

LA SALUTE GLOBALE
TRA BENI PUBBLICI, DIRITTI COLLETTIVI E CAPABILITY

Nicolò Bellanca*

Global Health among Public Goods, Collective Rights, and Capabilities

Abstract

In this essay we look at global health as a public good, a collective right, and a human capability. On the one hand, we propose an analysis which is necessarily multi-disciplinary, as the three concepts originally stem from different disciplines. Indeed, while the concept of public good stems from the field of economic science, the concept of rights refers to the fields of law and political science, and that of capabilities finds its roots mainly in the field of ethics. On the other hand, we also suggest that to a great extent the three arguments converge to shape a new paradigm of interpretation, analysis and policy.

Keywords: Global Health, Public Good, Human Rights, Capability.
JEL Classification: I18; I38; O15.

* Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Firenze, e Laboratorio ARCO (Action Research for Co-Development); e-mail: bellanca@unifi.it Ringrazio Mario Biggeri, Francesca Marchetta e Andrea Rapisardi per i commenti; resta mia la responsabilità.

1. SULLA DEFINIZIONE DI "SALUTE GLOBALE"

La "salute globale" è una nuova espressione – a cui ancora non corrisponde una definizione consolidata e condivisa – che si riferisce ai fenomeni e alle determinanti trans-locali della salute. La Tabella 1 (tratta da Koplan *et al.*, 2009) marca le differenze rispetto ai termini tradizionali di salute pubblica e salute internazionale.

Tabella 1

	Global health	International health	Public health
Geographical reach	Focuses on issues that directly or indirectly affect health but that can transcend national boundaries	Focuses on health issues of countries other than one's own, especially those of low-income and middle-income	Focuses on issues that affect the health of the population of a particular community or country
Level of cooperation	Development and implementation of solutions often requires global cooperation	Development and implementation of solutions usually requires binational cooperation	Development and implementation of solutions does not usually require global cooperation
Individuals or populations	Embraces both prevention in populations and clinical care of individuals	Embraces both prevention in populations and clinical care of individuals	Mainly focused on prevention programmes for populations
Access to health	Health equity among nations and for all people is a major objective	Seeks to help people of other nations	Health equity within a nation or community is a major objective
Range of disciplines	Highly interdisciplinary and multidisciplinary within and beyond health sciences	Embraces a few disciplines but has not emphasised multidisciplinary	Encourages multidisciplinary approaches, particularly within health sciences and with social sciences

Table: Comparison of global, international, and public health

Questa caratterizzazione richiede, a nostro avviso, qualche commento e integrazione. In estrema sintesi, la nozione di salute globale si distingue per quattro aspetti: l'idea di salute, l'esame di un sistema-oggetto che è immediatamente planetario, il ricorso a metodi di analisi multidisciplinari e la ricerca di soluzioni che siano esse stesse globali.

La "salute" viene intesa come una condizione di compiuto benessere fisico, mentale e sociale. Si tratta di un'accezione ben più ricca e comprensiva di quella espressa dal concetto di sanità, ma non priva di problemi. Si può star bene (in salute) per questa o quella cosa; per la sensazione che la nostra vita va per il meglio; oppure perché siamo soddisfatti della nostra vita nel suo complesso (Nozick 1989, pp.111-12). Le tre prospettive coincidono qualora la salute sia concepita come uno stato finale, ovvero come una fotografia istantanea, mentre divergono se la salute è vista come un percorso, nel quale contano sia la distribuzione temporale della salute – ad esempio, preferiamo di solito una vita di crescente salute, ad una di decrescita, a parità di somma totale – sia le aspettative sui periodi successivi, sia i nostri eventuali cambiamenti identitari (Ivi, pp.121 e 105). Queste difficoltà non sembrano ricevere adeguata attenzione in letteratura.

Il secondo aspetto segna il passaggio da livelli d'analisi locali o internazionali al livello globale. Pur in modi contraddittori e conflittuali, il mondo sta realizzando forme

di *governance* economica, giuridica e politica che sono multistratificate e multiterritoriali; i governi e le imprese nazionali/locali continuano a incidere, ma la loro dinamica è ormai plasmata da traiettorie direttamente sovra-nazionali/locali (Held 2004). Analogamente al proverbio secondo cui da un bue traiamo tante bistecche, ma da tante bistecche non otteniamo un bue, questo è un passaggio d'epoca che richiede la riformulazione dell'intero framework concettuale: il problema non è più la costruzione di un ordine (economico, giuridico, politico) planetario mediante le sue parti, bensì la possibilità che il sistema-mondo, già esistente, sia un ordine. Molto spesso nella letteratura sulla salute globale questa radicale esigenza non è adeguatamente affrontata, ricadendo nell'indagine delle "bistecche".

Il terzo aspetto è la multidisciplinarietà. Al riguardo è importante rendersi consapevoli che questa metodica scaturisce proprio dalla natura globale dei temi, e quindi dalla fitta rete d'interdipendenze sistemiche con cui i temi si presentano. Consideriamo ad esempio la recente letteratura economica sul declino del tasso di mortalità. Come osserva Angus Deaton (2004, p.94): «While income makes many things possible in the long run, the more important proximate determinants of mortality decline are clean water, health systems – adequately financed and operated – and basic sanitary knowledge. The provision of the last two has much to do with education, particularly the education of women, and all seem to depend on the active participation of the population in health matters. To this "integrated" route to mortality decline, many would add the "vertical" and externally driven (by the WHO and other international agencies) disease eradication campaigns against malaria, smallpox, river blindness, and polio, as well as the later campaigns for immunization, breast-feeding, growth monitoring, and oral rehydration therapy. All of these routes to mortality decline have been effective, and sometimes have been so in the absence of economic growth». Pertanto, uno tra i più autorevoli economisti dello sviluppo riconosce che non ci si può più dedicare alla disamina specifica di un tema, senza tirare in ballo, per il loro ruolo causale, svariate dimensioni extraeconomiche. In particolare, una buona analisi economica della salute non può rimanere entro gli steccati delle determinanti economiche e degli strumenti con cui le si modella. La multidisciplinarietà nasce dalle cose.

Infine, occorre cercare risposte che, per essere all'altezza delle sfide, siano esse stesse di livello globale. Un esempio di (relativo) successo è il Fondo globale per la lotta ad AIDS, tubercolosi e malaria che viene creato nel 2001, quando «i governi dei paesi donatori, la Banca mondiale e il settore privato avevano dimostrato di non

essere in grado di organizzare una risposta efficace alla pandemia di AIDS nell'ambito delle istituzioni esistenti» (Sachs 2008, p.324). Esso ha permesso ai governi dei paesi del Sud di accedere direttamente e in modo trasparente alle risorse, finanziando programmi in 132 paesi, distribuendo (a metà 2007) più di 30 milioni di zanzariere, sottoponendo a terapia antiretrovirale oltre un milione di persone e curando dalla TBC circa tre milioni di persone¹. Soprattutto, esso ha contribuito a farci constatare che è quella la strada da seguire nel confronto con molti altri problemi della salute.

Alla luce della definizione avanzata, non può stupire che oggi la nozione di salute globale sia dibattuta all'intersezione di alcune tra le più fertili ed innovative letterature delle scienze sociali. Qui richiameremo quelle sui beni pubblici globali, sui diritti collettivi e sulle capability. Per un verso tenteremo di presentare l'una accanto all'altra elaborazioni multidisciplinari, posto che il filone dei beni pubblici nasce in seno alla scienza economica, quello dei diritti entro la giurisprudenza e la politologia, mentre quello delle capability si radica principalmente nella filosofia etica. Per l'altro verso inizieremo a mostrare come queste linee di argomentazione siano profondamente convergenti, dando gradualmente forma ad un nuovo paradigma interpretativo, analitico e di policy.

2. I BENI PUBBLICI GLOBALI

Schematizzando molto, i beni economici si articolano in quattro categorie: quelli privati, quelli pubblici, quelli privati impuri e quelli pubblici impuri. Un posto sull'aeroplano è un bene privato, poiché se lo uso io non ne godete voi. L'esclusione può realizzarsi tramite un prezzo, un diritto di proprietà, un vincolo tecnologico o istituzionale. Il teatro "La Pergola" è un bene privato impuro o, come si dice, bene di club. Ne fruiscono coloro che lo finanziano e soltanto loro. Biglietti, abbonamenti o sovvenzioni private sono modi per evitare che l'entrata sia libera e che avvenga un eccessivo affollamento. Tutti gli spettatori fruiscono per intero del piacere di *Romeo e Giulietta*, poiché la barriera all'entrata ha assicurato che il beneficio per uno non riduca il beneficio per gli altri. Un territorio ricco di petrolio costituisce un bene pubblico impuro. Se singole imprese possiedono in via esclusiva i vari appezzamenti

¹ «Il successo del Fondo globale è particolarmente notevole perché è giunto in seguito a un'ondata di polemiche, scetticismo e opposizione. [...] Sei anni dopo, tutti questi dubbi e timori si sono dimostrati privi di fondamento: gli africani hanno rispettato i regimi terapeutici, la resistenza ai farmaci non è aumentata, le zanzariere sono state usate correttamente e solo poche sono state rubate o accaparrate» (Sachs 2008, pp.325-26).

dell'area, accade che il mio giacimento sia in effetti, nel sottosuolo, adiacente al tuo, che controlli l'appezzamento vicino, e se io mi affretto a estrarre tutto il petrolio mi prendo anche il tuo. Se piuttosto l'intera area appartiene ad una collettività, ossia è una "risorsa comune" (*common*), il petrolio è disponibile liberamente per ciascun membro della collettività, ma la difficoltà ritorna, poiché più voi lo estraete, meno ne rimane per me. L'ultima categoria di beni economici contiene il bene pubblico puro. Esso è non-rivale come il bene di club e non-escludibile come il *common*. Un esempio è l'illuminazione stradale fornita dai lampioni del Comune. Una volta attivato un lampione, tutti coloro che transitano in quella strada possono usufruirne (non-escludibilità). Inoltre il consumo di un soggetto non altera la possibilità di consumo di un altro: se dieci pedoni fruiscono dell'illuminazione, ciò non riduce il beneficio che un undicesimo passante può ottenere dal lampione (non-rivalità). Il bene pubblico non può essere prodotto da un singolo soggetto privato, poiché dando luogo a vantaggi o svantaggi (esternalità) per altri soggetti, il suo fornitore *non* potrebbe ripagarsi applicando il meccanismo dei prezzi: come potrebbe il gestore dell'illuminazione stradale ottenere dal libero mercato un pagamento da ogni pedone che passa? Dovrebbe ricorrere a mezzi di natura extramercantile: ad esempio, dotarsi di vigili con le quali intercettare ciascun cittadino per riscuotere il pedaggio.

Consideriamo adesso i beni pubblici di secondo livello. Ad esempio, il faro del porto turistico di Rosignano è un bene pubblico per coloro che fruiscono di quel porto (questi, cioè, lo utilizzano tutti per l'intero suo valore); nel contempo però esso genera esternalità che traboccano lungo l'intera costa livornese, fornendo servizi (sebbene solo per una certa *frazione* del suo valore) anche a barche che non si servono del porto di Rosignano (e che quindi *non debbono* comunque contribuirvi). Quel faro è dunque bene pubblico *puro* per i rosignanesi; ed è un'esternalità positiva (che entra *in parte* nella funzione di utilità oppure di profitto) per i livornesi. Si può anche dire: è bene pubblico di *primo livello* nei riguardi dell'unità spazio-temporale che lo finanzia e lo usa pienamente, mentre è bene pubblico di *secondo livello* nei confronti di soggetti che in parte di esso fruiscono ma che stanno fuori da quell'unità. I *beni pubblici globali* costituiscono il caso-limite dei beni appena menzionati: essi entrano per l'intero loro valore nelle funzioni di utilità o profitto *anche* degli utenti di secondo livello. O meglio: non possiamo più distinguere fra primo e secondo livello. Siamo davanti ad un'unità spazio-temporale priva di confini; essa include l'intero pianeta e lo spazio stellare fruibile, nonché la nostra e le future generazioni. «I beni pubblici globali sono beni pubblici i cui benefici – o costi, nel caso di "mali" quali il

crimine e la violenza – si estendono su regioni e nazioni, su gruppi ricchi e poveri della popolazione, e anche sulle generazioni. In parte, i beni e i mali pubblici globali sono un risultato della globalizzazione. Ad esempio, non appena i mercati finanziari si sono integrati, quella che un tempo sarebbe stata una crisi finanziaria locale può diventare internazionale, se non adeguatamente controllata fin dal suo nascere. [...] Ma essi costituiscono pure importanti direttrici della globalizzazione. Consideriamo il sistema civile internazionale dell'aviazione. Gli aeroplani non potrebbero viaggiare intorno al pianeta con rapidità e sicurezza se non venissero pienamente armonizzati i servizi e le infrastrutture delle amministrazioni civili nazionali. La gestione della globalizzazione dipende ampiamente dalla fornitura di beni pubblici globali» (Kaul *et al.*, 2003, p.3). L'accesso universale all'istruzione di base e alle cure mediche, la pace e la sicurezza mondiale, la gestione delle maggiori risorse naturali, la stabilità finanziaria, l'efficienza internazionale dei mercati, la disponibilità di arene per negoziazioni multilaterali tra Stati e tra attori privati, l'armonizzazione di regole e istituzioni, sono alcuni tra i più auspicabili beni pubblici globali. I metodi standard per la fornitura di beni pubblici a livello regionale o nazionale, non si applicano quando ci riferiamo a *beni non-escludibili che attraversano i confini e le generazioni*. Mentre infatti i governi ricorrono alla coercizione per ottenere il pagamento di imposte e tasse, nessuna autorità cosmopolitica è oggi in grado di imporre la fornitura di beni pubblici globali, i quali, se e quando emergono, derivano spesso da contribuzioni volontariamente negoziate da soggetti locali o nazionali, politici o civili.

Questa premessa concettuale ci porta alla salute globale. Essa è un bene pubblico globale, in quanto, in larga misura, è qualcosa di cui tutti possono usufruire senza diminuirne l'accessibilità per gli altri. Un povero paese del Sud può ad esempio trarre beneficio dal controllo delle malattie infettive contemporaneamente ad un ricco paese del Nord agli Stati Uniti, senza diminuire per questo i benefici dell'altro paese. La Tabella 2 riassume le maggiori dimensioni della salute come bene pubblico globale.

TABELLA 2. SALUTE E CAMBIAMENTI GLOBALI²

Global transnational factor	Consequences and probable impact on health status
<i>Macroeconomic</i>	
Structural adjustment policies and downsizing	Marginalization, poverty, inadequate social safety nets ^a
Structural and chronic unemployment	Higher morbidity and mortality rates ^b
<i>Trade</i>	
Trade of tobacco, alcohol and psychoactive drugs	Increased marketing, availability and use ^b
Dumping of unsafe or ineffective pharmaceuticals	Ineffective or harmful therapy ^b
Trade of contaminated foodstuffs and feed	Spread of infectious diseases across borders ^b
<i>Travel</i>	
More than 1 million people crossing borders every day	Infectious disease transmission and export of harmful lifestyles (such as high-risk sexual behavior) ^c
<i>Migration and demographic</i>	
Increased refugee populations and rapid population growth	Ethnic and civil conflict and environmental degradation ^c
<i>Food security</i>	
Increased demand for food in rapidly growing economies (such as those in Asia)	Structural food shortages as less food aid is available and the poorest countries are unable to pay hard currency ^b
Increase in global food trade continuing to outstrip increases in food production, and food aid continuing to decline	Food shortages in marginalized areas; increased migration and civil unrest ^a
<i>Environmental degradation and unsustainable consumption patterns</i>	
Resource depletion, especially access to fresh water	Global and local environmental health impact ^b Epidemics and potential violence within and between countries
Water and air pollution	Introduction of toxins into human food chain and respiratory disorders; Immunosuppression, skin cancers and cataracts
Ozone depletion and increases in ultraviolet radiation	Major shifts in infectious disease patterns and vector distribution, death from heat waves, increased trauma due to floods and storms and worsening food shortages and malnutrition in many regions
Accumulation of greenhouse gases and global warming	
<i>Technology</i>	
Patent protection of new technologies under trade-related intellectual property rights agreements	Benefits of new technologies developed in the global market are unaffordable to the poor ^c
<i>Communications and media</i>	
Global marketing of harmful commodities such as tobacco	Active promotion of health-damaging practices ^b
<i>Foreign policies</i>	
Policies based on national self-interest, xenophobia and protectionism	Threat to multilateralism and global cooperation required to address shared transnational health concerns ^c

a. Possible short-term problem that could reverse in time

b. Long-term negative impact

c. Great uncertainty

² Tabella tratta da Chen *et al.*, (1999, pp.286-287).

Possiamo individuare meccanismi che facilitino la produzione e il finanziamento di un bene pubblico globale (Sandler, 2010). I modi con cui le contribuzioni individuali al bene pubblico determinano la quantità totale di bene disponibile per il consumo sono chiamati le "tecnologie di offerta". Finché assumiamo una "tecnologia additiva", per la quale ogni euro versato da un soggetto incide in egual misura sul livello totale del bene, il paradosso del *free riding* emerge con naturalezza: perché dovrei partecipare, se tanti altri possono farlo e se la mia spesa è rimpiazzabile da un qualsiasi altro apporto? Il paradosso appare invece abbordabile se ipotizziamo una "tecnologia del colpo ottimo": un meccanismo alternativo che rende conveniente la contribuzione del bene pubblico ai soggetti ricchi e organizzati, lasciando i soggetti poveri e frammentati nella comoda posizione di "viaggiare (quasi) gratis". Ciò può succedere quando l'ammontare di bene pubblico dipende dal più grande tra i contributi versati. Consideriamo ad esempio i tentativi per curare una malattia: qui vale, in definitiva, il solo sforzo di chi scopre la terapia. Il primo arrivato vince per tutti gli altri; il contributo di un soggetto qualsiasi non costituisce pertanto – come avviene con la tecnologia additiva – un perfetto sostituto di quello di un altro soggetto. Poiché le possibilità di successo sono di solito positivamente correlate alla quantità e qualità delle risorse, il "colpitore ottimo" è spesso uno dei soggetti più ricchi, mentre può risultare inutile o addirittura controproducente trasferire risorse verso i soggetti poveri: se la ripartizione di reddito e ricchezza diventa più livellata, l'offerta di bene pubblico può in questo caso ridursi. Ne discende che i soggetti consapevoli di non rientrare tra quelli in grado di assestare il colpo vincente, possono disinteressarsi dell'obiettivo comune.

Una seconda modalità è rappresentata dalla "tecnologia dell'anello più debole", per cui è il minore tra i contributi a stabilire il livello di bene pubblico a disposizione dell'intero gruppo. Pensiamo ad una malattia contagiosa: il suo contenimento dipende dalla nazione che meno s'impegna. Anche stavolta i soggetti più forti sono stimolati a collaborare con i deboli; i soggetti deboli, tuttavia, possono trovare conveniente l'assenteismo, nella convinzione che gli altri dovranno aiutarli.

Una terza importante modalità è la tecnologia *threshold*, la quale dà origine ad un «dilemma a soglia (*step-level public good*)», utile per studiare la costruzione e salvaguardia di beni pubblici la cui esistenza dipende dal superamento di un certo livello di cooperazione. Se, per esempio, un'associazione benefica intende costruire un ospedale sulla base di donazioni private, la costruzione potrà iniziare solo se i fondi raccolti sono sufficienti a garantire l'apertura dei cantieri. La caratteristica di questo

tipo di dilemma sociale è che il vantaggio collettivo associato alla cooperazione non è direttamente proporzionale all'ammontare di cooperazione, in quanto potrebbe risultare nullo allorquando la soglia necessaria per produrre il bene pubblico non sia superata» (Gallucci 2004, p.209).

La Tabella 3 (tratta da Sandler 2004, p.110) illustra come questi tre meccanismi, e altri ad essi vicini, si applicano al tema della salute pubblica, nonché alcune loro implicazioni di policy. La Tabella 4 (Ivi, p.113) sintetizza piuttosto i vari tipi di istituzioni che parzialmente tentano di fornire la salute come bene pubblico globale. Mentre la prima Tabella mostra alcuni tra i principali percorsi lungo i quali l'azione collettiva globale può, in tema di salute, essere facilitata, l'altra smentisce l'idea, spesso associata all'analisi dei beni pubblici globali, secondo cui, scaturendo tali beni da unità spazio-temporali prive di confini, la soluzione di policy che richiedono è la creazione di una sorta di Sistema Sanitario Globale. Al contrario, la lezione teorica ed empirica che si trae dallo studio dei beni pubblici globali è che i loro costi di coordinamento aumentano (non di rado, in modo più che proporzionale) all'aumentare della dimensione e dell'eterogeneità del gruppo; occorre dunque – per riuscire, al meglio, a produrli, fornirli e finanziarli – un'organizzazione poliarchia e policentrica (Olson, 1969; Sandler, 1997; Bellanca, 2007), ovvero, per un tema come la salute pubblica globale, occorre «un progetto per l'unione volontaria e revocabile di istituzioni governative e metagovernative, con il potere coercitivo di ultima istanza distribuito tra i diversi attori e sottoposto al controllo giudiziario delle già esistenti e opportunamente riformate istituzioni internazionali» (Archibugi 2009, p.130).

TABELLA 3. MODI DI PROMUOVERE LA SALUTE PUBBLICA COME BENE PUBBLICO GLOBALE

Aggregation Technology	Infectious Diseases	Noninfectious Diseases	Public Policy Implications
<i>Summation</i> : public good levels equal the sum of individual contributions	Educating the public about transmission	Educating the public about screening	Need for international cooperation for infectious disease. Some international assistance is required for non-infectious disease if country is poor.
<i>Weakest link</i> : only the smaller provision level determines the public good level	Providing prophylactic measures	Sharing information in a network	When the countries have similar income, little intervention is required. If, however, standards for infectious diseases cannot be met by poor countries, rich ones will have to bolster the poor's capacity to contribute. This is more of a concern for infectious diseases.
<i>Weaker link</i> : the smallest contribution has the greatest marginal influence, followed by the next smallest, and so on	Maintaining sterilization	Curbing the spread of a pest	The need for matching behaviour is less pronounced. Rich may assist poor countries if infectious or noninfectious diseases pose a danger.
<i>Best shot</i> : only the largest provision determines the overall public good level	Isolating a virus	Finding a cure	Effort must be concentrated where talent is the greatest with discoveries benefiting everyone. Coordination in the form of directing resources to those most likely to succeed is desirable.
<i>Better-shot</i> : the largest provision has the greatest marginal influence, followed by the next largest, and so on	Discovering new vaccines	Developing treatment regimes	Less need for concentrated effort, but some coordination still required.
<i>Threshold</i> : cumulative contribution must surpass threshold for benefits to be received	Eradicating a disease with herd immunity less than 99 percent	Assessing risks	Coordination is needed so that threshold is met. Cost sharing and refundability promote action. Public coordination can be helpful.
<i>Weighted sum</i> : each contribution can have a different additive impact	Curbing spread of AIDS	Reducing sulphur pollution	Need for intervention must be on a case-by-case basis. Localized benefits may limit policy intervention.

TABELLA 4. ISTITUZIONI CHIAVE NEL SETTORE DELLA SALUTE GLOBALE

Institutional Categories	Purposes/Functions
<i>Multilaterals:</i> WHO, World Bank, UNDP	Pool funds for best-shot and summation public goods and bolster capacity for weakest-link public goods. Participate in partnership. Coordinate aid inflows into the health sector of developing countries. Provide knowledge and statistics. Oversee funds disbursement and accounting.
<i>Partnerships:</i> Global Fund, Medicines for Malaria Venture, Onchocerciasis Control partnership	Draw on the comparative advantage of diverse participants. Target tropical diseases and other plagues in developing countries. Include diverse participants that include firms, nations, NGOs, multilaterals, and charitable foundations.
<i>Networks:</i> Global Environment Facility, Consultative Group for International Agrivultural Research	Link together interests within and among regions in providing global public goods. Support sustainable development. Limit air and other forms of pollution. Bolster food supplies for better health. Networks can be used to join places with similar health problems. Contain diverse participants.
<i>Charitable Foundations:</i> Wellcome Trust, Gates Foundation, Open Society Institute, Rockefeller	Inflow of new funds for addressing orphan diseases and plagues affecting the developing world. Bolster capacity for weakest-link public goods and pool resources for best-shot public goods. Support diseases where there are little commercial interests. Provide leadership.
Nongovernmental Organizations (NGOs): Médecins Sans Frontières, Red Cross, Save the Children, CARE	Champion specific health public goods and complementary activities (e.g., providing food) including disaster relief, immunization, and charity. Treat the ill.
<i>Nation-Based Institutions:</i> CDC, NIH, Pasteur Institute	Supply health public goods in the form of performing outbreak surveillance, collecting data, isolating new diseases, and coordinating efforts to develop treatments and vaccines. Address diseases that pose or might present a risk to rich nations. Concerns in host country create a privileged group.

3. IL DIRITTO COLLETTIVO ALLA SALUTE GLOBALE

In senso stretto, il diritto è sinonimo di "pretesa" (*claim*). In tale accezione il diritto è il riflesso di un obbligo positivo (permesso) oppure negativo (divieto) e vale la correlazione tra diritto e dovere: se X esibisce il diritto di attingere acqua ad una fontana posta su una strada che conduce alla terra di cui è proprietario Y, allora Y ha il correlativo (ed equivalente) dovere di far prendere l'acqua ad X (Hohfeld, 1913). Questa visione appare riduttiva nei riguardi di molti processi sociali, tra cui spicca la salute, poiché si riferisce esclusivamente a nessi *tra individui*. Pensiamo ad Y che deve restituire un prestito ad X: egli ha un obbligo verso quella specifica persona, la quale può vantare un diritto contro di lui. Ma il diritto alla salute non è, in generale, un'esigenza che X vanti relativamente ad Y, tranne circostanze particolari in cui sia proprio lo specifico comportamento di Y ad impedire ad X azioni rilevanti per la sua salute. Non sempre le pretese di X sono "contro" qualcuno.

Piuttosto il diritto alla salute, e ancor più quello alla salute globale, riguarda l'esistenza e la fruibilità per X di beni pubblici (dall'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici all'offerta adeguata di cibo sano e nutriente, dalla libertà da violenza e

discriminazione all'informazione e ai servizi sanitari), che possono essere forniti ed usati solo mediante un'azione collettiva, entro la quale di solito il contributo del singolo soggetto Y non è decisivo (Meier, 2007). Qui l'integrazione con l'analisi del § 2 è immediata e cruciale. Siamo davanti a beni pubblici globali (e a corrispettivi bisogni sociali globali) che emergono da "fallimenti dei mercati", incapaci (come s'è visto) di rispondere ad essi spontaneamente. La risposta possibile sta piuttosto nell'attività del rivendicare (*claiming*)³, che «chiede il riconoscimento di determinati imperativi e addita la necessità di fare qualcosa per tradurre in realtà le libertà individuate dai diritti così riconosciuti. Non pretende invece di spacciare questi diritti umani come diritti già sanciti *giuridicamente*, codificati in un corpus di leggi o dal diritto consuetudinario» (Sen 2009, p.364). Nel linguaggio degli economisti, potremmo dire che X reclama il contributo di Y alla fornitura e all'utilizzo di certi beni pubblici globali; ossia, X contrasta la defezione (il *free-riding*) di Y e degli altri cittadini che, accanto a Y, concorrono al paniere di beni pubblici che promuovono il fine della salute. Il diritto di X alla salute globale non è dunque un obbligo per il singolo Y a concedere permessi o a non esercitare divieti; bensì è la rivendicazione da parte di X che quelli che stanno nella posizione di Y s'impegnino a realizzare i beni pubblici globali mediante cui si soddisfa il bisogno della salute. A sua volta, poiché i beni pubblici globali scaturiscono dall'azione collettiva, ha poco senso e ben scarsa efficacia che la rivendicazione avvenga da parte di un X isolato: ciò segna il passaggio dai diritti individuali ai diritti di gruppo; è l'insieme di coloro che stanno nella posizione di X rispetto all'esigenza della salute che si fa valere di fronte a quelli che stanno nella posizione di Y. È questo dei diritti di gruppo l'altro aspetto innovativo, nella riflessione e nella policy, su cui torneremo tra poco.

Asserire che il diritto alla salute dipende (in larga e crescente misura) dall'accesso a beni pubblici globali, significa collocarlo direttamente tra i cosiddetti "diritti di welfare", che contrastano le maggiori forme di vulnerabilità e che includono diritti sociali (l'analfabetismo, ad esempio), economici (le pensioni o le indennità di disoccupazione), culturali (la salvaguardia di un idioma locale) o ambientali (la tutela delle specie animali in pericolo di estinzione)⁴. Questi diritti di welfare sono stati

³ «I diritti-pretesa sono qualcosa di prioritario, e di più fondamentale, dei doveri. Se Nip ha un diritto-pretesa verso Tuck, è in conseguenza di questo fatto che Tuck ha un dovere verso Nip. È solo perché qualcosa è *dovuto* da Tuck a Nip (elemento direzionale) che c'è qualcosa che Tuck *deve* fare (elemento modale). Inoltre, questa è una relazione nella quale Tuck è vincolato e Nip è libero. Nip non solo *ha* un diritto, ma può scegliere se esercitarlo o meno, se rivendicarlo, se sporgere querela per la sua usurpazione, persino se sollevare Tuck dal suo dovere». Feinberg (1980, p.149). Per una discussione approfondita del passaggio, qui appena abbozzato, dal *claim* al *claiming*, si veda Baccelli (2009).

⁴ Si veda l'[International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights](#), del 16 dicembre 1966.

criticati in quanto "opportunità condizionali", che vengono assecondate in base all'ammontare delle risorse a disposizione, alle scelte discrezionali dei governi e dell'amministrazione, nonché agli equilibri contingenti di forze tra i gruppi sociali. L'obiezione è ovviamente molto seria e la risposta non può che essere articolata. Essa distingue tra praticabilità tecnica e giuridica, che appare percorribile⁵; sostenibilità economica, che appare implementabile⁶; e realizzabilità politica, che invece appare oggi ardua, senza che ciò tuttavia svuoti il contenuto di *claiming* di tali diritti⁷. Anzi, è proprio sul terreno della realizzabilità politica che Sen (1984) introduce l'importante distinzione tra diritti e meta-diritti. Questi ultimi sono definibili come il diritto di avere la policy $p(x)$ che è in grado di avvicinare l'obiettivo di rendere realizzabile il diritto x . Anche se il diritto rimane temporaneamente non percorribile, il meta-diritto può costituire una rivendicazione valida se tutte le obbligazioni ad esso associate possono essere specificate, con l'identificazione dei soggetti che debbono farsene portatori e darne conto ai beneficiari. Il meta-diritto a $p(x)$ è insomma il percorso di *claiming* lungo cui il diritto a x può diventare raggiungibile in futuro.

⁵ Vale la pena di riportare al riguardo un brano di Ferrajoli (2001, pp.31-32): «Sul piano tecnico nulla autorizza a dire che i diritti sociali non siano garantibili al pari degli altri diritti perché gli atti richiesti per la loro soddisfazione sarebbero inevitabilmente discrezionali, non formalizzabili e non suscettibili di controlli e coercizioni giurisdizionali. Innanzitutto questa tesi non vale per tutte le forme di garanzia *ex lege* che, diversamente dalle pratiche burocratiche e potestative proprie dello stato assistenziale e clientelare, possono ben realizzarsi attraverso prestazioni gratuite, obbligatorie e perfino automatiche: come l'istruzione pubblica gratuita e obbligatoria, l'assistenza sanitaria parimenti gratuita o il reddito minimo garantito. In secondo luogo, la tesi della non giustiziabilità di questi diritti è smentita proprio dalla più recente esperienza giuridica, che per vie diverse (provvedimenti d'urgenza, azioni di danno e simili) ha visto ampliarsi le loro forme di tutela giurisdizionale, in particolare per quanto riguarda i diritti alla salute, alla previdenza e all'equa retribuzione. In terzo luogo, al di là della loro giustiziabilità, questi diritti hanno il valore di principi informativi del sistema giuridico, largamente utilizzati nella soluzione delle controversie dalla giurisprudenza delle corti costituzionali. Soprattutto, poi, nuove tecniche di garanzia possono ben essere elaborate. Nulla impedirebbe, per esempio, che a livello costituzionale si stabilissero quote minime di bilancio da destinare ai vari capitoli della spesa sociale e si rendesse così possibile il controllo di costituzionalità sulle leggi finanziarie. E nulla impedirebbe, almeno sul piano tecnico-giuridico, l'introduzione di garanzie di diritto internazionale: come l'istituzione di un codice penale internazionale e di una correlativa giurisdizione sui crimini contro l'umanità [...]; l'introduzione di un controllo giurisdizionale di costituzionalità su tutti gli atti degli organismi internazionali e magari su tutti quelli degli Stati per violazione dei diritti umani; l'imposizione e la regolazione infine di aiuti economici e di interventi umanitari, declinati nella forma delle garanzie, a favore dei paesi più poveri».

⁶ Nelle parole di Maurice Cranston (1983, p.13, parentesi quadra aggiunta), «come si può pensare che i governi di quelle parti [più povere] dell'Asia, dell'Africa e del Sudamerica, in cui l'industrializzazione è appena iniziata, si facciano carico della previdenza sociale e delle vacanze pagate per i milioni di persone che abitano in quelle terre e che proliferano a vista d'occhio?». Osserva Sen (2009, p.389): «come gli utilitaristi perseguono la massimizzazione dell'utilità, senza che l'attuabilità del loro approccio venga compromessa dal fatto che sul terreno dell'utilità c'è sempre spazio per ulteriori miglioramenti, allo stesso modo i sostenitori dei diritti umani si battono affinché i diritti umani *riconosciuti* pervengano al massimo grado di *attuazione*; e l'effettiva tenuta del loro approccio non viene meno per il semplice fatto che per rendere pienamente attuabili e realmente attuati questi diritti riconosciuti è possibile che sia necessario fare sempre qualcosa in più».

⁷ Sen (2009, p.388) si richiama alla distinzione tra obblighi perfetti ed imperfetti, ricordando che anche per molti diritti classici l'obbligazione è imperfetta (ad esempio, il diritto di non essere aggrediti impone agli altri, in qualsiasi contesto sociale, obblighi imperfetti). Quando l'istituzionalizzazione di un diritto di welfare non è del tutto compiuta, la sua applicabilità è ovviamente imperfetta, ma ciò non tocca la sua rilevanza etico-politica, poiché rende anzi ancora più motivate le rivendicazioni contro la violazione di tale diritto e per la sua effettività.

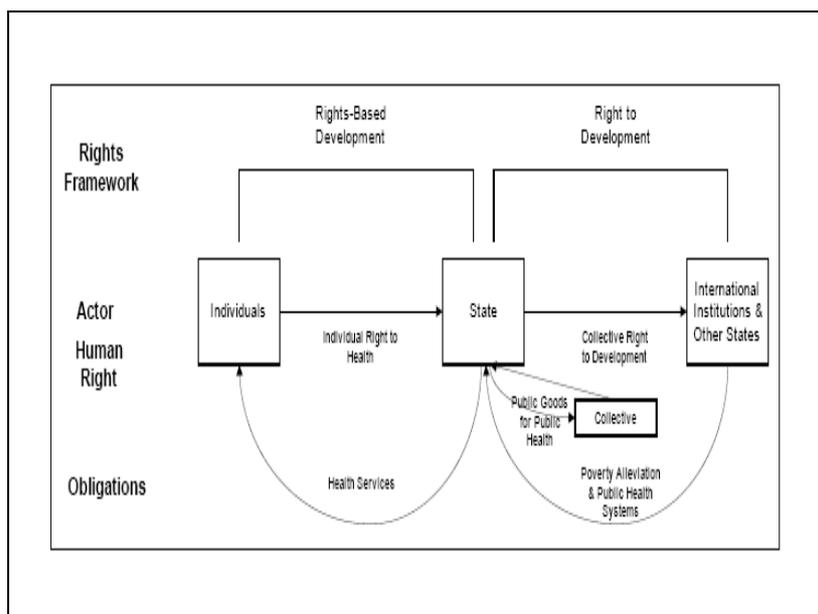
Siamo all'ultimo passaggio: come abbiamo già anticipato, oltretutto diritto di welfare, quello alla salute è un diritto collettivo. La nozione di diritto di gruppo o collettivo nasce per rispondere ad un'aporìa dei diritti individuali: in situazioni di grande rilievo, il prerequisito per la protezione del mio diritto soggettivo è che sia definito e tutelato un diritto per l'intero gruppo al quale faccio riferimento. Immaginiamo che io rivendichi il diritto di parlare l'idioma della minoranza a cui appartengono i miei antenati. Questo diritto vale su scala individuale soltanto se è riconosciuto, su scala collettiva, il diritto di quella minoranza ad esistere culturalmente: in caso contrario, con chi potrei parlare quell'idioma? Pertanto «i diritti collettivi non sono intesi semplicemente come diritti soggettivi riconosciuti ai membri di un gruppo: sono diritti che il gruppo come tale, attraverso i suoi organi e i suoi rappresentanti, può esercitare a nome di tutti i suoi membri all'interno di un determinato ordinamento giuridico, nazionale o internazionale»⁸. Il diritto alla salute rientra appieno tra i diritti collettivi. «Whereas traditional human rights scholarship views "man" as a separate isolated individual who, as such and apart from any social context, is bearer of rights, combating the health disparities of a globalized world will require renewed focus on the collective social factors that facilitate the onset and spread of disease. Creating societal interventions to combat these societal determinants of health will require broad public health systems that move beyond the individual curative model of medicine. The tools of public health programs – including medical knowledge, disease surveillance, and treatment options – are public goods that, by their very nature, have meaning only in the context of societies» (Meier 2006, p.759).

Premesso che la nozione di "salute" tende a combaciare con l'idea classica di well-being (benessere psico-fisico), definiamo il "diritto collettivo alla salute" come *un percorso che consenta ad un gruppo di realizzare il well-being dei propri membri mediante il conseguimento progressivo di tutti i diritti civili, politici e di welfare*. La differenza più marcata tra questo approccio e quello tradizionale viene efficacemente raffigurata nella Figura 1 (tratta da Meier-Fox 2008, p.353). Finché siamo nell'orbita dei diritti individuali, il rapporto centrale è tra lo Stato nazionale e il cittadino, il quale chiede e paga per ottenere una qualità dello sviluppo entro cui la salute pubblica non stia ai margini. Quando si entra nell'orbita dei diritti collettivi, il nesso cruciale è tra attori collettivi, che sono gruppi sociali, associazioni e organizzazioni, Stati, Istituzioni internazionali e sovranazionali. Poiché adesso ad essere rivendicati sono i diritti di

⁸ Zolo (2005). Si veda altresì Kymlicka (1989).

gruppi come tali, essi hanno, per dir così, un duplice carattere d'indivisibilità: non soltanto sono indivisibili quale *corpus* di diritti, ma lo sono altresì rispetto al percorso di sviluppo socio-economico che si sta (o *non* si sta) effettuando. Il diritto collettivo alla salute e il diritto collettivo allo sviluppo di un territorio tendono pertanto a combaciare.

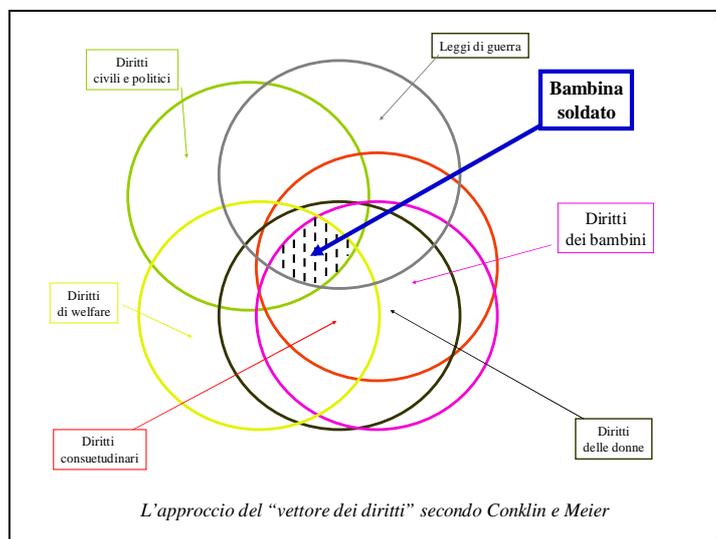
FIGURA 1



Un esempio che esplicita la potenza e la complessità di quest'approccio viene suggerito da Annalijn Conklin e Benjamin Meier (2008). Prendendo in esame una figura soggettiva che accumula numerose tremende vulnerabilità (la bambina che – in un paese estremamente povero, in guerra e privo di uno Stato funzionante – è rapita alla famiglia, subisce violenze e abusi sessuali ed è costretta, diventando soldatessa, a perpetrare a sua volta violenze, perfino sui propri familiari), gli autori si concentrano su un vettore dei diritti *intersezionale*. La condizione della bambina-soldato emerge dall'interazione di molteplici marginalità; ed è all'incrocio di molteplici forme di diritti che quelle debolezze si possono contrastare. Il Diagramma di Venn della Figura 2 rappresenta il complessivo danno alla salute della bambina, nel mentre raffigura il complesso di diritti che ad esso si oppongono. La Figura *non implica* che tutte le modalità specifiche dei diritti civili, o di quelli di welfare, e così via, siano tra loro coerenti, rispetto alle esigenze della bambina, e *nemmeno comporta* che tutte quelle modalità specifiche varino congiuntamente, ossia, in particolare, che segnino, se introdotte, un concorde e a-conflittuale miglioramento. Piuttosto, la Figura 4 si limita efficacemente a mostrare che *possono* esistere intersezioni tra le varie aree dei vari

diritti, e che entro tale *eventuale* spazio la bambina (oppure il gruppo delle bambine-soldato, quando appare più rilevante ragionare in termini di diritti collettivi) è meno vulnerabile⁹.

FIGURA 2



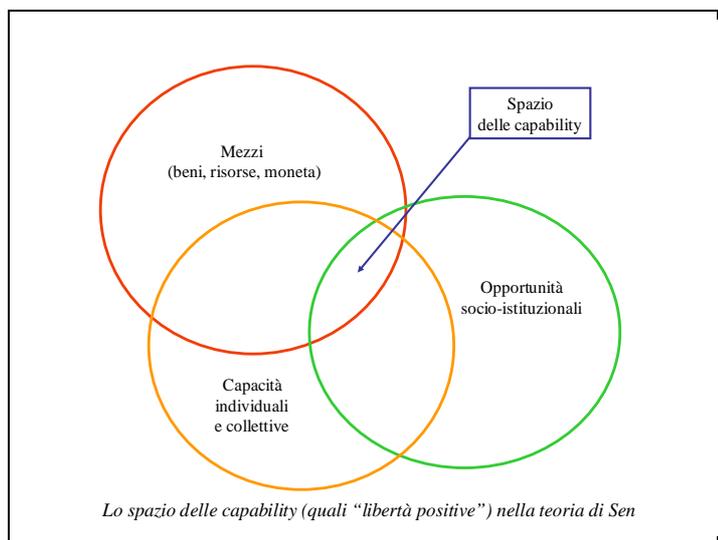
4. L'APPROCCIO DELLE CAPABILITY: ELIMINARE I DEFICIT PRIORITARI ALLA SALUTE

Amartya Sen (1999) sostiene che i beni, così come il reddito, sono un mezzo per ottenere benessere ma non sono, di per sé, indice di benessere. Oltre ai *mezzi* (monetari e in beni), occorre considerare le *capacità* di un individuo di fruire dei mezzi, e le *opportunità* (socio-istituzionali) che gli sono accessibili. Occorre dunque guardare a ciò che le persone riescono, dati certi mezzi, *a fare e ad essere* mediante le loro capacità e opportunità. Questo "spazio", in cui determinati mezzi incontrano le capacità/opportunità della persona, è chiamato da Sen lo *spazio delle capability*. Soltanto entro esso possiamo adeguatamente valutare il benessere degli individui e lo sviluppo dei paesi. L'obiettivo dello sviluppo socio-economico è, per Sen, né (come affermano i liberisti) la massimizzazione dei mezzi (redditi monetari), né (come affermano alcuni tipi di progressisti) l'eguaglianza dei risultati (livelli di benessere, quantità di redditi monetari), bensì *l'eguaglianza delle capacità e delle opportunità*. Ad esempio, se un soggetto è anziano o malato, uno stesso ammontare di mezzi sarà da

⁹ L'approccio di Conklin e Meier appare di grande rilevanza anche nella prospettiva del co-sviluppo di territori del Nord e del Sud. Esso infatti implica l'esigenza di interventi che, sebbene possano prendere le mosse da un tema-chiave come quello della salute pubblica, siano integrati e inter-settoriali. Sul co-sviluppo, rimandiamo a Caldes-Bellanca-Como-Libanora-Rapisardi (2010).

lui usato con differenti capacità: occorre puntare a uniformare le capacità tue e le sue, compensando lui con mezzi adeguati. Oppure, se un soggetto ha minori accessi a certe opportunità socio-istituzionali, ed è quindi discriminato, occorre puntare a uniformare le opportunità tue e sue¹⁰.

FIGURA 3



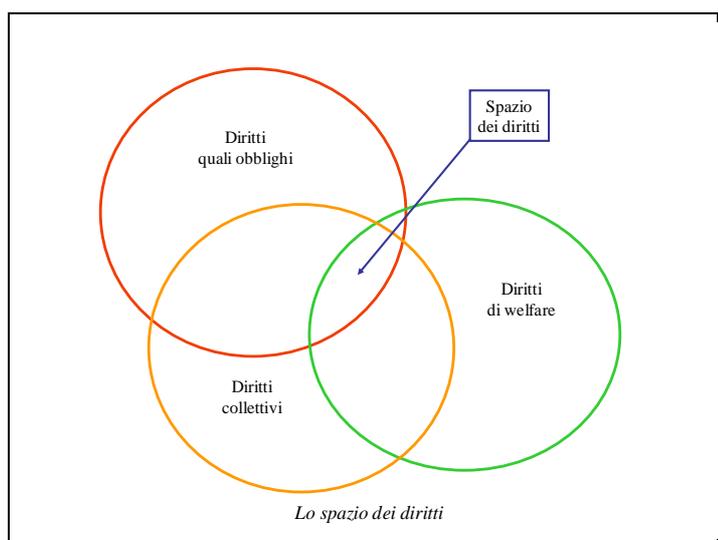
La Figura 4 è costruita per marcare alcuni parallelismi tra la teoria delle capability e quella dei diritti soggettivi. L'area che nella Figura 3 raffigura i mezzi tramite cui la persona si muove in società, corrisponde nella Figura 4 all'area dei diritti come obblighi negativi (astenersi da certi comportamenti) e positivi (che consistono in poteri): infatti ogni divieto o permesso in tanto si esercita in quanto dispone di mezzi¹¹. L'area delle opportunità corrisponde all'area dei diritti di welfare. Infine, l'area in cui s'incrociano le capacità individuali e collettive corrisponde a quella in cui si formano i diritti collettivi¹². Non pretendiamo di 'forzare' eccessivamente il parallelismo; esso però aiuta a cogliere con un solo sguardo le coordinate comuni delle due impostazioni.

¹⁰ L'esposizione della teoria di Sen è qui particolarmente succinta e semplificata. Per una ricostruzione più complessa, si rimanda a Bellanca – Biggeri – Marchetta (2010a).

¹¹ Si rimanda a Sunstein – Holmes (2000).

¹² La definizione di diritto in senso soggettivo di Tedesco (2009, pp.8-9) aiuta a intendere la notevole sovrapposizione dei due approcci: «un diritto è fondamentalmente uno strumento per liberarsi dalla coercizione politica, culturale, religiosa, familiare, sessuale, razziale, e dunque uno strumento per consentire ai soggetti di programmare la loro vita; tale scopo può essere realizzato mediante libertà sia negative sia positive (nel senso che i diritti non possono essere intesi solo come 'libertà da', se essi non sono corredati anche dalla 'libertà di'), ovvero sia chiedendo allo Stato, alla famiglia, all'etnia, alla religione di permettere al soggetto di scegliere, sia prevedendo che lo Stato, la famiglia, l'etnia etc. si attivino per far sì che il soggetto realizzi le sue aspirazioni di autonomia».

FIGURA 4



Può l'approccio delle capability orientare le strategie politiche sulla salute globale¹³? I criteri generali e canonici di equità della policy in tema di salute pubblica sono la capacità di erogare prestazioni diverse in presenza di livelli di bisogno diversi; la capacità di garantire le stesse probabilità di ricevere date prestazioni a fronte di uguali condizioni di bisogno in diverse aree della regione; infine, la capacità di offrire alle diverse fasce di età (e alle diverse generazioni) trattamenti non troppo dissimili. Si tratta di criteri molto astratti e indifferenziati. Il secondo ed il terzo – asserendo, in definitiva, che non deve contare il luogo o l'età – si attagliano bene anche alle esigenze delle persone più vulnerabili. Così non accade per il primo, il quale si limita a indicare il rispetto delle differenze. Esso lascia tuttavia aperti troppi cruciali interrogativi: chi stabilisce, e come, la corrispondenza tra certi bisogni e certe performance? Quali bisogni vengono considerati? Come sono registrati e misurati? Quali prestazioni si vogliono perseguire? Chi e come lo decide? Come, e da chi, esse sono monitorate e valutate? Queste domande possono essere affrontate e almeno in parte sciolte, a nostro avviso, se adottiamo l'approccio delle capability. L'elaborazione che avanziamo è ancora embrionale, poiché la letteratura sulle capability ha trascurato questa tematica, e trae ispirazione, oltretutto dai lavori di Sen, soprattutto dagli studi di Jennifer Prah Ruger (2009), Ingrid Robeyns (2005) e Kari Esbensen¹⁴.

La mossa teorica iniziale consiste nel non formulare un criterio onnicomprensivo di equità.¹⁵ Ci riferiremo piuttosto ad una dimensione peculiare del well-being, che

¹³ Per le considerazioni seguenti, si veda anche Bellanca – Biggeri – Marchetta (2010b).

¹⁴ Nella nostra esposizione seguiremo principalmente Kari Esbensen, che singolarmente sembra non conoscere gli scritti di Ruger.

¹⁵ Per equità intendiamo l'eguale diritto alla libertà di formarsi e perseguire i propri differenti piani di vita.

sarà in queste pagine quella della salute pubblica, sebbene l'analisi che svolgeremo, se il metodo si rivelerà valido, potrà essere trasferita ad altre dimensioni. Il senso di questa mossa è di evitare gli interrogativi che una teoria compiuta della giustizia sociale solleverebbe, tra i quali: chi e cosa rende moralmente giusta la prestazione di un attore sociale? Quali e quante sono le dimensioni del well-being umano? Sono esse universali oppure contingenti? Quali sono i processi e gli obiettivi tramite cui si migliora il well-being? Quante risorse stanziare per i miglioramenti del well-being, e perché? Quanta parte destinare all'una o all'altra dimensione del well-being, e perché? È possibile, e come, massimizzare i benefici *aggregati* sul well-being complessivo e/o su qualche sua dimensione? In qualità, quantità e segno, che influenza ha sulle altre dimensioni del well-being la variazione di una di esse, e perché?

La seconda mossa teorica, coerente con l'approccio delle capability e dello sviluppo umano, segnala che la dimensione della salute pubblica non esprime soltanto un valore *strumentale*, quale contributo alle altre opportunità o piani di vita che possiamo desiderare. Essa possiede invece un valore *intrinseco*, come insieme di attività che sono importanti per la tutela e la promozione di noi stessi; sebbene tale valore non è considerabile assoluto e incondizionale, poiché si ammette che le persone possano, e non di rado procedano a, sacrificare aspetti della salute per meglio coltivare altre opportunità. Il significato di questa mossa sta nel conferire autonomia alle decisioni individuali e collettive sulla salute, senza però dimenticare che esse non restano mai indipendenti da altre decisioni (qui non esaminate).

La terza mossa teorica consiste nell'assumere che non è un'ingiustizia il fatto che alcune persone abbiano una vita più lunga e sana relativamente ad altre: almeno in parte ciò è ineliminabile, nel senso che dipende da fattori che sfuggono al nostro controllo. Un'ingiustizia *sociale* sorge soltanto quando la circostanza in esame non scaturisce dal Fato o dalla Natura, bensì quando su di essa si può agire politicamente, ossia quando – per restare all'esempio precedente – la durata e la qualità della vita dell'uno o dell'altro individuo sono modificabili entro l'assetto istituzionale e le risorse disponibili, oppure intervenendo su tali vincoli, purché in modi realizzabili qui ed ora. In questa prospettiva, ci concentriamo unicamente sulla giustizia distributiva, ossia su come allocare risorse condivise che sono già state assegnate a scopi di salute pubblica mediante processi di deliberazione politica, oppure che sarebbero ottenibili modificando le quote di assegnazione entro il quadro di vincoli esistente. Ciò rende pragmatica e realistica la nostra posizione: poiché il criterio che desideriamo approntare è di policy, esso deve procedere da premesse date che riguardano

l'assegnazione di risorse alla salute pubblica, il contesto socio-istituzionale, il modello organizzativo degli attori collettivi che realizzano le politiche, e perfino il grado di determinatezza/coerenza del policy-maker medesimo nel perseguire effettivamente gli obiettivi strategici che formula.

Poste le tre mosse appena menzionate, enunciamo, con Esbensen, il criterio di massimizzazione (o di eguagliamento marginale) della salute potenziale di ognuno.¹⁶ Esso suggerisce che, nel rapporto socio-sanitario di cura, la policy debba puntare verso *la condizione in cui sono eliminati tutti i deficit rimediabili alla salute individuale*.¹⁷ Dunque, per la dimensione di salute del well-being, occorre intervenire sui fallimenti o le sottorealizzazioni individuali che siano *non scelti*; e tali che sarebbero, nel contesto politico dato, *evitabili*, ovvero che potrebbero essere espunti o attenuati da un'appropriata redistribuzione delle risorse socio-sanitarie.¹⁸ Il riferimento è al livello di salute che una persona potrebbe ottenere nelle circostanze più favorevoli, ossia se avesse accesso alla – e decidesse di utilizzare la – intera quota degli interventi effettuabili in un dato sistema socio-sanitario che le spetta normativamente.¹⁹ A sua volta, tale quota si determina in base al principio dell'equimarginalità: nel ripartire un ammontare fisso di una qualsiasi risorsa tra un numero d'impieghi alternativi, esso prescrive che ogni unità di essa sia assegnata così che il vantaggio derivante dal suo trasferimento ad un certo uso sia esattamente pari alla perdita associata al suo ritiro da un altro uso. Questa ripartizione, che ha una soluzione di massimo se e solo se è soggetta alla regola dei risultati decrescenti, si conclude quando si raggiunge l'uguaglianza dei vantaggi marginali delle unità della risorsa. Nel caso della salute, ad ogni persona spetta un intervento socio-sanitario aggiuntivo finché la salute potenziale che esso comporta è superiore a quella che si avrebbe nel miglior uso alternativo; tale salute potenziale è invece massimizzata quando ella/egli alloca le proprie risorse tra le prestazioni socio-sanitarie in modo da eguagliare la salute potenziale ricavabile dalle ultime unità di risorse impiegate per

¹⁶ Com'è noto, e come del resto chiariremo subito dopo nel testo, il principio di equimarginalità e quello di massimizzazione coincidono; pertanto le espressioni "eguagliamento marginale" e "massimizzazione" sono equivalenti.

¹⁷ Esbensen chiama infatti il suo criterio dei *preventable health shortfalls*.

¹⁸ Con il termine "risorse socio-sanitarie" ci riferiamo a trasferimenti monetari vincolati al pagamento di prestazioni socio-sanitarie. Non consideriamo l'eventualità di trasferimenti congiunti di reddito e di servizi, poiché ciò renderebbe più complicata la misurazione in aggregato.

¹⁹ È decisiva la puntualizzazione sulla decisione di utilizzare (o meno) la quota di risorse a cui il cittadino ha accesso. Infatti i funzionamenti vanno assicurati come possibilità, senza costringere (paternalisticamente) alcuno in nome di qualche presunta loro universalità antropologica. Ciò è del resto implicito nella nostra seconda "mossa teorica", la quale assegna un valore intrinseco ma non assoluto alla salute. Chi fuma o mangia troppo, ad esempio, sta scegliendo di privilegiare altri funzionamenti relativamente a quello della salute.

ciascuna prestazione.²⁰ Il criterio è formalmente identico alla consueta condizione di equilibrio microeconomico: se ad esempio l'agente è un consumatore di vestiti, ella/egli si colloca nel punto sulla linea di bilancio dove un euro di spesa aggiuntiva per qualunque vestito fornisce lo stesso incremento di utilità. Nel caso della salute, abbiamo risorse monetarie che pagano interventi socio-sanitari, analogamente a come, nell'altro caso, vi è un bilancio individuale con cui si acquistano vestiti a prezzi dati. Mentre il consumatore cerca di raggiungere il livello massimo di utilità traibile dai vestiti, il cittadino tenta di massimizzare la propria salute potenziale. Vi sono tuttavia importanti differenze: il consumatore dispone di un proprio vincolo di bilancio e di una personale libertà di scelta tra i vestiti; non così accade al cittadino che, stiamo supponendo, riceve le risorse socio-sanitarie da un ente pubblico – il quale deve quindi ragionare su un vincolo di bilancio collettivo – e può con esse accedere a prestazioni in larga parte prefissate.

Già per queste due ragioni – risorse collettive e servizi prestabiliti – il criterio va formulato non dal punto di vista dell'agente economico individuale, ma da quello del policy-maker. Ad esse se ne aggiunge peraltro una terza, ben nota: non si possono confrontare le utilità di due individui. Se infatti ci basassimo sui valori cardinali che ognuno attribuisce al proprio well-being, non potremmo appurare se il valore x assegnato da Carlo ad una certa prestazione socio-sanitaria sia eguale e comparabile a quello y che le attribuisce Paola. Date le differenze nei fini dei vari individui, appare assai difficile cogliere una misura comune del valore, sulla cui scorta effettuare la comparazione interpersonale del benessere e la massimizzazione aggregata del benessere stesso.²¹ Analogamente, dal punto di vista del policy-maker, «fra due situazioni, l'una in cui i portatori di un dato svantaggio naturale hanno di più rispetto ai portatori di un altro svantaggio e l'altra in cui si verifica l'opposto, il modello resterebbe muto. La ragione consiste nell'assenza di criteri univoci per confrontare la gravità di handicap diversi. Per alcuni, ad esempio, potrebbe essere meno

²⁰ Il nostro principio differisce da quello puramente «based on fairness», propugnato talvolta da Sen (1992, p.131), che si riferisce al livello di salute che una persona potrebbe ottenere se avesse accesso a, e decidesse di utilizzare, una *quota illimitata* degli interventi effettuabili in un dato sistema socio-sanitario. «I will argue that the aim of eliminating preventable health shortfalls (i.e., providing individuals with the health care means and, therefore, opportunities or freedoms to achieve their own maximal potentials for health) seems to accord better with the overall spirit of Sen's capability approach (and, moreover, with our commonsense moral intuitions) than the aim of attainment equality with regard to health outcomes. In fact, contrary to Sen's claim that attainment equality is what matters for justice in health care, if we follow the logic of his capability approach, we will be led to the conclusion that *shortfalls*, rather than attainment inequalities, are often the appropriate foci or moral concern with regard to health». Esbensen (2008, p.183; si vedano anche le pagine 119 e 154).

²¹ Peraltro, nel prossimo paragrafo preciseremo che quando si può ipotizzare che il fine sia lo stesso per le persone in esame, una comparabilità almeno parziale è possibile.

ineguaglianza una distribuzione dove un cieco ha più di un sordo. Per altri, invece, potrebbe valere il contrario» (Granaglia 2001, p.251).

Le difficoltà menzionate possono essere affrontate, in una prima approssimazione, ponendo al centro la nozione di *deficit rimediabile al miglioramento della salute*. Non è necessario soppesare quanto siano severe due diverse vulnerabilità, oppure quanto beneficio scaturisca da due diverse abilità. Il nostro criterio di policy, in questa versione iniziale, guarda i deficit rimediabili e *soltanto quelli*. Supponiamo che Carlo abbia una disabilità motoria, mentre Paola è una brava mezzofondista. Il policy-maker non conosce – né, libertariamente, desidera conoscere – le loro preferenze individuali; non può dunque graduare in base ad esse i suoi interventi socio-sanitari. Ella/egli accerta però che a Carlo manca una protesi con cui potrebbe camminare, mentre a Paola manca un nuovo paio di scarpette da corsa. Entrambi i deficit sono rimediabili, ma ella/egli ha le risorse per fronteggiarne solo uno. Stabilisce politicamente che, in linea prioritaria, vada eliminato quello di Carlo. Va sottolineato che il policy-maker *non* sta valutando se è Carlo o Paola ad avvantaggiarsi maggiormente, rispetto ai deficit rimediabili del proprio potenziale di salute, con l'acquisizione di un'unità ulteriore di risorsa socio-sanitaria. *Non* si sta chiedendo quanto migliorerebbe Carlo se venisse allentato un suo specifico ostacolo, e quanto Paola. Infatti, come sarebbe estremamente arduo quantificare il livello di vulnerabilità o di abilità di un individuo rispetto a quello di un altro, così sarebbe molto difficile, davanti all'aggiunta di un'unità di risorsa, stimare il tasso di variazione del potenziale di salute di Carlo oppure di Paola. Piuttosto il policy-maker – senza entrare nel merito di "chi sono" Carlo e Paola, di "cosa sentono" e di "che cosa meritano" – si concentra esclusivamente sui loro deficit rimediabili. Mentre ogni cittadino è differente da ogni altro, sui deficit alla salute possiamo articolare – e di fatto articoliamo, nelle leggi e nei regolamenti – dei giudizi politici, i quali stabiliscono, poniamo, che il sussidio per una certa protesi "pesa" più di quello per un certo attrezzo sportivo²². Pertanto, quando il policy-maker interviene su Carlo e Paola, non valuta i loro "piani di vita" e il ruolo che in essi ha la salute; né valuta (a questo stadio) il divario tra la posizione corrente di ciascuno e il suo proprio potenziale massimo di salute; e nemmeno valuta in che misura un'unità marginale di risorsa socio-sanitaria avvicinerrebbe, per ognuno dei due, il suo massimo. Ella/egli si limita ad ordinare i deficit rimediabili alla salute potenziale di chiunque e ad eliminarli dal primo fino

²² Torneremo sugli ordinamenti parziali delle alternative nel § 6.

all'ultimo su cui possa intervenire con le risorse date.²³ Possiamo anche esprimerci osservando che il policy-maker, in veste di finanziatore e/o erogatore di prestazioni socio-sanitarie, sarà in situazione di equilibrio – vale a dire, in quella posizione che, date le linee di condotta dei cittadini, non potrà migliorare oltre – quando un euro in più gli procurerebbe uno stesso consenso politico (che ipotizziamo dipenda dall'ordinamento condiviso dei deficit alla salute da eliminare), quale che sia la prestazione in cui lo spende: quando cioè il potenziale marginale di salute diviso per il prezzo, o potenziale marginale ponderato, sia lo stesso per tutti gli interventi socio-sanitari. Questo criterio gli assicura la massima soddisfazione, in termini di consenso politico, che possa ricavare da un ammontare dato di risorse monetarie. Nella nostra terminologia, *il compito della policy socio-sanitaria sta anzitutto nel cogliere quali opportunità sono impedita alla persona e decidere un loro ordinamento parziale.*

5. MASSIMIZZARE LE POTENZIALITÀ PERSONALI NEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

Nondimeno, accanto alle opportunità vi sono le abilità e le potenzialità. Se è dunque ragionevole, sulla scorta delle argomentazioni avanzate, che la policy si preoccupi in prima battuta di appurare la natura dei deficit rimediabili alla salute del cittadino che il sistema socio-sanitario "prende in carico", occorre chiedersi se, e come, essa può dare conto anche delle due ulteriori dimensioni. Qui affiora il carattere cruciale delle differenze individuali. «La letteratura sulla teoria economica del benessere che ha trattato la diseguaglianza, ha in genere trascurato le diversità umane e ha tendenzialmente assunto che tutti fossero identici (compreso, fra l'altro, l'averle le stesse potenzialità massime)» (Sen 1992, p.133). Al contrario, gli individui non sono di solito in eguale stato di necessità, ma soprattutto non esprimono – in termini di abilità e potenzialità – un eguale tasso di conversione dei mezzi in capability. Ciò rende ampie le variazioni interpersonali nella salute potenziale e pone la massimizzazione su scala individuale di essa come una priorità lessicografica: *prima* occorre migliorare la prestazione di ciascuno, secondo le sue proprie caratteristiche e i suoi propri bisogni; *dopo*, e soltanto dopo, possiamo preoccuparci di un'allocazione ottimale delle risorse che, come avviene nel calcolo costi-benefici o nelle funzioni del benessere sociale, assume l'eguaglianza nei bisogni e nelle capability dei soggetti.

²³ Ovviamente, questo criterio può essere corretto in riferimento ad altre variabili rilevabili, quali il livello di reddito monetario.

Non si tratta di aspirare ad uno stato di eguali risultati socio-sanitari per tutti: un traguardo che comunque non sarebbe ottenibile, date le grandi ed incancellabili differenze tra le persone. Nemmeno si tratta di orientarsi a modificare (ridurre) le disparità o disuguaglianze socio-sanitarie tra individui: un obiettivo possibile ma molto impegnativo, di lungo periodo e che, inoltre, richiede una teoria compiuta della giustizia sociale, poiché occorre appurare se, come e quanto un cambiamento nella dimensione della salute ha altresì alterato altre dimensioni del well-being e lo stesso well-being complessivo. E nemmeno si tratta di prevedere compensazioni basate sulle esigenze di un individuo medio o di uno standard socio-sanitario. Si tende piuttosto al raggiungimento del *massimo potenziale di ciascuno* nella *specifica* dimensione della salute *di per sé considerata*. Ma concentrare l'esame sulla sola variabile "salute" permette di ipotizzare, senza eccessive forzature, che i cittadini abbiano *lo stesso fine*. Quando ad esempio Sen (1992, pp.130-31) immagina che il massimo raggiungimento per Carlo sia x , mentre Paola può ottenere $2x$, sta appunto assumendo che entrambi aspirino alla medesima variabile. Ciò permette alcuni limitati confronti interpersonali di utilità.²⁴

Il *case management*, oppure la "valutazione multidimensionale del caso", sono metodi applicati di analisi e di giudizio centrati sull'unicità del singolo cittadino; così come lo sono le tecniche partecipative di individuazione delle capability. Supponiamo che, grazie a queste o ad altre modalità, la rilevazione delle capability acquisite e potenziali delle singole persone sia affidabile.²⁵ Il nostro criterio suggerisce che la misura in cui le disuguaglianze nella salute tra i soggetti appaiono moralmente

²⁴ Al riguardo, le tesi di Sen (2002, p.85) sono ben note: «vi possono essere margini per una "comparabilità parziale", lasciando da parte gli estremi opposti della piena comparabilità e della comparabilità nulla». Egli sostiene che «nella recente letteratura relativa all'economia del benessere applicata, sono emerse varie proposte che mirano a rendere sensati i confronti interpersonali di benessere. [...] Ognuna di queste metodologie è naturalmente affetta da alcune limitazioni, ma possiede anche alcune virtù e le nostre valutazioni dei loro meriti relativi possono benissimo divergere, a seconda di ciò che ognuno di noi considera prioritario» (*Ivi*, pp.91-92).

²⁵ Tra le altre modalità, ricordiamo le stime del well-being auto-dichiarato, approntate da economisti, psicologi e neuroscienziati. Il pioniere fu Easterlin (1974) che chiese, in una nutrita serie di interviste a campioni di persone negli Stati Uniti, quanto ciascuno si sentiva soddisfatto in una scala da 1 a 3; nel questionario venivano poste domande attinenti a sentimenti, caratteristiche e comportamenti del soggetto, al fine di poter calcolare le correlazioni tra l'indice percepito di well-being e questo o quell'aspetto della sua vita. Tale metodo ha sollevato obiezioni, tra cui ne spiccano due: che possa non correre una sostanziale corrispondenza tra la valutazione soggettiva del proprio benessere e gli aspetti oggettivi dello stesso; ma, ancor più, che chi parla abbia ragioni per distorcere volutamente l'immagine di sé che sta offrendo. Sul primo punto, la corrispondenza tra le auto-dichiarazioni e le misure della felicità di tipo oggettivo è stata verificata in molti modi ingegnosi. Ecco alcuni di questi modi: la durata dei sorrisi autentici, i cosiddetti sorrisi di Duchenne, misurati dall'attivazione spontanea di alcuni muscoli facciali; il tasso di suicidi; la risposta della pressione sanguigna e del ritmo cardiaco allo stress; malattie psicosomatiche come il mal di testa o i disturbi digestivi; la diffusione della depressione; la risposta allo stress della resistenza della pelle; elettroencefalogrammi dell'attività del cervello pre-frontale. Sul secondo punto, il controllo di affidabilità è giunto, con il *Day reconstruction method* proposto da Kahneman (2004), fino a far valutare alle persone, grazie a dei computer palmari, la propria soddisfazione quasi istantaneamente, mentre vivono una data esperienza in un dato giorno.

riprovevoli, e tali quindi da richiedere una policy dedicata, non dipende dalla grandezza della disparità nella qualità della vita di un soggetto confrontata con quella di un altro (su cui nulla sappiamo), bensì dal grado nel quale le disuguaglianze dei deficit rimediabili comportano l'impossibilità per i singoli individui di raggiungere il loro peculiare, e sensibilmente diverso l'uno all'altro, pieno potenziale di salute.

Al policy-maker basta poter ragionare, lungo questa seconda approssimazione, sui deficit della salute in termini proporzionali, anziché assoluti, per cogliere le mancanze sofferte dai soggetti che hanno il più basso potenziale massimo per la salute. Per ogni deficienza in termini assoluti dal *proprio* potenziale massimo di salute, si ha un più grande deficit proporzionale a misura che quel potenziale è minore; in altre parole, per ogni deviazione, in termini assoluti, da un valore massimo più piccolo, vi è una più grande deviazione proporzionale, rispetto a quella connessa ad una deviazione assoluta equivalente da un valore massimo più elevato. Se, riprendendo il già citato esempio di Sen (1992, pp.130-31), il massimo raggiungimento per Carlo è, nelle circostanze ideali, x , mentre Paola ottiene $2x$, un obiettivo di eguaglianza dei *risultati* lascerebbe Paola al di sotto delle sue potenzialità. Se disponiamo di sufficienti risorse per la salute per portare Carlo ad x e Paola a $2x$, allora sarebbe *ingiusto* negare a Paola i mezzi addizionali per giungere a $2x$, onde spingere entrambi verso x .

Quando le risorse sono troppo scarse per assicurare ad entrambi il *proprio* massimo potenziale per la salute, dobbiamo introdurre un criterio di priorità sulla base dei divari proporzionali che Carlo e Paola hanno rispetto ai *propri* massimi potenziali (Esbensen 2008, p.153). Se ad esempio Carlo è una persona con disabilità, ciò contribuisce a spiegare perché non potrà mai raggiungere $2x$. Se però egli, in termini di impegno individuale, ha margini di miglioramento superiori a quelli di Paola, che già gode di una "salute perfetta", allora le risorse dovranno dirigersi anzitutto verso di lui. Il criterio che orienta la nostra policy – l'eguagliamento marginale o la massimizzazione delle potenzialità personali – viene avvicinato maggiormente spendendo per Carlo. Va precisato che le persone che, come Carlo, hanno il più ridotto potenziale massimo nella salute, non sempre coincidono con quelli che hanno il divario minore tra la condizione corrente e quella ideale, né con quelli che hanno il peggiore stato di salute: poter migliorare fino a un livello inferiore non equivale a poter migliorare meno di altri, né necessariamente a stare peggio di loro. Piuttosto le persone come Carlo coincidono, nella prospettiva di Sen, con coloro che hanno i più elevati tassi di conversione dei mezzi nelle capability racchiuse dalla nozione di salute,

in quanto esprimono una minore abilità/potenzialità a migliorare la dimensione della salute del proprio well-being. Ne discende che soffermarsi sui deficit della salute in termini proporzionali non significa porre al centro i soggetti meno in salute, né coloro con i minori margini di miglioramento, bensì quelli più vulnerabili: una distinzione importante secondo cui ad essere ingiuste non sono le "malattie" come tali, quanto i deficit rimediabili che impediscono di eguagliare al margine la salute potenziale di ognuno di noi.

Concludiamo osservando che il criterio suggerito è conforme all'ideale dell'imparzialità, secondo cui gli esseri umani non dovrebbero essere trattati in modo diverso solo perché vivono in un particolare tempo e luogo o appartengono a un sesso, a una razza o a una professione particolare. Se qualsiasi trattamento differenziale di un gruppo si deve basare su proprietà che in linea di principio potrebbero essere di chiunque, nemmeno i soggetti più vulnerabili debbono costituire un'eccezione. E infatti nulla, nel criterio della massimizzazione del potenziale di salute di ciascuno, assicura che il "gruppo dei più vulnerabili" riceva *come tale* più risorse relativamente ad altri gruppi. «Individuals' health shortfalls are defined in relation to health care's ability to bring about beneficial outcomes in these particular individuals. We have little obligation (as a matter of justice) to provide health care services to those for whom they would do little good» (Esbensen 2008, p.243). I "più vulnerabili" non vanno soccorsi in quanto avrebbero le peggiori condizioni di salute e i margini minori di miglioramento. Essi non vanno concepiti come portatori di uno svantaggio in quanto "vulnerabili", poiché, così ragionando, riceverebbero un privilegio, seppure finalizzato ad indennizzare uno svantaggio. Piuttosto, accantonando l'etichetta collettiva di "vulnerabili", è il singolo cittadino Carlo che ottiene più risorse socio-sanitarie di Paola, poiché il vantaggio marginale che egli ne può ricavare supera quello che ne trarrebbe lei. Carlo ottiene trasferimenti monetari per la sua vulnerabilità: una condizione universalizzabile, che può colpire chiunque, e che quindi rispetta il principio d'imparzialità.

6. ORDINAMENTI PARZIALI E DECISIONI DI POLICY

Riprendiamo e approfondiamo la maggiore difficoltà analitica e decisionale in cui ci siamo imbattuti nel §5. Abbiamo un "ordinamento parziale" quando non tutte le dimensioni di un fenomeno possono essere ordinate e pesate per ogni valutazione

sociale. Immaginiamo di classificare le possibili organizzazioni della salute pubblica con una terna di numeri (**a**, **b**, **c**), in cui **a** è il grado di benessere fisico; **b** la lunghezza della vita; **c** la soddisfazione psicologica. Qual è l'ordine di preferenza delle possibili combinazioni? Un'organizzazione che produce livelli (2, 1, 3) è migliore di quella che produce (1, 2, 3)? Non esiste una risposta univoca, poiché manca la possibilità di calcolare *compensazioni* tra l'una dimensione e le altre. Oppure immaginiamo che Anna e Bruno abbiano tassi diversi di trasformazione di risorse socio-sanitarie in utilità. Un governo che si proponga di perequare le loro opportunità, potrà equalizzare le loro quote di risorse, rendendo così ineguali i loro gradi di utilità (sia totale sia marginale); oppure potrà rendere i loro gradi di utilità eguali, rendendo ineguali le loro risorse; ma non potrà rendere eguali sia i loro gradi di utilità, sia le loro quote di risorse. Dovrà per forza eguagliare una cosa assieme alla disuguaglianza dell'altra (Carter 2001, pp.15-16).

È questo il fondamentale tema dell'inconfrontabilità delle alternative sociali²⁶. Quando, tra due alternative x ed y , si stabilisce una relazione positiva di valore, possiamo affermare qualcosa su come esse sono relate: che x è 'migliore di' o 'meno buono di' o 'così brutto come' y . Lo spazio logico delle relazioni positive di valore per due qualsiasi opzioni è esaurito dalla tricotomia: 'meglio di', 'peggio di' e 'eguale a'. Asserti come x è 'non meglio di' o 'non più caro di' o 'né più né meno crudele di' y sono comparazioni *negative* e non bastano per la comparabilità. Se infatti x è né meglio né peggio di y , e tuttavia x e y non sono eguali, nulla di affermativo può essere detto sulla loro relazione: le due opzioni rimangono incomparabili²⁷. Quando la confrontabilità non riguarda tutti gli elementi dell'insieme su cui si opera, non siamo sempre in grado di stabilire a quale fenomeno corrisponda un segnale più intenso. In termini generali, si può rilevare che, nelle nostre attività sociali, prevale la non-completezza della relazione d'ordine in quanto, mentre siamo nella condizione di ordinare una coppia di alternative "abbastanza simili", possiamo restare indecisi (sospendiamo il giudizio) davanti ad una coppia di alternative qualitativamente "troppo distanti".

²⁶ Si rimanda, per disamine più ampie e rigorose, a Chang (1997) e Qizilbash (2002). Seguendo la terminologia di Ruth Chang, distinguiamo tra "comparabilità" e "commensurabilità". Mentre la seconda richiede una scala di unità di valore, con cui misurare cardinalmente le differenze tra le alternative, per la prima bastano una graduatoria ordinalistica.

²⁷ Possiamo anche esprimerci così: affinché tutti gli elementi dell'insieme A siano confrontabili, dati due elementi qualsiasi x e y , o x precede y , o y precede x , oppure $x = y$. Se consideriamo anche z , allora o z precede x (che precede y), o z è preceduto da y (il quale è preceduto da x), o infine z sta tra x e y . Quando invece esistono elementi che non sono in relazione tra loro, l'ordinamento è parziale o non-completo e quegli elementi sono inconfrontabili.

Poiché i vari diritti sono tra loro eterogenei, così come lo sono le varie dimensioni del well-being che sinteticamente chiamiamo "salute umana", come possiamo sintetizzarle/i in un unico indice? «Occorre prestare attenzione al fatto che [i vari diritti, oppure] le diverse dimensioni del benessere non sono indipendenti tra loro e che invece ci sono legami e complementarità. È necessario in particolare considerare gli effetti cumulativi negli individui: essere povero e malato pesa più, se così si può dire, della somma delle due privazioni. Una società in cui le privazioni nelle diverse dimensioni sono altamente correlate, offre una qualità della vita peggiore di una società in cui, a parità di privazioni complessive, vi sia una minore correlazione tra queste. Una statistica che aggrega prima i valori individuali per ogni singola dimensione, ad esempio attraverso il valor medio, e poi le diverse dimensioni (è il caso dell'indice dello sviluppo umano e della maggior parte degli indici di qualità della vita utilizzati nel nostro paese) è per definizione incapace di cogliere questi aspetti cruciali» (Peragine, 2009, parentesi quadra aggiunta).

Un'ulteriore difficoltà riguarda le antinomie tra i vari diritti, oppure tra le varie dimensioni del well-being. I diritti umani non sono sempre coerenti e compatibili tra loro; ciò perché stabilire un nuovo diritto equivale a sopprimerne uno vecchio: il diritto a non essere resi schiavi implica l'eliminazione del diritto di possedere schiavi; oppure il diritto a non venire licenziato arbitrariamente contrasta con quello della libera intrapresa (Bobbio 1990, p.39). Ciò vale altresì per le dimensioni del benessere, nel senso che l'attuazione integrale dell'una impedisce il pieno dispiegamento dell'altra. «Perché si dovrebbe conferire priorità al bisogno di educazione, rispetto a quello di gioco e svago? Perché la disponibilità di tempo ozioso non è cruciale alla realizzazione individuale al pari della tutela sanitaria? E ancora, perché quest'ultima dovrebbe costituire una componente di autorealizzazione in grado di prescrivere comportamenti in possibile contrasto con altre componenti (si pensi al piacere del rischio o al consumo di tabacco)?» (Delbono-Lanzi 2007, p.110). Arjun Sengupta (2004, p.183) propone una soluzione che evita il problema: il "diritto allo sviluppo", a cui egli si riferisce, «can improve only when at least one right is improved and none are violated». Ma cosa succede se è proprio il miglioramento di un diritto a violare un altro diritto?

Come può dunque affermarsi una valutazione economica, e una decisione di policy, quando gli ordinamenti sono parziali o non-completi? A questo interrogativo, che attraversa l'intera sua riflessione, Sen così risponde: «Ci sono moltissime scelte per le quali un ordinamento parziale non privo di fratture può comunque fornirci

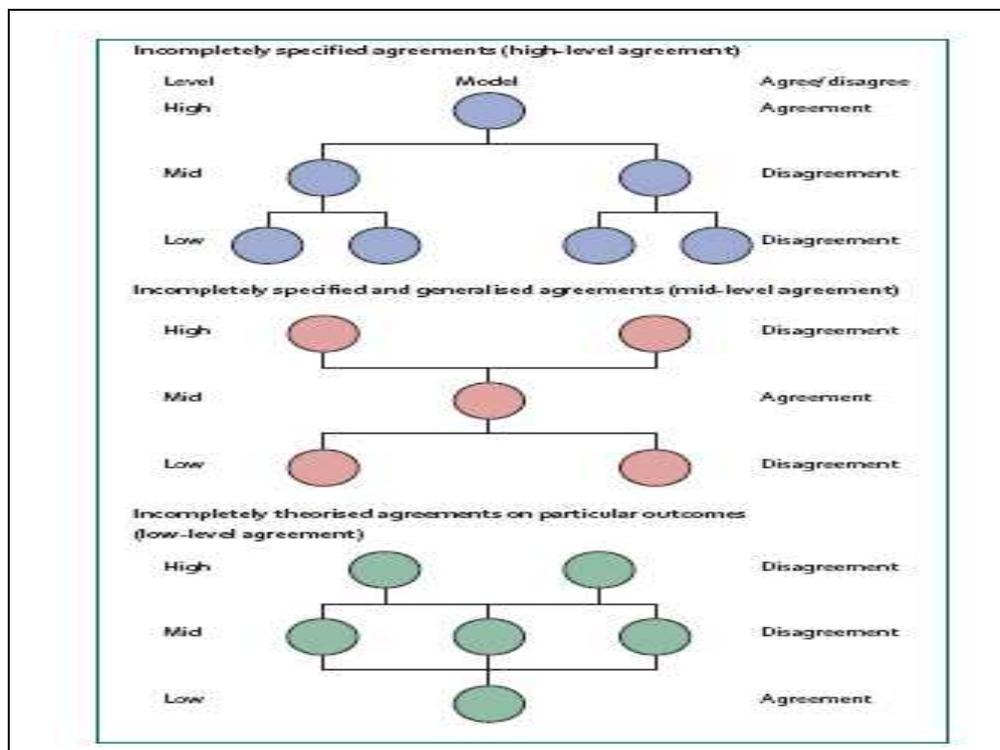
qualche ottima indicazione. Se, per esempio, mediante un esame critico di alcune questioni di giustizia siamo in grado di collocare un'alternativa x al di sopra di y e z , senza riuscire però a gerarchizzare tra loro y e z , potremo tranquillamente optare per x , lasciando irrisolta la questione della priorità tra y e z . Se siamo meno fortunati e il nostro esame non pone in luce il primato di x su y , ma colloca sia x sia y al di sopra di z , allora dalle sole considerazioni su questioni di giustizia non emergerà alcuna scelta specifica. E tuttavia le ragioni della giustizia ci permetterebbero di respingere l'alternativa z , chiaramente inferiore a x e a y »²⁸. La posizione di Sen appare al riguardo insoddisfacente, nel senso che, mentre richiama l'attenzione sui casi in cui, malgrado la parzialità dell'ordinamento, possiamo scegliere, rimane muta su tutti gli altri casi; senza, per giunta, introdurre alcun criterio generale che consenta di distinguere il primo dal secondo tipo di casi.

Un brillante tentativo di compiere qualche passo ulteriore è quello di Cass Sunstein (1995, 2007), il quale rimarca l'importanza degli accordi incompiutamente razionalizzati (*incompletely theorized agreements*), la cui essenza è colta da una frase famosa del filosofo Jacques Maritain a proposito dei lavori che condussero alla Dichiarazione Universale del 1948: «Yes, we agree about the rights, but on condition no one asks us why». Quattro ci sembrano le modalità essenziali di simili accordi. 1) Possiamo fare assieme qualcosa senza ragionare sul perché lo facciamo, come quando aiutiamo una persona in pericolo. 2) Possiamo convergere su singoli provvedimenti ma dissentire sulle ragioni per cui li introduciamo, come quando somministriamo preservativi contro il contagio dell'AIDS. 3) Possiamo condividere un criterio senza discutere dei fondamenti che lo legittimano per ciascuno di noi: stabiliamo, ad esempio, un limite di velocità agli autoveicoli, ma ciò perché, secondo alcuni, le ragioni di sicurezza *per l'automobilista* superano quelle di efficienza e di piacere, per lo stesso guidatore, legate al viaggiare più veloce (è la tesi paternalistica); mentre, secondo altri, sono le ragioni di sicurezza *per gli altri* automobilisti a superare l'utilità di chi desidera correre (è la tesi libertaria). 4) Possiamo approvare un principio generale, ma dividerci sui casi particolari: dichiariamo di propugnare eguali opportunità di accesso ai servizi sanitari di base, ma dissentiamo su quali sono, in un contesto concreto, i servizi di base. Jennifer Prah Ruger (2004, 2007) riformula lo

²⁸ Sen (2009, p.404) così prosegue: «Ordinamenti parziali di questo tipo possono avere notevole portata: se, per esempio, si conviene che lo status quo del sistema sanitario americano – quanto mai lontano dal garantire una copertura medica universale – è decisamente meno giusto rispetto ad altre iniziative che offrano una minore copertura, siamo autorizzati, sulla base di considerazioni di giustizia, a rifiutare quello status quo, quand'anche tali considerazioni non stabiliscano una gerarchia tra le varie alternative ad esso superiori».

schema di Sunstein distinguendo tra il più elevato livello di astrazione dei principi, il livello intermedio dei criteri operativi ed il criterio più concreto dei risultati della pratica: nella prima parte della Figura 5 vi è accordo *soltanto* sui principi, nella seconda parte *soltanto* sui criteri operativi, nella terza *soltanto* sugli esiti. Ciò che tuttavia manca – in contributi come quelli di Sunstein e Ruger – è la precisazione di una o più metodiche: appurato che possono formarsi varie forme di accordi non del tutto sorretti da giustificazioni razionali, come possiamo riconoscere l'una loro modalità dall'altra? Come possiamo provare a trasformare l'una nell'altra? Come possiamo migliorare i margini dell'accordo, data una divergenza su principi e/o criteri e/o esiti? Sotto quali condizioni, piuttosto, l'accordo non è possibile?

FIGURA 5



Per elaborare elementi di risposta a queste domande occorre anzitutto riconoscere – ed è una tesi non scontata – che le scelte (per noi) più impegnative nell'ambito di ordinamenti incompleti esprimono una valenza etica, ossia non sono, e non possono essere, proceduralmente neutrali. Entro gli ordinamenti incompleti, infatti, si formano con naturalezza situazioni dilemmatiche: due o più opzioni sono egualmente rilevanti per noi, in quanto i valori che ognuna richiama ci appaiono irrinunciabili. Il dilemma scatta quando abbiamo diverse ragioni per agire, nessuna delle quali predomina, nessuna delle quali è predominata, e tali che giustificano azioni

incompatibili. In questi casi la deliberazione è arbitraria, non potendo effettuarsi in base a ragioni, e pone una minaccia al nostro profilo identitario: se la scelta non ha un chiaro senso per noi, chi siamo? È proprio davanti ad una tale difficoltà che di solito il soggetto *sceglie di scegliere*: la predominanza di un'opzione diventa il risultato della stessa deliberazione; ovvero, la deliberazione diventa un modo per auto-conferirsi senso, per provare a ripristinare unità e coerenza identitaria (Frankfurt 1988, 1999).

Ma il punto teorico è che il soggetto, di solito, *sceglie di scegliere secondo ragioni*. Riprendendo l'argomentazione di Chiara Bagnoli (2006), immaginiamo che Gemma e Gaia siano gemelle e abbiano entrambe pari deficit di salute, mentre la loro madre Beatrice dispone di risorse adeguate per curare soltanto una di loro. Se il problema di Beatrice fosse di "tagliare il nodo", le basterebbe randomizzare la decisione oppure delegarla ad un qualsiasi soggetto esterno. Invece per lei conta il modo con cui si supera lo stallo deliberativo: lanciare la moneta, o affidarsi ad un arbitrario giudizio altrui, le appaiono procedimenti iniqui (e insensati) verso la figlia esclusa; Beatrice desidera scegliere in base ad un criterio, ossia in forza di ragioni. Soltanto questo passaggio dà una risoluzione morale al suo dilemma, stabilendo quale identità Beatrice conferisce a sé stessa nel prossimo periodo.

Il punto teorico che stiamo toccando segnala insomma che, di fronte a situazioni dilemmatiche (tra cui spiccano quelle che riguardano "scelte tragiche" intorno alla salute), mettiamo in gioco il significato delle nostre azioni e quindi il nostro profilo identitario: non sappiamo più bene chi siamo, perché ci sfuggono le ragioni per agire. In risposta al dilemma dobbiamo prendere posizione, deliberando. Molte volte tuttavia non ci basta una scelta qualunque, purché scelta sia; abbiamo bisogno di essere riconosciuti e di auto-riconoscerci mentre decidiamo; dobbiamo pertanto selezionare un criterio che renda preferibile un certo percorso di scelta rispetto ad altri; *e questo criterio ha natura etica*. La conclusione è che, quando siamo alle prese con genuini dilemmi, la scelta non è (semmai può esserlo) una mera faccenda neutrale di calcoli di benefici e costi relativi, bensì comporta meta-scelte sui principi (moral) del nostro agire. Quando dobbiamo assumere le scelte che davvero per noi contano, i confini che passano tra una decisione economica e una decisione etica diventano estremamente sottili e mobili.

La tesi sulla non-neutralità etica dei dilemmi è al centro della teoria della giustizia sociale di Michael Sandel. A suo avviso, se vogliamo stabilire un modo equo di assegnare le risorse a cui diamo valore, non possiamo non interrogarci sul modo giusto di valutarle. Se ad esempio vogliamo accrescere la prosperità ed estendere i

diritti di libertà, non possiamo non chiarire quali siano le attività che, generando la prosperità e tutelando i diritti, vadano promosse in una società buona. Oppure, per ricorrere ad un esempio vicino al nostro tema, «come nel caso della controversia sull'aborto, non è possibile far valere la tesi a favore della ricerca sulle cellule staminali senza prendere posizione nel dibattito politico circa il momento in cui ha inizio la persona. Se, dal punto di vista morale, l'embrione appena concepito è come una persona, chi si oppone a queste ricerche ha un argomento su cui fondarsi, perché neppure la ricerca medica più promettente potrebbe giustificare lo smembramento di una persona umana; ben pochi considererebbero legale sottrarre gli organi vitali a un bambino di cinque anni, fosse pure per intraprendere ricerche mirate a salvare vite umane. E dunque, neppure la tesi favorevole agli studi sulle cellule staminali si mantiene neutrale nel dibattito etico e religioso circa l'esatto momento in cui la persona ha inizio, anzi presuppone una risposta precisa: l'embrione non ancora impiantato, che viene distrutto quando si manipolano le sue cellule, non è ancora un essere umano» (Sandel 2009, p.284).

L'idea liberale – difesa, pur con molte qualificazioni, anche da Sen – è che i principi di giustizia in base ai quali definiamo i nostri diritti non debbano poggiare su alcuna concezione etica particolare, e che invece debbano mantenersi neutrali rispetto a visioni plurali della vita buona. Questa concezione procede assieme a quella della scienza economica, secondo cui il processo della scelta consiste, dati certi fini, nella selezione neutrale dei mezzi ottimali. Il framework concettuale qui propugnato critica entrambe queste posizioni. Il policy-maker non può rimanere neutrale nelle questioni etiche; e le scelte dilemmatiche sulla salute sono questioni etiche. Quel che il policy-maker può fare è delimitare l'area della sua non-neutralità. Ci sono tre possibilità; che la regolamentazione: 1) sia neutrale rispetto al contenuto, come avviene quando un governo è autorizzato a sanzionare coloro che impediscono, nel traffico urbano, il transito dell'autoambulanza; 2) sia non-neutrale sul contenuto, ma neutrale sull'opinione, come quando si vieta l'espressione commerciale della magia per la terapia dei tumori, ma si permettono tutte le forme di pubblicità di farmaci dalla validità verificata; 3) sia non-neutrale sull'opinione, come quando s'impedisce la pubblicità contraria ad una campagna pubblica sugli anticoncezionali (Sunstein 2001, pp.174-77).

Il grado di controvertibilità delle decisioni politiche, che esiste sempre, aumenta passando da (1) a (3). Quando esso è elevato, un criterio che può orientare, pur senza dissolvere ogni difficoltà, è quello di terzietà, il quale affronta «le controversie

sulla base del principio che nessuno può essere giudice in casa propria. Nel momento in cui sorgono dispute, le parti *devono essere disposte* a rivolgersi e a sottomettersi a un parere esterno» (Archibugi 2009, pp.283-84, corsivo aggiunto). Ovviamente, lo snodo delicato, che non può essere presupposto, è proprio la disponibilità delle parti. Se torniamo all'esempio di Beatrice, alle prese con una "scelta tragica" concernente la salute delle figlie, ella, abbiamo notato, tende a non decidere senza ragioni e quindi, tra l'altro, non accetta di cedere la scelta ad un Terzo arbitrario. Ma Beatrice può accogliere l'idea che a scegliere sia un medico o un assistente sociale in cui ripone fiducia. Non è scontato che ciò succeda. Quando però accade, è importante che Beatrice e il Terzo siano entrambi consapevoli della natura eticamente schierata della loro procedura. È intorno a simili istanze che la politica si esprime nella sua forma più alta: come forma di convivenza civile entro cui si affrontano, si valutano e si decidono pubblicamente non poche tra le opzioni a cui maggiormente diamo valore.

7. QUESTIONI APERTE

Ci siamo inoltrati in tre letterature che hanno recentemente studiato la salute pubblica: quella dei beni pubblici globali, quella dei diritti collettivi e quella delle capability. La nostra è stata una interpretazione congiunta, finalizzata a mostrare le potenzialità della convergenza dei tre approcci. Rimangono, ovviamente, molte questioni aperte. Ne ricordiamo due di particolare rilievo. Il criterio di policy per la salute pubblica che è stato qui elaborato vale a rigore per gli strumenti di un governo nazionale o regionale; esso va dunque esteso ad un ambito globale, con le note difficoltà legate all'assenza di qualcosa che assomigli ad un governo cosmopolitico. Le dimensioni dei diritti, del well-being o delle capability sono eterogenee e sollevano problemi di inconfontabilità; le risposte basate su accordi incompiutamente razionalizzati e valutazioni etico-politiche deliberative costituiscono validi spunti, ma non esauriscono le difficoltà dei processi di *decision-making*. Siamo insomma alla frontiera del dibattito e le questioni aperte sollecitano il nostro impegno.

Riferimenti bibliografici

- Archibugi, D. (2009), *Cittadini del mondo*, Il Saggiatore, Milano.
- Baccelli, L. (2009), *I diritti dei popoli*, Laterza, Bari.
- Bagnoli, C. (2006), *Dilemmi morali*, De Ferrari, Genova.
- Bellanca, N. (2007), *L'economia del noi*, Università Bocconi Editore, Milano.
- Bellanca, N. – Biggeri, M. – Marchetta, F. (2010a), "La disabilità nell'approccio delle capability", in Bellanca, N. – Biggeri, M. (a cura di), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle capability alle persone con disabilità*, Collana Biòtopi, Liguori, Napoli.
- Bellanca, N. – Biggeri, M. – Marchetta, F. (2010b), "Strumenti per le policy sulle disabilità", in Bellanca, N. – Biggeri, M. (a cura di), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle capability alle persone con disabilità*, Collana Biòtopi, Liguori, Napoli.
- Bobbio, N. (1990), *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino.
- Caldes Piñilla, M.J – Bellanca, N. – Como, E. – Libanora, R. – Rapisardi, A. (2010) "La cooperazione sanitaria decentrata: analisi teorica ed esperienza toscana", ARCO, in corso di pubblicazione.
- Carter, I. (2001), "Introduzione", in Id., a cura di, *L'idea di eguaglianza*, Feltrinelli, Milano.
- Chang, R. (1997), "Introduction", in Id. (ed.), *Incommensurability, incomparability and practical reason*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- Chen, L. C. – Evans, T. G. – Cash, R. A. (1999), "Health as a global public good", in I. Kaul – I. Grunberg – M. A. Stern (eds.), *Global public goods*, Oxford University Press, New York.
- Conklin, A. – Meier, B. M. (2008), "A 'vector of rights' approach for public health: towards an intersectional human rights framework for considering the prevention and treatment of harms to girl child soldiers", *Australian journal of human rights*, 13(2): 65-98.
- Cranston, M. (1983), "Are there any human rights?", *Daedalus*, 112.
- Deaton, A. (2004), "Health in an age of globalization", in Collins, S. – Graham, C. (eds.), *Brookings trade forum*, The Brookings Institute, Washington D.C.: 83-130.
- Delbono, F. – Lanzi, D. (2007), *Povert , di che cosa?*, Il Mulino, Bologna.
- Easterlin, R. A. (1974), "Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence", in P.A. David – M.W. Reder (eds.), *Nations and households in economic growth*, Academic Press, New York: 89-125.
- Esbensen, K. L., (2008), *Justice in the allocation of shared health care resources: aiming for the elimination of preventable health shortfalls*, Ph.D. Dissertation, Georgetown University, Washington DC.
- Feinberg, J. (1980), "The Nature and Value of Rights", in J. Feinberg, *Rights, Justice, and the Bonds of Liberty: Essays in Social Philosophy*, Princeton University Press, Princeton.
- Ferrajoli, L. (2001), *I diritti fondamentali*, Laterza, Bari.
- Frankfurt, H. (1988), *The importance of what we care about*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Frankfurt, H. (1999), *Necessity, volition and love*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Gallucci, M. (2004), "La cooperazione", in L. Mannetti, a cura di, *Introduzione alla psicologia economica*, Carocci, Roma.
- Granaglia, E. (2001), *Modelli di politica sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Held, D. (2004), *Governare la globalizzazione*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- Hohfeld, W. N. (1913), "Alcuni concetti giuridici fondamentali nella loro applicazione al ragionamento giudiziario. I", in W.N. Hohfeld, *Concetti giuridici fondamentali*, Einaudi, Torino, 1969.
- Kahneman, D. et al. (2004), "A survey method for characterizing daily life experience. The day reconstruction method", *Science*, 306(3): 1776-1780.
- Kaul, P. – Conceicao, K. – Le Gouvel, R. – U. Mendoza (2003), "Why do global public goods matter today?", in I. Kaul, P. Conceicao, K. Le Gouvel, R. U. Mendoza, (eds), *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*, Oxford University Press, New York.
- Koplan J.P. – Bond, T.C. et al. (2009), "Towards a common definition of global health", *Lancet*, 373: 1993-95.
- Kymlicka, W. (1989), *Liberalism, community and culture*, Oxford University Press, Oxford.

- Meier, B. M. (2006), "Employing health for global justice: the promise of public health in response to the insalubrious ramifications of globalization", *Cornell international law journal*, 39: 711-777.
- Meier, B. M. (2007), "Advancing health in a globalized world: responding to globalization through a collective human right to public health", *Global health, law, ethics, and policy*, winter.
- Meier, B. M. – A. M. Fox (2008), "Development as health: employing the collective right to development to achieve the goals of the individual right to health", *Human rights quarterly*, 30: 259-355.
- Nozick, R. (1989), *La vita pensata*, Rizzoli, Milano, 2004.
- Olson, M. (1969), "The principle of 'fiscal equivalence': the division of responsibilities among different levels of government", *American economic review*, 1969, n. 2, *Papers and Proceedings*: 479-487.
- Peragine, V. (2009), "Come conciliare la 'misurazione' del benessere economico e della qualità della vita", 23 dicembre, www.nelmerito.com
- Qizilbash, M. (2002), "Rationality, comparability and maximization", *Economics and philosophy*, 18: 141-156.
- Robeyns, I. – Kuklys, W. (2005), "Sen's capability approach to welfare economics", in W. Kuklys (ed.), *Amartya Sen's capability approach: theoretical insights and empirical applications*, Berlin, Springer Verlag: 9-30.
- Ruger, J. P. (2004), "Health and social justice", *Lancet*, 364: 1075-1097.
- Ruger, J. P. (2007), "Health, health care, and incompletely theorized agreements: a normative theory of health policy decision making", *Journal of health politics, policy and law*, 32(1): 51-87.
- Ruger, J. P. (2009), *Health and social justice*, Oxford University Press, Oxford.
- Sachs, J.D. (2008), *Il bene comune*, Mondadori, Milano, 2010.
- Sandel, M. (2009), *Giustizia*, Feltrinelli, Milano, 2010.
- Sandler, T. (1997), *Global challenges*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sandler, T. (2004), *Global collective action*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sandler, T. (2010), "Overcoming global and regional collective action impediments", *Global policy*, 1(1): 40-50.
- Sen, A. K. (1984), "The right not to be hungry", in P. Alston – K. Tomasevski (eds.), *The right to food*, SIM, The Netherlands.
- Sen, A. K. (1992), *La diseguaglianza: un riesame critico*, Il Mulino, Bologna, 1994.
- Sen, A. K. (2002), *Razionalità e libertà*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- Sen, A. K. (1999), *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano, 2000.
- Sen, A. K. (2009), *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano, 2010.
- Sengupta, A. (2004), "The human right to development", *Oxford development studies*, 32(2): 179-203.
- Sunstein, C. (1995), "Incompletely theorized agreements", *Harvard Law Review*, 108: 1733-1772.
- Sunstein, C. – Holmes, S. (2000), *Il costo dei diritti*, Il Mulino, Bologna.
- Sunstein, C. (2001), *Republic.com*, Il Mulino, Bologna.
- Sunstein, C. (2007), "Incompletely theorized agreements in constitutional law", *working paper* n.147, The Law School of the University of Chicago.
- Tedesco, F. M. (2009), *Diritti umani e relativismo*, Laterza, Bari.
- Zolo, D. (2005), "Il diritto all'acqua come diritto sociale e diritto collettivo", *Jura Gentium journal*.