

La stessa sanità per tutti? Paradossi e criticità

di Carlo Lottieri (Istituto Bruno Leoni)

In quasi tutti i Paesi del mondo occidentale l'universo della sanità è posto sotto il controllo pubblico. In sostanza, lo Stato finanzia le cure mediche con la fiscalità generale, definisce gli obiettivi da perseguire e, in aggiunta a ciò, introduce norme pensate a tutela della salute dei singoli.

All'origine di tutto questo vi sono ragioni (e interessi) di varia natura, ma non c'è dubbio che – nel dibattito pubblico – uno degli argomenti principali usati a sostegno dello *status quo* sia la diffusa persuasione che la salute rappresenterebbe un diritto fondamentale, a cui ogni essere umano avrebbe diritto in quanto essere umano, e che quindi solo lo Stato possa assicurare a ogni cittadino, quale che sia la condizione economica, di poter godere di adeguate cure mediche e di una buona qualità della vita, anche indirizzandone i comportamenti.

Lo spirito della modernità occidentale da sempre guarda ai diritti individuali come a garanzie universali.

In una prima fase, quella del liberalismo, furono riconosciuti come diritti soltanto la possibilità di professare liberamente una religione ed esprimere le proprie idee, disporre dei beni legittimamente acquisiti, avviare un'attività professionale, curarsi o non curarsi, muoversi a piacere, associarsi con chi si vuole (*diritti civili*). Poi, con l'avvento dei regimi democratici, è stato considerato un diritto quello di votare e di essere eletto, oltre che di accedere ai differenti ruoli della funzione pubblica (*diritti politici*). Infine, nella fase del socialismo e dei regimi di welfare State, si è ritenuto doveroso riconoscere a ognuno reddito, istruzione, assistenza e, certamente, anche cure mediche (*diritti sociali*).

Se la salute (*rectius*, la facoltà di essere curato) è un diritto sociale, tale diritto non può risultare dalla semplice interazione degli scambi di mercato, ma deve essere garantito da meccanismi redistributivi, apparati pubblici, leggi e regolamenti.

1. Salute eguale per tutti? Un progetto impossibile, con esiti discrezionali

Un po' ovunque, l'eguale diritto alla salute è più un programma che una realtà: né potrebbe essere diversamente.

Sul piano dei fatti, è chiaro come la diseguale distribuzione delle risorse faccia sì che una parte della società goda di una sanità migliore. Statisticamente, quanti appartengono ai gruppi sociali privilegiati vivono più a lungo e in condizioni più favorevoli, conducono una vita più sana, adottano pratiche di prevenzione più efficaci e via dicendo. Anche in un sistema interamente statizzato, d'altra parte, è

normale che le regioni più avanzate e meglio funzionanti (oltre che più floride) del medesimo Paese dispongano di ospedali e cliniche in grado di garantire servizi di migliore qualità.

Il progetto di una “salute eguale” dovrebbe eliminare ogni differenza sociale e anche territoriale.

C'è poi da chiedersi se, perfino entro un progetto egualitario, sia legittimo che ognuno riceva le medesime cure. In un universo sociale caratterizzato da scarsità, probabilmente un egualitarista coerente dovrebbe chiedersi se sia opportuno che un ordine redistributivo garantisca più investimenti (e più cure) a favore dei soggetti affetti da gravi patologie e meno investimenti (e meno cure) a favore dei soggetti più sani.

In maniera esemplificativa, poiché le risorse sono scarse e quindi lo sono anche quelle a disposizione della sanità statale, è meglio garantire a tutti lo stesso stock di assistenza o bisogna dare di più a quanti sono affetti da talune gravi sindromi? E in questo caso, bisogna finanziare allo stesso modo le cure di tutti questi soggetti, oppure si deve discriminare sulla base della loro capacità (o meno) di affrontare autonomamente gli oneri finanziari delle terapie di cui hanno bisogno?

Se per ragioni egualitarie, si volesse contemperare la situazione sanitaria e quella economica, come sarebbe possibile valutare un fattore in relazione con l'altro? Daremo assistenza gratuita a tutti i diabetici, quale che sia la loro situazione economica, e chiederemo ai ricchi affetti da tumore di provvedere da sé alle loro cure, oppure (all'opposto) lo Stato curerà tutti quanti hanno un tumore e introdurrà un trattamento diversificato per i diabetici abbienti e per quelli meno abbienti?

Oltre alle condizioni di salute di partenza e alla situazione finanziaria, è chiaro che bisognerebbe pure tenere in considerazione le conoscenze. Un medico ha più probabilità di capire in tempo – prendendo le contromisure necessarie – quando è affetto da una patologia, mentre chi non ha competenze mediche probabilmente se ne renderà conto troppo tardi. A quel già complicato equilibrio tra salute e ricchezza bisognerebbe aggiungere anche il fattore dei saperi tecnici e scientifici.

Alla luce di tutto ciò risulta chiaro come il progetto di una sanità egualitaria, conseguente alla tesi secondo cui la salute sarebbe un diritto sociale e alla banale constatazione che le risorse sono scarse, conduca entro un quadro altamente discrezionale, che obbliga a “pesare” e assommare le condizioni sanitarie, le conoscenze e lo status economico-sociale. Ogni implementazione del diritto alla salute quale diritto sociale e universale, che deve essere garantito dai poteri pubblici, ci conduce entro un quadro redistributivo, ma non è affatto detto che i flussi delle risorse rispondano a criteri giustificabili sul piano morale: neppure se si accetta la prospettiva filosofica egualitaria.

Non bisogna mai dimenticare, per di più, che quali che siano le intenzioni della visione politico-morale redistributiva che è all'origine della statizzazione del sistema sanitario, nella realtà dei fatti bisogna fare i conti con dinamiche che discendono dall'interrelazione e dallo scontro tra gruppi di interesse. È difficile dire quanto un

sistema sanitario caratterizzato da logiche redistributive possa rispondere alle esigenze di ordine etico che l'hanno ispirato, ma è sicuro che la sua realtà effettiva sarà in larga misura dipendente dalle volontà delle corporazioni più forti: a partire da quelle di coloro che operano nell'ambito della sanità.

2. Gli effetti “non voluti” di una sanità statizzata: inefficienze e sprechi

Nel corso del Novecento si è assistito a una forte convergenza, nei Paesi occidentali, verso un modello di sanità di Stato a vocazione universalistica (tutti hanno diritto a essere curati) ed egualitaria (tutti vanno curati nello stesso modo). Se è ancora vivo un dibattito su tali temi questo si deve al fatto che gli autori liberali non hanno mai del tutto accettato il progetto social-welfarista di una sanità statizzata.

La maggior parte della riflessione liberale in tema di sanità si è concentrata su questioni di ordine istituzionale, basandosi sulla convinzione che una società aperta abbia bisogno di un'ampia competizione tra medici e ospedali. Questo modello (alternativo) di sanità chiede che i pazienti possano scegliere quali cure ricevere entro un quadro che permetta la più variegata offerta: lasciando ai singoli la facoltà di decidere quante risorse investire nelle cure, quale sistema di protezione adottare (tramite un'assicurazione, ad esempio), quali patologie combattere e quali no.

In linea di massima, gli studiosi di scuola liberale adottano questa prospettiva a partire da almeno una di queste tre distinte premesse: la naturalità dei diritti (a), la soggettività delle preferenze (b) e, infine, il carattere controversiale della conoscenza (c).

a. Nella tradizione del liberalismo è radicata l'idea che gli uomini abbiano diritti inviolabili e che, di conseguenza, ogni persona abbia il diritto di disporre come vuole delle proprie risorse (tempo, ricchezza, ecc.) e di scegliere liberamente il tipo di cure mediche che preferisce. Ogni coercizione in ambito sanitario è lesiva dei diritti naturali dei singoli. In effetti, è chiaro che una rigorosa difesa dei diritti individuali è incompatibile con gli obblighi che impongono di finanziare gli ospedali di Stato, proibire o scoraggiare taluni stili di vita, privilegiare talune pratiche terapeutiche a scapito di altre.

La difesa della libertà di cura discende direttamente da questa forte affermazione dei diritti dei singoli.

b. Oltre a ciò, la valutazione su quante risorse investire per la sanità e per questo o quel problema sanitario risponde a preferenze in larga misura soggettive che, nei diversi individui, sono molto differenti. Gli uomini non sono eguali e valutano la realtà secondo criteri spesso assai divergenti.

Percorsi sanitari e terapeutici ben distinti tra loro possono essere tutti egualmente legittimi e una società libera deve rispettare questo pluralismo delle opinioni e delle

preferenze. È legittimo essere ipocondriaci, dedicando una gran parte dei propri soldi e del proprio tempo per evitare malattia (reali o immaginarie), come praticare sport estremi e mettere in tal modo a rischio la propria incolumità.

c. Non va neppure dimenticato come la ricerca della verità – e anche del miglior modo di curarsi – sia essenzialmente controversiale e quindi esiga un dibattito aperto. La scienza non è pensabile senza un quadro istituzionale ispirato alla massima tolleranza nei riguardi delle tesi più diverse e senza un sistema sanitario che favorisca l'espressione dei diversi punti di vista sulla realtà. Ma se le cose stanno in questi termini, un unico modello statizzato di salute e medicina non può assolutamente porre le premesse per un vero processo di scoperta, il quale permetta di avvicinarsi alla verità.

Per tale ragione, uniformare per via legislativa il sistema sanitario rinvia alla tesi, tanto classica quanto discussa, secondo la quale i "re-filosofi" avrebbero un punto di vista privilegiato sulla realtà.

Se nel corso dell'ultimo secolo il ceto politico ha posto i sistemi sanitari sotto il controllo pubblico al fine di rafforzare il consenso e consolidare l'ordine istituzionale, è pur vero che in seguito molti hanno difeso questa relazione tra Stato e istruzione sulla base di altri argomenti: in particolare, da più parti si è sostenuto (e questa tesi è assai ripetuta anche oggi) che solo un sistema pubblico sia in grado di permettere a chiunque, e specialmente a quanti appartengono ai ceti più poveri, di accedere alle cure sanitarie.

Nei fatti, la statizzazione della salute ha causato e continua a causare molti problemi, che stanno mettendo a rischio la stessa possibilità di curarci al meglio.

In buona parte dei Paesi occidentali l'universo sanitario è finanziato dalla fiscalità generale e ognuno può accedere ai servizi in maniera indiscriminata e (almeno in maniera teorica) gratuita. In tal modo, quando i problemi sanitari vanno sotto il totale controllo dello Stato il momento in cui si contribuisce (pagando le imposte) finisce per essere del tutto sganciato dal momento in cui si ottiene il servizio (ricevendo le cure).

Da questo discende che chi finanzia la sanità pubblica e poi ne consuma i servizi è senza potere, o quasi, di fronte a coloro che sono retribuiti per prendersi cura della salute della popolazione. Per giunta, è evidente come una sanità finanziata dallo Stato sia una sanità culturalmente orientata dal potere politico e ponga gravi minacce alla libertà dei singoli.

3. Sanità di Stato, stili di vita e libertà individuale

In questo senso, è bene avere presente che quando si parla di politiche sanitarie non ci si riferisce solo a un sistema coercitivo e redistributivo di cure finanziate dal sistema fiscale.

Una conseguenza quasi inevitabile del processo di statizzazione dell'universo sanitario è il moltiplicarsi di leggi e regolamenti che tendono a imporre ai cittadini cosa essi devono mangiare, quali stili di vita devono evitare (dalle droghe al fumo) e – più generale – come devono gestire la loro vita e prendersi cura della loro salute.

L'ultima frontiera dell'interventismo di Stato è infatti riconoscibile in un progetto di politica «terapeutica» che ha preso le mosse dal Nord America e che trova sempre più spazio anche nelle legislazioni europee. Non soltanto quasi ovunque è proibito l'uso delle droghe, ma ormai non c'è Paese che non introduca imposte su alcolici, bibite, cioccolato e altri prodotti proprio al fine di disincentivarne il consumo. In Finlandia si è arrivati addirittura a proibire le sigarette elettroniche e gli *happy hours*. Quanti – da posizioni libertarie – criticano tale legislazione lo fanno a partire dalla considerazione che tutto ciò sia profondamente illiberale, dato che il comportamento di chi si droga, beve un po' troppo o si nutre male è, al massimo, in qualche modo autolesionistico, ma non violento.

All'origine di questa crescente intrusione della legge nella nostra vita, i cui esiti liberticidi sono evidenti, c'è il desiderio spesso sincero, e anche nutrito di buone intenzioni, di «salvarci» e impedirci di sbagliare. Ma questo intervento paternalistico è anche giustificato a partire da quella politica redistributrice in ragione della quale se lo Stato si assume il compito di finanziare ogni spesa medica di cui abbiamo bisogno, al tempo stesso si sente il diritto di dirci come dobbiamo vivere, al fine di non pesare troppo sui conti pubblici.

La madre di tutti gli Stati paternalistici è certamente l'America del proibizionismo in materia di alcolici che, assecondando le richieste di organizzazioni fortemente motivate sul piano morale e religioso e dominate da logiche puritane, mise fuori legge gli alcolici e fece la fortuna di tante organizzazioni criminali: a partire dalla mafia. Benché ci sia ampio consenso sul fallimento di quella politica, in ogni parte del mondo si continua a ripetere il medesimo errore: specie nell'ambito della guerra alle droghe.

Il moltiplicarsi di divieti e regole che – anche senza necessariamente vietare – tendono a scoraggiare alcune attività è un fenomeno che sta restringendo l'ambito dell'autonomia personale, ma c'è appunto da chiedersi quanto tutto questo sia connesso alla progressiva statizzazione della salute e in generale della società. In fondo, come la Germania Est giustificava i cecchini che sparavano sui giovani che tentavano di scavalcare il muro ricordando che la collettività socialista aveva molto investito nella formazione e nell'istruzione di quelle persone (che quindi, emigrando, danneggiavano l'intera comunità), analogamente gli Stati occidentali oggi giustificano molte privazioni della nostra libertà personale ricordando gli alti costi per la finanza pubblica derivanti da taluni nostri comportamenti.

Nelle nostre società permane il diritto di fumare, ma al tempo stesso viene giustificata una sorta di "lotta al fumo" (alte imposte, obbligo di riprodurre immagini raccapriccianti di tumori o altro sui pacchetti delle sigarette, campagna

propagandistiche, ecc.) anche a partire da un grossolano calcolo costi-benefici: l'idea è che quanti consumano tabacco costino troppo alla collettività e che quindi sia legittimo fare il possibile per spingerli a smettere.

Esiste quindi un nesso ben evidente dall'egualitarismo della sanità di Stato e l'imporsi di un'ideologia salutista che non mostra molta tolleranza nei riguardi di quanti vorrebbero adottare uno stile di vita oggi ritenuto "poco sano".

L'egualitarismo di un diritto sociale quale è il cosiddetto "diritto alla salute" mina quindi i diritti civili della tradizione liberale non soltanto nel momento in cui giustifica un'alta tassazione e quindi una crescente aggressione al diritto di proprietà, ma anche perché giustifica il dispiegarsi di una legislazione intollerante, che rischia di configurare una forma di Stato etico.

4. Una prospettiva pluralista e concorrenziale?

Una visione liberale della sanità sarebbe basata sul diritto: sulla libertà di adottare tutti i comportamenti non lesivi dei diritti altrui (non aggressivi) e sul rispetto della proprietà del prossimo.

Questa non è una prospettiva egualitaria, ma essa non necessariamente nega ai più deboli l'accesso alle cure.

In tale quadro istituzionale i ceti più deboli potrebbero contare, in primo luogo, sui benefici della concorrenza e dello sviluppo tecnologico derivante da essa. La storia e la teoria ci aiutano a comprendere come un ordine di mercato favorisca una trasformazione incessante e un miglioramento continuo che, in ogni ambito, tendono ad alzare la qualità e ad abbassare i costi. Se fosse ragionevole attendersi buone cure per tutti da una sanità statizzata, bisognerebbe egualmente attendersi una buona alimentazione per tutti (e non si può dire che alimentarsi sia meno necessario che curarsi...) da uno Stato che assumesse l'intero controllo dell'industria alimentare. Per fortuna che – nonostante la fitta regolamentazione – non è ancora così, perché in quel caso ci troveremmo a fare i conti con problemi gravissimi (a scapito soprattutto dei gruppi più deboli).

Se abbiamo capito che è una buona cosa lasciare la produzione e la distribuzione del cibo alle logiche (inegualitarie) del mercato, perché non dovremmo fare lo stesso di fronte alla fornitura di cure sanitarie?

Per giunta, in una società libera l'assistenza di una solidarietà finanziata coercitivamente dallo Stato non comporterebbe necessariamente l'assenza di ogni solidarietà. Al contrario, entro questo quadro sociale in cui nulla fosse più garantito "per legge" sarebbe assai più valorizzato il senso di responsabilità dei singoli, che sarebbero chiamati a prendersi cura dei problemi dei più deboli e a sviluppare forme di welfare di carattere spontaneo (come già avvenne, specie nel diciannovesimo secolo, con le società di mutuo soccorso e con i vari istituti di cura e assistenza espressi dalle diverse comunità religiose).

In questo quadro istituzionale aperto e concorrenziale, tutti gli attori in gioco (assicurazioni, ospedali, liberi professionisti, ecc.) dovrebbero fare del loro meglio per mettersi al servizio del prossimo. Non si avrebbe certo una sanità eguale per tutti, ma si può ragionevolmente ritenere che ci si troverebbe in una società più libera e meglio assistita sul piano delle cure sanitarie.