la salute pubblica: pertanto, «ogni membro ha il diritto di concedere licenze obbligatorie e

---

<sup>50</sup> D. Moyo, *Dead Aid*; tr. it. di L. Lanza e P. Vicentini, *La carità che uccide. Come gli aiuti dell’Occidente stanno devastando il Terzo mondo*, Rizzoli, Milano 2010, p. 179. Secondo il premio Nobel per l’Economia Joseph Stiglitz, se per tutti questi motivi la globalizzazione finora non ha funzionato, non è detto che debba andare per forza così. La *governance* egli scrive, è il nucleo centrale del fallimento della globalizzazione: le regole del gioco sono state fissate dai grandi Paesi industrializzati in funzione dei loro interessi. Ma se fosse gestita equamente, con il sostegno di politiche e provvedimenti giusti, la liberalizzazione del commercio potrebbe favorire lo sviluppo del Terzo mondo. Cfr. J. E. Stiglitz, *La globalizzazione che funziona*, cit., cap. 3.

<sup>51</sup> In realtà, tale argomento è contraddetto dal fatto che le aziende investono molto poco nella ricerca sulle malattie prevalenti nei Paesi più poveri; inoltre, limitando la libera circolazione delle conoscenze, la monopolizzazione rischia di produrre nei fatti un calo dell’innovazione. Per queste ed altre critiche si veda J. E. Stiglitz, *La globalizzazione che funziona*, cit., pp. 116-137.

la libertà di determinare le basi su cui tali licenze sono concesse. Ogni membro ha il diritto di determinare ciò che costituisce un'emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza, fermo restando che le crisi della salute pubblica, comprese quelle relative all'HIV/AIDS, la tubercolosi, la malaria e altre epidemie, possono rappresentare un'emergenza nazionale o altre circostanze di estrema urgenza»<sup>52</sup>. Ciò significa che, in casi particolari, agli Stati è permesso produrre copie generiche di un farmaco brevettato (quindi a prezzi molto più bassi), fornendo una compensazione all'azienda che possiede il brevetto. Tuttavia, tali disposizioni, apparentemente preziose, rimangono poco efficaci per almeno due motivi. Il primo motivo è che i Paesi che potrebbero ricorrere alla licenza obbligatoria, in realtà lo fanno raramente per paura di ritorsioni in altre aree del commercio da parte delle nazioni più ricche (in particolare dagli USA, dove hanno sede molte delle multinazionali farmaceutiche). Il secondo motivo è che le procedure necessarie per ottenere una licenza obbligatoria sono complesse e richiedono la presenza di un'adeguata struttura amministrativa, che spesso manca.

In definitiva, se fornire più risorse e rafforzare i mercati sono ingredienti essenziali per lo sviluppo del Terzo mondo, non bisogna trascurare il fattore rappresentato dalla politica. Nell'agosto del 2000 la Sottocommissione delle Nazioni Unite per la protezione e la promozione dei diritti umani, nel mettere in luce che «esistono conflitti reali o potenziali tra l'attuazione dell'accordo TRIPS e la realizzazione dei diritti economici, sociali e culturali in relazione, tra l'altro, [...] alle restrizioni all'accesso ai farmaci brevettati e alle implicazioni per il godimento del diritto alla salute», ricordava ai governi «la priorità degli obblighi relativi ai diritti umani rispetto alle politiche e agli accordi economici»<sup>53</sup>. Andando in una direzione simile, la *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* del 2005 raccomanda agli Stati di favorire il libero flusso e la condivisione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, affermando che «i benefici derivanti da qualsiasi ricerca scientifica e dalle sue applicazioni devono essere condivisi con la società nel suo insieme e all'interno della comunità internazionale, in particolare con i Paesi in via di sviluppo»<sup>54</sup>. Emerge qui una concezione – largamente condivisa – della conoscenza scientifica come bene pubblico. Infatti, uno degli esiti della

---

<sup>52</sup> WTO, *Declaration on the TRIPS Agreement and public health*, 14 November 2001, art. 5.

<sup>53</sup> United Nations High Commissioner for Human Rights, *Intellectual property rights and human rights*, Sub-Commission on Human Rights resolution 2000/7, 17 August 2000.

<sup>54</sup> UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 October 2005, art. 15.

globalizzazione è proprio quello di creare una responsabilità generale nei confronti di alcuni beni pubblici globali per la salute: beni che non possono essere venduti a una sola persona per volta, secondo i meccanismi del mercato, ma che vengono consumati collettivamente. Tale responsabilità coinvolge la tutela dell'ambiente, della biosfera e della biodiversità, oltre che un uso appropriato delle risorse biologiche e genetiche, anche nell'interesse delle generazioni future. Essa riguarda, inoltre, il controllo delle malattie infettive – i cui benefici ricadono su tutti indistintamente – e la disponibilità di alcuni beni comuni come aria e acqua pulita.

## IL MODELLO EMERGENCY

### 1. La cooperazione sanitaria italiana

La cooperazione italiana con i Paesi in via di sviluppo è regolata dalla Legge 26 febbraio 1987, n. 49, e dal relativo regolamento di esecuzione: il DPR n. 177 del 12 aprile 1988. La cooperazione allo sviluppo è considerata parte integrante della politica estera del Paese e viene attuata nel rispetto dei principi sanciti dalle Nazioni Unite (art. 1); essa è finalizzata alla piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo, tra cui il soddisfacimento dei bisogni primari e la salvaguardia della vita umana (art. 2)<sup>1</sup>. Relativamente al settore specifico della salute, nel 1988 il Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo stabilì che la cooperazione italiana si sarebbe ispirata ai principi dell'assistenza sanitaria di base, in conformità con la dichiarazione di Alma-Ata, proprio nel periodo in cui nel panorama internazionale (dominato dalla Banca Mondiale) si affermava la scelta opposta dell'approccio selettivo. Lo stesso indirizzo fu ribadito l'anno successivo nei "principi guida" della cooperazione sanitaria, in cui si legge: «la Cooperazione Sanitaria Italiana mira all'adeguato potenziamento dei servizi sanitari, non limitandosi alla promozione di singole attività. Esse devono essere integrate nei servizi sanitari e devono essere permanentemente sostenibili. Viene, dunque, escluso l'appoggio a strutture e programmi che duplicano le funzioni o sono in concorrenza con i servizi sanitari nazionali. La Cooperazione Sanitaria Italiana privilegia il settore pubblico dei sistemi sanitari nazionali e ne promuove il riorientamento verso il traguardo della "salute per tutti"»<sup>2</sup>. Le iniziative di

---

<sup>1</sup> Legge 26 febbraio 1987, n. 49, "Nuova disciplina della cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo".

<sup>2</sup> G. Bertolaso, M. Di Gennaro, R. Guerra, E. Missoni, *La Cooperazione Sanitaria Italiana. Principi guida*, Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Roma 1989, pp. 21-22. Il 14 luglio 2009 il Comitato Direzionale del Ministero Affari Esteri ha aggiornato la sua

cooperazione, inoltre, dovrebbero essere inserite nell'ambito di programmi multisettoriali, su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica, da concordare con i Paesi beneficiari in appositi incontri intergovernativi. Nella pratica, non sempre gli interventi hanno rispettato tali criteri, privilegiando invece grandi opere infrastrutturali ed investimenti industriali isolati dal contesto socio-economico del Paese beneficiario. Nonostante ciò, il settore sanitario può essere considerato uno degli ambiti di maggior successo della cooperazione italiana<sup>3</sup>.

La maggior parte degli interventi di promozione della salute è gestita direttamente dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri (MAE), oppure affidata a Organizzazioni non governative (Ong). Più recentemente, alcuni interventi sono stati promossi da altre istituzioni nazionali, quali il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, che si sono dotati di appositi uffici per i programmi di collaborazione internazionale. Anche le Università e gli Istituti di ricerca hanno intessuto una fitta rete di relazioni internazionali.

Inoltre, nell'ultimo decennio si è svolto un processo di ampliamento dei compiti e delle funzioni attribuite a comuni, province e regioni, in seguito alla riforma che nel 2001 ha modificato il titolo V della parte seconda della Costituzione italiana. Ora, nell'art. 117, la tutela della salute è annoverata tra le materie di legislazione concorrente, per le quali «spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato»<sup>4</sup>. Ogni regione può gestire con relativa autonomia i rapporti con gli altri Stati e quelli con l'Unione Europea; pertanto, ciascuna regione promuove iniziative seguendo i propri principi e linee guida, e non esiste un modello unico di cooperazione sanitaria per tutte le regioni. Da un'indagine svolta nel 2008<sup>5</sup> risulta che le due province autonome e tutte le regioni, ad eccezione della Basilicata, hanno attivato interventi di cooperazione internazionale e che tale impegno è cresciuto negli ultimi anni. Cinque regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto) dispongono addirittura di un ufficio

---

agenda approvando, con delibera n. 86, il documento *Salute globale: Principi guida della Cooperazione Italiana*.

<sup>3</sup> E. Missoni, *La Cooperazione sanitaria italiana: problemi, prospettive*, «Giornale italiano di Medicina Tropicale», vol.3, n.1-2, 1998, pp. 27-35.

<sup>4</sup> Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 248, 24 ottobre 2001.

<sup>5</sup> E. Pietrogrande, *Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane*, Cespi Working Papers, 50/2008.

specifico per la cooperazione sanitaria internazionale all'interno del proprio Assessorato alla Sanità. Le attività svolte sono di vario tipo, tra cui: il potenziamento dei servizi degli ospedali locali e il supporto alla loro riorganizzazione; l'invio di attrezzature sanitarie dismesse; i programmi umanitari per il ricovero di cittadini stranieri che non possono essere trattati nel loro Paese; la partecipazione finanziaria ai programmi dell'OMS e ad altri programmi internazionali. L'approccio privilegiato è quello degli accordi bilaterali, mediante i quali si crea un sistema di relazioni istituzionali con realtà di pari livello come regioni e province, oltre che università, Ong e talvolta ministeri della salute locali. Le priorità geografiche di intervento sono i Paesi dell'Africa subsahariana, dei Balcani e del Medio Oriente.

Poiché la cooperazione decentrata è molto feconda ma anche dispersiva, il governo ha cercato in alcune occasioni di integrare in un quadro generale le numerose iniziative esistenti, coinvolgendo tutti gli attori pubblici e privati attivi nell'area. Ad esempio, nel corso di una Conferenza organizzata dal Ministero della Salute e dal Ministero degli Affari Esteri nel 2007, essi sono stati chiamati a concentrare maggiormente i loro sforzi verso gli Obiettivi di sviluppo del Millennio fissati dalle Nazioni Unite. Inoltre, si è deciso di creare un archivio informatizzato dei progetti di collaborazione e di «costituire un tavolo di consultazione allargato per favorire il coordinamento delle iniziative e lo scambio di informazioni, creare sinergie e ottimizzare le risorse»<sup>6</sup>.

È dunque all'interno di tale contesto che si inserisce la cooperazione svolta dalle Organizzazioni non governative italiane. La legge 49/87 sulla cooperazione definisce idonee le Ong che, dopo un'istruttoria, ottengono dal Ministero degli Affari Esteri un riconoscimento di idoneità per la gestione di progetti di cooperazione. Attualmente, le Ong riconosciute come idonee sul sito ufficiale della cooperazione italiana allo sviluppo sono 255.

## **2. Emergency**

---

<sup>6</sup> Ministero della Salute, *Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente*, Roma, 8 febbraio 2007.

Emergency è un'associazione umanitaria fondata a Milano nel 1994 per portare aiuto alle vittime civili delle guerre e della povertà e per promuovere una cultura di pace e di solidarietà<sup>7</sup>. Secondo la "filosofia" di Emergency, le vittime dei conflitti non sono solamente i morti e i feriti, ma tutti coloro che a causa della guerra vedono negato il proprio diritto alla salute, spesso perché le scarse risorse disponibili sono impiegate in investimenti militari, mentre nel Paese mancano strutture sanitarie adeguate. Nata inizialmente per offrire assistenza medico-chirurgica alle vittime delle guerre e delle mine antiuomo, di fronte al manifestarsi di nuovi bisogni Emergency ha esteso l'ambito delle sue attività di cura. Alla chirurgia di guerra ha aggiunto la chirurgia d'urgenza, la traumatologia, la chirurgia generale e ricostruttiva. Gestisce centri sanitari per l'assistenza medica di base e posti di primo soccorso (FAP - *First Aid Post*) per il trattamento delle emergenze; costruisce centri di riabilitazione dedicati all'applicazione di protesi e alla formazione professionale con l'obiettivo di facilitare la reintegrazione sociale dei pazienti che hanno subito amputazioni profondamente invalidanti; per far fronte ai bisogni di donne e bambini offre servizi di pediatria, ostetricia e ginecologia. Su sollecitazione delle autorità locali e di altre organizzazioni, ha anche contribuito alla ristrutturazione e all'equipaggiamento di strutture sanitarie già esistenti. Dal 2006 l'associazione è riconosciuta come Ong partner delle Nazioni Unite (Dipartimento della Pubblica Informazione).

Gli scopi dell'associazione sono i seguenti:

1. offrire assistenza completamente gratuita;
2. garantire cure a chiunque ne abbia bisogno, senza discriminazioni politiche, ideologiche o religiose;
3. dare una risposta sanitaria di elevata qualità;
4. formare il personale locale fino al raggiungimento della completa autonomia operativa, secondo standard di alto livello professionale.

Le sue strutture sono progettate per possedere uno standard sanitario e tecnologico equivalente a quello di qualsiasi ospedale occidentale<sup>8</sup>. Esse vengono costruite in modo

---

<sup>7</sup> Emergency Ong Onlus, *Statuto*, art. 5.

<sup>8</sup> I tre passi fondamentali per la costruzione di un ospedale comportano prima di tutto la trattativa con i ministeri competenti; poi la registrazione della Ong presso le autorità del Paese, che stabilisce l'oggetto dell'attività della stessa Ong; infine, la stesura di un *Memorandum of understanding*, che contiene le

da risultare moderne, efficienti, durature e anche in grado, eventualmente, di cambiare compito rispetto a quello per cui sono state realizzate. Ad esempio, a Goderich, in Sierra Leone, Emergency aprì nel 2001 un Centro chirurgico destinato alle vittime di guerra, successivamente ampliato alla cura dei pazienti ortopedici e di tutte le emergenze chirurgiche; inoltre, già l'anno successivo fu inaugurato un nuovo reparto pediatrico di medicina generale, soprattutto per le emergenze malariche.

Emergency utilizza spesso il sistema del distretto sanitario, composto da una rete capillare di servizi periferici, rivolti ai bisogni primari della popolazione, e un ospedale di riferimento per l'erogazione di cure più complesse. Tale articolazione dovrebbe favorire la diffusione delle cure di base, come raccomandato anche dall'OMS nella Dichiarazione finale della Conferenza di Harare, dove si afferma che il distretto rappresenta l'ambito «che meglio permette l'identificazione degli individui e dei gruppi meno serviti e l'integrazione degli interventi necessari a migliorare la salute della popolazione»<sup>9</sup>. In Afghanistan, ad esempio, per garantire cure tempestive anche agli abitanti delle zone più isolate o prive di strutture sanitarie, Emergency ha creato una rete di 30 Posti di primo soccorso e Centri sanitari, che affiancano i 4 ospedali maggiori (1 centro di maternità e 3 centri chirurgici) gestiti dalla stessa Ong. Un servizio di ambulanze operativo 24 ore su 24 consente il trasferimento dei pazienti gravi ai suddetti ospedali.

Dal 2006 l'associazione ha iniziato ad operare anche in Italia, costruendo a Palermo un primo Poliambulatorio per garantire assistenza sanitaria gratuita ai migranti (con o senza permesso di soggiorno) e a tutte le persone in stato di bisogno. Un secondo Poliambulatorio ha avviato le attività a Marghera nel dicembre 2010. Due ambulatori mobili portano assistenza sanitaria nelle regioni con una forte presenza di immigrati, soprattutto nelle aree agricole o nei campi nomadi. L'esperienza di Emergency ha dimostrato che sono ancora molte le persone in Italia che hanno problemi ad accedere alle cure sanitarie, ad esempio per scarsa conoscenza dei propri diritti, difficoltà linguistiche o incapacità a muoversi all'interno di un sistema sanitario complesso.

---

reciproche obbligazioni e stabilisce l'assoluta autonomia gestionale da parte di Emergency. Cfr. *Emergency, l'ospedale modello*, «Peace Reporter», 10/09/2009.

<sup>9</sup> WHO, *Interregional Meeting on Strengthening district health systems*, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987.

## 2.1 *Emergency in Sudan*

In sintesi, le attività di Emergency possono essere divise in due grandi categorie: da un lato l'assistenza sanitaria di base, con particolare riferimento ai problemi materno-infantili; dall'altro, le cure specialistiche, che vanno dal trattamento delle ustioni e delle lesioni spinali fino alla cardiocirurgia. Il Paese in cui Emergency mostra più chiaramente questi due volti è il Sudan, dove l'associazione gestisce due Centri pediatrici e un Centro di cardiocirurgia.

Il primo Centro pediatrico è stato aperto nel 2005 per offrire assistenza gratuita ai bambini del campo profughi di Mayo, nei sobborghi della capitale Khartoum. Il campo è abitato da circa 300.000 persone, la metà delle quali sono bambini. La mancanza di acqua pulita e le condizioni igieniche disastrose causano un gran numero di infezioni; il sovraffollamento facilita la diffusione delle malattie; infine, la maggior parte dei bambini è affetta da malnutrizione. Il Centro pediatrico fornisce gratuitamente servizi sanitari di base e di pronto soccorso, svolgendo circa 50 visite al giorno; un'ambulanza garantisce il trasferimento immediato dei casi urgenti agli ospedali cittadini, mentre Emergency continua a farsi carico delle spese necessarie per gli esami di laboratorio e le visite specialistiche dei pazienti trasferiti. Nel 2010 è stato attivato un programma di medicina preventiva, che include corsi di educazione sanitaria<sup>10</sup>, *screening* per la malnutrizione, monitoraggio per le donne in gravidanza e, in collaborazione con il Ministero della Sanità locale, programmi di vaccinazione. Vi sono inoltre sei educatori sanitari (CHP - *Community Health Promoter*) che lavorano nel campo profughi per individuare i bambini malati, dare indicazioni igienico-sanitarie alle famiglie dei pazienti e verificare la corretta applicazione delle terapie prescritte. Dal 5 luglio 2010 è attivo a Nyala (capitale dello Stato del Sud Darfur) un secondo Centro pediatrico, costruito su richiesta del Ministero della Sanità locale. Esso offre cure ai bambini fino a 14 anni e svolge attività di prevenzione informando le famiglie sulle norme igieniche e nutrizionali fondamentali per la salute dei bambini; è inoltre dotato di un ambulatorio di cardiologia, dove avvengono *screening* e *follow-up* di pazienti per il *Salam Centre for*

---

<sup>10</sup> Il percorso di educazione sanitaria insegna alle donne abitudini semplici, ma fondamentali per il benessere proprio e dei loro bambini: l'utilizzo della zanzariera, giusti ritmi di riposo, alimentazione corretta, abbandono di pericolose pratiche tradizionali come il taglio dell'ugola nel neonato, ecc.

*Cardiac Surgery* situato a Soba, a 20 chilometri da Khartoum. Il Centro *Salam* di cardiocirurgia è un ospedale che offre assistenza altamente qualificata e gratuita a pazienti affetti da patologie cardiache in un'area abitata da oltre 300 milioni di persone: esso, infatti, costituisce il fulcro di un Programma Regionale di Pediatria e Cardiocirurgia che coinvolge tutto il Sudan e i Paesi limitrofi, coprendo un'area di 11,5 milioni di chilometri quadrati – tre volte la dimensione dell'Europa. La maggior parte dei pazienti – adulti e bambini – arrivano al Centro *Salam* autonomamente; altri provengono dai Centri pediatrici dell'associazione; dove non esiste una struttura dell'associazione, i cardiologi di Emergency conducono missioni di *screening* negli ospedali locali (così come visite di controllo per i pazienti operati), in collaborazione con le autorità sanitarie dei singoli Paesi. All'interno del complesso ospedaliero è presente una foresteria che ospita gratuitamente i pazienti che provengono da lontano e i loro familiari. Finora sono stati operati pazienti provenienti da 23 Paesi diversi (tra cui Iraq, Afghanistan e altri Paesi non africani). La reciproca collaborazione in campo sanitario è vista anche come un modo per favorire i rapporti tra i Paesi coinvolti, in una regione segnata da decenni di conflitti: anche per questo motivo, il Centro di cardiocirurgia si chiama *Salam*, che in arabo significa “pace”. Operativo dall'aprile 2007, l'ospedale è gestito interamente da Emergency, sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista amministrativo. Il personale internazionale segue la formazione dello staff medico locale affinché vengano garantiti alti standard di cura; il personale internazionale è costituito da circa 60 persone, mentre il personale locale da circa 330. Con oltre 500 interventi a cuore aperto nel primo anno di attività, il Centro *Salam* ha dimostrato che anche in Africa è possibile praticare una medicina d'eccellenza.

Sulla base di tale esperienza, nel 2009 Emergency ha incoraggiato la costituzione di una *Rete sanitaria d'eccellenza in Africa* (*African Network of Medical Excellence – ANME*), che riunisce i ministri della sanità dei Paesi coinvolti nel Programma Regionale di Pediatria e Cardiocirurgia. L'obiettivo è quello di promuovere nel continente la costruzione di centri medici specializzati e gratuiti, organizzati in una rete capace di coprire i bisogni individuati nella popolazione di tutta l'area. Nel 2010 i rappresentanti degli 11 Paesi membri dell'ANME – più le rappresentanze di OMS, EMRO (Ufficio Regionale dell'OMS per Mediterraneo e Medio Oriente), IGAD (Autorità intergovernativa per lo sviluppo tra i Paesi del Corno d'Africa) – si sono

riuniti a Khartoum e al termine della conferenza hanno prodotto un appello comune rivolto alla comunità internazionale, chiedendo sostegno umano e finanziario per il loro progetto: sviluppare una rete sanitaria d'eccellenza, per rinforzare i relativi sistemi sanitari a livello nazionale e regionale<sup>11</sup>.

## 2.2 *Il caso controverso del Centro Salam*

Il Sudan è uno Stato africano di grandi dimensioni, segnato da decenni di scontri interni. Nel 2003 due diverse formazioni ribelli a base etnica africana sono insorte contro il governo di Khartoum – guidato dal presidente Omar Al Bashir – accusandolo di armare le milizie nomadi di origine araba (i *Janjaweed*) responsabili di numerosi attacchi contro villaggi africani. Ne è nata una guerra civile che ha prodotto la più grave crisi umanitaria dal 1998, caratterizzata da gravissime violazioni dei diritti umani, da violenze sui civili (si stimano circa 200 mila profughi fuggiti in Ciad) e dalla distruzione di interi villaggi d'etnia africana<sup>12</sup>.

Il Rapporto 2011 del Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite classifica il Sudan al 169esimo posto su 187 nella graduatoria dell'Indice di sviluppo umano (*Human Development Index - HDI*). Quest'ultimo fu introdotto nel 1990 come alternativa alle misure convenzionali di sviluppo nazionale, quali il livello di reddito e il tasso di crescita economica. L'HDI rappresenta una definizione più ampia di benessere e fornisce una misura composta da tre dimensioni fondamentali dello sviluppo umano: salute, istruzione e reddito. Tra gli indicatori di salute compaiono l'aspettativa di vita alla nascita, che in Sudan è di 61,5 anni, e la mortalità infantile sotto i cinque anni, che in Sudan si attesta intorno al 108 per mille. La spesa pubblica per la salute nel 2009 ha coperto il 27,4% della spesa totale per la salute<sup>13</sup> (Tabelle 1 e 2. *Fonte: United Nations Development Program*; dati aggiornati al 12 maggio 2012).

---

<sup>11</sup> *Appello ANME*, Khartoum, Sudan, 11 febbraio 2010.

<sup>12</sup> Fonti: PeaceReporter, [www.peacereporter.net](http://www.peacereporter.net); Segretariato Sociale Rai.

<sup>13</sup> Per fare un confronto con l'Italia: qui l'aspettativa di vita è di 81,9 anni; la mortalità infantile sotto i 5 anni è del 4 per mille; la spesa pubblica per la salute nel 2009 ha coperto il 77,3% della spesa totale per la salute. Per un profilo dettagliato della situazione sanitaria in Sudan si rimanda all'Appendice, Tav. 1.

*Tabella 1 – Human Development Index*

<b>Year</b>	<b>Sudan</b>	<b>Low Human Development</b>	<b>Arab States</b>	<b>World</b>
2011	0.408	0.456	0.641	0.682
2010	0.406	0.453	0.639	0.679

*Tabella 2 – Sudan. International Human Development Indicators*

<b>Health Indicators</b>	<b>Value</b>
Expenditure on health, public (% of GDP) (%)	1.3
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	108
Life expectancy at birth (years)	61.5
Health index (life expectancy)	0.654
<b>Education Indicators</b>	<b>Value</b>
Public expenditure on education (% of GDP) (%)	27.8
Expected years of schooling (of children under 7) (years)	4.4
Adult literacy rate, both sexes (% aged 15 and above)	70.2
Mean years of schooling (of adults over 25) (years)	3.1
Education index (expected and mean years of schooling)	0.247
Combined gross enrolment in education (both sexes) (%)	38.0
<b>Income Indicators</b>	<b>Value</b>
GDP per capita in PPP terms (constant 2005 international \$)	2,007
GNI per capita in PPP terms (constant 2005 international \$)	1,894
Income index (GNI per capita)	0.421

Data la gravità della situazione, sembra logico pensare che l'intervento umanitario più urgente in questa regione dovrebbe portare cure sanitarie di base, lotta alle malattie più comuni e assistenza a donne e bambini. E, in effetti, è proprio ciò che Emergency ha fatto per prima cosa: «con l'aggravarsi della crisi in Darfur, nel 2004 l'associazione ha effettuato alcuni sopralluoghi in diverse città, verificando le necessità delle strutture sanitarie locali: edifici fatiscenti, scarsamente attrezzati e con pochi farmaci. Ha deciso di intervenire presso l'ospedale universitario di Al Fashir, il principale centro chirurgico dello Stato con un bacino d'utenza di circa 250.000 persone, costruendo un blocco chirurgico – con 2 sale operatorie e sterilizzazione – e una corsia. Il centro è stato consegnato alle autorità locali completamente equipaggiato e con una fornitura di

materiale medico di consumo per 6 mesi. Emergency ha provveduto anche alla costruzione delle fosse settiche e all'approvvigionamento dell'acqua per tutto l'ospedale di Al Fashir»<sup>14</sup>. Inoltre, più recentemente, il governo sudanese ha chiesto a Emergency di aumentare il numero di cliniche pediatriche sul modello di Mayo: così sono nate la clinica di Nyala (2010) e la clinica di Port Sudan (2011).

Ma oltre a tutto ciò, Emergency ha creduto che in Sudan esistessero le condizioni per intraprendere un progetto ambizioso e sicuramente insolito come quello di costruire un ospedale altamente specializzato in una delle regioni più povere del mondo, con temperature che superano i 40 gradi centigradi per la maggior parte dell'anno e frequenti tempeste di sabbia. Il risultato è una struttura sanitaria che possiede uno standard igienico e medico superiore a quello di numerosi ospedali europei, con una mortalità ospedaliera del 3%, in linea con i migliori centri di cardiocirurgia dei Paesi occidentali. Tuttavia, tale scelta ha attirato sull'associazione un gran numero di critiche, dando origine a una disputa che cercheremo ora di approfondire.

Anche se è un fatto poco noto, le patologie cardiache di interesse chirurgico sono molto comuni nell'Africa sub-sahariana. Più precisamente, l'impatto delle patologie cardiovascolari (*Cardiovascular Diseases – CVDs*) è in rapido aumento in tutta l'Africa e ormai costituisce la prima causa di morte tra le malattie non trasmissibili. Nel 2005, le stime dell'OMS attribuivano alle CVDs quasi il 10% delle cause di morte in Africa, circa 300.000 morti all'anno, e prevedevano che circa 1 milione di persone in Africa avrebbero avuto bisogno di chirurgia cardiovascolare nei successivi vent'anni<sup>15</sup>. Le CVDs causano una più alta mortalità in Africa che nei Paesi sviluppati e colpiscono maggiormente i giovani e le donne. Le patologie cardiache possono essere di natura congenita o acquisita. Secondo un rapporto dell'OMS, il 60% dei disturbi cardiovascolari nei bambini e nei giovani adulti è dovuto alla febbre reumatica, la quale causa un'inflammazione al muscolo cardiaco che a sua volta può provocare insufficienza cardiaca. Un altro grande fattore di rischio è costituito dall'ipertensione, in quanto raramente diagnosticata e curata.

---

<sup>14</sup> <http://www.emergency.it/sudan/progetti-completati.html>.

<sup>15</sup> WHO Regional Office for Africa, Fifty-fifth Session of the WHO Regional Committee for Africa, *Cardiovascular diseases in the African region: current situation and perspectives: Report of the Regional Director*, Maputo, Republic of Mozambique, 22-26 August 2005. Per un'analisi più recente, ma meno dettagliata, si veda: WHO Regional Office for Africa, *WHO African Region Ministerial Consultation on Noncommunicable Diseases. Background Document*, Brazzaville, Congo, 4-6 April 2011.

Come altre malattie non trasmissibili, in Africa le patologie cardiovascolari non hanno ancora ricevuto l'attenzione che meritano. Di conseguenza, la maggior parte dei Paesi non ha sviluppato programmi nazionali o strategie per affrontarle, né sistemi di sorveglianza per i fattori di rischio. Gli interventi di cooperazione nel Sud del mondo tendono a focalizzarsi sulla cosiddetta categoria 1 di disagi: malattie trasmissibili, denutrizione e maternità, poiché tale categoria comprende i problemi che pesano maggiormente sulla salute di quelle popolazioni. Ultimamente, però, le malattie non trasmissibili (categoria 2) – soprattutto le malattie cardiache, il cancro e le patologie croniche come l'obesità – sono in aumento ovunque, anche a causa della diffusione di comportamenti a rischio come il fumo, l'alcol e una dieta ipercalorica.

Inoltre, l'idea di Emergency è che il diritto alla salute di ogni essere umano (nello Statuto è esplicito il riferimento ai diritti dell'uomo) possa essere concretizzato solamente attuando progetti sanitari fondati sui seguenti principi:

- **Uguaglianza.** Ogni essere umano ha diritto di essere curato indipendentemente dalle sue condizioni economiche e sociali, da sesso, razza, lingua, religione o opinioni politiche. Tutti i cittadini del mondo dovrebbero ricevere gli stessi standard di cura, in modo equo e senza discriminazioni.
- **Qualità.** I sistemi sanitari di qualità devono fondarsi sui bisogni della comunità ed essere al passo con i progressi della scienza medica, non orientati dalle lobby e dalle industrie sanitarie.
- **Responsabilità sociale.** I governi devono avere come priorità la salute e il benessere dei loro cittadini, e destinare a questo scopo adeguate risorse umane e finanziarie. I servizi forniti dai sistemi sanitari e dai progetti umanitari nel campo della sanità devono essere gratuiti per tutti, affinché tutti possano accedere tempestivamente alle cure di cui hanno bisogno <sup>16</sup>.

Queste, dunque, le motivazioni che stanno alla base della decisione di Emergency di realizzare un ospedale di cardiocirurgia in Africa, peraltro su esplicita richiesta del governo di Khartoum.

Veniamo ora alle critiche, che possono essere riassunte in tre categorie: quelle basate sul costo-opportunità, quelle centrate sull'equità di accesso ai servizi, quelle rivolte alla

---

<sup>16</sup> Tali principi si trovano sintetizzati nel già citato *Manifesto per una medicina basata sui Diritti Umani*.

sostenibilità. La prima e più ovvia categoria di critiche si focalizza sulle priorità sanitarie del Sudan: sarebbe assurdo, secondo gli oppositori, praticare una specialità medica così sofisticata in Paesi dove ancora si muore di dissenteria e malaria. In pratica, l'accusa è quella di sprecare ingenti somme di denaro per curare all'incirca 1500 pazienti all'anno, mentre una semplice analisi costi-benefici avrebbe subito mostrato che investendo la stessa somma in progetti di assistenza sanitaria di base si sarebbero potute salvare molte più vite; ad esempio, si sarebbero potuti attrezzare e gestire non uno, ma numerosi ospedali distrettuali. Tale scelta risulterebbe inoltre contraria all'ideale di equità, sia per il fatto che si tratta di cure di alto livello per poche persone, sia per il fatto che i gruppi più benestanti della popolazione urbana, essendo i più istruiti e informati, sarebbero avvantaggiati nell'accesso al servizio, a scapito della maggioranza della popolazione rurale. Infine, vi è l'accusa di contravvenire al principio di sostenibilità, che significa «poter contare su servizi di tecnologia appropriata rispetto al livello di costi e di tecnologie che uno Stato può permettersi senza dipendere dall'aiuto esterno, e senza perdere fiducia nelle proprie capacità di sviluppo e di autodeterminazione»<sup>17</sup>. In altre parole, secondo i critici, si tratta di un servizio scollegato dal sistema sanitario del Paese, che potrà esistere solamente finché l'associazione continuerà a finanziarlo; e allo stesso tempo, la partecipazione del governo sudanese ai costi di gestione sottrae fondi al rafforzamento del sistema sanitario pubblico.

Riguardo al primo punto, come vedremo meglio nel prossimo paragrafo, l'idea e la scommessa di Emergency è che il progresso medico in una zona povera come il Sudan possa funzionare da motore trainante per il progresso economico e culturale, con una ricaduta più ampia sulla qualità della vita della popolazione. L'accusa di non equità viene respinta in base al fatto che ormai gli abitanti della città non coincidono più con i gruppi benestanti o istruiti della popolazione: a causa dei fenomeni di concentrazione urbana, nel piccolo Stato di Khartoum vive circa un quarto dell'intera popolazione sudanese e l'85% di queste persone abita in aree classificate come *slums* o baraccopoli. Senza contare che il principale centro di *screening* per i pazienti cardiopatici è la clinica pediatrica di Mayo, che sorge all'interno di un campo profughi. Infine, a proposito della

---

<sup>17</sup> E. Materia, *Dell'ospedale cardochirurgico di Emergency a Khartoum*, «Politiche Sanitarie», Vol. 9, n. 3, Luglio-Settembre 2008, pp. 139-142.

sostenibilità, l'abitudine di Emergency è sempre stata quella di assicurare il proprio sostegno economico alla struttura in carico senza una durata prestabilita, ma fino al momento in cui il governo locale sia in grado di sostenerne interamente i costi e prenderla in consegna. Il governo sudanese ha deciso liberamente di contribuire alle spese di gestione del Centro con 5 milioni di dollari all'anno; Emergency ha riconosciuto in tale gesto la volontà di partecipare a un progetto che potrebbe rappresentare un'occasione di progresso per tutto il Paese, e ha accettato l'accordo sperando che quel denaro potesse essere sottratto ad altri capitoli di spesa (magari quelli della guerra) e non necessariamente a quelli della salute<sup>18</sup>.

### 3. Un progetto controcorrente

Ampliando il discorso precedente, si può dire che il modello dominante condiviso dalla quasi totalità delle organizzazioni umanitarie che si occupano di cooperazione sanitaria comprenda i seguenti principi:

- L'assistenza a pagamento è inevitabile se si vuole assicurare la sostenibilità locale dei progetti; inoltre, far pagare (anche poco) i pazienti li rende più responsabili nei confronti della terapia;
- È sbagliato promuovere strutture di alta qualità se rimangono casi isolati nel panorama locale: il modo corretto di intervenire è affiancare il personale degli ospedali esistenti, senza pretendere i nostri standard di qualità e di igiene che in quei luoghi sono inaccessibili;
- Il Paese stesso deve essere artefice del proprio cambiamento: per rispetto della sua dignità e del suo diritto all'autodeterminazione bisogna evitare interventi esterni troppo invasivi, dettati da una mentalità neo-colonialista;

---

<sup>18</sup> A Khartoum esistevano già tre ospedali di cardiocirurgia (tutti a pagamento): il Gazim Hospital e il Sudan Heart Centre (un ospedale militare) – che eseguono un'ottantina di interventi all'anno ciascuno – e il Khartoum Hospital, che ha un'attività ancora più ridotta. Dunque, tre centri inefficienti, mantenuti dal governo con uno spreco di risorse pubbliche.

Inoltre, il centro *Salam* si avvale di soluzioni tecnologiche innovative e a basso impatto ambientale come, ad esempio, l'impianto a pannelli solari – uno dei più grandi al mondo – utilizzato per il sistema di raffreddamento dell'ospedale. Tecnologie specifiche di raffreddamento, isolamento e filtrazione hanno permesso di ridurre in modo significativo i consumi energetici dell'edificio.

- I programmi devono avere una durata limitata, per non abituare il Paese a una dipendenza dall'aiuto esterno che favorisce inerzia, passività, corruzione, ecc.

Sebbene non esista un documento dell'associazione che illustri apertamente il proprio progetto, nella pratica Emergency finisce per violare tutti i principi appena elencati. I suoi ospedali nascono da un intervento esterno, costituiscono una rete separata dai sistemi locali, sono totalmente gratuiti<sup>19</sup>, garantiscono igiene e cure di qualità, non disdegnano l'uso della tecnologia e, infine, non rispettano il principio di breve durata: i programmi durano il tempo ritenuto necessario, mai stabilito in anticipo<sup>20</sup>.

Risulta allora evidente che il *modus operandi* di Emergency si pone in antitesi rispetto al consueto approccio alla sanità in Africa. Per comodità, si potrebbero sintetizzare quattro approcci attualmente utilizzati nella cooperazione sanitaria internazionale<sup>21</sup>:

1) Approccio orizzontale.

È l'approccio ispirato ai principi della *comprehensive Primary Health Care*: rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, accesso universale alle cure mediche essenziali, coinvolgimento della comunità locale. Tale approccio è orientato verso risultati duraturi, perciò grande importanza è attribuita al miglioramento delle strutture, dei servizi e dell'amministrazione, nonché alla formazione del personale locale (soprattutto attraverso una formazione attiva): la presenza di attori stranieri deve avere lo scopo di facilitare tale processo e deve essere circoscritta nel tempo. Il pagamento diretto dei servizi sanitari deve essere limitato il più possibile, e comunque calibrato sempre sulle possibilità economiche del singolo paziente. Poiché esistono anche barriere di tipo culturale nell'accesso alle cure, la comunità deve essere coinvolta tramite attività di alfabetizzazione, educazione sanitaria e promozione dell'utilizzo dei servizi.

---

<sup>19</sup> Tutte le altre Ong prevedono un contributo minimo da parte dei pazienti: anche quando il lavoro dei medici è pagato dall'Ong stessa, il contributo serve a coprire il costo dei farmaci o della gestione della struttura.

<sup>20</sup> Emergency gestisce direttamente ciascun ospedale fino a che abbia raggiunto la completa autonomia, professionale e finanziaria. L'obiettivo ultimo del lavoro di Emergency è sempre quello di trasferire alle comunità locali la gestione e il mantenimento delle strutture realizzate.

<sup>21</sup> Cfr. Z. Bisoffi, "La cooperazione sanitaria con i Paesi in via di sviluppo: la Primary Health Care", in Gruppo Solidarietà Africa Onlus, *Va tutto bene*, cit., pp. 114-120.

## 2) Programmi verticali.

Si tratta di quei programmi che si concentrano su una singola malattia o un singolo obiettivo sanitario. Come abbiamo visto, essi sono affetti da numerosi limiti, il primo dei quali è quello di risolvere temporaneamente un problema (trascurandone magari altri più urgenti), con risultati deludenti sul lungo periodo. Ad esempio, alcune ricerche dimostrano che nell'Africa sub-sahariana circa la metà dei pazienti a cui vengono forniti farmaci antiretrovirali muore o interrompe il trattamento nel giro di due anni; tra le cause principali, la lontananza dai centri di trattamento e il costo dei farmaci<sup>22</sup>. Inoltre, se manca un'adeguata formazione per il personale medico e infermieristico, esso non sarà in grado di prescrivere i farmaci correttamente e monitorare i pazienti nel tempo.

## 3) *Sector Wide Approach*.

Nato in risposta alla critica mossa ai programmi verticali di soddisfare le priorità dei donatori piuttosto che dei Paesi riceventi, tale approccio prevede che il donatore finanzi direttamente una parte del piano nazionale. Si crea in tal modo un partenariato, in cui le agenzie governative e di sviluppo interagiscono nella formulazione della politica da sostenere, pur senza scendere nei dettagli della sua attuazione. Il governo, che ha il controllo del programma, riceve e gestisce direttamente i fondi; il donatore non interviene nel corso d'opera, ma ne domanda la rendicontazione. Ciò dovrebbe contribuire a promuovere un maggiore coinvolgimento locale e le capacità gestionali dei Paesi partner. L'approccio settoriale permette anche di diminuire la frammentazione tra i vari progetti attivi in una regione e di renderli più efficaci grazie al loro coordinamento. Tuttavia, tale approccio non è attuabile in tutti i casi, ma solamente laddove sussistano determinate condizioni macroeconomiche, politiche e istituzionali; un grosso rischio è costituito dalla corruzione dei governanti. Inoltre, esso si trasforma talvolta in un disimpegno da parte dei Paesi donatori, che forniscono il finanziamento senza un vero controllo sull'uso dei fondi.

## 4) Progetti autogestiti.

Seguono una logica diametralmente opposta a quella precedente. Il donatore gestisce autonomamente il progetto, adoperando il proprio personale e spesso le proprie

---

<sup>22</sup> M. Day, *Many Africans stop HIV treatment because of cost and travel*, «British Medical Journal», Vol. 335, 2007, pp. 848-849.

infrastrutture. Talvolta si crea una gestione mista, in cui lo Stato affida un ospedale al donatore, pur mantenendo il controllo della struttura e del personale.

Il modello utilizzato da Emergency può essere ascritto all'ultima categoria, con l'eccezione del Centro *Salam* di cardiocirurgia, che rappresenta chiaramente un programma di tipo verticale. Pertanto, il modello dell'associazione si discosta da quell'approccio di tipo orizzontale (mirato al rafforzamento dei sistemi sanitari locali) che dopo lungo tempo si è affermato, almeno a livello teorico, nella comunità internazionale. Ciò non significa che l'associazione non riconosca la centralità dell'assistenza sanitaria di base – che rimane comunque il suo impegno primario – ma piuttosto che ritenga necessario, da un lato, perseguirla con metodi differenti da quelli tradizionali, dall'altro integrarla con programmi di tipo specialistico. Il motivo è semplice: sulla base della propria esperienza in 15 Paesi diversi (contando anche i progetti completati), Emergency è giunta a credere che questa sia la strada più efficace per avanzare verso l'obiettivo «più salute per tutti» e arrivare a garantire quel diritto umano a un minimo decente di cure che ogni Ong difende.

Come abbiamo visto, nel 1978 – più di trent'anni fa – la prima Conferenza Internazionale dedicata allo scopo di innalzare il livello di salute nel Sud del mondo (Alma-Ata) si concluse con un'ottimistica previsione: «salute per tutti entro il 2000». Nel 1997, a tre anni dalla scadenza, appariva evidente come l'ambizioso obiettivo fosse ancora lontano; la soluzione fu quella di posticiparlo in un futuro indeterminato, proponendo più prudentemente di «identificare le direzioni e le strategie che sono necessarie per orientare le sfide della promozione della salute nel XXI secolo»<sup>23</sup>. Nel 2000, le Nazioni Unite rilanciarono l'impegno a favore della salute globale declinandolo nella forma dei *Millennium Development Goals*, da realizzare entro il 2015; nel settembre 2010 esse raccomandarono di accelerare i progressi verso questi obiettivi, riconoscendo che «in assenza di maggiori sforzi, molti Paesi rischiano di mancare uno o più obiettivi entro la scadenza»; ad oggi, la maggior parte dei Paesi del Terzo mondo appare ancora in ritardo rispetto alle previsioni<sup>24</sup>. La conclusione che si ricava da questo breve quadro è che trent'anni di ostinati tentativi hanno prodotto

---

<sup>23</sup> WHO, *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, Indonesia, 25 July 1997.

<sup>24</sup> Si veda ad esempio *The Millennium Development Goals Report 2011*, United Nations, New York 2011.

qualche modesto effetto, di certo non i risultati necessari o urgenti, previsti o sperati. La stessa OMS, nel suo ultimo *Report*, ha riconosciuto che l'incremento del finanziamento esterno non è stato sufficiente a migliorare in modo significativo lo stato di salute dei Paesi in via di sviluppo.

La proposta di Emergency è allora quella di correggere un modello che, pur essendo teoricamente valido, si è rivelato insufficiente, per cercare nuovi approcci e sperimentare nuove strade che conducano al medesimo obiettivo. Emergency è convinta che il proprio modello sia la soluzione, per il semplice fatto che “funziona”. Ma in che senso funziona?

### 3.1 *Determinanti della salute*

Se si considera che stiamo parlando di una piccola associazione italiana, nata 18 anni fa, i numeri che è riuscita a raggiungere sono senza dubbio notevoli: dal 1994 essa è intervenuta in 16 Paesi curando oltre 4.668.900 persone, in media una persona ogni due minuti (dati al 31 dicembre 2011). Ma questo risultato è in grado di cambiare la condizione generale di salute delle popolazioni nei Paesi interessati? Quanto può incidere sul quadro complessivo? Se l'efficacia dell'intervento di Emergency fosse limitata ai numeri, il bilancio finale potrebbe apparire una grande sconfitta.

A questo punto, però, è necessario richiamare il concetto di “determinanti della salute”, ossia quei fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, più estesamente, di una comunità o di una popolazione. Esistono differenti modelli concettuali che pongono in evidenza un fattore piuttosto che un altro. Secondo un modello elaborato negli Stati Uniti e attualmente molto diffuso, la gerarchia tra i vari elementi è la seguente<sup>25</sup>:

- I. Comportamenti e stili di vita individuali (fortemente condizionati dalla posizione socio-economica): abitudine al fumo, abitudini alimentari, consumo di alcool, abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope, attività fisica. Concorrono a determinare lo stato di salute per il 50%;
- II. Condizioni dell'ambiente: aria, acqua, radiazioni, rumore, rifiuti, clima: 20-30%;
- III. Fattori genetici: 20%;

---

<sup>25</sup> Fonte: *Centers for disease control and prevention. V. Appendice, Tav. 2.*

#### IV. Assistenza sanitaria: 10%.

Nel modello proposto dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, la gerarchia è invece la seguente<sup>26</sup>:

- I. Contesto politico e socio-economico: *governance*, politiche macroeconomiche, politiche sociali, politica pubblica, valori culturali e sociali, condizioni epidemiologiche;
- II. Determinanti strutturali: reddito, istruzione, occupazione, classe sociale, genere, razza/gruppo etnico. Tutti insieme formano la posizione socio-economica di un individuo;
- III. *Determinanti intermedi: al primo posto le condizioni materiali di vita e di lavoro (abitazione, condizioni igieniche, tipo di lavoro, mezzi finanziari per comprare cibo sano, vestiti caldi, ecc.); le condizioni socio-ambientali o psicosociali (fattori di stress, mancanza di supporto sociale, ecc.); i comportamenti individuali; la coesione sociale; i fattori biologici non modificabili (patrimonio genetico, età, sesso); il sistema sanitario.*

I punti I e II insieme costituiscono i *determinanti sociali delle disuguaglianze di salute*, nel senso che sono i principali responsabili della diseguale distribuzione della salute e del benessere all'interno della popolazione. Da essi dipende buona parte dei determinanti intermedi, cui sono perciò causalmente antecedenti.

Come si può notare, i due modelli sono molto diversi, dal momento che il primo attribuisce il peso maggiore alla responsabilità individuale, mentre il secondo alla struttura della società e a cause indipendenti dalle scelte individuali. Entrambi però sono concordi nel collocare l'assistenza sanitaria all'ultimo posto della graduatoria. Questo può sorprendere, perché, in generale, siamo abituati a considerare l'accesso alle cure e la loro qualità gli elementi decisivi per la nostra salute; ma tale abitudine dipende solamente dal fatto che nella nostra società quasi tutti possiedono una decente condizione socio-economica, mentre ciò non accade nella maggior parte dei Paesi del mondo.

---

<sup>26</sup> Commission on Social Determinants of Health, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper (Final Draft)*, April 2007, pp. 21-40. V. Appendice, Tav. 3.

Per fare solo un esempio, nei Centri pediatrici aperti in Africa migliaia di bambini vengono curati per la diarrea (che nel neonato può essere rapidamente mortale), le malattie respiratorie, la malaria. Quando un bambino guarisce, viene rimandato a casa; ma proprio lì ricomincerà subito a bere quell'acqua che con ogni probabilità è stata il veicolo dell'infezione, o ad essere punto dalle zanzare che trasmettono la malaria. La conseguenza che bisogna trarne è che assicurare cure mediche di qualità – siano anche le cure primarie – non è sufficiente. Certamente l'assistenza sanitaria di base è indispensabile per salvare vite umane e rappresenta il primo passo per assicurare a tutti il diritto a un minimo decente di cure; tuttavia, essa non è in grado di modificare nessuno dei parametri da cui dipende veramente la salute della popolazione in una determinata regione. Neppure moltiplicando il numero degli interventi umanitari sarebbe possibile modificare le statistiche, come si proponeva di fare l'OMS quando dichiarò come suo obiettivo istituzionale «il raggiungimento da parte di tutti i popoli del più alto livello possibile di salute»<sup>27</sup>. Se l'obiettivo di migliorare la salute per tutti dipende per l'85-90% da fattori non medici, esso non può prescindere dalle scelte politiche ed economiche dei governi, scelte che organismi importanti come le Nazioni Unite o l'OMS possono soltanto cercare di influenzare, essendo privi di poteri reali. Del resto, la già citata *Carta di Bangkok* (2005) dichiarava «impossibile ogni idea di salute senza pace, diritti, giustizia sociale». E la consapevolezza del ruolo chiave della politica in tale processo è stata riaffermata chiaramente nel corso della Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali della Salute, svoltasi a Rio de Janeiro dal 19 al 21 ottobre 2011: invitati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, centinaia di capi di governo, ministri della salute, organizzazioni internazionali, attivisti e Ong si sono incontrati per rilanciare i principi enunciati nelle precedenti conferenze internazionali di promozione della salute e per discutere di come intervenire nella pratica per raggiungere l'equità sociale e sanitaria attraverso l'azione sui determinanti sociali della salute<sup>28</sup>. In tale processo è fondamentale anche la partecipazione dell'opinione pubblica che attraverso una mobilitazione globale ed espressioni di dissenso – particolarmente evidenti in occasione di vertici istituzionali quali il G8 – ha il potere di premere sui governi per cambiare il volto dell'ordine economico mondiale.

---

<sup>27</sup> WHO, *Constitution of the World Health Organization*, 1946, art. 1.

<sup>28</sup> WHO, *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011.

Alcune delle scelte di Emergency, allora, diventano più chiare una volta compreso che riuscire ad influire sulla sfera politico-sociale è molto più produttivo, al fine di promuovere la salute, che non agire semplicemente su quest'ultima<sup>29</sup>.

### *3.2 Oltre l'assistenza sanitaria*

Alla luce di quanto detto, diventa plausibile affermare che la vera efficacia del modello di Emergency non si nasconde tanto nei suoi successi medici, bensì al di là delle cure stesse. L'efficacia si nasconde nei processi che essa riesce a mettere in moto nei luoghi in cui opera: il frutto risiede in un cambiamento profondo nella mentalità, nelle speranze e successivamente nel modo di agire di un popolo. Vediamo quali forme può assumere un tale cambiamento.

Uno dei primi effetti “ad ampio raggio” si manifestò subito, fin dall'apertura dei primi ospedali chirurgici in Iraq. Nel 1996 e nel 1998 Emergency aprì due Centri chirurgici per feriti di guerra a Sulaimaniya e a Erbil, città controllate da due fazioni in lotta tra loro. In base ai principi dell'associazione, i medici prestano soccorso a chiunque arrivi in ospedale bisognoso di cure, indipendentemente dal suo schieramento. Presto accade che combattenti nemici si trovino ricoverati nella stessa corsia, o perfino in due letti adiacenti. Se inizialmente la convivenza risulta difficile, ostacolata da odio e diffidenza, col passare dei giorni anche i nemici finiscono per parlarsi, scambiarsi piccoli favori e, in qualche modo, conoscersi: un modo molto concreto per iniziare a costruire rispetto e pace tra gli abitanti di una regione in guerra. Dopo 10 anni, nel 2005 Emergency ha affidato gli ospedali e i centri periferici alle autorità locali (ad eccezione del Centro Protesi e Riabilitazione di Sulaimaniya), chiedendo loro di mantenere i criteri della gratuità e dell'alta qualità delle cure. Per alcuni anni essa ha effettuato visite periodiche alle strutture, per verificare l'andamento delle attività; l'ultimo sopralluogo,

---

<sup>29</sup> Per lo stesso motivo, Emergency promuove anche in Italia e negli altri Paesi che ospitano una sua sede operativa (USA, Gran Bretagna, Giappone e Svizzera) una cultura di pace e di rispetto dei diritti umani, organizzando incontri nelle scuole, mostre, conferenze, interventi pubblici, ecc; lo scopo è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica, affinché possa fare pressione sulle scelte dei governanti a livello di politica interna ed internazionale. Ad esempio, a partire dal 1994 Emergency promosse un'intensa campagna di informazione sulle mine antiuomo, di cui l'Italia era all'epoca tra i maggiori produttori ed esportatori. Nel 1997, il Parlamento italiano approvò finalmente la legge n. 374 che proibisce in Italia la fabbricazione e la vendita di mine, e anche la partecipazione economica in società estere che commercino mine.

nel giugno del 2010, ha confermato ancora una volta che gli ospedali continuano a garantire standard elevati e cure gratuite per tutti. Dunque, il nuovo modello di medicina proposto sembra essersi radicato nella regione, dando vita ad una trasformazione durevole.

Un mutamento simile è avvenuto anche in Sudan. La clinica di Mayo, aperta nel dicembre 2005 all'interno del campo profughi, compie essenzialmente attività ambulatoriale e non può ospitare i pazienti durante la notte per ragioni di sicurezza; pertanto, i bambini che hanno la necessità di essere ricoverati vengono trasferiti all'ospedale pubblico più vicino, *Al Bashair*. Quest'ultimo, a quei tempi, era una struttura a pagamento che ammetteva tutti i casi urgenti, ma che il giorno seguente dimetteva il paziente indipendentemente dalle sue condizioni se la famiglia non era in grado di pagare. A seguito della protesta dei pediatri dell'associazione nei confronti delle autorità della capitale, dal giugno 2006 (dopo solo sei mesi dall'arrivo di Emergency), nell'ospedale *Al Bashair* e in tutti gli altri ospedali dello Stato federale di Khartoum l'assistenza è divenuta gratuita per i bambini fino ai cinque anni; successivamente sono divenute gratuite l'assistenza al parto e le cure pediatriche per i ragazzi fino ai 14 anni (che rappresentano circa il 40% della popolazione). Sembra difficile negare che esista un forte legame tra queste decisioni del governo e la presenza dell'associazione sul territorio.

Sempre di natura, per così dire, politica, è uno degli esiti più importanti prodotti dal Centro *Salam* grazie al Programma Regionale di Pediatria e Cardiocirurgia ad esso collegato. Tale Programma, infatti, è riuscito a riunire allo stesso tavolo i rappresentanti di 12 Paesi africani, alcuni dei quali in aperto conflitto, promuovendo tra loro una collaborazione fondata su comuni obiettivi sanitari. La disponibilità ad accettare in ogni ospedale della Rete pazienti provenienti da altri Paesi della regione ha costretto i rispettivi governi a confrontarsi su questioni concrete come i visti, l'approvvigionamento di medicine per la terapia postoperatoria, lo standard nella formazione medica, aprendo importanti canali di comunicazione. Il coinvolgimento dei ministri locali è fondamentale anche per accrescere il loro senso di responsabilità nei confronti della popolazione: infatti, nel momento in cui il loro lavoro produce risultati tangibili, essi sono motivati ad incrementare i propri sforzi con una maggiore fiducia nelle possibilità del proprio Paese. Lo stesso discorso vale per l'ANME: nell'ottobre

2010, al termine del seminario internazionale *Costruire medicina in Africa. Strategia di realizzazione della Rete sanitaria d'eccellenza*, il Sudan ha annunciato che finanzierà la costruzione di un ospedale d'eccellenza in Ciad; Emergency si occuperà della sua costruzione, dell'equipaggiamento e della gestione. Tale gesto ha riavvicinato due Paesi in guerra tra loro fino a pochi anni fa, dimostrando che la sanità può essere un terreno di diplomazia e di pace<sup>30</sup>. Inoltre, da un punto di vista prettamente sanitario, vi è la speranza che in Africa possa accadere qualcosa di simile a ciò che è accaduto negli ultimi decenni in Europa, dove il fiorire di centri medici d'eccellenza ha favorito il progresso della medicina e una competizione virtuosa nella ricerca e nell'offerta di cure all'avanguardia.

Infine, non bisogna sottovalutare le ricadute positive sull'economia del Paese. La costruzione di una clinica rappresenta sempre un'occasione di lavoro, poiché si avvale della manodopera locale; spesso anche l'attrezzatura per l'ospedale (letti, tende, ecc.) viene commissionata ad artigiani del luogo. Una volta completata, la struttura fornirà diversi posti di lavoro a medici, infermieri e ostetriche nazionali, che saranno retribuiti con salari adeguati e accompagnati nel proprio perfezionamento: in tal modo, i pochi professionisti presenti – spesso specializzati all'estero a spese dei propri governi – saranno incentivati a rimanere in patria. Inoltre, verranno assunte molte altre figure, dai cuochi ai responsabili della pulizia, dai giardinieri ai tecnici agli amministratori, sempre con un occhio di riguardo per le fasce deboli della popolazione, come le vedove o i mutilati (non di rado, ex pazienti dello stesso ospedale).

Per riassumere, il modello Emergency sembra in grado di produrre effetti positivi e cambiamenti profondi in almeno quattro ambiti: medico, politico, economico, culturale. In quest'ultimo, una sfida particolare è rappresentata dalla condizione femminile. Anche in tal caso, l'intervento di Emergency è guidato dalla convinzione che praticare i diritti umani sia il modo più semplice per rendere consapevoli le persone di possedere quegli stessi diritti. Ad esempio, in alcuni Centri pediatrici, attraverso le indicazioni sulla pianificazione familiare e l'assistenza neonatale, le donne vengono informate dell'importanza, per la propria salute e per quella dei figli, della programmazione delle gravidanze e del loro distanziamento nel tempo, acquistando così maggiore

---

<sup>30</sup> Anche l'OMS ha manifestato interesse per un simile percorso, inviando alla tavola rotonda due suoi rappresentanti. Cfr. A. Tundo, *Prove di eccellenza e di pace*, «Emergency», n. 57, Dicembre 2010, pp. 16-17.

consapevolezza e libertà. Inoltre, un caso molto interessante è rappresentato dal Centro di maternità creato ad Anabah, nella Valle del Panshir (Afghanistan). In questa regione montagnosa e povera di risorse, le donne afgbane che vengono assunte nel Centro (lo staff è tutto femminile) diventano la principale risorsa economica della famiglia: una possibilità, forse, per ottenere maggior rispetto e considerazione da parte degli uomini, nonché per conquistare una piccola forma di indipendenza.

Tutti gli esempi riportati mostrano come il modello utilizzato da Emergency sia in grado di modificare alcune porzioni di realtà in direzione di quel mondo più giusto che ogni intervento umanitario desidera costruire. È per questo motivo che in alcuni luoghi particolarmente pericolosi, come in Afghanistan, Emergency è stata l'unica Ong accolta o addirittura sostenuta dalla popolazione locale, anche in tempo di guerra (come a Kabul nel 2001, al momento dell'attacco della coalizione internazionale). Ciò significa che le sue scelte – tra cui quella di non disporre di una protezione militare e di curare chiunque ne abbia bisogno, al di là dell'appartenenza etnica, politica o religiosa – sono comprese e apprezzate innanzitutto dalle persone a cui essa intende portare aiuto<sup>31</sup>. Sia da parte della popolazione sia da parte dei governanti è compreso il messaggio di rispetto, equità e giustizia trasmesso dall'associazione, insieme ad una grande attenzione a evitare qualunque forma di colonialismo culturale.

Una conferma ulteriore del suo successo risiede nel fatto che tale modello sembra aver iniziato a diffondersi. Il 23 Settembre 2009, presso l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il presidente della Sierra Leone, Koroma, ha annunciato la sua intenzione di rendere gratuite le cure per i bambini fino ai cinque anni e per le donne in gravidanza e allattamento, a partire dal 27 Aprile 2010, anniversario dell'indipendenza dell'ex colonia britannica. Il primo ministro Gordon Brown, in carica in quel momento, ha garantito il sostegno finanziario del governo britannico per assicurare la riuscita di questa innovativa politica sanitaria. Oltre alla Sierra Leone, la Cooperazione Britannica ha deciso di aiutare anche Ghana, Nepal e Burundi, stanziando un pacchetto di 5,3 miliardi di dollari: i fondi dovrebbero servire ad eliminare gli *user fees* (i contributi individuali alle spese dei servizi sanitari pubblici), rendendo così gratuiti i servizi

---

<sup>31</sup> Per fare un esempio: nel 2007, in seguito ad alcune tensioni con il governo Karzai, Emergency aveva abbandonato temporaneamente il Paese. I funzionari del ministero furono inviati a requisirne gli ospedali, ma quando giunsero ad Anabah trovarono gli abitanti del villaggio schierati davanti ai cancelli per difendere la struttura di Emergency, in attesa del suo ritorno.

sanitari di base. Tale impegno è il risultato di un lavoro di 12 mesi effettuato dalla High Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, co-presieduta da Brown e dal presidente della Banca Mondiale Robert Zoellick, e include un contributo di 3 miliardi di dollari provenienti dal settore dei viaggi online<sup>32</sup>.

Se una tale tendenza si affermasse e lo stesso denaro attualmente stanziato da parte della cooperazione internazionale fosse usato per realizzare progetti più simili a quelli sperimentati da Emergency – garantendo anzitutto la totale gratuità dei servizi e poi usando la sanità come strumento di diplomazia e di pace – il risultato sarebbe con ogni probabilità un incremento nella salute di molte popolazioni, finalmente intesa davvero come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia».

---

<sup>32</sup> V. cap. 3, p. 84.

Tassi elevati di mortalità infantile e materna sono spesso correlati alla presenza di *user fees*. Oxfam riferisce che 500.000 donne muoiono ogni anno perché non hanno accesso all'assistenza sanitaria durante la gravidanza e il parto; secondo Save the Children-UK, eliminare gli *user fees* potrebbe salvare la vita di 285.000 bambini ogni anno. Cfr. [www.africagoodnews.com](http://www.africagoodnews.com)

## GIUSTIZIA GLOBALE

### 1. La situazione attuale

Circa 18 milioni di esseri umani muoiono ogni anno per malattie che si possono prevenire, curare o trattare; di questi, 9, 2 milioni sono bambini<sup>1</sup>. La malnutrizione rappresenta il principale rischio per la salute in tutto il mondo, superiore ad Aids, malaria e tubercolosi messe insieme; a livello mondiale le persone denutrite sono 925 milioni<sup>2</sup>. Un miliardo di persone non ha accesso all'acqua potabile; più di due miliardi e mezzo non hanno accesso a servizi igienico-sanitari<sup>3</sup>. Quasi un miliardo di adulti è analfabeta<sup>4</sup>.

È lampante la distanza che separa tale situazione da quanto assicurato dalla *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*: «Ogni individuo ha il 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 [...]. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza» (art. 25). Un diritto umano indica qualcosa che chiunque dovrebbe possedere, poiché considerata indispensabile per la vita e per il perseguimento di qualunque concezione della fioritura umana. Per dirla con Pogge, i diritti umani rappresentano i criteri di una giustizia minima<sup>5</sup>. Ma che cosa accade quando uno Stato viene meno al suo dovere di garantire questi beni essenziali? Nasce qui una controversia su quali doveri comportino i diritti umani. Poiché un diritto umano, per definizione, è

---

<sup>1</sup> [www.unicef.org](http://www.unicef.org). Il mondo è ancora lontano dall'Obiettivo del Millennio di una riduzione di due terzi del tasso di mortalità infantile entro il 2015.

<sup>2</sup> [www.wfp.org](http://www.wfp.org).

<sup>3</sup> [www.worldbank.org/water](http://www.worldbank.org/water). Ogni giorno 6.000 bambini muoiono per malattie associate a servizi igienico-sanitari inadeguati, scarsa igiene e acqua non potabile.

<sup>4</sup> [www.unesco.org](http://www.unesco.org).

<sup>5</sup> T. Pogge, *Povert  mondiale e diritti umani*, cit., pp. 61-68.

qualcosa che deve essere garantito, se non è l'istituzione statale a provvedere sembrerebbe logico pensare che debba intervenire qualcun altro dall'esterno. Ma, ammesso che tale soluzione sia plausibile, si tratterebbe di un dovere di giustizia o di beneficenza? È difficile negare che, al di fuori dell'Occidente industrializzato e di alcune nuove potenze asiatiche, regni nel mondo una situazione di miseria tale da invocare almeno una qualche forma di assistenza umanitaria da parte di chi può facilmente permetterselo nei confronti di chi si trova in condizioni di disperato bisogno. Infatti, la povertà estrema rende impossibile l'accesso ai diritti umani. Tuttavia, se ridurre la povertà a livello globale è una questione di giustizia, essa richiederà un intervento più forte e puntuale sulle cause della disuguaglianza, che non nel caso in cui si tratti semplicemente di arginare il dramma della povertà per solidarietà umana. La prima concezione è definita, generalmente, "cosmopolitismo". I suoi sostenitori affermano che i nostri doveri si applicano nella stessa misura verso tutti gli esseri umani, anche verso coloro i quali non condividono il nostro spazio politico; perciò, dobbiamo fare in modo che ovunque sia operante quel principio dell'equa eguaglianza di opportunità che consideriamo necessario per definire giusta la nostra stessa società. La situazione attuale rivela, in tal senso, una mancanza di giustizia; e l'impegno dei governi nei confronti del benessere umano dovrebbe estendersi in maniera più efficace oltre i confini nazionali. Nella seconda concezione, chiamata talvolta "nazionalismo", oppure "concezione politica", la giustizia è invece un valore specificamente politico, nel senso che nasce in presenza di una relazione politica forte fra i cittadini e i governanti da essi eletti (nonché fra con-cittadini): tale relazione genera i diritti positivi (socio-economici) e i doveri corrispondenti, che sono limitati dai confini dello Stato-nazione. Può esistere ingiustizia all'interno di uno Stato, ma non si può parlare di (in)giustizia a livello globale. Dunque, mentre vige per tutti un dovere morale negativo di non violare direttamente i diritti umani, agire per riparare alle violazioni commesse in altre società costituisce solamente un obbligo secondario: qualora tale agire comportasse un serio sacrificio dei nostri fini, non saremmo tenuti a farlo.

Come si vede, la riflessione morale sulla nozione di "giustizia globale" può orientare scelte politiche che hanno effetti concreti sulle vite di milioni di persone, in un mondo sempre più strettamente interconnesso: pertanto, è considerata una delle urgenze del pensiero del nostro tempo. Noi ci limiteremo ad esaminare tale argomento in relazione

alle diverse posizioni di coloro i quali difendono la necessità di una cooperazione internazionale allo sviluppo e vedremo come essi approfondiscono le ragioni morali che ci obbligano a intervenire a favore delle popolazioni in stato di bisogno. Divideremo tali autori in due grandi gruppi: da un lato, coloro che ritengono necessario un maggiore impegno – soprattutto economico – delle nazioni ricche nei confronti del Sud del mondo; dall'altro, coloro i quali non ritengono necessario un finanziamento più cospicuo (o lo considerano addirittura dannoso), bensì un cambiamento radicale nei metodi della cooperazione.

## 2. Donare di più

Il primo autore che considereremo è Peter Singer, il quale giunge a conclusioni estreme circa i nostri doveri morali come individui. La sua argomentazione fondamentale è una sorta di sillogismo che si basa su due premesse: 1) non è giusto soffrire e morire per mancanza di cibo, alloggio e cure mediche; 2) se è in tuo potere prevenire che qualcosa di ingiusto accada senza sacrificare nulla di quasi altrettanto importante, è sbagliato non farlo. La conclusione è che ci comportiamo in modo moralmente scorretto se non doniamo parte dei nostri beni alle associazioni umanitarie che si occupano di salvare le persone dalla sofferenza e dalla morte.

Come si vede, la concezione di Singer è cosmopolitica, poiché ragiona in termini universali. Egli afferma che «pensare in maniera etica non significa altro che mettersi nei panni degli altri»<sup>6</sup>, chiunque essi siano. Se siamo favorevoli all'esistenza di una protezione sociale per i disabili, gli anziani, i malati indigenti, ecc., all'interno della nostra società, non vi è ragione per non estendere lo stesso principio anche al di fuori del proprio Paese. L'argomentazione, secondo Singer, è molto semplice e allo stesso tempo difficile da confutare. Tuttavia, il problema risiede nelle conseguenze che derivano dall'applicarla in modo rigoroso: l'unico comportamento corretto, infatti, sarebbe quello di tagliare tutte le spese superflue che fanno parte della nostra vita (dalla cena in un ristorante all'acquisto di abiti non strettamente necessari) per donare in beneficenza la somma equivalente, fino al punto in cui, dando ancora di più, ci

---

<sup>6</sup> P. Singer, *The Life You Can Save*; tr. it. *Salvare una vita si può*, Il Saggiatore, Milano 2009, p. 28.

troveremmo a sacrificare qualcosa di quasi altrettanto importante del bene che la donazione potrebbe realizzare (per esempio, la possibilità di dare ai nostri figli un'istruzione adeguata). Non agire in tal modo significa attribuire maggior valore al nostro piacere personale che ad altre vite umane. Ovviamente, tale standard etico è molto più alto di quello adottato dalla maggior parte delle persone, tanto da apparire irrealistico; esso trasforma in dovere morale ciò che siamo abituati a considerare un atto di carità. Singer aggiunge allora una seconda argomentazione: non può trattarsi semplicemente di carità se è vero che noi stessi stiamo danneggiando – o abbiamo danneggiato – le popolazioni che si trovano in uno stato di povertà estrema. Ciò avviene in molti modi: tramite il riscaldamento globale, la concorrenza impari dei pescherecci industriali nei confronti dei piccoli pescatori locali, la disponibilità a concludere affari con i dittatori corrotti dei Paesi ricchi di materie prime, i sussidi governativi ai coltivatori occidentali, ecc.

Singer è però consapevole di quanto possa apparire esigente il criterio da lui proposto e di conseguenza, per non scoraggiare il lettore, nella seconda parte del libro decide di passare a un approccio più pragmatico, individuando uno standard di donazioni sufficiente per dare un forte contributo all'eliminazione della povertà estrema. La sua conclusione è che, se tutti collaborassero all'impresa, l'impegno richiesto a ciascun individuo sarebbe nell'ordine di qualche centinaio di dollari all'anno<sup>7</sup>. Una conclusione, a detta dell'autore, ragionevole e realizzabile, pur se non ancora pienamente etica.

Le sue tesi, però, non sono apparse altrettanto ragionevoli ad altri pensatori. Ovviamente, la prima critica che gli viene mossa è che la sua argomentazione imponga obblighi eccessivi rispetto alla morale comune: un individuo dovrebbe sacrificare quasi tutto ciò che possiede a vantaggio di persone sconosciute, indipendentemente da ciò che fanno gli altri e dai risultati stessi del proprio sforzo. Tutto ciò non tiene conto minimamente delle inclinazioni psicologiche più comuni – come quella di aiutare innanzitutto chi conosciamo o chi vive più vicino a noi – che anzi sono considerate come ostacoli irrazionali da rimuovere; ma, anche per questo, appare una proposta estremamente astratta. Inoltre, anche volendo applicare rigorosamente il principio di Singer, non risulta sempre chiaro quale sia l'azione giusta da fare. Ad esempio, se

---

<sup>7</sup> Più precisamente: al 95% degli americani sarebbe richiesto di donare in beneficenza il 5% del proprio reddito; al 5% dei cittadini più ricchi sarebbe richiesto invece di donare il 10%.

invece di donare una certa somma di denaro io la investissi, potrei forse ricavarne un guadagno e così donare una somma maggiore in futuro. Inoltre, acquistando meno prodotti potrei danneggiare involontariamente alcune imprese del Sud del mondo; senza contare che il commercio genera ricchezza e che su questa il mio governo applica delle tasse, destinate a finanziare anche i programmi di cooperazione allo sviluppo<sup>8</sup>.

Ma il limite maggiore di una posizione come quella di Singer, o quella analoga di Peter Unger<sup>9</sup>, è il fatto di indirizzarsi alla coscienza morale individuale, trascurando la componente politica del problema, ossia le cause che stanno alla radice della povertà globale e le azioni che dovrebbero intraprendere i governi, sia dei Paesi ricchi sia dei Paesi poveri, per cambiare la situazione in modo significativo e a lungo termine. Trasferire denaro per salvare qualcuno dalla morte può essere un rimedio d'emergenza, ma non risolve il problema in questione.

Giulio Marcon denuncia fortemente la diffusione nella comunità internazionale di un simile approccio emergenziale, che ha finito per generare una «medicalizzazione del mondo», fatta di cerotti invece che di cure<sup>10</sup>. Secondo l'autore, la politica della cooperazione allo sviluppo si è progressivamente trasformata in aiuto umanitario, ossia, una modalità di intervento non pianificato che ha lo scopo di sopperire ai danni (guerre, carestie e catastrofi naturali) creati dagli stessi Paesi “benefattori” tramite la politica, il sistema economico globale, il commercio di armi, ecc. Si viene così a creare una situazione paradossale, che raggiunge il suo culmine in casi come quelli della guerra in Afghanistan, quando, nell'ottobre del 2001, gli americani sganciarono sul suolo afgano quasi contemporaneamente bombe e pacchi umanitari. In condizioni ordinarie, un altro fattore di ambiguità è costituito dai benefici che l'intervento umanitario arreca alle imprese dei Paesi donatori, dove viene acquistata una gran quantità di beni da distribuire all'estero (alimenti, farmaci, ecc.), oppure commissionata la costruzione di infrastrutture per i Paesi del Terzo mondo; cosicché, gli aiuti della cooperazione

---

<sup>8</sup> Cfr. K. A. Appiah, *Cosmopolitanism: Ethics in a World of Strangers*, Norton & Company, New York-London 2006; tr. it *Cosmopolitismo. L'etica in un mondo di estranei*, Laterza, Roma-Bari 2007, pp. 170-171.

<sup>9</sup> P. K. Unger, *Living High and Letting Die: Our Illusion of Innocence*, Oxford University Press, Oxford 1996.

<sup>10</sup> G. Marcon, *Le ambiguità degli aiuti umanitari. Indagine critica sul Terzo settore*, Feltrinelli, Milano 2002.

finiscono spesso per arricchire chi lavora nel Paese donatore (compresi i mediatori e i burocrati), piuttosto che i lavoratori autoctoni.

Marcon ritiene che molti dei problemi attuali, nel Sud del mondo ma anche nei Paesi occidentali, siano stati provocati dal processo di smantellamento del *Welfare State* ad opera della globalizzazione neoliberista. Quest'ultima avrebbe infatti portato alla privatizzazione di molti servizi un tempo di competenza pubblica (elettricità e acqua, trasporti, telecomunicazioni, ecc.), lasciando allo stato e al settore non profit – che rappresenta un altro tipo di business – parte dei servizi sanitari, formativi e socio assistenziali, in una logica sempre più caritativa; se però la liberalizzazione fosse condotta fino alle sue estreme conseguenze, l'universalità dei diritti in campi come quelli della sanità si troverebbe in serio pericolo, venendo a dipendere dalle scelte degli operatori privati. Ecco perché, secondo Marcon, l'unica soluzione è quella di difendere una sorta di *Welfare* mondiale, adatto a una società civile globale, in forza del quale uno standard minimo di reddito, alimentazione, salute e istruzione per ciascun individuo non sia questione di carità ma di diritti.

L'approccio individualistico di Singer e l'approccio umanitario criticato da Marcon sono entrambi superati nella proposta formulata dall'economista Jeffrey Sachs, che pure con Singer condivide la convinzione che sia necessario aumentare il flusso di aiuti a favore dei Paesi a basso reddito<sup>11</sup>. L'idea di Sachs è che, se si fornisce ad ogni Paese la quantità di capitale necessaria per salire il primo gradino della «scala dello sviluppo economico», si innesca un processo di crescita che sarà poi in grado di proseguire autonomamente, permettendo in futuro ai Paesi donatori di sospendere gli aiuti. Il capitale deve essere fornito in parte alle famiglie, in parte alle imprese private, in parte sotto forma di investimento pubblico in infrastrutture, sanità e istruzione. Ogni Paese, però, è diverso dall'altro, per cui risulta necessario individuare per ciascuno una specifica strategia di riduzione della povertà (o meglio, perfezionare le strategie già delineate da FMI e BM): da un lato, le politiche e gli investimenti di cui il Paese necessita per soddisfare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>12</sup>; dall'altro, la

---

<sup>11</sup> J. D. Sachs, *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*, Penguin Press, New York 2005; tr. it di P. Canton, *La fine della povertà. Come i Paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria dal pianeta*, Mondadori, Milano 2005.

<sup>12</sup> Sachs fu a capo del *United Nations Millennium Project*, voluto dal segretario generale delle Nazioni Unite Kofi Annan: un organismo consultivo indipendente che lavorò dal 2002 al 2005 allo scopo di sviluppare un piano d'azione concreto per implementare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

tempistica e i costi degli interventi necessari. Secondo Sachs, agendo in tal modo sarà possibile realizzare il primo degli Obiettivi, ossia dimezzare la povertà estrema a livello mondiale entro il 2015, e perfino eliminarla definitivamente entro il 2025, a patto di ottenere dai Paesi ricchi un sostegno adeguato. Ma perché i Paesi ricchi dovrebbero finanziare lo sviluppo dei Paesi poveri? Sachs individua almeno tre ragioni. La prima è la sicurezza nazionale. È ormai provato che esiste un legame diretto tra povertà estrema ed instabilità politica, tale per cui i Paesi bloccati nella «trappola della povertà» diventano spesso culla di conflitti, terrorismo, criminalità internazionale, emigrazione di massa ed epidemie: tutti fenomeni che provocano ripercussioni sui Paesi occidentali e che spesso li portano a effettuare operazioni militari all'estero. Negli Stati Uniti le spese militari, anche per questo motivo, rimangono molto più alte rispetto alla spesa per la cooperazione internazionale<sup>13</sup>; ma quei soldi potrebbero essere spesi più efficacemente per prevenire i conflitti, tramite una seria assistenza economica allo sviluppo. Diversi studi empirici, ad esempio, mostrano che all'aumentare del reddito pro capite aumentano le probabilità che un Paese sia democratico e che possieda una buona amministrazione pubblica. Per le nazioni occidentali, dunque, si tratta innanzitutto di tutelare meglio il proprio interesse.

La seconda ragione è che queste stesse nazioni hanno già assunto un impegno formale nei confronti dei Paesi a basso reddito. Nel 1992, i Paesi partecipanti al Summit di Rio sullo sviluppo sostenibile firmarono l'*Agenda 21*, un documento con il quale si impegnavano, tra le altre cose, a raggiungere l'obiettivo di destinare lo 0,7% del proprio PNL all'assistenza ufficiale allo sviluppo, come richiesto dalle Nazioni Unite. Tale promessa fu rammentata agli Stati diverse volte in occasione di summit successivi, ma da molti – compresi gli Stati Uniti – non è stata ancora mantenuta. Secondo Sachs, è proprio per tale motivo che l'assistenza allo sviluppo non ha conseguito finora i risultati sperati, né è riuscita ad alimentare una stabile crescita economica, come viene spesso rimarcato da coloro che sono scettici riguardo al sistema degli aiuti. Il fabbisogno dei Paesi poveri per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio oscilla intorno ai 100 miliardi di dollari l'anno (di cui 30 per l'Africa) per il periodo 2006-15; ma gli aiuti erogati finora sono largamente insufficienti rispetto alle esigenze, anche a causa alla

---

<sup>13</sup> Sachs scrive che «nel 2004 gli Stati Uniti hanno speso per il comparto militare 30 volte in più di quanto spendano per l'assistenza all'estero: 450 miliardi di dollari contro 15»; J. D. Sachs, *La fine della povertà*, cit., p. 348.

recessione economica iniziata nel 2008. Tale inadempienza, inoltre, potrebbe avere effetti nocivi a livello di politica estera, perché mina l'autorevolezza delle risoluzioni adottate dalle Nazioni Unite e perché rischia di creare sfiducia reciproca fra i membri della comunità internazionale rispetto agli accordi siglati.

La terza ragione per impegnarsi nella cooperazione internazionale, secondo Sachs, è che l'opinione pubblica, se ben informata, si dimostra favorevole ad essa, anzi ritiene che ciò rientri fra i doveri del proprio governo. Le motivazioni possono essere varie: considerazioni di interesse nazionale, considerazioni morali o religiose. Sta di fatto che la solidarietà nei confronti delle popolazioni bisognose sembra essere un valore condiviso, come è emerso chiaramente in alcune occasioni particolari, quali la campagna Jubilee 2000 per la cancellazione del debito dei Paesi in via di sviluppo. Nata in Europa su iniziativa di una coalizione di associazioni e Ong religiose e laiche, tale campagna si trasformò, alla fine degli anni Novanta, in un movimento sociale di massa, che riuscì ad ottenere l'attenzione dei ministri dei Paesi del G8; il Congresso degli Stati Uniti rispose alla crescente pressione rinunciando a due terzi del proprio credito verso i Paesi poveri. Attualmente l'opinione pubblica, secondo i dati forniti da Sachs, tende a sovrastimare molto la quantità di fondi pubblici destinati alla cooperazione; ma quando interrogate su ciò che riterrebbero giusto, le persone indicano cifre più alte di quelle effettivamente stanziare dal governo. Ciò conferma che l'impegno dello 0,7% del PNL, cioè 7 centesimi per ogni 10 dollari, non è un onere eccessivo, soprattutto se sarà finanziato da due grandi provvedimenti: «il primo, di trasferimento di parte delle risorse destinate alle spese militari, che hanno raggiunto un livello colossale, all'agenda della sicurezza globale attraverso l'assistenza allo sviluppo; il secondo, di ripartizione della rimanente parte dell'onere in proporzione fortemente progressiva rispetto al reddito, per far sì che siano i più ricchi fra i ricchi – chi ha un reddito di decine di migliaia di volte superiore a quello dei più poveri fra i poveri – a sostenerne la parte più rilevante»<sup>14</sup>.

Ma che l'aumento della quantità di aiuti sia la chiave dello sviluppo globale è proprio ciò che viene contestato dal secondo gruppo di studiosi.

---

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 365.

### 3. Non quanto, ma come

Un anno dopo l'uscita del libro di Sachs, nel 2006, un altro importante economista, William Easterly, pubblicò un'opera in cui difendeva una tesi esattamente opposta a quella del collega<sup>15</sup>. Facendo esplicito riferimento a Sachs, Easterly afferma che gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sono soltanto l'ultimo di una lunga serie di piani ideati dall'Occidente per porre fine alla povertà nel mondo, ma sono destinati a fallire come tutti gli altri, a causa della loro stessa natura. Dopo cinquant'anni di piani e di strategie e dopo aver speso 2300 miliardi di dollari in aiuti internazionali, l'Occidente dovrebbe aver capito che i grandi piani non conducono mai agli esiti sperati, per diversi motivi. Innanzitutto perché puntano a obiettivi troppo generici (ad esempio, sradicare la povertà globale, o consentire lo sviluppo economico dei Paesi poveri), senza una reale attenzione al contesto e alle necessità locali; poi perché contengono un numero eccessivo di interventi da realizzare contemporaneamente; sono privi di *feedback*, ossia di un meccanismo che renda noti i risultati ottenuti da un particolare intervento e le risposte delle persone che l'hanno ricevuto; prevedono una responsabilità solo collettiva per i propri obiettivi; causano una dispersione di energie, dal momento che molte agenzie umanitarie compiono azioni non coordinate nel medesimo ambito. Di fronte alla mancanza di veri risultati, sostiene Easterly, le agenzie di cooperazione hanno attribuito la colpa all'insufficienza dei finanziamenti. Allo stesso tempo, hanno cercato di dimostrare la propria efficienza investendo in attività visibili da parte dei cittadini dei Paesi ricchi – come *task force*, riunioni di uomini di stato e documenti ufficiali – o nella fornitura di servizi altrettanto visibili – soprattutto grandi infrastrutture – ma spesso non coincidenti con le priorità delle popolazioni, o destinati a vita breve a causa della mancanza di manutenzione. Ma ormai è chiaro che la soluzione deve essere cercata altrove, in un modalità di intervento radicalmente diversa. Ciò significa, per Easterly, concentrarsi su obiettivi specifici e per i quali esistono soluzioni; considerare le singole agenzie responsabili per i successi o i fallimenti dei loro programmi, grazie a

---

<sup>15</sup> W. Easterly, *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*, Penguin Press, New York 2006; tr. it. di M. Faillo, *I disastri dell'uomo bianco: perché gli aiuti dell'Occidente al resto del mondo hanno fatto più male che bene*, Mondadori, Milano 2007. Easterly lavorò per lungo tempo presso la Banca Mondiale; attualmente insegna economia all'Università di New York ed è co-direttore del Development Research Institute.

valutazioni indipendenti sugli stessi; favorire la specializzazione delle agenzie nei diversi settori; creare competizione tra le agenzie per lo sviluppo, tramite gare d'appalto per i loro servizi. Un altro fattore decisivo è quello di spostare l'attenzione dai governi agli individui. Infatti, gli aiuti sono stati spesso utilizzati come strumento politico o a favore degli interessi dei Paesi donatori, o nell'illusione che essi potessero trasformare i sistemi politici dei Paesi beneficiari, spingendo ad esempio i governanti a varare delle riforme o a farsi carico dell'obiettivo della sostenibilità<sup>16</sup>. La realtà, secondo l'autore, è che la maggior parte degli aiuti finiscono nelle mani di governanti e funzionari corrotti, i quali ostacolano la crescita economica del Paese molto più che non la trappola della povertà additata da Sachs. In Africa, ad esempio, il FMI ha concesso finanziamenti consistenti non solo a diversi governi notoriamente corrotti, ma addirittura ad alcuni dittatori, come Mobutu nello Zaire. Il risultato è che il Paese, nonostante i continui prestiti del FMI e della Banca Mondiale, non è riuscito a raggiungere un tasso di crescita significativo; anzi, ha visto aumentare il suo debito, proprio a causa del fatto che il FMI continua ad erogare nuovi prestiti (corredati di interessi) anche quando i Paesi falliscono nel soddisfare le condizioni relative ai vecchi prestiti<sup>17</sup>. Ma se le cose stanno così, la teoria che ai Paesi a basso reddito serva una "grande spinta" economica per decollare non può che rivelarsi sbagliata; difatti, l'Africa ha già ricevuto quella che si può chiamare una grande spinta, eppure rimane il continente più povero del mondo. Quando, nel Summit del G8 del luglio 2005, Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale e Banca Africana per lo Sviluppo decisero di cancellare il debito di 18 «Paesi poveri altamente indebitati» (per un totale di 40 miliardi di dollari), 14 di questi erano africani. Nella stessa occasione, i Paesi del G8 stabilirono di raddoppiare gli aiuti internazionali all'Africa, da 25 a 50 miliardi di dollari all'anno: con la prospettiva, quindi, di ricominciare subito con nuovi debiti.

La conclusione di Easterly è che sia ormai tempo di abbandonare un sistema in cui «grandi burocrazie internazionali concedono aiuti a grandi burocrazie nazionali» per

---

<sup>16</sup> A proposito della sostenibilità, Easterly scrive: «I donatori immaginano che il governo nazionale si accoli il progetto, convinti che ciò rappresenti una condizione necessaria per la sua realizzazione. [...] Abbiamo già visto lo scarso impegno dei molti governi dei Paesi poveri nei confronti dello sviluppo e l'incapacità dei donatori di trasformare questi governi, quindi possiamo aspettarci che il passaggio del controllo del progetto dai donatori ai governi non avverrà»; *ivi*, pp. 214-215.

<sup>17</sup> Cfr. *ivi*, pp. 240-261.

iniziare a coinvolgere direttamente i poveri, fornendo loro le opportunità e gli incentivi per migliorare la propria esistenza: ossia, per prima cosa, beni ovvi come vaccini, antibiotici, personale sanitario, fertilizzanti, strade, pozzi e libri di testo, o addirittura contanti<sup>18</sup>. Tutto ciò sarà il materiale che le persone potranno usare per costruire il cambiamento: infatti, «gli aiuti non possono condurre alla fine della povertà. Solo lo sviluppo locale, basato sul dinamismo degli individui e delle imprese che operano nel libero mercato può farlo»<sup>19</sup>.

Tale idea è condivisa da Dambisa Moyo, la quale, nella sua analisi dei problemi del continente africano, spinge fino alle estreme conseguenze le tesi di Easterly, giungendo ad affermare che «gli aiuti sono stati e continuano a essere un totale disastro politico, economico e umanitario per la maggior parte del mondo in via di sviluppo»<sup>20</sup>. Invece che realizzare la promessa di una crescita economica duratura e di una riduzione della povertà, gli aiuti hanno finito per creare un circolo vizioso di corruzione, distorsione del mercato e ulteriore povertà, rendendo i Paesi poveri sempre più dipendenti da quelli ricchi. Numerosi studi mostrano come, con l'aumentare dei finanziamenti, la crescita dell'Africa sia diminuita, per molteplici ragioni. Innanzitutto, un intervento a breve termine, anche se efficace, può avere l'effetto collaterale di minare le possibilità di sviluppo già esistenti, come accade quando un produttore di zanzariere locale perde il lavoro perché viene donata al suo Paese una quantità consistente di zanzariere prodotte all'estero. Un altro fenomeno che si verifica spesso è il cosiddetto “male olandese”, per cui il denaro degli aiuti rafforza la valuta locale, danneggiando le esportazioni manifatturiere con conseguente riduzione della crescita sul lungo periodo; allo stesso tempo, è probabile che il denaro degli aiuti venga speso piuttosto che investito – dal momento che le cifre sono spesso superiori alle opportunità di investimenti nel Paese – aumentando così l'inflazione. Gli aiuti alimenterebbero inoltre la passività e la corruzione dei governanti; la corruzione, a sua volta, genera settori pubblici gonfiati e improduttivi, servizi di bassa qualità (in quanto soggetti agli interessi individuali), e

---

<sup>18</sup> Easterly porta come esempio il programma PROGRESA in Messico, che distribuisce denaro ai genitori che continuano a mandare i loro figli a scuola; oppure il gruppo HIVSA in Sudafrica che, oltre a fornire un farmaco contro la trasmissione del virus HIV da madre a figlio, offre come incentivo alle madri che si recano in ospedale un pasto caldo, integratori alimentari e sostegno psicologico.

<sup>19</sup> *Ivi*, p. 412.

<sup>20</sup> D. Moyo, *La carità che uccide*, cit., p. 23. L'autrice è un'economista che ha lavorato per la Banca Mondiale e Goldman Sachs.

scoraggia gli investitori esteri dal momento che essi non possono contare su una buona *governance* – intesa come istituzioni forti e credibili, leggi trasparenti, tutela dei diritti. In più, l'opportunità di arricchirsi diventa una delle cause principali delle guerre civili per la conquista del potere; che, una volta conquistato, dovrà essere mantenuto grazie alla forza di militari pagati generosamente, sempre con il denaro delle donazioni.

In definitiva, afferma la Moyo, il fallimento della politica postbellica di sviluppo è sotto gli occhi di tutti. Da qui, la proposta di un modello alternativo per lo sviluppo dei Paesi più poveri dell'Africa, composto di soluzioni finanziarie basate sul libero mercato: lo scopo di ciascun governo africano dovrebbe essere quello di raccogliere denaro con sistemi liberisti e spenderlo per programmi socialisti (per esempio, fornendo istruzione e sanità gratuite)<sup>21</sup>. Le soluzioni proposte dall'autrice sono:

- L'emissione di obbligazioni e di titoli di Stato. Accedere ai mercati internazionali del debito consentirebbe ai Paesi africani di ottenere prestiti da investitori esteri, guadagnando allo stesso tempo una maggiore credibilità a livello mondiale.
- Investimenti esteri diretti. Possono essere effettuati sia dai governi sia dalle imprese di altri Paesi e possono interessare un gran numero di settori: imprese, infrastrutture, energia, turismo, telecomunicazioni. Oltre a realizzare risultati concreti, essi portano denaro nel Paese, creano posti di lavoro, trasferiscono tecnologie, ecc. Attualmente la Cina è il maggior investitore nel continente.
- Commercio. L'Africa perde circa 500 miliardi di dollari all'anno per via delle clausole restrittive sul commercio, imposte dai Paesi ad alto reddito per proteggere la propria economia interna. Pertanto, il primo dovere dell'Occidente sarebbe quello di creare condizioni eque per il commercio internazionale, permettendo all'Africa di sfruttare la propria ricchezza di materie prime e di manodopera a basso costo.
- Microcredito. Fornendo il capitale necessario per gli investimenti, esso genera impresa e crescita economica e offre un'opportunità a chi altrimenti

---

<sup>21</sup> *Ivi*, p. 121. Che il libero mercato sia funzionale allo sviluppo economico dei Paesi del Sud del mondo sarebbe dimostrato anche dal boom economico avvenuto in Cina, Giappone e negli altri Paesi asiatici che ad esso si sono affidati.

non l'avrebbe, poiché ignorato dagli istituti bancari. Tale settore risulta in espansione in tutti i Paesi in via di sviluppo.

- Rimesse; risparmio; trasferimenti di denaro condizionali. Si tratta di meccanismi finanziari legati al comportamento dei singoli individui. Le rimesse sono i soldi inviati a casa dai lavoratori espatriati: se la percentuale trattenuta dai mediatori fosse inferiore, potrebbe aumentare la quantità del denaro inviato. I trasferimenti condizionali di denaro sono pagamenti in contanti «effettuati per fornire ai poveri un incentivo affinché si impegnino in un compito che possa aiutarli a sfuggire alla povertà [...]. Alcuni studi mostrano che questo schema è stato funzionale nel mitigare la malnutrizione, incrementare la frequenza scolastica e ridurre il lavoro minorile»<sup>22</sup>.

Secondo la Moyo, grazie a questa gamma di alternative di finanziamento i Paesi africani potranno ridurre progressivamente l'incidenza dei finanziamenti esteri sulla propria bilancia economica, fino a raggiungere la completa indipendenza. Da parte loro, i Paesi occidentali dovranno favorire tale processo, anche se per certi versi contrario ai propri interessi<sup>23</sup>, ricordando che il loro vero obbligo morale non è quello di tamponare le emergenze, ma di generare una reale crescita economica, che possa cambiare in modo duraturo le condizioni di vita di queste popolazioni.

Una denuncia della corresponsabilità dei Paesi occidentali per i problemi dei Paesi in via di sviluppo si trova anche nell'opera di Thomas Pogge, ma sotto una diversa forma. Secondo Pogge, noi stessi, tramite le scelte dei nostri governi democratici, siamo coinvolti nel sostegno di un ordine istituzionale globale ingiusto. Generalmente, infatti, la povertà di un Paese è causata dall'interazione di fattori nazionali e fattori globali; per cancellarla sono dunque necessarie da un lato riforme istituzionali nazionali, dall'altro riforme globali. Solamente tali riforme possono garantire la realizzazione dei diritti umani, se si accetta la definizione di Pogge per cui «un diritto umano a X comporta la richiesta, nella misura del possibile, che tutte le istituzioni sociali coercitive debbano

---

<sup>22</sup> *Ivi*, pp. 228-229. L'autrice afferma che tali programmi sono stati sponsorizzati dalla Banca Mondiale ed ora sono attivi in un buon numero di Paesi.

<sup>23</sup> «I donatori occidentali hanno un'industria degli aiuti da alimentare, agricoltori da placare (vulnerabili quando le barriere al commercio vengono rimosse), elettori liberal con intenzioni «altruistiche» da tenere a bada, e, dovendo affrontare le proprie difficoltà economiche, assi poco tempo per preoccuparsi della morte dell'Africa»; *ivi*, p. 225.

essere progettate affinché tutti gli esseri umani coinvolti in esse abbiano un accesso sicuro a X»<sup>24</sup>. Secondo l'autore, questa concezione istituzionale dei diritti umani trova conferma nell'art. 28 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*: «Ogni individuo ha diritto ad un ordine sociale e internazionale nel quale i diritti e le libertà enunciati in questa Dichiarazione possano essere pienamente realizzati». In sintesi, i diritti umani sono rivendicazioni morali sull'organizzazione della propria società. Di conseguenza, anche coloro i quali affermano che i diritti umani comportano solo doveri negativi (astenersi dal violare i diritti in questione) si trovano obbligati ad agire per cambiare un ordine politico-economico (di cui fanno parte) che lede i diritti di milioni di persone in modo regolare, prevedibile ed evitabile, dal momento che le priva dei beni essenziali garantiti dalla *Dichiarazione universale*. Le responsabilità più gravi dei Paesi ad alto reddito riguardano le norme del commercio internazionale – in base alle quali essi sfruttano il proprio maggior potere contrattuale per ottenere termini più favorevoli rispetto ai partner commerciali più poveri – e il comportamento nei confronti dei governi illegittimi. La comunità internazionale attribuisce anche ai dittatori il privilegio sulle risorse e il privilegio sul prestito, ossia conclude affari con loro come se avessero il diritto di vendere le risorse naturali del Paese o di firmare trattati e contrarre debiti a suo nome: ciò incentiva le guerre civili per la conquista del potere, i colpi di Stato e il malgoverno di uomini indifferenti al benessere della popolazione. Le prime azioni da intraprendere sono, dunque, la sospensione dei finanziamenti ai governanti illegittimi e l'interruzione dell'importazione di denaro corrotto da quei Paesi nei sistemi bancari dei Paesi occidentali; poi l'attenuazione delle condizioni contrattuali, degli interessi e dei debiti dei Paesi in via di sviluppo. Tutto ciò, secondo Pogge, risulta molto più importante che non il semplice trasferimento di denaro degli aiuti internazionali: riforme istituzionali relativamente modeste permetterebbero di ridistribuire almeno l'1% del reddito mondiale, sconfiggendo così la povertà estrema<sup>25</sup>.

Una delle riforme su cui si sofferma Pogge è quella del regime dei brevetti farmaceutici (il TRIPS, più alcuni accordi bilaterali), che egli ritiene profondamente

---

<sup>24</sup> T. Pogge, *Povertà mondiale e diritti umani. Responsabilità e riforme cosmopolite*, cit., p. 63.

<sup>25</sup> Ad esempio, Pogge afferma che il protezionismo dei Paesi ricchi (tariffe, quote, dazi antidumping, sussidi, ecc.) costa circa 1000 miliardi di dollari l'anno ai Paesi poveri, in termini di perdita dei proventi delle esportazioni, a fronte dei circa 100 miliardi di dollari che ricevono annualmente (dati del 2005) in assistenza allo sviluppo; cfr. *ivi*, p. 269 e 352. Tuttavia, aggiunge, la realtà è che le nostre società di consumo hanno forti interessi nel bloccare tali riforme.

problematico da un punto di vista morale. Sebbene esistano farmaci generici a basso costo, i diritti di proprietà intellettuale ne vietano la produzione per lasciare il mercato in mano alle industrie farmaceutiche americane ed europee, che possono così vendere i propri farmaci ai prezzi di monopolio, in genere di gran lunga superiori al costo marginale di produzione sul lungo periodo. La proposta dell'autore è quella di istituire «un nuovo tipo di brevetto globale per i farmaci essenziali – complementare all'attuale sistema di monopolio dei brevetti – che autorizza il titolare del brevetto, nel corso della sua durata, a essere finanziato con fondi pubblici proporzionalmente agli effetti dell'invenzione sul GDB [*Global Burden of Disease* – peso globale della malattia]»<sup>26</sup>. Ciò costituirebbe un'occasione di guadagno anche per le industrie farmaceutiche occidentali e allo stesso tempo renderebbe disponibili i farmaci essenziali a prezzi accessibili per i poveri. Il miglioramento di salute così ottenuto allevierebbe notevolmente la povertà grave; e, viceversa, la riduzione della povertà diminuirebbe mortalità e morbilità a livello globale. Se invece si sceglie di lasciare le cose come stanno, in modo tale che continuino a produrre malattie e morti evitabili, si sceglie di partecipare a una permanente violazione dei diritti umani.

Da un punto di vista più specificamente filosofico, Pogge abbatte la tradizionale distinzione fra rapporti politici intra-nazionali e inter-nazionali, estendendo la valutazione morale delle regole sociali (leggi, pratiche e istituzioni) anche al secondo ambito; al contrario di Rawls, che aveva separato una teoria della giustizia applicabile all'organizzazione interna degli Stati da una teoria etica applicabile al rapporto tra Stati sovrani<sup>27</sup>. Pogge ritiene assolutamente ingiustificato il doppio standard morale adottato da Rawls nei due differenti contesti. In particolare, egli afferma che Rawls avrebbe dovuto applicare più coerentemente il modello della posizione originaria, ponendo sotto il velo d'ignoranza anche l'eventuale appartenenza a uno Stato ricco oppure povero: ciò avrebbe permesso di estendere il principio di differenza – che all'interno della società aveva lo scopo di mitigare le ineguaglianze economiche dovute all'arbitrarietà della sorte – anche all'ambito del rapporto tra Stati, dal momento che l'essere nati in una

---

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 282. Pogge fa parte del Patent 2, un progetto di riforma per cambiare il regime internazionale dei brevetti farmaceutici secondo un principio di equità dell'accesso alle cure.

<sup>27</sup> T. Pogge, *What is Global Justice?*, University of Oslo, 11 September 2003, Morning Lecture. Egli fa riferimento all'opera di Rawls *The Law of Peoples*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1999; tr. it. di G. Ferranti, *Il diritto dei popoli*, a cura di S. Maffettone, Edizioni di Comunità, Torino 2001.

nazione povera, piuttosto che in una ricca, è un fattore arbitrario tanto quanto l'essere nati in una famiglia povera anziché ricca all'interno della stessa nazione. Al centro della giustizia globale di Pogge non si trovano più gli Stati, ma gli individui, considerati come soggetti moralmente rilevanti; perciò, un ordine istituzionale globale che produce un eccesso di povertà e mortalità non potrebbe essere moralmente giustificato nemmeno dal consenso unanime di tutti i governi. Le relazioni fra Stati sono una questione di giustizia, non di comportamento più o meno etico.

Tale conclusione si distanzia nettamente anche dalla posizione espressa da Thomas Nagel, epigono di Rawls, in un articolo dal titolo *The Problem of Global Justice*. Per Nagel, confrontarsi col problema della giustizia globale significa chiedersi se esiste un dovere morale (ben più vincolante di semplici considerazioni umanitarie) di realizzare una giustizia socio-economica su scala mondiale. Tale forma di giustizia, propria delle società liberali, comprende eguaglianza politica, eguaglianza di opportunità e giustizia distributiva: in sintesi, una condizione di eguale trattamento dei cittadini da parte delle istituzioni, a livello non solo politico, ma anche economico e sociale. Poiché ciò che può essere giudicato giusto o ingiusto è l'operato di una specifica istituzione, il discorso sulla giustizia, come già sostenuto da Rawls, ha senso solamente entro i confini di una società che corrisponde a uno Stato-nazione; non si possono estendere a livello internazionale i principi della giustizia che valgono a livello nazionale. I doveri che esistono fra i popoli sono doveri negativi, di non aggressione e di rispetto dei diritti umani, in quanto questi ultimi fissano limiti universali e pre-politici all'uso legittimo del potere. Vi è inoltre il dovere di rispettare l'autonomia degli altri Stati sovrani; anche per questo, sebbene sia desiderabile che uno Stato avvantaggiato offra un certo grado di assistenza allo sviluppo agli Stati che ne hanno bisogno, tuttavia non è tenuto a garantire i diritti positivi di quei cittadini, che possono reclamarli solamente dai propri governanti<sup>28</sup>.

La conclusione di Nagel, in linea con il pensiero di Hobbes, è che per poter parlare di giustizia globale sarebbe necessaria l'esistenza di un governo mondiale, ossia di un'autorità centralizzata capace di imporre regole e sanzioni sull'intero pianeta; essa, però, dovrebbe trovare il modo di giustificare un tale potere coercitivo sulla base di

---

<sup>28</sup> I diritti positivi a un trattamento eguale all'interno della società derivano dal fatto che i cittadini sono allo stesso tempo artefici del sistema coercitivo e soggetti alle sue norme; perciò possono pretendere che non vengano imposte in loro nome disuguaglianze arbitrarie.

principi morali di portata universale. A Nagel ciò sembra molto difficile da ipotizzare in un futuro prossimo, poiché gli Stati non vogliono perdere la propria sovranità nazionale, né assumersi obblighi maggiori di quelli attuali. Le istituzioni esistenti non comportano un'autorità coercitiva sugli Stati membri; inoltre, la partecipazione è volontaria, finalizzata ai propri interessi e passibile di revoca. Perciò, anche se istituzioni internazionali più potenti di quelle attuali sarebbero più efficaci nel proteggere i diritti umani, fornire aiuto umanitario e provvedere ai beni pubblici collettivi (libero commercio, sicurezza collettiva, ambiente, ecc.), gli Stati si oppongono fortemente a un processo del genere. L'unico modo in cui potrebbe nascere un governo globale, a detta dell'autore, è un processo spontaneo di concentrazione del potere, che solo in un secondo momento verrebbe trasformato in direzione democratica dalle rivendicazioni dei governati. Come insegna la storia, «il percorso dall'anarchia alla giustizia deve passare per l'ingiustizia. [...] La giustizia acquisterà una portata globale solo tramite sviluppi che dapprima accresceranno l'ingiustizia del mondo introducendo istituzioni efficaci ma illegittime a cui si applicheranno i principi di giustizia – principi che possiamo sperare alla fin fine trasformeranno tali istituzioni»<sup>29</sup>.

Un approccio ancora differente è quello adottato da Muhammad Yunus<sup>30</sup>, un economista di origine bengalese che affronta il problema della giustizia globale non da un punto di vista filosofico, ma pratico. Yunus ritiene così urgente intervenire in aiuto delle persone che si trovano in una condizione di miseria, che non può attendere la trasformazione delle istituzioni internazionali. In maniera simile a Easterly e Moyo, egli critica duramente il sistema degli aiuti internazionali, che finiscono per arricchire solamente i funzionari del Paese donatore e una élite di politici o ricchi imprenditori nel Paese ricevente; nel migliore dei casi, i finanziamenti sono utilizzati per la costruzione di opere imponenti, che non servono a migliorare realmente le condizioni di vita dei poveri, soprattutto di quelli che abitano nelle zone rurali e nelle bidonville. Ne è dimostrazione il fatto che il Bangladesh, pur avendo ricevuto dal 1972 trenta miliardi di dollari di aiuti stranieri, si trova ancora in preda alla povertà strutturale, alla malnutrizione (che colpisce il 40% della popolazione), all'analfabetismo (90%); in più, presenta un'alta incidenza di malaria e altre malattie tropicali. La proposta di Yunus,

---

<sup>29</sup> T. Nagel, *È possibile una giustizia globale?*, cit., pp. 64-65.

<sup>30</sup> M. Yunus, *Vers un monde sans pauvreté*, Éditions Jean-Claude Lattès, Paris 1997; tr. it di E. Dornetti, *Il banchiere dei poveri*, Feltrinelli, Milano 2008.

allora, è quella di riorganizzare interamente la rete di distribuzione degli aiuti, in modo tale da aggirare i governi e far arrivare il denaro direttamente nelle mani dei poveri, in particolare in quelle delle donne. È ciò che egli stesso ha iniziato a fare nel 1977 col Progetto Grameen, divenuto nel 1983 la Banca Grameen (letteralmente: “banca del villaggio”), che ormai fornisce i suoi servizi a dodici milioni di persone in Bangladesh – vale a dire il 10% della popolazione – e che ha ispirato programmi di microcredito in 58 Paesi. La Banca presta denaro, a tassi bonificati, solo a persone estremamente indigenti, radunate in piccoli gruppi: il primo membro del gruppo riceve un piccolo prestito, che dovrà restituire entro una data scadenza; se lo restituisce, il secondo membro del gruppo avrà diritto ad ottenere il prestito successivo (e così via), altrimenti il meccanismo si ferma. In tal modo, coloro i quali sono esclusi dai tradizionali istituti di credito hanno la possibilità di avviare una piccola attività imprenditoriale, che migliorerà stabilmente le loro condizioni di vita, facendoli uscire dal circolo vizioso dell’usura e della miseria. Inoltre, essi possono usare parte del denaro per acquistare beni e servizi prodotti da altre persone, alimentando così l’economia del villaggio. Il risultato è sorprendente: metà dei clienti arrivano a superare la soglia della povertà entro dieci anni; e il tasso di recupero crediti è superiore al 98%. I clienti di Grameen ne sono anche gli azionisti, tranne una piccola quota di azioni detenuta dal governo.

Secondo Yunus, quando si discute dello sviluppo economico di un Paese, «lo sviluppo si dovrà intendere come un cambiamento concreto della situazione economica della metà più povera di una popolazione, misurando tale cambiamento in base al reddito reale per abitante»<sup>31</sup>. Ed è proprio questo lo scopo che Grameen persegue, nella convinzione che anche l’economia capitalistica, a certe condizioni, possa produrre vantaggi per l’intera società. Collocandosi al di là delle tradizionali distinzioni politiche, la Banca Grameen appartiene a quello che l’autore definisce un «settore privato guidato dall’impegno sociale»; diversamente dal non profit, esso ha il vantaggio di non dover raccogliere donazioni per finanziare le proprie attività, poiché il profitto viene reinvestito nell’azienda per autofinanziarsi, ma anche per espandersi e migliorare la qualità del servizio (gli investitori, dunque, non prendono alcun dividendo dall’impresa). In tal modo, afferma l’autore, è possibile produrre i risultati sociali desiderati in modo efficace ed efficiente rispetto ai costi. Yunus auspica che lo stato

---

<sup>31</sup> *Ivi*, p. 28.

incoraggi le imprese a intraprendere questa strada, varando apposite misure, ma per il resto pensa che esso debba ridurre al minimo la sua presenza<sup>32</sup>.

È importante sottolineare che, attraverso il sostegno economico alle famiglie, la Banca Grameen non intende solamente offrire un lavoro dignitoso ai più poveri, ma realizzare dei veri e propri cambiamenti sociali. Innanzitutto, il 94% dei clienti sono donne. La scelta è stata quella di investire su di loro perché considerate più responsabili nella gestione economica rispetto ai mariti, soprattutto quando hanno dei figli a cui provvedere. Affidare il denaro alle donne significa dare loro l'opportunità di rivestire un ruolo attivo all'interno della famiglia, in una regione in cui sono state considerate per secoli cittadini di seconda classe e relegate in casa<sup>33</sup>. Ciò favorisce la loro emancipazione (rafforzata anche dalla solidarietà delle altre donne del gruppo) e sembra portare a un maggior rispetto da parte degli uomini: gli studi effettuati da Yunus e dai suoi colleghi su numerosi casi di donne picchiate dai mariti mostrerebbero un deciso cambiamento nel modo in cui le mogli vengono trattate prima e dopo il loro coinvolgimento nei progetti Grameen. Un altro risultato è che tra queste famiglie la pianificazione familiare è praticata in percentuale doppia rispetto a quella nazionale. I figli, inoltre, frequentano la scuola e, grazie alle borse di studio concesse da Grameen, hanno la possibilità di accedere all'istruzione superiore: alcuni si sono laureati, diventando medici, ingegneri, docenti e professionisti di altro genere. Ciò rappresenta la speranza per le nuove generazioni di uscire dal circolo della povertà. Nel 1982 gli obiettivi sociali di Grameen furono trasfusi in una carta d'intenti, detta delle "Sedici risoluzioni", che viene ancora proposta a tutti i membri. Tra gli impegni più importanti figurano: «Ripareremo le nostre case e cercheremo quanto prima di costruirne di nuove (punto 3). Faremo in modo di non avere troppi figli, limiteremo le nostre spese, ci cureremo della nostra salute (punto 6). Educheremo i nostri figli (punto 7).

---

<sup>32</sup> Questo perché «il settore pubblico non è stato all'altezza dei suoi compiti, e malgrado i nostri sforzi è sempre meno vitale. La burocrazia generata dall'assistenzialismo, le protezioni economiche e politiche, la corruzione, la mancanza di trasparenza l'hanno messo completamente fuori gioco»; *ivi*, p. 213. Inoltre, egli ritiene che il libero mercato sia il terreno fertile per alimentare il dinamismo e la creatività degli individui, nei quali risiede in definitiva la soluzione del problema della povertà globale. Anche in ciò, la sua posizione si avvicina a quella di Easterly e di Moyo.

<sup>33</sup> Yunus racconta le difficoltà incontrate, soprattutto agli inizi, nel proporre alle donne di partecipare al progetto Grameen. In Bangladesh le donne non parlano con gli uomini, se non sono parenti molto stretti: perciò, quando una o più donne si trovavano in casa senza i mariti, egli era costretto a conversare con loro rimanendo in un'altra stanza, mentre un tramezzo di bambù le nascondeva alla vista (secondo l'usanza musulmana della *pardah*); oppure doveva ricorrere a un intermediario di sesso femminile.

Sorveglieremo la pulizia dei nostri figli e dell'ambiente in cui viviamo (punto 8). Rifiuteremo la pratica del matrimonio tra bambini (punto 11)»<sup>34</sup>.

#### 4. Conclusioni

In sintesi, guardando al panorama mondiale, sembra che attualmente siano all'opera due movimenti diversi ma complementari che spingono in direzione dello sviluppo del Sud del mondo, della giustizia globale e di una globalizzazione "dal volto umano".

Da una parte vi è chi opera all'interno della dimensione della *global governance*, battendosi per una riforma delle istituzioni e per una democratizzazione delle politiche internazionali. Esiste ormai una sorta di "società civile globale" (che – paradossalmente – in Italia è spesso chiamata "movimento no-global") che domanda regole e istituzioni internazionali capaci di tutelare i diritti umani, la democrazia, la pace, la giustizia, l'ambiente. Essa accusa le multinazionali di forzare le scelte dei singoli governi verso politiche non sostenibili da un punto di vista ambientale ed energetico, imperialiste e dannose per le condizioni dei lavoratori. La società civile globale è composta da una moltitudine di soggetti diversi – individui, organizzazioni non profit, associazioni transnazionali, ecc. – che vanno dai più moderati e disposti a collaborare con le istituzioni internazionali ai più radicali e critici nei confronti delle stesse<sup>35</sup>. Più volte tali soggetti hanno dato vita a campagne o movimenti globali, come il già citato Jubilee 2000 per la cancellazione del debito, o la Campagna internazionale contro le mine antiuomo (International Campaign to Ban Landmines). Si fa comunemente risalire la prima mobilitazione collettiva al 1999, quando almeno 50.000 persone a Seattle protestarono contro la terza conferenza ministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, convocata per avviare il *Millennium Round*, un nuovo ciclo di negoziati diretti ad un'ulteriore liberalizzazione dei mercati. Da allora, le occasioni di incontro tra i vari partecipanti sono venute principalmente dalla realizzazione di "controvertici" – ossia, vertici paralleli a quelli delle Nazioni Unite o degli organismi internazionali come la Banca Mondiale, il WTO e il Fondo Monetario Internazionale – che hanno prodotto

---

<sup>34</sup> M. Yunus, *Il banchiere dei poveri*, cit., pp. 111-112.

<sup>35</sup> Cfr. G. Marcon, *Le ambiguità degli aiuti umanitari*, cit., pp. 139-161.

programmi e proposte alternative. Uno degli incontri più importanti è quello del Forum Sociale Mondiale (FSM), che si svolge ogni anno in gennaio, in corrispondenza del Forum Economico Mondiale (quest'ultimo riunisce a Davos, in Svizzera, i maggiori dirigenti politici ed economici internazionali). Lo scopo del FSM è quello di progettare un percorso comune ai numerosi movimenti per la globalizzazione alternativa: per questo è necessario coordinare le campagne mondiali, condividere e raffinare le strategie organizzative, informarsi vicendevolmente sui diversi movimenti sparsi per il mondo e sulle loro tematiche. La prima edizione del Forum si tenne dal 25 al 31 gennaio 2001 a Porto Alegre (Brasile); il contenuto principale dei numerosi convegni e gruppi di lavoro fu la costruzione di alternative praticabili alla globalizzazione neoliberista, secondo lo slogan «Un altro mondo è possibile».

A tal riguardo, pur riconoscendo, come già diceva Pogge, che istituzioni e trattati internazionali danneggiano in vari modi la salute di certe popolazioni, si potrebbe obiettare che è scorretto attribuire ad essi tutta la responsabilità del problema. In molti casi, le disuguaglianze nei livelli di salute all'interno di una società dipendono da disuguaglianze distributive prodotte direttamente dalle sue istituzioni; altre volte, le disuguaglianze internazionali sono legate a fattori naturali o storici, indipendenti da un intervento esterno (o addirittura indipendenti dall'intervento umano). Ciò non elimina il dovere dei Paesi sviluppati di aiutare i Paesi afflitti da povertà e malattie; ma tale dovere si concretizza innanzitutto nel favorire lo sviluppo e l'impegno dei relativi governi, affinché diventino capaci di garantire il diritto alla salute (e gli altri diritti umani) ai propri cittadini, nel quadro di un'adeguata condizione di uguaglianza sociale. Si tratta di impostare la cooperazione internazionale sul principio di sussidiarietà, in base al quale il Paese donatore svolge una funzione essenzialmente sussidiaria, ossia di accompagnamento e d'integrazione, intervenendo laddove le autorità locali non siano in grado di ottemperare autonomamente ai propri compiti. Ogni intervento dovrebbe sempre fondarsi sul consenso e sulla partecipazione dei governi nazionali nei confronti dei piani di sviluppo proposti; e, ancor più, dovrebbe formare e coinvolgere la comunità nel dare vita a una democrazia che risponda alle sue stesse esigenze, facendo in modo che qualsiasi decisione politica o economica sia presa al livello più vicino alla comunità. Ciò significa che, per sostenere un vero sviluppo, non è sufficiente un trasferimento di denaro – che può certamente essere utile, se impiegato bene – ma è

necessario anche un trasferimento di competenze, educazione e capacità tecnologiche. Lo scopo sarebbe quello di offrire le condizioni essenziali perché le popolazioni possano provvedere autonomamente al proprio benessere e alimentare un processo di crescita che riduca progressivamente le disuguaglianze rispetto ai Paesi più ricchi<sup>36</sup>. Il che significa, in altre parole, preparare il terreno per una piena fioritura dei diritti umani.

Questo ci porta al secondo tipo di approccio, che non fa leva sulla rete globale, ma al contrario si focalizza sugli Stati nazionali e sulla dimensione locale. Esso è utilizzato soprattutto da alcuni movimenti sociali del Sud del mondo, che stanno sperimentando alternative concrete alla globalizzazione, tra cui: «l'economia solidale e il mutualismo in America Latina, il microcredito in Bangladesh e in Asia, l'economia informale e l'autorganizzazione in campo rurale in Africa»<sup>37</sup>. La convinzione di fondo è che il mercato mondiale, come si presenta attualmente, stia distruggendo le economie locali dei Paesi più poveri. Secondo i più radicali, ora come ora l'unica salvezza per i Paesi del Sud sarebbe l'autosufficienza in campo economico, così da potersi isolare dalle aggressioni del commercio internazionale. Secondo altri, i Paesi in via di sviluppo potrebbero trarre vantaggio dall'inserirsi in un sistema globale se quest'ultimo fosse più giusto: il commercio equo e solidale è uno dei tentativi più conosciuti di realizzare un sistema di tal genere<sup>38</sup>. L'agricoltura è un settore che riveste un ruolo chiave: infatti, oltre ad essere già l'ambito principale di lavoro nei Paesi poveri, dal suo sviluppo dipendono l'autosufficienza alimentare e la crescita economica legata alle esportazioni. Affinché tale sviluppo avvenga in una maniera vantaggiosa per le popolazioni autoctone, alcune strade da percorrere potrebbero essere: rivitalizzare le società contadine, difendere l'assegnazione delle terre ai contadini che ne sono privi, utilizzare il più possibile le risorse locali, ostacolare le multinazionali agroalimentari e l'applicazione delle biotecnologie (tra cui gli organismi geneticamente modificati). Diversi movimenti si occupano di sostenere l'avvio di imprese locali e di incoraggiare

---

<sup>36</sup> Indicazioni simili si trovano anche nella Dichiarazione di Alma-Ata, dove si legge che l'assistenza sanitaria di base deve essere «resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il Paese possono sostenere ad ogni stadio del loro sviluppo, in uno spirito di fiducia in se stessi e di autodeterminazione». WHO – UNICEF, *Declaration of Alma-Ata*, cit., par. VI.

<sup>37</sup> G. Marcon, *Le ambiguità degli aiuti umanitari*, cit., p. 152.

<sup>38</sup> Lo stesso Yunus dichiara che la globalizzazione può arrecare maggiori benefici ai poveri della sua alternativa, a patto che non si trasformi in un imperialismo finanziario, ma sia guidata da regole che tutelino i più svantaggiati nella competizione. Cfr. M. Yunus, *Il banchiere dei poveri*, cit., p. 284.

la formazione di cooperative agricole di piccoli e medi agricoltori, a favore di uno sviluppo agricolo sostenibile.

Analogamente, come abbiamo visto, Easterly sosteneva in modo convinto che ciò che serve per combattere la povertà globale è trovare risposte creative a difficoltà specifiche, individuate localmente, tenendo conto dei desideri e dei bisogni delle persone che vivono quella situazione. Egli stesso proponeva di distribuire dei *voucher* per lo sviluppo a persone estremamente indigenti, le quali potrebbero utilizzarli per ottenere i beni e i servizi che desiderano dall'Ong o agenzia di aiuti che preferiscono. Lo stesso potrebbe avvenire al livello del villaggio, per i beni che interessano la comunità, attraverso una decisione democratica su come impiegare i *voucher* collettivi. Questo meccanismo, secondo Easterly, permetterebbe ai poveri di scegliere ciò di cui hanno maggiormente bisogno (che può andare dai farmaci ai libri di testo, dalle sementi alle stufe, ecc.), promuovendo inoltre le agenzie che lavorano meglio, grazie alla competizione.

La via del microcredito, diffusa con successo da Yunus, risponde agli stessi requisiti: è una soluzione creativa per un problema specifico; aggira i governi beneficiando direttamente gli individui; innesca cambiamenti sociali. Ma come riconosce lo stesso Yunus, «non è solo il microcredito che può spazzar via la povertà. Il credito è solo una delle porte, per quanto grande, che la gente può imboccare per uscire dalla miseria. Ma un'infinità di altri sbocchi possono essere reperiti per facilitare tale scopo»<sup>39</sup>. Uno di questi sbocchi può essere il modello di cooperazione sanitaria che Emergency sta sperimentando “sul campo” e che condivide a sua volta i tre requisiti citati sopra. Infatti, Emergency:

- I. offre soluzioni mirate a seconda delle problematiche sanitarie proprie del luogo in cui opera; perciò il suo intervento spazia dalla pediatria alla chirurgia di guerra alla cardiocirurgia. Inoltre, il suo *modus operandi* è creativo in quanto si discosta da quello più diffuso nel settore sanitario e accetta di compiere scelte controcorrente, come nel caso del Centro *Salam* di cardiocirurgia, se ritenute adatte a rispondere ai bisogni della popolazione locale;

---

<sup>39</sup> *Ivi*, p. 9.

II. non finanzia né i governi né il sistema sanitario del Paese ricevente. Pur all'interno di un accordo con le autorità locali, che le danno il permesso di operare in una certa zona, l'organizzazione costruisce e gestisce autonomamente i propri ospedali, stabilisce i criteri di selezione dei pazienti e interagisce direttamente con essi;

III. è capace di incidere a vari livelli sul tessuto sociale nel quale si inserisce.

In particolare, l'associazione può contribuire alla lotta contro la povertà globale in almeno tre modi. Innanzitutto, curando gli individui. Quando una persona gode di un maggior livello di salute possiede anche una capacità maggiore di lavorare per provvedere ai bisogni propri e della famiglia; ciò è particolarmente evidente nel caso dei pazienti che hanno perso un arto a causa delle mine antiuomo<sup>40</sup>. A ciò si aggiunga che, offrendo cure completamente gratuite, Emergency permette ai pazienti di sfuggire alla trappola della povertà in cui cadrebbero se dovessero pagarsi le cure presso un'altra struttura. In secondo luogo, essa combatte la povertà promuovendo una cultura di pace, non soltanto con la *Rete sanitaria d'eccellenza in Africa*, ma più generale con l'attività clinica che svolge in ogni ospedale (ad esempio, curando nella stessa struttura i combattenti di opposte fazioni). La pace favorisce il benessere economico, dal momento che le guerre civili costano ai governi molto denaro (che potrebbe essere speso altrimenti), diminuiscono le possibilità di lavoro (ad esempio, rendendo impossibile il commercio) e portano con sé furti e distruzione. Infine, un terzo modo è quello di incidere più direttamente sulla politica. Nei Paesi in via di sviluppo, offrire un certo tipo di assistenza significa anche rendere le persone più consapevoli dei propri diritti, in primo luogo del diritto alla salute; in Italia e negli altri Paesi occidentali, denunciare la violazione dei diritti che avviene nei Paesi in via di sviluppo e mostrare che è possibile una realtà diversa significa mobilitare l'opinione pubblica. Se riescono ad assumere una dimensione rilevante, queste due spinte hanno la potenzialità di agire sui meccanismi politici per cambiare l'ordine internazionale. Infatti, è fondamentale rivendicare dai singoli governi scelte adeguate – sia in fatto di politica interna, sia di politica estera –

---

<sup>40</sup> A Sulaimaniya Emergency gestisce un Centro di riabilitazione e reintegrazione sociale specializzato in fisioterapia e nella produzione di protesi per pazienti disabili e mutilati; il Centro offre anche corsi di formazione professionale e garantisce aiuto economico per l'apertura di cooperative e botteghe artigiane. Essendo l'unica struttura specializzata e gratuita nella zona, essa è divenuta un punto di riferimento per tutto l'Iraq.

allo scopo di difendere e promuovere a livello mondiale il diritto a un minimo decente di assistenza sanitaria, che pure si deve radicare nell'ambito della sovranità statale. Il livello locale e il livello globale, in questo senso, rappresentano due fronti di combattimento ugualmente importanti per vincere la battaglia contro la povertà globale e gli altri problemi sociali che sempre le fanno da corollario, tra cui in primo luogo il carico di malattie e di morti evitabili.

In definitiva, sono certamente apprezzabili, da un punto di vista morale, gli aiuti economici stanziati dalla cooperazione sanitaria internazionale e tutti i progetti realizzati nei Paesi in via di sviluppo allo scopo di estendere l'assistenza sanitaria di base. Tuttavia, gli aiuti che passano attraverso le istituzioni e i governi, come abbiamo visto, si rivelano spesso inefficienti per diversi motivi: gli interessi presenti da entrambe le parti, la corruzione, la frammentazione delle iniziative, la scelta arbitraria degli obiettivi da realizzare, ecc. Al contrario, metodi d'intervento più innovativi, che agiscono a livello locale aggirando il sistema politico, sembrano avere maggiore successo nella realizzazione di obiettivi sociali come eliminare la povertà, promuovere la parità dei sessi, fornire istruzione, opportunità di lavoro e assistenza sanitaria. I tipi di intervento più fecondi appaiono essere quelli che, mentre beneficiano concretamente i riceventi – soprattutto fornendo direttamente agli individui i mezzi per promuovere il miglioramento delle loro condizioni – allo stesso tempo fanno mettere in moto trasformazioni sociali di ampio respiro, accompagnate a loro volta da un'evoluzione dei valori culturali e collettivi. I cambiamenti così innescati non solo migliorano di per sé le condizioni di vita delle persone (come avviene per il ruolo delle donne nella società), ma alla lunga possono giungere anche a influenzare le scelte politiche delle autorità locali in direzione di una maggiore equità.

Ciò è vero anche nell'ambito specifico della salute. Come abbiamo visto, progetti come quelli del microcredito, o ancor più i programmi sanitari attuati da Emergency, sono in grado di plasmare alcuni di quei numerosi fattori che hanno rilevanza in ordine alla salute, tra i quali: i comportamenti individuali e la coesione sociale, le condizioni materiali di vita e di lavoro (occupazione, reddito, istruzione, abitazione, ecc.) e, ovviamente, il sistema sanitario e le condizioni epidemiologiche. Solamente intervenendo in un modo simile sui determinanti sociali della salute, come abbiamo cercato di illustrare, è possibile migliorare realmente la salute delle popolazioni più

povere e garantire così la prima delle condizioni necessarie perché ogni persona abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa.

## APPENDICE

### **DOC. 1 – Emergency, *Manifesto per una Medicina basata sui Diritti Umani*, 15 Maggio 2008.**

A 60 anni dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani

#### ***Manifesto per una Medicina basata sui Diritti Umani***

A seguito del seminario internazionale «Costruire Medicina in Africa. Principi e Strategie» ospitato presso l'Isola di San Servolo, Venezia, Italia, dal 14 al 15 maggio 2008, e in accordo con lo spirito e i principi della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani nella quale si afferma che

«Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti». (art. 1)

«Ogni individuo ha il diritto...alle cure mediche» (art. 25)

«Il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo» (Preambolo)

#### **DICHIARIAMO**

il «Diritto ad essere curato» come un diritto fondamentale e inalienabile appartenente a ciascun membro della famiglia umana.

#### **CHIEDIAMO QUINDI**

la creazione di sistemi sanitari e progetti dedicati esclusivamente a preservare, allungare e migliorare la vita dei pazienti e basarsi sui seguenti principi:

#### ***Eguaglianza***

Ogni essere umano ha diritto ad essere curato a prescindere dalla condizione economica e sociale, dal sesso, dall'etnia, dalla lingua, dalla religione e dalle opinioni. Le migliori

cure rese possibili dal progresso e dalla scienza medica devono essere fornite equamente e senza discriminazioni a tutti i pazienti.

### ***Qualità***

Sistemi sanitari di alta qualità devono essere basati sui bisogni di tutti ed essere adeguati ai progressi della scienza medica. Non possono essere orientati, strutturati o determinati dai gruppi di potere né dalle aziende coinvolte nell'industria della salute.

### ***Responsabilità Sociale***

I governi devono considerare come prioritari la salute e il benessere dei propri cittadini, e destinare a questo fine le risorse umane ed economiche necessarie. I Servizi forniti dai sistemi sanitari nazionali e i progetti umanitari in campo sanitario devono essere gratuiti e accessibili a tutti.

In qualità di Autorità Sanitarie e Organizzazioni Umanitarie

## **RICONOSCIAMO**

sistemi sanitari e progetti basati sui principi **EQS (Eguaglianza, Qualità, responsabilità Sociale)** che rispettino i diritti umani, permettano lo sviluppo della scienza medica e siano efficaci nel promuovere la salute rafforzando e generando risorse umane, scientifiche e materiali.

## **CI IMPEGNIAMO**

a realizzare e sviluppare politiche, sistemi sanitari e progetti basati sui principi **EQS**; a cooperare tra di noi per identificare bisogni comuni nel settore sanitario e programmare progetti congiunti.

## **FACCIAMO APPELLO**

alle altre Autorità sanitarie e alle organizzazioni umanitarie perché firmino questo Manifesto e si uniscano a noi nel promuovere una medicina basata sui principi **EQS**; ai donatori e alla comunità internazionale perché sostengano, finanzino e partecipino alla progettazione e alla realizzazione di programmi basati sui principi **EQS**.

**DOC. 2 – United Nations General Assembly, *United Nations Millennium Declaration*, 8 September 2000.**

***55/2. United Nations Millennium Declaration***

*The General Assembly*

*Adopts* the following Declaration:

**United Nations Millennium Declaration**

**I. Values and principles**

1. We, heads of State and Government, have gathered at United Nations Headquarters in New York from 6 to 8 September 2000, at the dawn of a new millennium, to reaffirm our faith in the Organization and its Charter as indispensable foundations of a more peaceful, prosperous and just world.

2. We recognize that, in addition to our separate responsibilities to our individual societies, we have a collective responsibility to uphold the principles of human dignity, equality and equity at the global level. As leaders we have a duty therefore to all the world's people, especially the most vulnerable and, in particular, the children of the world, to whom the future belongs.

3. We reaffirm our commitment to the purposes and principles of the Charter of the United Nations, which have proved timeless and universal. Indeed, their relevance and capacity to inspire have increased, as nations and peoples have become increasingly interconnected and interdependent.

4. We are determined to establish a just and lasting peace all over the world in accordance with the purposes and principles of the Charter. We rededicate ourselves to support all efforts to uphold the sovereign equality of all States, respect for their territorial integrity and political independence, resolution of disputes by peaceful means and in conformity with the principles of justice and international law, the right to self-determination of peoples which remain under colonial domination and foreign

occupation, non-interference in the internal affairs of States, respect for human rights and fundamental freedoms, respect for the equal rights of all without distinction as to race, sex, language or religion and international cooperation in solving international problems of an economic, social, cultural or humanitarian character.

5. We believe that the central challenge we face today is to ensure that globalization becomes a positive force for all the world's people. For while globalization offers great opportunities, at present its benefits are very unevenly shared, while its costs are unevenly distributed. We recognize that developing countries and countries with economies in transition face special difficulties in responding to this central challenge. Thus, only through broad and sustained efforts to create a shared future, based upon our common humanity in all its diversity, can globalization be made fully inclusive and equitable. These efforts must include policies and measures, at the global level, which correspond to the needs of developing countries and economies in transition and are formulated and implemented with their effective participation.

6. We consider certain fundamental values to be essential to international relations in the twenty-first century. These include:

- **Freedom.** Men and women have the right to live their lives and raise their children in dignity, free from hunger and from the fear of violence, oppression or injustice. Democratic and participatory governance based on the will of the people best assures these rights.

- **Equality.** No individual and no nation must be denied the opportunity to benefit from development. The equal rights and opportunities of women and men must be assured.

- **Solidarity.** Global challenges must be managed in a way that distributes the costs and burdens fairly in accordance with basic principles of equity and social justice. Those who suffer or who benefit least deserve help from those who benefit most.

- **Tolerance.** Human beings must respect one other, in all their diversity of belief, culture and language. Differences within and between societies should be neither feared nor repressed, but cherished as a precious asset of humanity. A culture of peace and dialogue among all civilizations should be actively promoted.

- **Respect for nature.** Prudence must be shown in the management of all living species and natural resources, in accordance with the precepts of sustainable development. Only in this way can the immeasurable riches provided to us by nature be preserved and passed on to our descendants. The current unsustainable patterns of production and consumption must be changed in the interest of our future welfare and that of our descendants.

- **Shared responsibility.** Responsibility for managing worldwide economic and social development, as well as threats to international peace and security, must be shared among the nations of the world and should be exercised multilaterally. As the most universal and most representative organization in the world, the United Nations must play the central role.

7. In order to translate these shared values into actions, we have identified key objectives to which we assign special significance.

## **II. Peace, security and disarmament**

8. We will spare no effort to free our peoples from the scourge of war, whether within or between States, which has claimed more than 5 million lives in the past decade. We will also seek to eliminate the dangers posed by weapons of mass destruction.

9. We resolve therefore:

- To strengthen respect for the rule of law in international as in national affairs and, in particular, to ensure compliance by Member States with the decisions of the International Court of Justice, in compliance with the Charter of the United Nations, in cases to which they are parties.

- To make the United Nations more effective in maintaining peace and security by giving it the resources and tools it needs for conflict prevention, peaceful resolution of disputes, peacekeeping, post-conflict peace-building and reconstruction. In this context, we take note of the report of the Panel on United Nations Peace Operations and request the General Assembly to consider its recommendations expeditiously.

- To strengthen cooperation between the United Nations and regional organizations, in accordance with the provisions of Chapter VIII of the Charter.
- To ensure the implementation, by States Parties, of treaties in areas such as arms control and disarmament and of international humanitarian law and human rights law, and call upon all States to consider signing and ratifying the Rome Statute of the International Criminal Court.
- To take concerted action against international terrorism, and to accede as soon as possible to all the relevant international conventions.
- To redouble our efforts to implement our commitment to counter the world drug problem.
- To intensify our efforts to fight transnational crime in all its dimensions, including trafficking as well as smuggling in human beings and money laundering.
- To minimize the adverse effects of United Nations economic sanctions on innocent populations, to subject such sanctions regimes to regular reviews and to eliminate the adverse effects of sanctions on third parties.
- To strive for the elimination of weapons of mass destruction, particularly nuclear weapons, and to keep all options open for achieving this aim, including the possibility of convening an international conference to identify ways of eliminating nuclear dangers.
- To take concerted action to end illicit traffic in small arms and light weapons, especially by making arms transfers more transparent and supporting regional disarmament measures, taking account of all the recommendations of the forthcoming United Nations Conference on Illicit Trade in Small Arms and Light Weapons.
- To call on all States to consider acceding to the Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Anti-personnel Mines and on Their Destruction, as well as the amended mines protocol to the Convention on conventional weapons.

10. We urge Member States to observe the Olympic Truce, individually and collectively, now and in the future, and to support the International Olympic Committee in its efforts to promote peace and human understanding through sport and the Olympic Ideal.

### **III. Development and poverty eradication**

11. We will spare no effort to free our fellow men, women and children from the abject and dehumanizing conditions of extreme poverty, to which more than a billion of them are currently subjected. We are committed to making the right to development a reality for everyone and to freeing the entire human race from want.

12. We resolve therefore to create an environment – at the national and global levels alike – which is conducive to development and to the elimination of poverty.

13. Success in meeting these objectives depends, *inter alia*, on good governance within each country. It also depends on good governance at the international level and on transparency in the financial, monetary and trading systems. We are committed to an open, equitable, rule-based, predictable and non-discriminatory multilateral trading and financial system.

14. We are concerned about the obstacles developing countries face in mobilizing the resources needed to finance their sustained development. We will therefore make every effort to ensure the success of the High-level International and Intergovernmental Event on Financing for Development, to be held in 2001.

15. We also undertake to address the special needs of the least developed countries. In this context, we welcome the Third United Nations Conference on the Least Developed Countries to be held in May 2001 and will endeavour to ensure its success. We call on the industrialized countries:

- To adopt, preferably by the time of that Conference, a policy of duty- and quota-free access for essentially all exports from the least developed countries;
- To implement the enhanced programme of debt relief for the heavily indebted poor countries without further delay and to agree to cancel all official bilateral debts of those countries in return for their making demonstrable commitments to poverty reduction;
- To grant more generous development assistance, especially to countries that are genuinely making an effort to apply their resources to poverty reduction.

16. We are also determined to deal comprehensively and effectively with the debt problems of low- and middle-income developing countries, through various national and international measures designed to make their debt sustainable in the long term.

17. We also resolve to address the special needs of small island developing States, by implementing the Barbados Programme of Action and the outcome of the twenty-second special session of the General Assembly rapidly and in full. We urge the international community to ensure that, in the development of a vulnerability index, the special needs of small island developing States are taken into account.

18. We recognize the special needs and problems of the landlocked developing countries, and urge both bilateral and multilateral donors to increase financial and technical assistance to this group of countries to meet their special development needs and to help them overcome the impediments of geography by improving their transit transport systems.

19. We resolve further:

- To halve, by the year 2015, the proportion of the world's people whose income is less than one dollar a day and the proportion of people who suffer from hunger and, by the same date, to halve the proportion of people who are unable to reach or to afford safe drinking water.
- To ensure that, by the same date, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling and that girls and boys will have equal access to all levels of education.
- By the same date, to have reduced maternal mortality by three quarters, and under-five child mortality by two thirds, of their current rates.
- To have, by then, halted, and begun to reverse, the spread of HIV/AIDS, the scourge of malaria and other major diseases that afflict humanity.
- To provide special assistance to children orphaned by HIV/AIDS.
  
- By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers as proposed in the "Cities Without Slums" initiative.

20. We also resolve:

- To promote gender equality and the empowerment of women as effective ways to combat poverty, hunger and disease and to stimulate development that is truly sustainable.
- To develop and implement strategies that give young people everywhere a real chance to find decent and productive work.
- To encourage the pharmaceutical industry to make essential drugs more widely available and affordable by all who need them in developing countries.
- To develop strong partnerships with the private sector and with civil society organizations in pursuit of development and poverty eradication.
- To ensure that the benefits of new technologies, especially information and communication technologies, in conformity with recommendations contained in the ECOSOC 2000 Ministerial Declaration, are available to all.

#### **IV. Protecting our common environment**

21. We must spare no effort to free all of humanity, and above all our children and grandchildren, from the threat of living on a planet irredeemably spoilt by human activities, and whose resources would no longer be sufficient for their needs.

22. We reaffirm our support for the principles of sustainable development, including those set out in Agenda 21, agreed upon at the United Nations Conference on Environment and Development.

23. We resolve therefore to adopt in all our environmental actions a new ethic of conservation and stewardship and, as first steps, we resolve:

- To make every effort to ensure the entry into force of the Kyoto Protocol, preferably by the tenth anniversary of the United Nations Conference on Environment and Development in 2002, and to embark on the required reduction in emissions of greenhouse gases.
- To intensify our collective efforts for the management, conservation and sustainable development of all types of forests.

- To press for the full implementation of the Convention on Biological Diversity and the Convention to Combat Desertification in those Countries Experiencing Serious Drought and/or Desertification, particularly in Africa.
- To stop the unsustainable exploitation of water resources by developing water management strategies at the regional, national and local levels, which promote both equitable access and adequate supplies.
- To intensify cooperation to reduce the number and effects of natural and man-made disasters.
- To ensure free access to information on the human genome sequence.

## **V. Human rights, democracy and good governance**

24. We will spare no effort to promote democracy and strengthen the rule of law, as well as respect for all internationally recognized human rights and fundamental freedoms, including the right to development.

25. We resolve therefore:

- To respect fully and uphold the Universal Declaration of Human Rights.
- To strive for the full protection and promotion in all our countries of civil, political, economic, social and cultural rights for all.
- To strengthen the capacity of all our countries to implement the principles and practices of democracy and respect for human rights, including minority rights.
- To combat all forms of violence against women and to implement the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.
- To take measures to ensure respect for and protection of the human rights of migrants, migrant workers and their families, to eliminate the increasing acts of racism and xenophobia in many societies and to promote greater harmony and tolerance in all societies.
- To work collectively for more inclusive political processes, allowing genuine participation by all citizens in all our countries.
- To ensure the freedom of the media to perform their essential role and the right of the public to have access to information.

## **VI. Protecting the vulnerable**

26. We will spare no effort to ensure that children and all civilian populations that suffer disproportionately the consequences of natural disasters, genocide, armed conflicts and other humanitarian emergencies are given every assistance and protection so that they can resume normal life as soon as possible.

We resolve therefore:

- To expand and strengthen the protection of civilians in complex emergencies, in conformity with international humanitarian law.
- To strengthen international cooperation, including burden sharing in, and the coordination of humanitarian assistance to, countries hosting refugees and to help all refugees and displaced persons to return voluntarily to their homes, in safety and dignity and to be smoothly reintegrated into their societies.
- To encourage the ratification and full implementation of the Convention on the Rights of the Child and its optional protocols on the involvement of children in armed conflict and on the sale of children, child prostitution and child pornography.

## **VII. Meeting the special needs of Africa**

27. We will support the consolidation of democracy in Africa and assist Africans in their struggle for lasting peace, poverty eradication and sustainable development, thereby bringing Africa into the mainstream of the world economy.

28. We resolve therefore:

- To give full support to the political and institutional structures of emerging democracies in Africa.
- To encourage and sustain regional and subregional mechanisms for preventing conflict and promoting political stability, and to ensure a reliable flow of resources for peacekeeping operations on the continent.
- To take special measures to address the challenges of poverty eradication and sustainable development in Africa, including debt cancellation, improved market

access, enhanced Official Development Assistance and increased flows of Foreign Direct Investment, as well as transfers of technology.

- To help Africa build up its capacity to tackle the spread of the HIV/AIDS pandemic and other infectious diseases.

### **VIII. Strengthening the United Nations**

29. We will spare no effort to make the United Nations a more effective instrument for pursuing all of these priorities: the fight for development for all the peoples of the world, the fight against poverty, ignorance and disease; the fight against injustice; the fight against violence, terror and crime; and the fight against the degradation and destruction of our common home.

30. We resolve therefore:

- To reaffirm the central position of the General Assembly as the chief deliberative, policy-making and representative organ of the United Nations, and to enable it to play that role effectively.
- To intensify our efforts to achieve a comprehensive reform of the Security Council in all its aspects.
- To strengthen further the Economic and Social Council, building on its recent achievements, to help it fulfil the role ascribed to it in the Charter.
- To strengthen the International Court of Justice, in order to ensure justice and the rule of law in international affairs.
- To encourage regular consultations and coordination among the principal organs of the United Nations in pursuit of their functions.
- To ensure that the Organization is provided on a timely and predictable basis with the resources it needs to carry out its mandates.
- To urge the Secretariat to make the best use of those resources, in accordance with clear rules and procedures agreed by the General Assembly, in the interests of all Member States, by adopting the best management practices and technologies available and by concentrating on those tasks that reflect the agreed priorities of Member States.
- To promote adherence to the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel.

- To ensure greater policy coherence and better cooperation between the United Nations, its agencies, the Bretton Woods Institutions and the World Trade Organization, as well as other multilateral bodies, with a view to achieving a fully coordinated approach to the problems of peace and development.
- To strengthen further cooperation between the United Nations and national parliaments through their world organization, the Inter-Parliamentary Union, in various fields, including peace and security, economic and social development, international law and human rights and democracy and gender issues.
- To give greater opportunities to the private sector, non-governmental organizations and civil society, in general, to contribute to the realization of the Organization's goals and programmes.

31. We request the General Assembly to review on a regular basis the progress made in implementing the provisions of this Declaration, and ask the Secretary-General to issue periodic reports for consideration by the General Assembly and as a basis for further action.

32. We solemnly reaffirm, on this historic occasion, that the United Nations is the indispensable common house of the entire human family, through which we will seek to realize our universal aspirations for peace, cooperation and development. We therefore pledge our unstinting support for these common objectives and our determination to achieve them.

*8th plenary meeting*

*8 September 2000*

**DOC. 3 – WHO, UNICEF, *Declaration of Alma-Ata*, 12 September 1978.**

*Declaration of Alma-Ata*

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September  
1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

**Declaration:**

**I**

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

**II**

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

**III**

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion

and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

#### **IV**

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

#### **V**

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

#### **VI**

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

#### **VII**

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the

relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;

2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;

3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;

4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;

5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation

in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;

6. should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;

7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

## **VIII**

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to

exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

## **IX**

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

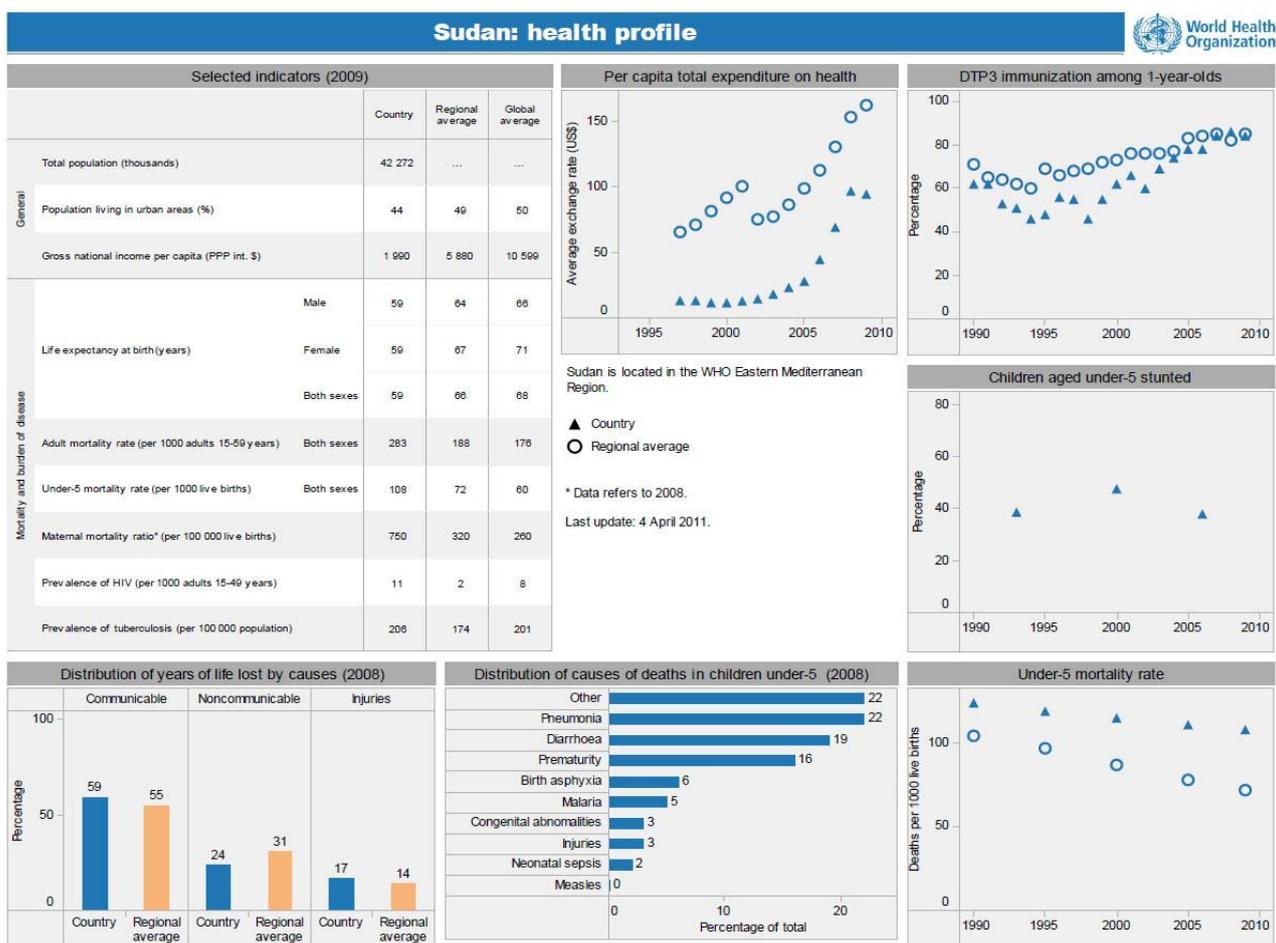
## **X**

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

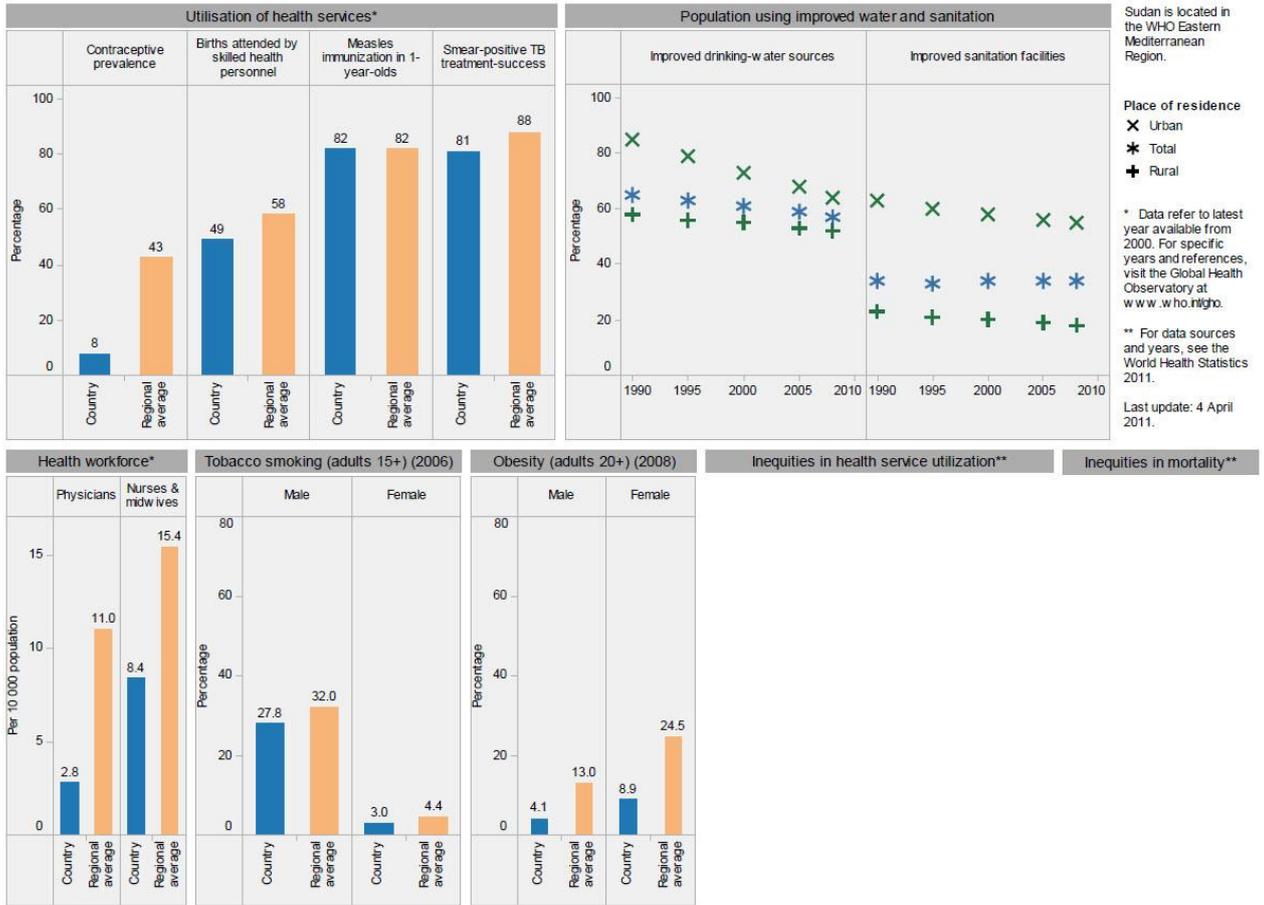
The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries.

The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

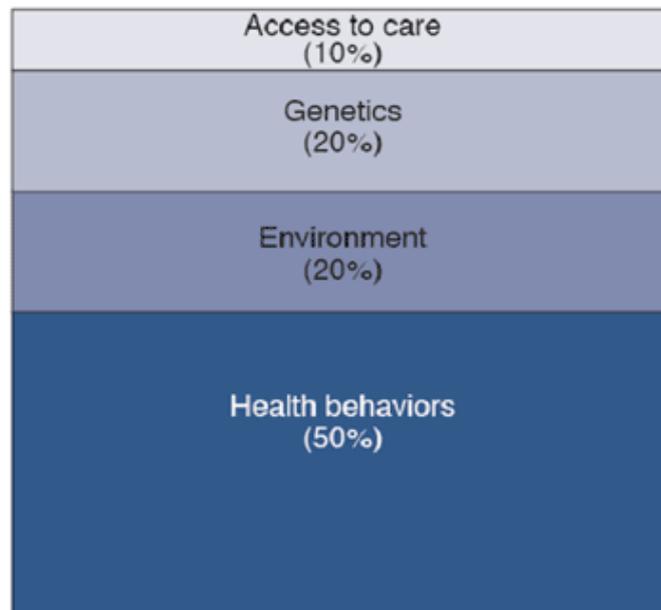
# TAV. 1 – Perfil sanitario del Sudan.



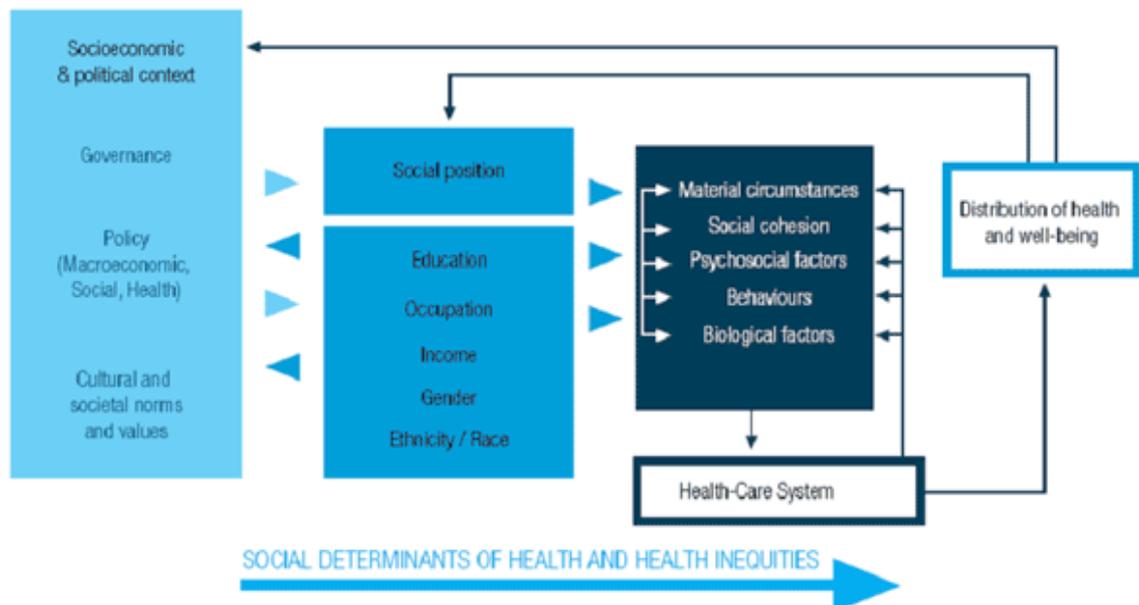
## Sudan: health profile



**TAV. 2 – Determinanti della salute (USA).**



**TAV. 3 – Determinanti sociali della salute e delle diseguaglianze nella salute.**



## BIBLIOGRAFIA

APPIAH, Kwame Anthony, *Cosmopolitanism: Ethics in a World of Strangers*, Norton & Company, New York-London 2006; tr. it. *Cosmopolitismo. L'etica in un mondo di estranei*, Laterza, Roma-Bari 2007.

BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 1979; tr. it. di S. Buonazia, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 2009.

BERLIN, Isaiah, *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press, Oxford 1969; tr. it. di M. Santambrogio, *Quattro saggi sulla libertà*, Feltrinelli, Milano 1989.

BERLIN, Isaiah, *Two Concepts of Liberty*, in *Four Essays on Liberty*, Oxford University Press, Oxford 1969; tr. it. di M. Santambrogio, *Due concetti di libertà*, Feltrinelli, Milano 2000.

BOBBIO, Norberto, *Giusnaturalismo e positivismo giuridico*, Edizioni di Comunità, Milano 1972 (Laterza 2011).

BOBBIO, Norberto – BOVERO, Michelangelo, *Società e stato nella filosofia politica moderna*, Il Saggiatore, Milano 1984.

BOBBIO, Norberto – PONTARA, Giuliano – VECA, Salvatore, *Crisi della democrazia e neo-contrattualismo*, Editori Riuniti, Roma 1984.

BOBBIO, Norberto, *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino 1990 (2005).

BORSELLINO, Patrizia, *Bioetica tra "moralì" e diritto*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.

CALLAHAN, Daniel, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon & Schuster, New York 1990 (Georgetown University Press, 1995).

CALLAHAN, Daniel, *False Hopes. Why Americas Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*, Simon & Schuster, New York 1998; tr. it. di R. Rini, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano 2009.

CASSESE, Antonio, (a cura di P. Gaeta), *Diritto internazionale. Problemi della comunità internazionale*, vol. 2, Il Mulino, Bologna 2004.

CATTORINI, Paolo – MORDACCI, Roberto – REICHLIN, Massimo, *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996.

CATTORINI, Paolo, *Etica e giustizia in sanità. Questioni filosofiche, principi operativi, assetti organizzativi*, Franco Angeli, Milano 1998.

CHARLESWORTH, Max, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, Cambridge 1993; tr. it di G. Gozzini, *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli, Roma 1996.

CIAURRO, Luigi – MARCHESI, Antonio, *Introduzione ai diritti umani. A cinquant'anni dalla Dichiarazione Universale*, Edizioni Cultura della Pace, Firenze 1998.

COSMACINI, Giorgio, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2003.

CREMASCHI, Sergio, *L'etica del Novecento. Dopo Nietzsche*, Carocci, Roma 2006.

DANIELS, Norman, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge 1985 (1995).

DWORKIN, Ronald, *Taking Rights Seriously*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1977; tr. it. *I diritti presi sul serio*, Il Mulino, Bologna 2010.

DWORKIN, Ronald, *Law's Empire*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1986; tr. it. *L'impero del diritto*, Il Saggiatore, Milano 1994.

DWORKIN, Ronald – MAFFETTONE, Stefano, *I fondamenti del liberalismo*, Laterza, Roma-Bari 1996 (2008).

EASTERLY, William, *The Elusive Quest for Growth: Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics*, The MIT Press, Cambridge (USA) 2002; tr. it. *Lo sviluppo inafferrabile: l'avventurosa ricerca della crescita economica nel Sud del mondo*, Mondadori, Milano 2006.

EASTERLY, William, *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*, Penguin Press, New York 2006; tr. it. di M.

Faillo, *I disastri dell'uomo bianco: perché gli aiuti dell'Occidente al resto del mondo hanno fatto più male che bene*, Mondadori, Milano 2007.

*Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Garzanti, Milano 1981 (2010).

ENGELHARDT, Hugo Tristram, Jr., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford 1996; tr. it. di S. Rini, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999.

ESPOSITO, Roberto, *Bios. Biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino 2004.

FERRANTI, Giampaolo – MAFFETTONE, Sebastiano (a cura di), *Introduzione alla bioetica*, Liguori, Napoli 1992.

GERT, Bernard – CULVER, Charles M. – CLOUSER, K. Danner, *Bioethics: A Return To Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997.

GRANT, Jim P., *The State of the World's Children 1982-83*, Published for UNICEF, Oxford University Press, New York 1982.

GRANT, Jim P., *The State of the World's Children 1989*, Published for UNICEF, Oxford University Press, New York 1989.

Gruppo Solidarietà Africa Onlus, *Va tutto bene. Grazie! Il diritto alla salute nel mondo mal-sviluppato*, Tecnografica snc, Como 2009.

HARE, Richard Mervyn, *Moral Thinking. Its Levels, Method and Point*, Oxford University Press, New York 1981; tr. it. di S. Sabattini, *Il pensiero morale. Livelli, metodi, scopi*, Il Mulino, Bologna 1989.

HARSANYI, John Charles, (a cura di S. Morini), *L'utilitarismo*, Il Saggiatore, Milano 1995.

KANT, Immanuel, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (1785); tr. it. di F. Gonnelli, *Fondazione della metafisica dei costumi*, Laterza, Roma-Bari 2010.

KANT, Immanuel, *Kritik der praktischen Vernunft* (1788); tr. it. di F. Capra, *Critica della ragion pratica*, Laterza, Roma-Bari 2010.

KELSEN, Hans, *Reine Rechtslehre. Einleitung in Die Rechtswissenschaftliche Problematik*, Wien 1934; trad. it. di R. Treves, *Lineamenti di dottrina pura del diritto*, Einaudi, Torino 2000.

LECALDANO, Eugenio, *Bioetica. Le scelte morali*, Editori Laterza, Roma-Bari 2004 (2009).

LECALDANO, Eugenio, *Dizionario di bioetica*, Editori Laterza, Roma-Bari 2007.

LIFTON, Robert J., *The Nazi Doctors: Medical Killing And The Psychology Of Genocide*, Basic Books, New York 1986 (2000); tr. it. di L. Sosio, *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, Rizzoli, Milano 1988.

LOCKE, John, *Two Treatises of Government* (1690); tr. it. a cura di L. Pareyson, *Due trattati sul governo*, Utet, Torino 2010.

MACIOCCO, Gavino, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008.

MARCON, Giulio, *Le ambiguità degli aiuti umanitari. Indagine critica sul Terzo settore*, Feltrinelli, Milano 2002.

MCKIE, John – RICHARDSON, Jeff – SINGER, Peter, et al., *The Allocation of Health Care Resources: An Ethical Evaluation of the 'QALY' Approach*, Aldershot, Ashgate 1998.

MOORE, George Edward, *Principia Ethica*, Cambridge University Press, Cambridge 1903; tr. it. di G. Vattimo, *Principia Ethica*, Bompiani, Milano 1964.

MORDACCI, Roberto, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.

MOYO, Dambisa, *Dead Aid: Why Aid Is Not Working and How There is Another Way for Africa*, Farrar, Straus and Giroux, New York 2009; tr. it. di L. Lanza e P. Vicentini, *La carità che uccide. Come gli aiuti dell'Occidente stanno devastando il Terzo mondo*, Rizzoli, Milano 2010.

NAGEL, Thomas, *The Problem of Global Justice*, in «Philosophy and Public Affairs», 33 (2), 2005, pp. 113-147, Blackwell Publishing, Inc., Oxford; tr. it di G. Pellegrino, *È possibile una giustizia globale?*, Laterza, Roma-Bari 2009.

NESPOR, Stefano – SANTOSUOSSO, Amedeo – SATOLLI, Roberto, *Vita morte e miracoli. Medicina, genetica, diritto: conflitti e prospettive*, Feltrinelli, Milano 1992.

NOZICK, Robert, *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York 1974; tr. it. di G. Ferranti, *Anarchia, stato e utopia. Quanto stato ci serve?*, Il Saggiatore, Milano 2000 (2008).

NUSSBAUM, Martha, *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (USA) 2006; tr. it. *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna 2007.

PIGOU, Arthur Cecil, *The Economics of Welfare*, Macmillan, London 1920; trad. it. *L'economia del benessere*, Utet, Torino 1968.

POGGE, Thomas, *World Poverty and Human Rights. Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*, II ed. Polity Press, Cambridge (UK) 2008; tr. it. a cura di Luigi Caranti, *Povert  mondiale e diritti umani. Responsabilit  e riforme cosmopolite*, Laterza, Bari 2010.

RAWLS, John, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1971; tr. it. di U. Santini, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 2010.

RAWLS, John, *The Law of Peoples*, Harvard University Press, Cambridge (USA) 1999; tr. it. di G. Ferranti, *Il diritto dei popoli*, (a cura di S. Maffettone), Edizioni di Comunit , Torino 2001.

RAWLS, John, *Justice as Fairness: a Restatement*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge (USA) 2001; tr. it. di G. Rigamonti, *Giustizia come equit . Una riformulazione*, Feltrinelli, Milano 2002.

SACHS, Jeffrey D., *The End of Poverty: Economic Possibilities for Our Time*, Penguin Press, New York 2005; tr. it. di P. Canton, *La fine della povert . Come i paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria dal pianeta*, Mondadori, Milano 2005.

SANDEL, Michael J., *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge University Press, Cambridge 1982; tr. it. *Il liberalismo e i limiti della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1994.

SEN, Amartya K., *Choice, Welfare and Measurement*, Basil Blackwell, Oxford 1982; tr. it. di F. Delbono, V. Denicol , G. Gozzi, *Scelta, benessere, equit *, Il Mulino, Bologna 1986 (2006).

SEN, Amartya K. – WILLIAMS, Bernard (a cura di), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, Cambridge 1982; tr. it. *Utilitarismo e oltre*, Net, Milano 2002.

SEN, Amartya K., *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford 1999; tr. it. di G. Rigamonti, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano 2001.

SGRECCIA, Elio – SPAGNOLO, Antonio G., *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*, Vita e pensiero, Milano 1996.

SINGER, Peter, *Rethinking Life and Death*, Text Publishing Co., Melbourne 1994; tr. it. di S. Rini, *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano 2000.

SINGER, Peter, *Writings on an Ethical Life*, Harper Perennial, New York 2001; tr. it. *La vita come si dovrebbe*, Il Saggiatore, Milano 2001.

SINGER, Peter, *One World: The Ethics of Globalization*, Yale University Press, London 2002; tr. it. di P. Cavalieri, *One World. L'etica della globalizzazione*, Einaudi, Torino 2003.

SINGER, Peter, *The Life You Can Save: Acting Now to End World Poverty*, Random House, New York 2009; tr. it. *Salvare una vita si può*, Il Saggiatore, Milano 2009.

STEINBOCK, Bonnie (a cura di), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford 2007.

STIGLITZ, Joseph E., *Making Globalization Work*, W. W. Norton & Company, New York 2006; tr. it. di D. Cavallini, *La globalizzazione che funziona*, Einaudi, Torino 2006.

UNGER, Peter K., *Living High and Letting Die: Our Illusion of Innocence*, Oxford University Press, Oxford 1996.

VIOLA, Francesco, *Etica e metaetica dei diritti umani*, Giappichelli Editore, Torino 2000.

WALDRON, Jeremy, *Nonsense upon Stilts: Bentham, Burke and Marx on the Rights of Man*, Methuen, London-New York 1988.

WALZER, Michael, *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, Basic Books, New York, 1983; trad. it. di G. Rigamonti, *Sfere di giustizia*, Feltrinelli, Milano 1987. (Laterza 2008).

YUNUS, Muhammad, *Vers un monde sans pauvreté*, Éditions Jean-Claude Lattès, Paris 1997; tr. it. di E. Dornetti, *Il banchiere dei poveri*, Feltrinelli, Milano 2008.

## Articoli e Documenti

CALLAHAN, Daniel, *The WHO Definition of 'Health'*, «The Hastings Center Studies», Vol. 1, n. 3, The Concept of Health, 1973, pp. 77-87.

CHAN, Margaret, *Return to Alma-Ata*, «Lancet», Vol. 372, 2008, pp. 865-866.

CLOUSER, K. Danner – GERT, Bernard, *A Critique of Principlism*, «Journal of Medicine and Philosophy», Vol. 15, 1990, pp. 219-236.

COBURN, David, *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism*, «Social Science & Medicine», Vol. 51, 2000, pp. 135-146.

DAY, Michael, *Many Africans stop HIV treatment because of cost and travel*, «British Medical Journal», Vol. 335, 2007, pp. 848-849.

EMERGENCY, *Manifesto per una Medicina basata sui Diritti Umani*, 15 Maggio 2008.

FORDE, Ian – RAINE, Rosalind, *Placing the individual within a social determinants approach to health inequity*, «Lancet», Vol. 372, 2008, pp. 1694-1696.

FRIEL, Sharon – MARMOT, Michael – MCMICHAEL, Anthony J. – KJELLSTROM, Tord – VÅGERÖ, Denny, *Global health equity and climate stabilization: a common agenda*, «Lancet», Vol. 372, 2008, pp. 1677-1683.

HSIAO, William – HELLER, Peter S., *What should macroeconomists know about health care policy?*, International Monetary Fund, Working Paper n. 07/13, 2007.

MATERIA, Enrico, *Dell'ospedale cardiocirurgico di Emergency a Khartoum*, «Politiche sanitarie», Vol. 9, n. 3, Luglio-Settembre 2008, pp. 139-142.

Ministero della Salute, *Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente*, Roma, 8 febbraio 2007.

MISSONI, Eduardo, *La Cooperazione sanitaria italiana: problemi, prospettive*, «Giornale italiano di Medicina Tropicale», Vol. 3, nn. 1-2, 1998, pp. 27-35.

MØGEDAL, Sigrun – STENSON, Bo, *Disease eradication: friend or foe to the health system?*, WHO, Geneva 2000.

NCAYIYANA, Dan J., *Combating poverty: the charade of development aid*, «British Medical Journal», Vol. 335, 2007, pp. 1272-3.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, 2 March 2005.

OECD, *Accra Agenda for Action*, 4 September 2008.

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, *From Alma Ata to the Global Fund: the History of International Health Policy*, «Social Medicine», Vol. 3, n. 1, January 2008.

PELLIS, Giorgio, *Un ospedale cardiocirurgico a Khartoum. Riflessioni di un chirurgo*, «Salute e sviluppo», n. 3, 2006.

PIETROGRANDE, Eugenia, *Indagine sulla cooperazione sanitaria internazionale delle Regioni italiane*, Cespi Working Papers, 50/2008.

POGGE, Thomas W., *What is Global Justice?*, University of Oslo, 11 September 2003, Morning Lecture.

SACHS, Jeffrey D., *The art of medicine. The MDG decade: looking back and conditional optimism for 2015*, «Lancet», Vol. 376, 2010, pp. 950-951.

STARFIELD, Barbara – SHI, Leiyu – MACINKO, James, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, «The Milbank Quarterly», Vol. 83, n. 3, 2005, pp. 457-502.

STARFIELD, Barbara, *The hidden inequity in health care*, «International Journal for Equity in Health», Vol. 10, 2011, p. 15.

UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 October 2005.

United Nations General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948.

United Nations High Commissioner for Human Rights, *Intellectual property rights and human rights*, Sub-Commission on Human Rights resolution 2000/7, 17 August 2000.

United Nations General Assembly, *United Nations Millennium Declaration*, 8 September 2000.

United Nations, *Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases*, 27 April 2001.

United Nations, *The Millennium Development Goals Report*, United Nations, New York 2011.

WALSH, Julia A. – WARREN, Kenneth S., *Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries*, «New England Journal of Medicine», Vol. 301, 18, 1979, pp. 967-974.

WALT, Gill, *Globalization of international health*, «Lancet», Vol. 351, 1998, pp. 434-437.

WHITEHEAD, Margaret – DAHLGREN, Göran – EVANS, Timothy, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, «Lancet», Vol. 358, 2001, pp. 833-836.

WHO, *Constitution of the World Health Organization*, New York, 22 July 1946.

WHO – UNICEF, *Declaration of Alma-Ata*, 12 September 1978.

WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, 21 November 1986.

WHO, *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, Indonesia, 25 July 1997.

WHO, *Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Bangkok, 7-11 August 2005.

WHO, *Engaging for Health: 11th General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda*, May 2006.

WHO, *The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, WHO, Geneva 2010.

WHO, *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011.

WOODWARD, David – DRAGER, Nick – BEAGLEHOLE, Robert – LIPSON, Debra, *Globalization and health: a framework for analysis and action*, «Bulletin of the World Health Organization», Vol. 79, n. 9, 2001, pp. 875-881.

The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, Washington D.C., USA 1987.

The World Bank, World Development Report 1993, *Investing in Health*, Washington D.C., USA, 1993.

WTO, *Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights*, 15 April 1994.

WTO, *General Agreement on Trade and Services*, 1 January 1995.

WTO, *Declaration on the TRIPS Agreement and public health*, 14 November 2001.

## **Ringraziamenti**

Ringrazio innanzitutto il Professor Massimo Reichlin, che ha seguito con generosità e attenzione tutta la stesura della mia tesi. A lui vanno la mia stima e una sincera gratitudine, non soltanto per la sua supervisione, ma anche per i suoi incoraggiamenti.

Ringrazio Giulio Cristoffanini per il tempo che mi ha dedicato, spiegandomi con passione il lavoro di Emergency e aiutandomi a capire più in profondità molti punti. Grazie anche a tutti coloro che, lavorando nella sede di Milano, mi hanno fornito consigli e materiale utile sull'Ong.

Come sempre, sono in debito con la mia famiglia per il suo sostegno.