

La Copertura Sanitaria Universale: nuova frontiera della salute globale?

Tavola Rotonda “Diritto alla salute. Copertura universale: una questione aperta”

Roma, 26 febbraio 2014



Questo documento è stato elaborato da Nicoletta Denticò e con il contributo finanziario della Fondazione Rockefeller nell'ambito delle attività della rete europea AfGH (Action for Global Health – Azione per la Salute Globale).

Foto copertina: Nepal, Kirtipur - visita neonatale al Centro comunitario per la salute della donna, AIDOS/phect Nepal.

Indice:

1. Introduzione	Pag. 4
2. La Copertura Sanitaria Universale (CSU): tracce di storia	pag. 5
3. La Copertura Sanitaria Universale: a quali condizioni	pag. 7
4. CSU: una questione di sviluppo ?	pag. 8
5. CSU: una questione di diritti umani?	pag. 10
6. CSU: quali modelli di finanziamento della salute?	pag. 12
7. Conclusioni	pag. 16
8. Raccomandazioni	pag. 17

1. Introduzione

E' stata definita dalla Direttrice Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Margaret Chan, "il più potente concetto che la salute pubblica possa mettere in campo". Alcuni funzionari dell'agenzia la considerano "la rivoluzione dell'OMS". Non c'è che dire: un'aurea semantica assai mobilitante avvolge la Universal Health Coverage (UHC), ovvero la Copertura Sanitaria Universale (CSU), questione che si è affermata negli ultimi anni presso la comunità internazionale come una delle priorità indiscusse nell'agenda di salute globale e di sviluppo sostenibile. Capace di conseguire negli anni a venire – secondo autorevoli pareri – le trasformazioni che il cauto approccio degli obiettivi del millennio non è stato in grado di produrre.

Nonostante l'enorme progresso economico e scientifico, le cifre stratosferiche della ricchezza mondiale, il valore anche morale dei patti internazionali che hanno affermato negli ultimi decenni una vasta gamma di diritti, il ventunesimo secolo si è aperto sotto il segno di laceranti disuguaglianze non solo tra nazioni, ma anche all'interno delle stesse nazioni. I diritti socioeconomici, come quello di avere "un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia" (Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, articolo 25), sono di gran lunga i più trascurati, con ripercussioni decisive in termini di deficit globale di giustizia, democrazia e stato di diritto. L'elemento di novità deriva semmai dal fatto che, dall'esplosione della crisi economico-finanziaria nel 2008, questa lacerazione riguarda ormai le società del nord industrializzato alla stessa stregua di quelle del sud impoverito.

L'opulenza del pianeta marcia in due direzioni: quasi la metà del reddito globale è trasferito verso l'1% dei più ricchi, l'altra metà procede verso il restante 99%, in un perfetto modello di crescente disuguaglianza¹ che determina naturalmente effetti devastanti sulla vita, la salute e la condizione sociale di miliardi di persone^{2 3}. Non può sorprendere che oltre cinque miliardi di persone – tre quarti della popolazione del pianeta - vivano senza una protezione sociale degna di questo nome. Centinaia di milioni di persone non hanno accesso ai servizi sanitari e alle cure mediche essenziali e tra questi 270 milioni di bambini⁴; 2,6 miliardi di persone non hanno servizi igienici adeguati⁵; 1,1 miliardi di persone non ha accesso all'acqua potabile⁶. 870 milioni di persone sono cronicamente malnutrite⁷. I dati, quasi certamente, sono sottostimati.

Il riconoscimento della necessità di mettere mano alle disuguaglianze nel campo della salute è ovviamente un segnale positivo e il risveglio delle Nazioni Unite, seppur tardivo, potrebbe servire a rilanciare dopo decenni un cammino dei diritti nel campo della salute. In questa prospettiva, la copertura sanitaria universale potrebbe persino funzionare come una leva unificante verso l'adozione di politiche universalistiche adeguate a superare le attuali sperequazioni nel destino tra gli abitanti del pianeta. Ma niente di tutto questo può avvenire se non si guarda bene in faccia la realtà. E la realtà ci dice molte cose. Si stima, ad esempio, che le entrate sottratte ai paesi in via di sviluppo a causa degli abusi fiscali delle multinazionali ammontino a 160 miliardi di dollari l'anno⁸, una cifra superiore di oltre quattro volte al totale dell'investimento in salute da parte di tutti i governi dell'Africa Sub-sahariana nel 2011 (36,4 miliardi di dollari)⁹. La giustizia fiscale è un nodo cruciale se vogliamo finanziare lo sviluppo, nel momento in cui una massiccia quota della ricchezza privata globale elude sistematicamente le tasse¹⁰, al punto che in molti paesi il finanziamento pubblico necessario a costruire sistemi sanitari tramite cui garantire la copertura sanitaria universale risulta un obiettivo del tutto irrealistico.

La nozione di copertura sanitaria universale implica che ogni persona – povera o ricca che sia – abbia accesso al servizio sanitario di cui ha bisogno senza soffrirne svantaggi finanziari.

Sembra “un diritto insopprimibile”, per usare le parole di un editoriale del *Lancet*¹¹, un pensiero che vive d’istinto “con l’innato senso di dignità e di giustizia nei cuori degli uomini e delle donne”. Eppure, come nel caso di altri diritti che hanno assunto piena titolarità nelle società avanzate, la copertura sanitaria universale è stata l’esito di battaglie condotte e vinte dai movimenti sociali, non il frutto di politiche somministrate dall’alto nel segno di una spontanea lungimiranza. Nei paesi che l’hanno abbracciata come obiettivo politico, la copertura sanitaria universale non ha goduto di facile consenso sociale e anzi “ nel passato ha dovuto scontrarsi contro le barriere dell’egoismo e dell’ignoranza”¹². Oggi più che mai, in un mondo globalizzato che stratifica disuguaglianze e ordisce competizioni sociali¹³, questa idea si scontra con la dura resistenza da parte di alcune associazioni professionali, ad esempio quella dei medici, preoccupati dell’impatto che la copertura sanitaria pubblica può comportare sui loro salari e sulle condizioni di lavoro. Per non parlare poi degli esperti della finanza, dentro e fuori la pubblica amministrazione, sempre ossessionati dal controllo della spesa pubblica e pertanto recalcitranti a ogni accenno di vocazione universalistica, soprattutto in tempo di austerità.

Non esiste una rotta univoca nel tragitto che conduce alla copertura sanitaria universale. I governi dovranno sviluppare strategie in grado di rispondere alla diversità dei rispettivi contesti economici, politici e sociali. D’altronde, l’ assenza di un modello predefinito di CSU non sta a significare che ogni percorso per arrivarci ¹⁴ sia quello giusto.

In tempi e con strategie diverse alcuni paesi – tra cui la Thailandia, il Brasile, la Malesia, lo Sri Lanka – si sono attivati negli ultimi anni con politiche convincenti, nel solco delle quattro indicazioni prioritarie proposte dall’OMS per avviare la CSU: 1. Ridurre i pagamenti diretti delle prestazioni; 2. Massimizzare i pagamenti anticipati obbligatori; 3. Mettere a punto ampi pool di fondi per la gestione del rischio; 4. Usare le finanze pubbliche per garantire la copertura della popolazione indigente. La visione comune di questi paesi – pur nella differenza degli approcci adottati – poggia sul riconoscimento che la titolarità al servizio sanitario non ha a che vedere soltanto con la capacità fiscale dei cittadini quanto piuttosto con i diritti di cittadinanza, nel significato di “patrimonio di diritti che appartengono alla persona in quanto tale”¹⁵.

2. La Copertura Sanitaria Universale (CSU): tracce di storia

Negli ultimi venti anni, un crescente numero di paesi a basso e medio reddito hanno avviato programmi nazionali verso la copertura sanitaria universale. Un rapporto dell’Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) documenta una cinquantina di nazioni dotate di un sistema di assicurazione socio-sanitaria nel 2008¹⁶.

La tendenza registrata in questi paesi ha richiamato l’attenzione di molti verso l’idea della copertura sanitaria universale. Fra questi, l’agenzia americana per lo sviluppo USAID, la Banca Mondiale, la Banca Inter-Americana per lo Sviluppo, la Bill e Melinda Gates Foundation, la Rockefeller Foundation; soggetti che su questo stesso terreno concettuale declinano una certa varietà di interessi, cosicché sotto la denominazione di CSU rientra di volta in volta l’idea della riduzione e razionalizzazione della spesa sanitaria, la proposta di aumentare i servizi sanitari nei contesti impoveriti, ovvero quella di promuovere il “diritto alla salute” attraverso *pacchetti minimi* o *essenziali* di servizi, prevalentemente rivolti a target di popolazione assai indigente. Spesso, incrementando il ricorso al settore privato in questo processo.

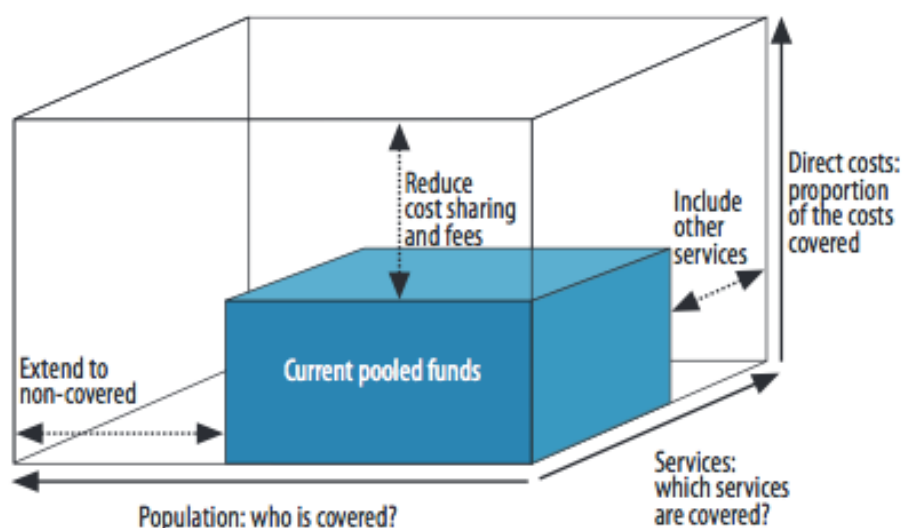
La nave negoziale è salpata, comunque. La CSU sta al centro delle consultazioni intergovernative volte a disegnare la partita della salute nel “nuovo corso” dello sviluppo

dopo il 2015, anno di chiusura del ciclo degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs). Che ci piaccia o no, un certo consenso alberga ormai intorno all'idea che la CSU sia destinata a colmare le lacune dagli obiettivi del millennio dedicati alla salute (MDG 4, 5 e 6) e a terminare il lavoro non concluso entro il 2015. L'intenzione dichiarata però è di includere nel nuovo ciclo le sfide sanitarie emerse su scala globale negli ultimi anni: le malattie croniche, il carico di morbilità dovuto agli incidenti, la salute mentale, la resistenza agli antibiotici, le patologie legate al degrado ambientale, le cure palliative, etc. Su questo terreno, la competizione tra patologie e priorità di intervento fa da sfondo al classico gioco della geopolitica sanitaria.

Ad oggi, la situazione è tutt'altro che nitida. La tensione fra la vecchia e la nuova agenda, tra gli aspetti sanitari e non sanitari del problema, tra le definizioni stesse di CSU, resta tutt'altro che risolta¹⁷. La Banca Mondiale ad esempio ha sviluppato la propria visione della CSU, perfettamente allineata alla agenda economica di terminare la povertà estrema entro il 2030 ("end extreme poverty by 2030") e promuovere la prosperità condivisa ("shared prosperity") fra il 40% della popolazione più emarginata in ogni paese in via di sviluppo¹⁸.

In seno alle Nazioni Unite, la formulazione politica e tecnica del concetto di copertura sanitaria universale affonda le radici in un percorso di ricerca di alcuni anni. Il rapporto OMS del 2008¹⁹ (con cui l'agenzia rilancia il ruolo imprescindibile della *primary health care* per assicurare l'accesso alla salute per tutti), ed il rapporto del 2010²⁰ (dove l'OMS visualizza il percorso da intraprendere perché i governi conseguano l'obiettivo della CSU), hanno definito in qualche modo le tracce fondamentali del cammino e lanciato il dibattito su scala globale.

Fig. 1. Three dimensions to consider when moving towards universal coverage



Source: Adapted from (9, 10).

La realizzazione della copertura sanitaria universale, secondo l'interpretazione dell'OMS, è un processo dinamico. Implica un movimento tridimensionale volto ad ampliare la gamma dei servizi sanitari, la proporzione dei costi pagati e la fascia della popolazione sotto copertura. Non configura un *pacchetto minimo* di prestazioni sanitarie, ma un'espansione progressiva dei servizi preventivi curativi e riabilitativi, definiti su base nazionale, da garantire a tutti senza discriminazioni, secondo i bisogni di ciascuno.

Nel giugno 2012, alla Conferenza delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Sostenibile, Rio +20, il ruolo della CSU viene sviluppato con un'accezione che, ben oltre la salute, comprende la coesione sociale, la crescita economica e lo sviluppo²¹ in un'ottica di solidarietà che unisce insieme tutti i paesi, nel nord e nel sud globale. La nozione è ripresa nella risoluzione del dicembre 2012 dell'Assemblea delle Nazioni Unite²², che prelude alla recente mobilitazione globale volta a inserire la CSU nella agenda dello sviluppo post-2015 con la leadership dell'OMS. La risoluzione riconosce esplicitamente "l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, soprattutto attraverso meccanismi di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi a tutti e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione"; invita tutti i governi ad adottare un approccio multisettoriale e a lavorare sui determinanti ambientali, economici e sociali della salute per ridurre le disuguaglianze, secondo un approccio che identifica nella salute la precondizione, l'indicatore ed il risultato di uno sviluppo sostenibile.

La discussione subirà un'inevitabile accelerazione nei prossimi mesi a New York con l'approssimarsi del 2015, e non senza divergenze. Alcuni paesi hanno assunto la CSU come una priorità. Altri invece restano del parere che la CSU sia un concetto troppo vago e difficile da misurare, soprattutto se paragonato alla cultura dell'approccio verticale e quantitativo degli obiettivi del millennio su cui hanno lavorato nell'ultimo decennio, spesso costretti ad adeguare a questo sforzo il loro stesso sistema sanitario nazionale²³.

3. La Copertura Sanitaria Universale: a quali condizioni?

Che cos'è la Copertura Sanitaria Universale? Come abbiamo già detto, secondo l'OMS significa assicurare che tutta la popolazione, ricca o povera che sia, abbia accesso ai servizi sanitari di qualità di cui necessita "senza soffrire difficoltà finanziarie quando deve pagarli"²⁴. Stando alle stime, ogni anno 150 milioni di persone sono ridotte al collasso finanziario a causa del pagamento diretto delle prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno, e 100 milioni scivolano nella spirale dell'impoverimento²⁵. Il concetto di *copertura universale* ha principalmente a che fare dunque con l'intento di rimuovere le barriere finanziarie al servizio sanitario, tramite meccanismi sostenibili e adeguati di finanziamento della spesa sanitaria in grado di ridurre i pagamenti diretti ("*out of pocket expenditures*"), fino ad eliminarli del tutto.

L'iniquità in salute, secondo l'OMS, si riferisce alle differenze non necessarie ed evitabili, che sono allo stesso tempo inaccettabili e ingiuste. Si può dire, in termini propositivi, "che l'equità consiste nel creare o favorire, per ciascun individuo, la possibilità di perseguire e di raggiungere il livello potenziale di salute che gli è proprio"²⁶. Le divaricazioni dipendono certo dagli squilibri di reddito, ma il livello di salute e la speranza di vita di una popolazione, come pure dei singoli, non sono una funzione diretta ed esclusiva del PIL, né del reddito pro-capite. La spiegazione sta soprattutto nelle differenze sociali e culturali, nel valore che singoli e comunità attribuiscono al bene-salute. Rispetto ad altri beni, la salute non si può conquistare solo in moneta; inoltre i guadagni in salute sono spesso il frutto indiretto di altre condizioni. Per esempio, la correlazione più favorevole per la sopravvivenza dei neonati non è con il reddito della famiglia né con l'accesso alle cure pediatriche: più che questi fattori, certo importanti, vale infatti il livello di istruzione della madre.

Una delle criticità della narrazione corrente sulla CSU è che si limita a un impegno progressivo verso la *copertura* sanitaria universale, nel senso del sostegno finanziario alla sanità, piuttosto che verso l'accesso universale al sistema sanitario, orizzonte ambizioso e mobilitante definito dalla iniziativa dell'OMS a favore della salute per tutti (*Health For All*). *L'accesso universale* dipende da determinanti sociali e culturali che non possono essere

ignorati. Inoltre, dipende dalla solidità del sistema sanitario di un paese, dalla presenza diffusa di presidi sanitari, dall'accessibilità e disponibilità di farmaci essenziali, dalla disponibilità di personale sanitario motivato e ben formato. Va dato atto all'OMS che questi elementi decisivi sono stati integrati nelle più recenti formulazioni relative alla CSU²⁷, nel tentativo di incorporare risposte ad obiezioni che sono giunte da più parti nel corso delle consultazioni. L'incongruenza semmai deriva dal fatto che contestualmente la Banca Mondiale ha confezionato il *suo* pacchetto CSU in funzione del programma di eradicazione della povertà estrema entro il 2030, con una filosofia che, strettamente parlando, universalista non è²⁸.

Per noi di AIDOS, che ci occupiamo prevalentemente di diritti e salute sessuale e riproduttiva, copertura sanitaria universale significa che ogni persona deve avere accesso allo stesso livello di servizi sanitari integrati e di qualità, in risposta ai propri bisogni. Il termine *universale* rimanda inequivocabilmente a politiche d'inclusione, senza eccezioni. In altre parole l'accesso alla salute - incluse le fasi della prevenzione, il trattamento e la cura - deve essere certo garantito a una persona a prescindere dalla sua situazione occupazionale e capacità di contribuzione, ma ancora di più a prescindere dallo status sociale e dalla condizione di cittadinanza di cui gode. Il fatto di porre l'attenzione alle difficoltà finanziarie rischia oggettivamente di oscurare altri fattori che riducono l'accesso ai servizi sanitari, quali le norme sociali, lo stigma e la discriminazione. Le azioni redistributive, pur necessarie, non bastano dunque se non sono accompagnate da politiche talora ben più sfidanti del mero capitolo finanziario, e da misure di regolamentazione che oltrepassano l'ambito sanitario. Occorre affrontare la questione dei determinanti politici, sociali e culturali della salute come circostanza da cui non si può sfuggire, se si vogliono realisticamente conseguire gli obiettivi di equità della CSU²⁹ (vedi Box. 1).

4. CSU: una questione di sviluppo ?

Tollerare un servizio sanitario che emargina alcune categorie di persone significa legittimare l'esclusione sociale e accettare l'inevitabilità delle disuguaglianze. Uno stato di cattiva salute e i costi per le prestazioni sanitarie pesano in misura indicibile sui bilanci di una famiglia, e su quelli dello stato. Le stime dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) riportano dati gravi: in paesi come Cambogia, India e Pakistan, la popolazione è costretta a esborsare di tasca propria oltre il 50% dei costi per le prestazioni sanitarie, cifra che si riduce a un comunque oneroso 30% nel caso dei paesi a medio e alto reddito³⁰. Come abbiamo già visto, dietro le impersonali casistiche c'è la rovina finanziaria per milioni di famiglie³¹, le quali fra l'altro devono confrontarsi il più delle volte con una gamma di servizi sanitari ridotta ai minimi termini dalla (in)capacità finanziaria di uno stato, le scarse infrastrutture del paese, i limiti imposti dal consenso politico. Per chi vive in condizioni di difficoltà economica, sappiamo che la cattiva salute conduce velocemente alla povertà: non per nulla si parla di "trappola malattia-povertà" (*the medical poverty trap*). Una vera tagliola a doppio senso.

Vista così, la protezione finanziaria appare una pietra miliare della CSU, perché permette alle persone di fruire dei servizi sanitari senza ridursi in miseria. Si tratta di una misura di natura sociale, di sviluppo, nel senso che il miglioramento dello stato di salute di una comunità o popolazione, derivante da un maggiore accesso ai servizi preventivi, terapeutici e riabilitativi, è di per sé indicatore e motore di sviluppo, di mobilità sociale e di crescita economica.

BOX 1. Copertura sanitaria universale e salute delle donne

Come ben documentato, la salute di genere è un territorio irrimediabilmente segnato - durante tutto il ciclo di vita di una donna - dall'assenza di equità. In un'estesa ricerca dell'OMS su donne e salute³² condotta qualche anno fa si ritrovano confermate tendenze già note, tra cui la persistente diffusione di mortalità dovuta ad aborti non sicuri e il progresso assai limitato nella promozione dei metodi di pianificazione familiare nelle regioni dell'Africa Sub-Sahariana. In più, una cruda realtà: l'80% di prevalenza del cancro al collo dell'utero coincide con contesti in cui non esistono prevenzione, trattamenti, monitoraggi. E se esistono, sono molto limitati. In un recente studio su 54 paesi è stato rilevato che - tra 12 indicatori relativi alla salute materno-infantile - i tre con il maggiore divario correlato al reddito riguardano i servizi sanitari per le donne³³. Il parto assistito con personale adeguato è il servizio con il più alto livello di disuguaglianza di accesso (32,3% nel quintile della fascia più povera contro 84,4% del quintile nella fascia più alta), seguito dalle visite mediche prima del parto, e dalla risposta ai bisogni di pianificazione familiare. Ha senso rispondere a questi divari con la copertura sanitaria universale?

I casi di paesi che hanno introdotto la CSU da anni - ad esempio il Messico³⁴ e la Thailandia³⁵ - ci dicono che è possibile conseguire risultati positivi per le donne con questo approccio, a condizione che siano considerati prioritari il rafforzamento del sistema sanitario e l'investimento nelle risorse umane (anche femminili) a più livelli, e il forte coinvolgimento delle comunità, con la responsabilizzazione di figure intermedie. Se fatto male, infatti, un programma nazionale di CSU può persino peggiorare la già critica situazione di accesso ai servizi sanitari per le donne³⁶. Ma non finisce qui. Il rischio è che i diritti e la salute sessuale e riproduttiva - questione diversa dalla salute materno-infantile, ormai una priorità ben affermata nell'agenda di salute globale - finiscano per essere sistematicamente trascurati nelle iniziative nazionali di copertura sanitaria universale. Invece questi due delicati capitoli sono ormai riconosciuti come obiettivi ineludibili per garantire una vita sana nel corso di tutta l'esistenza³⁷. Tre fattori richiedono attenzione speciale - fuori e dentro il settore sanitario - per assicurare diritti e la salute sessuale e riproduttiva: l'accessibilità, un quadro di norme e di politiche adeguate a livello nazionale, le necessarie norme sociali. A ogni livello di accesso ai servizi sanitari si frappongono alle donne barriere di accesso di varia natura - economica, di mobilità, di discriminazione, di controllo sociale da parte della famiglia³⁸. Se non affrontati, questi ostacoli e le politiche nazionali che spesso li legittimano non solo rischiano di remare in direzione ostinata e contraria agli obiettivi di salute che la comunità internazionale si è data, ma mettono a repentaglio qualunque ipotesi di successo per la stessa copertura sanitaria universale.

In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica perché la modalità con cui le istituzioni sanitarie trattano la parte più vulnerabile della popolazione rimandano l'immagine di come la società vede se stessa. Ma perché queste politiche sociali siano veramente trasformative, non possono essere confinate al ruolo residuale di rete di protezione (*safety net*) per i poveri³⁹, magari con una disponibilità di servizi sanitari di qualità inferiore, secondo la "legge dell'assistenza inversa" ("*The inverse care law*")⁴⁰ coniata da Hart. Lo dimostrano ampiamente i modelli affermatasi in Europa dopo la seconda guerra mondiale, usati come piattaforme per combattere apertamente la povertà e promuovere l'equità. Modelli di sistemi sanitari universalistici, finanziati attraverso la fiscalità generale e gestiti quasi unicamente da strutture pubbliche (evitando così la stratificazione dell'organizzazione sanitaria che spesso riflette le disuguaglianze), con un'espansione del welfare che per trenta anni - dal 1948 al 1978 - non ha conosciuto sosta⁴¹.

Negli ultimi decenni, invece, pare di vivere non solo in un altro tempo, ma anche in un altro pianeta. All'idea che la salute sia un fondamento moltiplicatore della società e una finalità primaria dello sviluppo umano e della crescita economica si è sostituita quasi universalmente l'idea opposta: che i servizi pubblici di salute e l'universalità delle cure siano un ostacolo per la finanza pubblica e per lo sviluppo della ricchezza. In parallelo, al modello di prevenzione e cura basato sui bisogni essenziali e l'accessibilità a tutti si è sostituita in gran parte dei paesi la tendenza a smantellare la programmazione pubblica delle priorità e a diffondere in modo

preminente, anche nei paesi a basso reddito, tecnologie costose e riservate a pochi privilegiati. La giustificazione morale di questo orientamento è stata, nel migliore dei casi, la certezza che la congiunzione virtuosa tra il progresso scientifico e il libero mercato avrebbe gradualmente esteso i benefici verso tutti. La profezia non si è avverata e la diagnosi più evidente del fallimento sta nella crescita esponenziale delle disuguaglianze non più solo tra paesi, ma anche all'interno di uno stesso paese, sia in termini di salute che di speranza di vita⁴².

In uno scenario globale segnato, nella gran parte dei paesi del mondo, dalla presenza di sistemi sanitari fortemente privatizzati sia sul versante del finanziamento che su quello della produzione dei servizi, è lecito farsi una domanda: che cosa vuol dire copertura sanitaria universale, oggi, nell'era di una globalizzazione che ha molti oppositori ma viene solo debolmente messa in discussione nel negoziato internazionale per l'agenda sullo sviluppo post-2015?



Burkina Faso: Visita ginecologica presso il "Centre pour le bien-être des femmes et la prévention des mutilations génitales féminines, Gysele Kambou" – AIDOS/Voix de Femmes

5. CSU: una questione di diritti umani?

La Costituzione dell'OMS stabilisce che la salute è un diritto umano fondamentale⁴³, una nozione reiterata nella agenda della Salute per Tutti (*Health For All*) del 1978⁴⁴. Il diritto alla salute è incorporato nelle principali norme di diritto internazionale (la Convenzione sui Diritti Economici, Sociali e Culturali; la Convenzione sull'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione Contro le Donne; la Convenzione sui Diritti dell'infanzia; la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, solo per citarne alcune) e nel patto costituzionale di circa 135 nazioni. Un complesso impianto normativo esiste già, dunque, in base al quale i governi

sono legalmente obbligati al progressivo raggiungimento del più elevato standard di salute per le loro popolazioni.

Eppure, proprio mentre la salute globale e la riduzione della povertà campeggiano nell'agenda politica internazionale, le innumerevoli violazioni di questo diritto mantengono una configurazione strutturale, nel senso che formano parte di un processo sistematico di violazione di altri diritti – l'uguaglianza di genere, il diritto al cibo e all'acqua, il diritto al credito e al lavoro, all'educazione e alla casa – tra loro concatenati. La copertura sanitaria universale porta in sé – almeno nell'enunciazione di principio - gli elementi di universalismo, equità, non discriminazione e uguaglianza che caratterizzano il diritto alla salute. D'altronde, la spinta verso la realizzazione di questo diritto conduce ben oltre la distribuzione di servizi e la disponibilità di beni in ambito sanitario; rimanda ai determinanti socio-culturali e alle potenziali discriminazioni che possono albergare nei sistemi sanitari.

Che il diritto alla salute non potesse vivere in isolamento, e tanto meno essere trattato come una mera questione di *healthcare*, lo avevano ben compreso i protagonisti di Alma Ata quando definirono l'orizzonte *Health for All* incorporando molti aspetti non sanitari in quel traguardo. Oggi, di fronte a sfide come i cambiamenti climatici e i processi demografici e di urbanizzazione; di fronte alle politiche di finanziarizzazione del cibo e di controllo sulla conoscenza; di fronte alle regole del commercio internazionale e al potere incontrollato del settore imprenditoriale privato, l'eccessiva attenzione a una strategia che di fatto sorvola sulla necessità di profonde riforme politiche ed economiche rischia di non modificare lo scenario della salute e del suo governo, tanto quanto sarebbe necessario⁴⁵.

Una serie di norme nel campo dei diritti umani ci permette di capire come tradurre il diritto alla salute, e alla non-discriminazione, nel contesto della Copertura Sanitaria Universale. Il riferimento è ai concetti di "realizzazione progressiva" di "non retrocessione", di "standard minimi" (a voler individuare la minima richiesta ragionevole, il contenuto del diritto all'esistenza⁴⁶), i quali stabiliscono che, anche in caso di risorse finanziarie limitate, gli Stati hanno l'obbligo di adempimento verso i diritti umani che sono stati sanciti a livello internazionale e nazionale. La progressiva realizzazione della copertura sanitaria universale non vuol dire, ad esempio, partire dai gruppi di popolazione di più facile rintracciabilità, quelli impiegate nel settore formale e/o con redditi più sicuri (quando non più alti), per poi solo in un secondo momento espandere la copertura ai settori della popolazione più indigenti.

Il Commento Generale 14, Articolo 12.2 della Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, chiarisce che: " Il diritto alla salute non è da intendersi come diritto ad essere *in salute (healthy)*. Il diritto alla salute comprende libertà e titolarità di diritti (*entitlements*). Le libertà comprendono il diritto al controllo della propria salute e del proprio corpo, inclusa la libertà sessuale e riproduttiva, e il diritto di affrancarsi da ogni interferenza, come il diritto di libertà dalla tortura, dal trattamento medico non consensuale, e dalla sperimentazione. In contrasto, le titolarità comprendono il *diritto ad un sistema di protezione sanitaria che assicuri pari opportunità per tutti a godere del più elevato standard di salute possibile*"⁴⁷. La politica deve sempre essere in grado di connettere questi due livelli inscindibili, Il principio di non retrocessione, infine, sta a indicare che i paesi non possono tornare indietro nel rispetto e nella attuazione degli obblighi cui sia già stato dato adempimento⁴⁸. Quanto abbiamo detto fin qui rimanda alla funzione fondamentale dell'attivismo della società civile, e alla capacità dei cittadini di influenzare le dinamiche con cui si definiscono e modellano le politiche nazionali. Laddove i cittadini partecipano alla definizione e monitoraggio di iniziative politiche, incluso l'uso delle risorse, l'efficacia dell'interconnessione tra idee, istituzioni, politiche e pratiche risulta assai superiore.

6. CSU: quali modelli di finanziamento della salute?

Finché il concetto in voga di CSU non verrà ben chiarito e compreso da tutti, sarà abbastanza inevitabile che venga utilizzato praticamente per ogni iniziativa di riforma nazionale del finanziamento della salute. Perché una politica di finanziamento della salute sia conforme ai principi della CSU, è necessario che siano messe a punto misure di monitoraggio atte a perseguire altri obiettivi intermedi e complementari, altrettanto decisivi, quali l'efficienza, l'equità nella distribuzione delle risorse, la trasparenza e la capacità di render conto delle misure assunte (*accountability*)⁴⁹.

Abbiamo citato già i quattro percorsi che secondo l'OMS dovrebbero guidare i paesi nella attuazione di programmi di CSU, segnatamente:

1. Ridurre le barriere finanziarie, specialmente i pagamenti diretti delle prestazioni;
2. Massimizzare i pagamenti anticipati obbligatori;
3. Stabilire un ampio pooling del rischio;
4. Usare le finanze pubbliche per garantire la copertura agli indigenti.

In troppi casi, queste indicazioni restano lettera morta.

No ai pagamenti diretti delle prestazioni. Prendiamo il caso dei pagamenti diretti. La partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti (*users' fees*) introdotta dalla Banca Mondiale e somministrata per decenni come la ricetta da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, con valore prescrittivo per i paesi indebitati, è stata finalmente condannata dall'OMS come "il più ingiusto metodo per finanziare i servizi sanitari"⁵⁰. Continuano però a esistere in moltissimi paesi poveri. L'impatto negativo sulla salute - e sulla salute delle donne in particolare - è assai ben documentato^{51 52}. Alcuni governi del sud globale - Mali, Burkina Faso, Sierra Leone, Niger, Benin e Senegal, Zambia, Afghanistan, Nepal - si sono adoperati con successo alla rimozione dei pagamenti, con risultati importanti in termini di salute⁵³. Viceversa, l'impegno dei paesi donatori per il superamento di queste indicazioni fallimentari è ridicolo.

No ai sistemi di assicurazioni (private) volontarie. "E' impossibile conseguire la copertura sanitaria universale tramite schemi di polizze assicurative quando la registrazione è su base volontaria", ha riconosciuto l'OMS nel 2010⁵⁴. Perché il sistema funzioni, i contribuenti in grado di pagare devono versare preventivamente i contributi obbligatori. Nessun paese al mondo è riuscito a conseguire un minimo di copertura sanitaria universale con i versamenti volontari. E' noto a tutti del resto che gli schemi assicurativi volontari hanno bassa copertura, sono complessi sotto il profilo amministrativo, non proteggono la popolazione ad alto rischio, e tendono ad escludere donne e uomini che vivono in povertà. Nonostante l'evidenza, alcuni governi donatori ed agenzie internazionali - il governo olandese, la Banca Mondiale, la Organizzazione Internazionale del Lavoro, e più di recente l'UNICEF⁵⁵ - continuano a dare supporto tecnico o finanziario a programmi che fanno ricorso ai diversi modelli di assicurazione volontaria - le assicurazioni private o le assicurazioni sanitarie su base comunitaria.

Queste ultime si propongono di assicurare una protezione finanziaria alle fasce di popolazione occupate nel settore informale, prevalente nei paesi a basso reddito. Molte ONG guardano con favore a questo modello, nella convinzione che esso faciliti la partecipazione comunitaria; in realtà, i limiti ben documentati di questo approccio, strutturalmente inadeguato a garantire protezione finanziaria ai più indigenti, ne fanno un'improbabile strategia per conseguire la copertura universale⁵⁶. In Tanzania, il Community Health Fund è un programma di pagamento volontario anticipato a livello di distretto rivolto alle popolazioni rurali impiegate nel settore informale. Le famiglie aderiscono a questo

programma con una tariffa annuale di 3-5 dollari, acquisendo diritto a un pacchetto di servizi preventivi e curativi inferiore a quello dell'assicurazione sanitaria pubblica (le prestazioni costose sono escluse). A fronte di una previsione di adesione del 60% delle famiglie entro il 2003, i dati ufficiali indicano una copertura del 17% al 2011. Anche quando sono bassi, i contributi diretti alle spese e le polizze assicurative agiscono come potenti barriere all'accesso alla salute. Anche quando esentano dal pagamento delle polizze gruppi particolarmente in difficoltà (ad es. gli anziani, le persone disabili, gli indigenti gravi), le esenzioni e i sussidi non riescono a dare la necessaria copertura, o sono coperture al ribasso, dunque inadeguate a rispondere veramente ai bisogni.

Un approccio che funziona: allargare il pooling del rischio. Il principio di solidarietà richiede massima capacità di redistribuzione: dai ricchi ai poveri, dai sani ai malati. Perché questo possa realizzarsi, è necessario allargare al massimo il *pooling* del rischio. L'ideale è la creazione di un unico fondo pubblico nazionale, possibilmente esteso a tutta la popolazione, dove far confluire i contributi dei singoli, con eventuali supplementi dalla fiscalità generale o dai paesi donatori se necessario. I fondi di gestione del rischio associati ai bisogni di piccole fasce di popolazione (come quelli delle polizze assicurative) non sono capaci di assorbire il rischio in maniera adeguata. Ritrovarsi inoltre con un'organizzazione sanitaria frammentata in una miriade di fondi per i diversi gruppi sociali determina un'inefficiente stratificazione, insostenibile nel lungo periodo.

BOX 2. La trappola delle assicurazioni private

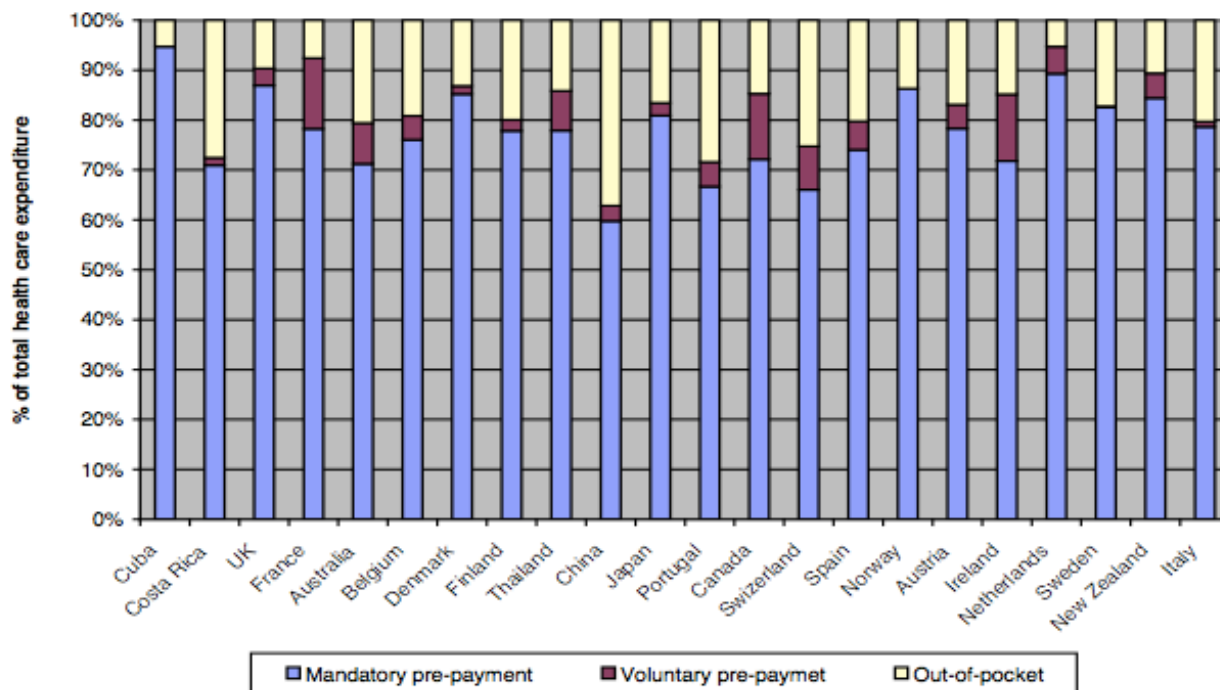
Il Sudafrica e gli Stati Uniti – nello scenario internazionale – sono due paesi che dipendono notevolmente dal modello assicurativo privato – rispettivamente, il 42% e 32% di tutta la spesa sanitaria⁵⁷ - e sono di fatto tra i sistemi di salute più iniqui al mondo⁵⁸, oltre ad essere molto lontani dalla copertura sanitaria universale.

In Georgia, il Programma Medico Assicurativo per i Poveri lanciato nel 2006 e rivolto al 20% più indigente della popolazione non ha dato gli esiti sperati, malgrado il notevole impatto sulla spesa sanitaria (46%). Fatalmente esclude il costo della spesa farmaceutica. Inoltre comporta inattese difficoltà amministrative di registrazione. Il risultato è che i pagamenti diretti dei servizi sanitari sono rimasti eccezionalmente elevati (il 70% di tutta la spesa sanitaria, la metà destinato ai medicinali), mentre le compagnie assicurative hanno innalzato i loro profitti del 50% nello scorcio di pochi anni⁵⁹. Nel 2012, la metà della popolazione non aveva copertura sanitaria e doveva confrontarsi con l'onere dei pagamenti diretti delle prestazioni sanitarie in un contesto di totale deregolamentazione sanitaria. Solo nel 2012, in occasione delle elezioni politiche, il governo di Tbilisi ha annunciato una riforma indirizzata alla CSU. Il livello di spesa pubblica per la salute rimane tuttavia basso, la qualità dei servizi sanitari di base infima, e il dominio del comparto assicurativo privato incontrastato.

Un approccio che funziona: sane politiche fiscali per assicurare il diritto alla salute

Da dove possono venire i soldi che servono per la copertura sanitaria universale? Nei paesi europei, la gran parte dei fondi che servono a garantire i servizi essenziali sono pagati con le tasse e anche se con la crisi finanziaria globale e i problemi dell'Euro i governi hanno adottato politiche di austerità imponendo revisioni sulla spesa sanitaria, in Europa, ci si aspetta che il gettito fiscale – che mediamente rappresenta il 35% del PIL – continui a finanziare i servizi essenziali.

Figura 2. Fonti di finanziamento nazionale destinate alla copertura sanitaria universale, 2011.



Fonte: adattamento da tabella di McIntyre (2012) con dati aggiornati del National Health Accounts Dataset dell'OMS.

Nei paesi a basso e medio reddito la situazione è ben diversa. La maggioranza dei cittadini non guadagna abbastanza per pagare le tasse sul reddito, e le agenzie delle entrate spesso non

hanno capacità e risorse necessarie per raccogliere. Inoltre gran parte dell'economia orbita nel circuito informale. La spinta al libero commercio avviata negli anni '80 ha indotto molti governi a ridurre le tariffe doganali sull'importazione, che per alcuni paesi costituivano fino a un terzo del gettito fiscale. Un ruolo determinante gioca poi l'evasione fiscale dei cittadini ricchi, e l'elusione fiscale da parte di multinazionali spregiudicate presenti in questo paesi⁶⁰, che spesso esigono generosi incentivi fiscali per i loro investimenti nei paesi.

Box 3. Abuso fiscale e sistema sanitario in Zambia

Lo Zambia è la settima nazione al mondo per la produzione di rame. Il vertiginoso aumento della domanda globale di rame, determinata dalla Cina, ha prodotto un'impennata del prezzo di questo materiale primario, che però non ha per nulla beneficiato lo Zambia, ancora oggi uno dei paesi più poveri del pianeta. L'aspettativa di vita raggiunge i 49 anni.

L'abuso fiscale è una delle ragioni che produce il perdurare di questa ingiustizia, nonostante le quotazioni borsistiche del rame. Si stima che il governo dello Zambia sia costretto a rinunciare ad almeno un miliardo di dollari in tasse non pagate dalle aziende minerarie⁶¹. Nel 2012 il governo ha speso per la sanità 527 milioni di dollari. Se ricevesse tutte le tasse dovute potrebbe dunque triplicare il bilancio per la sanità. Nell'aprile 2012, la ONG Christian Aid ha visitato una clinica nella regione a maggior densità di miniere di rame. C'era un solo medico per 45.000 persone, una sola ostetrica nel reparto maternità, mentre sette donne erano in travaglio.

L'evasione e l'elusione fiscale nei paesi poveri (160 miliardi di dollari ogni anno) supera di molto il totale dei fondi per la cooperazione internazionale inviati dai paesi donatori (125 miliardi di dollari nel 2012 secondo i dati OCSE/DAC). Nei paesi che non possono riscuotere le tasse da altre fonti perché la popolazione vive in condizioni difficili questo abuso fiscale ha delle conseguenze molto più drammatiche. Il faticoso prelievo fiscale incide solo sul 13% del PIL⁶², ma non è impossibile cambiare rotta, come dimostrano i casi di Indonesia⁶³, Bolivia⁶⁴ e Kenya⁶⁵.

Box 4. Tasse, diritti e sviluppo: il caso del Kenya

In Kenya le entrate fiscali sono aumentate in misura considerevole negli ultimi anni passando da 2,4 miliardi di dollari nel 2002 a 6 miliardi di dollari nel 2009. L'incremento del gettito fiscale è stato conseguito aumentando la base imponibile, ovvero il numero dei cittadini e delle imprese che pagano le tasse. Ad oggi gli introiti fiscali formano il 9% del PIL. Il governo ha anche introdotto meccanismi innovativi di finanziamento del welfare, come la tassa sulle transazioni finanziarie dei trasferimenti bancari elettronici.

Grazie a una forte mobilitazione della società civile - riunita nella coalizione *National Taxpayers Association, Kenya*, e nel gruppo *Citizen report cards in Kenya* - il governo del Kenya ha introdotto meccanismi di trasparenza nella spesa pubblica, attraverso fondi che le coalizioni monitorano con importanti risultati sia nel campo della sanità che dell'educazione.

Secondo l'OMS, solo 8 dei 49 paesi a basso reddito saranno nella posizione di finanziare a pieno regime la CSU attingendo a risorse proprie nel 2015⁶⁶. Le esperienze *in itinere* di alcuni governi che hanno autonomamente intrapreso rotte promettenti verso la CSU con politiche fiscali appropriate e una visione autentica di universalità, offrono modelli molto interessanti. La strada brasiliana del Sistema Unico de Saude basato sulle tasse in soli venti anni ha permesso al governo di garantire accesso alla salute al 70% dei 200 milioni di abitanti (alla fine degli anni '80 la metà della popolazione non aveva nessuna copertura sanitaria). Il raddoppio della spesa sanitaria fra il 1995 e il 2011 ha coinciso con il più vertiginoso decremento dei decessi tra i bambini sotto i cinque anni⁶⁷. Quando la Thailandia ha introdotto il programma di CSU nel 2002, un terzo della sua popolazione - perlopiù quella impiegata nel settore informale, troppo povera per pagare polizze assicurative - non aveva nessuna

copertura. Il governo decise allora di usare i fondi della fiscalità generale per assicurare la protezione a 50 milioni di persone. In dieci anni il programma ha ridotto la percentuale della popolazione priva di copertura al 4%, e i gruppi esposti a maggior rischio sono calati da 4% del 2000 a 0.9% del 2006⁶⁸. L'impegno del governo di Bangkok a promuovere la salute di base e l'accesso ai farmaci essenziali è stato decisivo, anche se questa visione di diritto è costata al paese un prezzo altissimo in termini di ritorsioni commerciali sul tema della gestione dei brevetti⁶⁹.

7. Conclusioni

Il dibattito internazionale che si è sviluppato intorno alla Copertura Sanitaria Universale ha il pregio di sollevare questioni fondamentali sul tema delle politiche universalistiche pubbliche e di sollecitare l'attenzione dei governi sui loro obblighi primari quando si parla di salute. In questo senso, l'agenda della CSU contiene i presupposti di migliorare la vita di miliardi di persone. Dobbiamo tuttavia tenere a mente una cosa: perché possa sortire il risultato auspicato, la CSU deve potersi collocare in una visione di politiche pubbliche sociali fondate sui diritti universali, in grado di promuovere le riforme strutturali, la coesione sociale e politiche di partecipazione democratica. I paesi che hanno incrementato con successo la qualità di vita della maggioranza dei loro cittadini e delle loro cittadine non lo hanno fatto con obiettivi di sola lotta alla povertà, ma grazie ad una visione integrata di trasformazione di lungo periodo, e con processi ispirati a questa visione. Le strategie di lotta alla povertà che si sono viste anche negli ultimi decenni si sono sempre limitate a misurare con scrupolo ragionieristico le privazioni, invece che analizzare le ragioni profonde all'origine di questa dilagante povertà. Se la CSU si mette nel solco di questa logica, il rischio è che non vada lontano.

Nel determinare le disuguaglianze sociali, il ruolo della ricchezza e del patrimonio diventa molto più importante di quello del reddito, specie in una fase di crisi economica come quella che stiamo vivendo. Per capire la velocità con cui la ricchezza creata dalla società si trasferisce ai vertici della piramide è sufficiente osservare che negli Stati Uniti, negli anni '70, l'1% più ricco della popolazione controllava il 10% del PIL, oggi ne controlla il 40%⁷⁰. Non può esserci vera CSU se i governi non si attiveranno a ordinare l'economia in modo da risolvere gli attuali problemi della distribuzione della ricchezza del pianeta. Le politiche fiscali hanno una funzione determinante per evitare che si torni al mondo di Balzac, come la felice immagine di Thomas Piketty⁷¹. La globalizzazione economica e le politiche liberiste non hanno creato l'ambiente favorevole ad uno sviluppo equo e sostenibile: un'agenda per il post 2015 non può non tener conto della necessità di metter mano a questa ingiustizia globale.

La nozione di *Primary Health Care* coniata dall'OMS nel 1978 includeva un ampio corollario di condizioni non sanitarie come l'educazione, la nutrizione, la questione dell'accesso all'acqua e all'igiene, l'accesso ad un'abitazione degna, nella evidenza empirica che le cure primarie da sole non bastano. Questo presupposto è ancora più cogente nel mondo di oggi. A meno che la CSU non venga corredata dai determinanti socio-ambientali, culturali e politici della salute, in una cornice di diritti, non riuscirà a trasformare la salute con la promessa di rivoluzione oggi evocata.

In un tempo di massiccia infiltrazione del settore privato nel campo della salute, per essere efficace e funzionale la CSU deve prevedere una rinnovata responsabilità regolatoria e distributiva del settore pubblico in materia sanitaria. Ciò comporta resistere a tutte le pressioni esercitate ad arte sui governi e sugli operatori sanitari verso soluzioni esclusivamente farmaceutiche e tecnologiche dei problemi di salute. Significa anche creare lo

spazio politico per l'autodeterminazione nel campo delle strategie commerciali, agricole, energetiche, oltre che sanitarie.

Se la copertura sanitaria universale è una strategia decisiva dell'agenda post-2015 per l'attuazione del diritto alla salute, diventa altrettanto propedeutica l'attuazione di politiche tendenti alla rimozione degli ostacoli all'equità tra donne e uomini e all'eliminazione delle discriminazioni di cui sono ancora vittime le donne e le bambine. E' necessario adottare un approccio di genere nella formulazione delle politiche in generale e, in particolare, di quelle correlate alla CSU, affinché siano inclusive e rispettose dei diritti delle donne e delle bambine. Sarà importante promuovere e favorire la partecipazione delle associazioni di donne nei processi decisionali legati alla CSU, e alla sua attuazione a livello nazionale. In questa fase del post 2015, per noi di AIDOS diventa fondamentale sostenere l'inclusione tra le priorità di sviluppo sostenibile che sostituiranno gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, di un obiettivo specifico per il raggiungimento dell'eguaglianza di genere, dei diritti e l'*empowerment* delle donne. Un approccio di questo tipo avrebbe una forza profondamente trasformativa.

8. Raccomandazioni

Ai decisori politici italiani

- Promuovere l'approccio integrato della CSU, tenendo in considerazione gli ambiti non meramente sanitari della questione, la necessità di politiche sociali ed economiche trasformative, in una cornice di diritti, di non discriminazioni, di parità di genere, ponendo particolare attenzione al diritto alla salute sessuale e riproduttiva delle donne e delle bambine;
- Sostenere l'inclusione di un obiettivo specifico per il raggiungimento dell'eguaglianza di genere, dei diritti e l'*empowerment* delle donne tra le priorità di sviluppo sostenibile che sostituiranno gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (post-2015);
- Nella strategia finanziaria della CSU, evitare di sostenere approcci di finanziamento della sanità rivelatisi assolutamente inefficaci quando non del tutto deleteri per la salute (i costi diretti, il modello assicurativo volontario, l'eccessivo protagonismo degli attori privati, l'assenza di regolamentazione), per promuovere invece sane politiche fiscali ed una responsabilità del settore pubblico sia a livello nazionale (i governi dei paesi) che internazionale (tramite l'OMS) nella gestione e nel governo della salute dei cittadini e delle cittadine;
- Partecipare attivamente alle iniziative europee e internazionali volte a combattere i flussi finanziari illeciti, i paradisi fiscali, l'evasione e l'elusione fiscale, la corruzione nell'ambito del negoziato per l'agenda dello sviluppo post-2015;
- Rilanciare, a livello nazionale, le politiche universalistiche nel campo della salute, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, evitando tagli alla spesa sanitaria pubblica e intervenendo piuttosto sui meccanismi di corruzione, di ingerenza politica, di conflitto di interessi, che non favoriscono l'equità e la legalità.

Alla società civile

- Impegnarsi a seguire la questione della CSU in un'ottica d'interazione con gli attori istituzionali competenti nel nostro paese e con le organizzazioni della società civile già impegnate su questo tema;

- Partecipare alle iniziative in corso sull'agenda post-2015 tenendo in considerazione l'importanza della CSU nella definizione degli scenari della salute globale negli anni a venire.

¹ Pogge T., *World Poverty and Human Rights. Cosmopolitan Responsibilities and Reforms*. Edition, Polity Press, Cambridge, 2008. Trad. italiana *Povert  Mondiale e Diritti Umani: Responsabilit  e Riforme Cosmopolite*, Editori Laterza, 2010, p. 5.

² Shaxson N., Christensen J., Mathiason N., "Inequality: You Don't Know the Half of It", Tax Justice Network, luglio 2012, accessibile al link: http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Inequality_120722_You_dont_know_the_half_of_it.pdf

³ Oxfam, "Working for the Few", 20 Gennaio 2014, <http://www.oxfam.org/en/policy/working-for-the-few-economic-inequality>.

⁴ <http://www.accesstomedicineindex.org/sites/www.accesstomedicineindex.org/files/2012-access-to-medicine-index-clickable.pdf>.

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Ginevra, www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/en/index/html.

⁶ *ibidem*

⁷ Food and Agriculture Organization (FAO), *State of Food Insecurity in the World 2012 (SOFI)* <http://www.fao.org/news/story/jp/item/161819/icode/>.

⁸ Baker R., *Death and Taxes: The True Toll of Tax Dodging*, Christian Aid Report, 2008 e anche Pak S., *False Profits; Robbing the Poor to Keep the Rich Tax Free*, Christian Aid, 2009.

⁹ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Database sulle Spese Globali online, accessibile al link <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

¹⁰ Tax Justice Network, "The Price of Offshore Revisited: Key Issues", 19 luglio 2012, http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/The_Price_of_Offshore_Revisited_Key_Issues_120722.pdf.

¹¹ Editoriale, "The Struggle for Universal Health Coverage", in *The Lancet*, 2012, 380:859.

¹² *Ibidem*

¹³ Gallino L., *Globalizzazione e Disuguaglianze*, Editori Laterza, 2001, pp. 51-75.

¹⁴ Kutzin J., "Anything goes on the path to universal coverage? No", in *Bulletin of the World Health Organization*, 90: 867-868, <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/R10>.

¹⁵ Rodot  S., *Il Diritto ad Avere Diritti*, Editori Laterza, novembre 2012.

¹⁶ Organizzazione Internazionale del Lavoro, *World Social Security Report 2010/2011: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*, Ginevra, OIL, 2010, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--publ/documents/publication/wcms_146566.pdf

¹⁷ O' Connel T., Rasanathan K., Chopra M., "What does Universal Coverage Mean?", in *The Lancet*, Volume 383, Issue 9913, pp. 277 - 279, 18 gennaio 2014.

¹⁸ Banca Mondiale, <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>. Si legga in proposito anche l'intervento del Presidente della Banca Mondiale Jim Yong Kim alla conferenza sulla Copertura Sanitaria Universale organizzata dal Giappone, il 5 dicembre 2013. Link: <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage>.

¹⁹ Organizzazione Mondiale della Sanit , *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More than Ever)*, Ginevra, 2008, <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

²⁰ Organizzazione Mondiale della Sanit , *The World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage*. Ginevra, 2010, <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

²¹ Sul ruolo della salute nel dibattito della Conferenza Rio+20 si veda quanto messo a punto dall'OMS, http://www.who.int/hia/green_economy/link_health_rio/en/ ed anche la Dichiarazione Finale "Il Futuro che Vogliamo", accessibile al link: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/476/10/PDF/N1147610.pdf?OpenElement>

²² GA Resolution A767/L36 http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/index.html

-
- ²³ United Nations Research Institute for Social Development, *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics*, UNRISD Publications, Ginevra, 2010, <http://www.unrisd.org/publications/cpi>.
- ²⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità, *What is universal health coverage?*, Ginevra, ottobre 2012, http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index/html.
- ²⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità, *World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*, OMS, 2013, Ginevra. <http://www.who.int/whr/2013/report/en/index.html>.
- ²⁶ Berlinguer G., "La salute globale nella prospettiva eitca", in *Salute e Globalizzazione*, 1° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), Feltrinelli, Milano, 2004, p. 20.
- ²⁷ http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html
- ²⁸ <http://www.worldbank.org/en/news/video/2013/12/06/keynote-speech-at-the-conference-on-universal-health-coverage>.
- ²⁹ Fried S.T., Khurshid A., et al., "Universal Health Coverage: Necessary but not Sufficient", in *Reproductive Health Matters*, 2013; 21(42):50-60, www.rhm-elsevier.com.
- ³⁰ Organizzazione Internazionale del Lavoro, *Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care*, Ginevra, OIL, 2008. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=5956>.
- ³¹ Xu K., Evans T., et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending", in *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
- ³² Organizzazione Mondiale della Salute, *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Ginevra, OMS, 2009, <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/index.html>
- ³³ Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, et al. "Equity in maternal, newborn, and child health interventions" in *Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries*. 2012, *Lancet* 379: 1225–33, scaricabile al link http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612601135.pdf?id=aaaAwFBW754Ah_e2FCWqu.
- ³⁴ Frenk J., Gómez-Dantés O., Langer A., "A comprehensive approach to women's health: lessons from the Mexican health reform", in *BMC Women's Health*, 2012, 12: 42, accessibile al link <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/12/42>.
- ³⁵ Limwattananon S., Tangcharoensathien V., Prakongsai P., "Equity in maternal and child health in Thailand", in *Bulletin World Health Organization*, WHO, Ginevra, 2010, 88: 420–27. Accessibile al link: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-068791.pdf>.
- ³⁶ Quick J., Jay J., Langer A., "Improving Women's Health through Universal Health Coverage", in *PLoS Med*, 2014, 11(1): e1001580. doi:10.1371/journal.pmed.1001580.
- ³⁷ Nazioni Unite, *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economis Through Sustainable Development*, Rapporto, UN Secretary-General's High Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Agenda (HLP Report), New York, UN, Maggio 2013.
- ³⁸ Fried S.T., Khurshid A., et al., op. cit., pp.56-57.
- ³⁹ United Nations Research Institute for Social Development, *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics*, p. 15.
- ⁴⁰ Hart J.T., "The Inverse Care Law", in *The Lancet*, Volume 297, Issue 7696, pp. 405 - 412, 27, 1971.
- ⁴¹ Barsanti S. e Maciocco G., "Le riforme dei sistemi sanitari e la crisi finanziaria", in *OMS e Diritto alla Salute: Quale Futuro*, 5° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), giugno 2013.
- ⁴² Stefanini A., Albonico M. e Maciocco G., "Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti", in *A Caro Prezzo: Le Disuguaglianze nella Salute*, 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), Edizioni ETS, Pisa, 2006, pp. 36-50.
- ⁴³ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Ginevra, 1948, <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>.
- ⁴⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Ginevra, 1978, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- ⁴⁵ Cattaneo A., Tamburlini G., et al., "The Seven Sins and the Seven Virtues of Universal Health Coverage", Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, giugno 2013, <http://getinvolvedinglobalhealth.blogspot.ch/2013/06/the-seven-sins-and-seven-virtues-of.html>
- ⁴⁶ Rodotà S., op.cit., p. 236.
- ⁴⁷ Potts H., *Accountability and the right to the highest available standard of health*, University of Essex. http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf.

-
- ⁴⁸ Balakrishnan R., Elson D., *Economic policy and human rights: Holding Governments to Account*, London, Zed Press, 2011.
- ⁴⁹ Kutzin J., "Health financing for universal health coverage", in *Bulletin of the World Health Organization*, 17 June 2013, Health Systems Financing, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, accessibile online al link: <http://bit.ly/14T2wuj>.
- ⁵⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità, *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Ginevra, 2008, <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- ⁵¹ Governo della Sierra Leone, Ministero della Salute, "Health Information Bulletin", Volume 2, Num. 3, 2011.
- ⁵² Johnson A., Goss A., Beckerman J. and Castro A., 'Hidden costs: The direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali', in *Social Science and Medicine*, 75: 1786-1792, 2012.
- ⁵³ Oxfam, "Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving The Poor Behind", 9 ottobre 2013, p. 12. Accessibile al link: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp176-universal-health-coverage-091013-en.pdf>.
- ⁵⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità, *The World Health Report 2010*.
- ⁵⁵ Oxfam, "Universal Health Coverage", op. cit., p.16.
- ⁵⁶ *ibidem*, p.17.
- ⁵⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO Global Expenditure Database online. Accessibile al link: www.who.int/nha/database.
- ⁵⁸ McIntyre, D., 'Health Service Financing for Universal Coverage in East and Southern Africa', EQUINET, Discussion Paper 95. EQUINET: Harare, 2012.
- ⁵⁹ Transparency International Georgia, *The Georgian Health Insurance Industry*, Transparency International Georgia: Tbilisi, 2012.
- ⁶⁰ Campagna STOP Tax Dodging, *Guida alla Giustizia Fiscale: Comprendere Tasse e Sviluppo*, guida per la società civile, 2013, pp. 9-19.
- ⁶¹ www.reuters.com/article/2012/02/07/zambia-mining-taxes-idAFL5E8D75SN20120207.
- ⁶² "Tax in Developing Countries: Increasing Resources for Development", House of Commons, International Development Committee, Quarto Rapporto della Sessione 2012-2013, luglio 2012, p.5.
- ⁶³ Brondolo J. et al., "Tax Administration Reform and Fiscal Adjustment: The Case of Indonesia (2001-07)", IMF Working Paper WP/08/129, Fondo Monetario Internazionale, Washington, D.C, 2008, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>.
- ⁶⁴ Campagna STOP Tax Dodging, op. cit. p.12.
- ⁶⁵ Waris A., *Taxation and State Building in Kenya: Enhancing Revenue Capacity to Advance Human Welfare*, Tax Justice Network Africa, Kenya Report, 2009, http://archive.uonbi.ac.ke/faculties/schooled/cvs/Kenya_1004_TJN_Spreads.pdf.
- ⁶⁶ Organizzazione Mondiale della Sanità, *The World Health Report 2010*.
- ⁶⁷ Hennigan T., 'Economic success threatens aspirations of Brazil's public health system', in *BMJ* 2010, 341:c5453. Accessibile al link: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5453.full>
- ⁶⁸ Organizzazione Mondiale della Sanità, *The World Health Report 2010*.
- ⁶⁹ <http://www.twinside.org.sg/title2/health.info/2008/twnhealthinfo20080201.htm>
- ⁷⁰ <http://thinkprogress.org/economy/2011/10/03/334156/top-five-wealthiest-one-percent/#>
- ⁷¹ Napoleoni L., Tasse Globali per Redistribuire la Ricchezza: la Proposta di Piketty", in *Il Fatto Quotidiano*, 9 febbraio 2014, <http://www.ilfattoquotidiano.it/2014/02/09/tasse-globali-per-redistribuire-la-ricchezza-la-proposta-di-piketty/874685/>