



Non c'è alcun dubbio che nel campo sanitario l'ideale di giustizia per come è stato organizzato in termini fiscali, di organizzazione dei servizi, di distribuzione di beni e di utilità, si è rivelato, alla prova dei fatti, come eccessivamente rigido e per certi versi eccessivamente ideologico.

Distribuire in modo egualitaristico ad una realtà a "molti mondi", quindi ritenuta a torto omogeneizzabile semplicemente con indifferenziate politiche sanitarie, oggi rappresenta un problema. Tuttavia tale egualitarismo, per quanto rozzo e approssimativo, con tutti i suoi difetti ideologici, ha svolto storicamente un ruolo importante di garanzia sociale rispetto ad una massa sconfinata di persone svantaggiate.

L'idea di assumere gli "svantaggiati" come parametri di valutazione delle politiche sanitarie (Granaglia) più che mai oggi va riattualizzata ma senza paternalismi e senza retorica.

Gli "svantaggiati" debbono ancora essere i riferimenti per la valutazione delle garanzie e delle loro crisi. Già abbiamo espresso la convinzione, a proposito di benessere, che bisogna andare oltre queste (ma non per restarne privi). Oggi, proprio ragionando sugli esiti della redistribuzione indifferenziata di prestazioni sanitarie, soprattutto in rapporto agli "svantaggiati", siamo convinti più che mai che si debba andare davvero "oltre la giustizia" per essere più giusti e "oltre l'uguaglianza" per essere più eguali.

Del resto, Agnes Heller, proprio partendo dall'idea di un concetto incompleto di giustizia, ha proposto una prospettiva pluralistica della "bona vita". Lo stesso Michael Walzer, ridiscutendo le principali teorie della giustizia, ha proposto, a sua volta, una concezione pluralistica della giustizia distributiva, basata sulla constatazione della grande varietà dei beni sociali e di quella altrettanto grande dei fruitori, quindi sull'inevitabilità di predisporre più criteri distributivi, ciascuno pertinente alle varie sfere delle persone interessate.

Tutto ciò sta ad indicare il versus di una discussione che, anche in sanità e in medicina, non è più procrastinabile.

Fino a quando in Italia l'obiettivo è stato, a partire dagli anni Venti quando si registrò la prima forma di assistenza sanitaria pubblica (Zamagni), quello di includere nell'area della tutela gli esclusi, sono stati proprio gli "svantaggiati" che da un "certo egualitarismo" hanno guadagnato in garanzie.

Ma oggi l'obiettivo è cambiato e sono proprio gli esiti antieconomici di un "certo egualitarismo" a suggerire politiche di esclusione dall'area della tutela (razionamento, essenzialità delle prestazioni, selezione, etc.), e di conseguenza a ripensare le garanzie in quanto tali. È evidente che questa volta gli "svantaggiati" avranno, se non tutelati con più modernità, più da perdere che da guadagnare.

Se anche per le politiche sanitarie assumessimo l'idea di giusti-



zia incompleta, imperfetta, suggerita sia da Heller che da Walzer, come primo passo di una ricerca anche teorica, probabilmente a proposito di “efficienza” ed “equità” eviteremmo di ricadere nei limiti di un conflitto apparentemente insanabile.

In sanità, l’idea di giustizia è strettamente connessa a quella di uguaglianza. È sorprendente come non ci si preoccupi innanzitutto della qualità e dei problemi di tale connessione mentre con disinvoltura si pensa a razionare le cure.

L’uguaglianza, in genere, è predicata distinguendo le caratteristiche delle persone (tipologie) dalla proprietà delle regole di distribuzione di beni, servizi, utilità (equità).

In medicina, eguaglianza di trattamento implica un rapporto di sostituibilità tra due malati. In generale, clinicamente parlando, due malati si dicono uguali quando i loro trattamenti sono intercambiabili nello stesso contesto, senza che muti il valore terapeutico del contesto stesso.

In medicina, l’eguaglianza è di conseguenza diversa da quella della sanità. Nel senso che per la prima l’uguaglianza è prima di tutto tra qualità e solo dopo tra quantità, mentre per la seconda è esattamente l’inverso.

Questa diversità di cui non si tiene conto, dal momento che si presume che sanità e medicina coincidano, è decisiva per comprendere che per la medicina i rapporti di equivalenza e di equipollenza sono di tipo clinico, per la sanità di tipo prevalentemente economico.

Per la medicina vale di più l’eguaglianza in rapporto alle caratteristiche delle persone, quindi tipologica, per la sanità vale di più l’eguaglianza di tipo distributivo, cioè economico (l’esempio di quota capitaria).

I problemi sorgono quando il “termine medio” che regola i rapporti tra medicina e sanità non è inter-medio, ma sbilanciato su una visione economicistica dei problemi, o comunque su una visione parziale e riduttiva.

L’eguaglianza dei malati anche per la sanità deve essere intesa solo nell’ambito della sostituibilità dei malati stessi nelle loro proprie pertinenze cliniche. Sicché un malato affetto da X nelle circostanze Y può essere considerato uguale ad un altro malato con la stessa malattia nella stessa circostanza, senza che il procedimento clinico sia modificato.

All’uguaglianza clinica consegue quella morale in virtù della quale un malato X che si trova in determinate condizioni possiede prerogative sanitarie e possibilità cliniche non diverse da quelle possedute da un qualsiasi altro malato X nelle stesse condizioni.

È chiaro che un giudizio di uguaglianza distributiva, stando così le cose, si può pronunciare solo sulla base di un contesto clinico determinato, cioè sulla base della determinazione di tutte quelle condizioni alle quali i termini di un bisogno di cura devono soddisfare per essere riconosciuti come clinicamente sostituibili.

Una sanità che, al contrario, ragiona con la logica del “bacino

d'utenza" quale stiva di persone considerate potenzialmente ammalabili, e per questo tutte uguali, e non effettivamente ammalate, e per questo disuguali, tradisce ingiustizia o quanto meno un'idea approssimativa di giustizia. Tali approssimazioni non si risolvono con il razionamento delle risorse disponibili, o con il contingentamento delle prestazioni essenziali, ma risolvendo i problemi di ingiustizia come tali.

Forse il primo vero grande trade-off tra valori (Lukes) da affrontare è certamente quello tra efficienza ed equità, ma come aspetto di quello più grande tra medicina e sanità, tra qualità e quantità, tra uguaglianza clinica e uguaglianza morale, in una parola, tra giustizia formale e giustizia effettiva.

In sanità, sulla necessità di cercare compromessi, non vi sono dubbi (Lukes), ma anche facendo bene attenzione, in medicina, a distinguere "caso per caso" esattamente secondo i canoni di quello che Federspil ha proposto di considerare come una scienza idiografica quale è la clinica.

Un esempio di come certi trade-off sono esasperati e non mediati si ha quando si concepisce la medicina non idiograficamente ma per "algoritmi" generali, quindi vale a dire per procedimenti quali protocolli, linee-guida, metanalisi della letteratura clinica etc., con l'intento di risparmiare su sprechi e su inutilità presunte.

Se le linee-guida sono concepite come prescrizione, cioè come una lista di istruzioni che specifica il tipo e la successione del procedimento clinico, senza trovare i necessari "compromessi" tra generalità e individualità, tra quantità e qualità, tra sanità e medicina, il rischio è di livellare le differenze legate alle caratteristiche personali sulla base dell'egualitarismo formale delle regole distributive della politica sanitaria del momento.

Si parla molto di razionamento, come soluzione al trade-off tra efficienza ed equità, sulla scorta di criteri di priorità, ma molto poco si dice sui criteri a garanzia delle diversità. Si intuisce la grande difficoltà ancora una volta ad emanciparsi da una visione egualitaristica formale anche se reinterpretata, in senso negativo, come razionamento.

In medicina qualsiasi funzione clinica che non tenga conto delle diversità rischia la dipendenza da algoritmi sanitari in conflitto con il procedimento clinico. Il razionamento oggi si presenta con tutte le caratteristiche di un algoritmo di efficienza economica.

Eppure, per quanto appaia irriverente, vi sono autori inclini a considerare l'efficienza come un "obiettivo secondario" (Lukes), cioè solo successivo a quello dell'equità, cioè della giustizia. Ma l'analisi dei vari criteri di priorità (essenzialità, appropriatezza, evidenza, efficacia, etc.) a base degli attuali orientamenti di politica sanitaria tradisce preoccupazioni più di tipo economico che di tipo equitativo.

Per risolvere il problema del trade-off tra efficienza ed equità l'indicazione generale può essere quella, sia sul versante della giustizia che su quello della distribuzione economica, di una pro-



spettiva pluralista dei criteri. Ciò implica però, che il senso compiuto di efficienza e di equità, sia prima di ogni altra cosa, il risultato di un loro interno pluralismo di criteri.

Del resto è ciò che emerge da punti di vista totalmente diversi da quelli economici. Si pensi ad esempio all'idea di efficienza adattiva che si ricava dalla metafora del sistema immunitario (Corbellini), non certo concepito con logiche univoche, deterministiche, cioè per rigidità, ma al contrario utilizzando logiche flessibili mirate, selettive, su "repertori strutturali variabili", dando luogo a "confronti per configurazioni". Ma la lezione che si ricava dalle prestazioni immunitarie è che non può darsi efficienza a prescindere dalle proprietà d'insieme del sistema (che è anche quanto affermato da Blinder, a proposito dell'efficienza economica, citato da Lukes) di "riconoscimento" di "gradi variabili di somiglianze" necessari a sviluppare le trasformazioni di significato.

Mentre in sanità l'eguaglianza formale è il valore, nel sistema immunitario è il contrario, perché quanto più è effettivamente vario il contesto tanto più efficienti, cioè più "giuste", saranno le risposte.

Importante quindi, anche ai fini di una ridiscussione su cosa sia o non sia l'eguaglianza in medicina e in sanità, è il "principio di parità" proposto da Rachels (in Corbellini) che riconosce falso l'argomento per cui tutti gli uomini sono uguali e introduce come valore quello del riconoscimento delle "differenze individuali".

Sarebbe davvero sbagliato relegare questi ragionamenti nell'ambito della sola metafora. L'esperienza di medici di medicina generale (Bernabè, Benincasa, Danti) conferma che per recuperare il trade-off tra efficienza ed equità, non solo vale il "principio di parità", ma addirittura questo deve diventare il "termine medio" in un processo negoziale tra medico e malato. Cioè la strada obbligata per superare il trade-off. La "qualità degli esiti" in questa prospettiva dipende da problemi come la "dissonanza cognitiva", la "valutazione della pertinenza", della "rilevanza", le difficoltà insite in una non-comunicazione tra "infermità" (il punto di vista del malato) e "patologia" (il punto di vista del medico), quindi in un altro trade-off.

Risulta quindi assolutamente lecito concepire, su queste basi, sistemi sanitari come "sistemi adattivi complessi", andando oltre le restrizioni economicistiche dell'idea di efficienza.

Si pone così un problema di controllo dell'efficienza sui meccanismi, sulle modalità, sulle logiche, sulle operazioni cognitive della medicina (inferenza, deduzione, valutazione, scelta, etc.), e non banalmente solo sui costi, sulla distribuzione o sull'allocazione. È quanto emerge da una lettura epistemologica del cancro (Quattrone).

L'efficienza, in questo caso, diventa grado di idoneità, di attitudine, rispondenza, in una parola fitness.

Si recupera così quel senso compiuto di efficienza al quale abbiamo fatto riferimento nell'editoriale, quindi rispondenza, di



qualcosa, alla sua funzione. Il cancro è certo il risultato negativo di una fitness senza controllo, ma perché a monte vi sono problemi di efficienza, quali problemi di combinazione, di varietà strutturale, di diversificazione, di ridondanza informativa di un sistema (ancora una volta) quali proprietà d'insieme e quali proprietà adattive.

Perché mai l'efficienza in sanità non dovrebbe per analogia concepire il "principio di parità" come "fitness"?

L'esempio dei dati di inefficienza della fecondazione assistita (Zuccotti, Garagna, Redi) pone con forza la questione della valutazione delle "chances" di avere un figlio rispetto alle possibilità tecniche, ai caratteri di singolarità delle persone che costituiscono la coppia, cioè rispetto ad un rapporto stretto tra "procedura", "singolarità" e "risultati" più che semplicemente a costi e risultati.

Questo scenario per Kéiron deve valere come lo sfondo di una riflessione di segno nuovo, dove il famoso trade-off tra efficienza ed equità, più che ricercare di volta in volta un compromesso tra valori, caratterizzi il compromesso in quanto tale in termini di pluralismo dei criteri, ma soprattutto di pluralismo delle scelte.

Il passaggio che Kéiron propone è di caratterizzare il compromesso tra valori, non necessariamente tra loro ostili, in una ricerca costante e decentrata, quindi anche delegata, della compatibilità, ma all'insegna di un ripensamento sia dell'idea di efficienza che di quella dell'equità, e più precisamente relativizzando il dispotismo del limite e dell'egualitarismo formale per dare più spazio alla democrazia delle possibilità, e ad una parità sostanziale.

L'unico modo democratico, morale, scientifico per riconcepire il trade-off tra efficienza ed equità è quello di scelta. Nella scelta e con la scelta si trovano le compatibilità e queste non possono che mediare, quindi ricercare un compromesso conveniente tra limiti e possibilità.

Nessuno di noi si sogna di ignorare i problemi della scarsità delle risorse, ma nello stesso tempo nessuno di noi è disposto a subirne l'assolutezza e la dogmaticità.

Il caso dei trapianti d'organo (Scarantino) è un esempio chiaro di come le possibilità siano strettamente legate alla ridiscussione dei limiti e come questi ultimi non esistano in quanto tali, ma siano il risultato di scelte morali, di problemi normativi di riferimento, di allocazione, di efficienza organizzativa, ma anche di valori compresi tra l'altruismo e la logica di mercato.

La grande differenza tra "limite" e "possibilità" sta nel grado diverso di libertà. Nel primo caso questo è basso e, anziché favorire la scelta, preferisce amministrare, d'imperio, delle restrizioni. Nel secondo caso è alto e favorisce quindi la scelta preferendo l'implementazione delle opportunità con le dovute garanzie di autonomia e responsabilità.

Sono due modi diversi per affrontare lo stesso problema, quello



Dai limiti
alle "possibilità"

del ripensamento della concezione universalistica dell'assistenza sanitaria (Zamagni).

Tale concezione di fatto è ripensata sia con un'idea di razionamento che di sviluppo delle scelte. La restrizione riguarda, prima che le prestazioni, i diritti e l'ambito dell'universalismo. La scelta ci conduce ad un'idea di "medicina della scelta" (choice-based medicine) quale delegata del sistema sanitario a raggiungere anche obiettivi di qualificazione della spesa. In questo modo la teoria economica è incitata a confrontarsi con la struttura tripolare della scelta medico-sanitaria (bisogno, preferenze, beni), andando oltre il modello della "rational choice" (preferenze e beni) (Zamagni) e tenendo conto dei problemi negoziali che esistono nel rapporto medico-paziente (Bernabè, Benincasa, Danti).

Se la sfida è passare dalla "scelta strumentale" a quella "esistenziale" la strada è quella della giustizia quale autorealizzazione attraverso opportunità possibili e liberamente scelte (Zamagni). Ma cosa vuol dire tutto questo sul piano del finanziamento e su quello più generale del reperimento delle risorse? Il limite economico va affrontato anche su questo terreno.

Non c'è alcun dubbio che dal punto di vista equitativo, valutando con attenzione i problemi delle coperture assicurative, delle opportunità di mercato, e delle necessità sociali, una società moderna deve farsi carico, attraverso la fiscalità, di sostenere i costi di un universalismo ridefinito ben oltre le vecchie logiche egualitaristiche.

Addirittura non solo per la previdenza ma anche per la sanità sembra proporsi un problema di "equità intertemporale". È interesse di chi sta bene subsidiare chi sta male al fine di garantire comunque una futura copertura conveniente (Belli).

Dalla letteratura inoltre viene l'indicazione che l'offerta pubblica onnicomprensiva e l'offerta pubblica parziale ma integrata con soluzioni mutualistiche private garantiscono entrambe soddisfacenti risultati proprio sul piano dell'efficienza.

Inoltre, l'efficienza viene garantita anche nel caso si esca dallo schema pubblico a patto di continuare a subsidiare il sistema pubblico attraverso la fiscalità (Belli).

Mantenendo questo schema di riferimento è possibile ottenere risultati di efficienza anche tenendo conto delle possibilità legate ad un equo co-payment (con una funzione integrativa delle risorse pubbliche e con una funzione di finanziamento di certi scopi di salute pubblica). Equo co-payment non vuol dire la politica dei tickets del passato, ma al contrario caratterizzarlo fortemente a sostegno di un nuovo rapporto tra bisogni pro civitate e bisogni ad personam.

La nuova sfida è che tutto questo deve fare i conti con la riduzione dei trasferimenti erariali accompagnati da un aumento dell'autonomia fiscale delle Regioni (Arachi). Il federalismo fiscale potrebbe essere un'occasione per superare il trade-off tra efficienza ed equità. Ma, come è stato sottolineato, la vera difficoltà è, a livello di federalismo fiscale, reperire un "termine medio" tra



efficienza nell'utilizzo delle disponibilità e equità distributive, nel senso che mentre si auspicano recuperi di efficienza si teme un'eccessiva differenziazione delle coperture (Arachi). Del resto, il punto di equilibrio tra *pro civitate* e *ad personam* non può che essere trovato a livello locale, cioè in uno spazio intermedio dove istanze universalistiche si intersecano con quelle individuali di una persona o di un gruppo.

Ma se questo è vero, non c'è alcun dubbio che il sistema di finanziamento deve essere ripensato per garantire l'uno e l'altro, sapendo che oltre al *co-payment* come misura per finanziare la personalizzazione delle prescrizioni, vi è l'autonomia impositiva locale ed altri mezzi per giustificare tutte le "differenze", quali possibilità, che una regione intende concedere ma con l'obbligo del suo proprio carico. Tuttavia, ribadiamo che il compromesso tra generale e locale, quantitativo e qualitativo, tra cittadinanza e persona, si trova sul piano della "rispondenza", della "congruità" quali capacità adattive dei sistemi sanitari locali nei confronti della loro propria utenza. Analogo problema vale quando si discute il rapporto tra le forme proprietarie dei servizi (*profit*, *non-profit*, *pubblico*) e la qualità e la quantità di prestazioni (Barbetta).

I problemi dell'incertezza e dell'asimmetria informativa sono quelli che inficiano in sanità la rispondenza tra domanda e offerta e che creano le maggiori difficoltà ai mercati sanitari, alle organizzazioni *non-profit*, ma anche ai servizi pubblici, sia in termini di efficienza che di equità.

Ma decisivo sembra, ai fini della compatibilità tra efficienza ed equità, quindi tra scelta e possibilità, tra procedure e risultati, il ruolo dei medici, cioè il ruolo della medicina come sistema di sapere rispetto alla sanità come sistema di organizzazione dei servizi.

Laddove la medicina fa il suo mestiere con "scienza e coscienza" non esistono differenze significative nella qualità dei servizi prestati tra imprese sanitarie con forme proprietarie diverse.

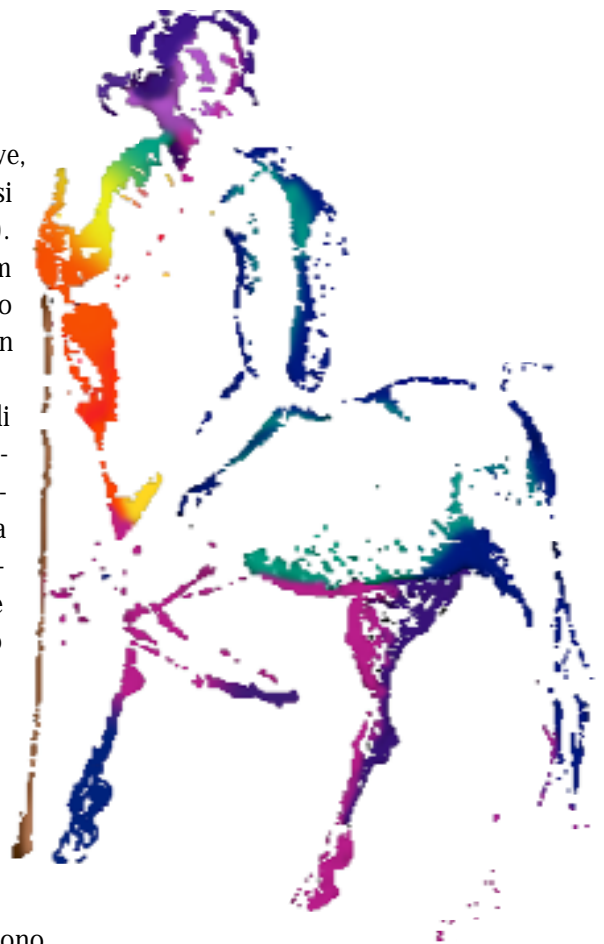
Kéiron, come è sua consuetudine, rifugge sintesi e riepiloghi, ma come trend detector, intende chiudere il suo lavoro di interconnessione tra etica, scienza ed economia indicando un senso saliente alla politica.

Equità ed efficienza prima di essere priorità sono componenti addirittura secondarie di quelle che Tommaso Campanella chiamava primalità.

Tali primalità sono: *potentia* (potenza), *sapientia* (sapere) e *amor* (amore).

Per quanto riguarda il futuro dell'uomo malato non si può che auspicare una politica dove tra primalità vi sia il più basso trade-off.

Le priorità vengono dopo. Spetta alla politica decidere prima le relazioni tra primalità, i loro ruoli, i luoghi dove esse potranno compatibilizzarsi e i soggetti responsabili del loro costante dialogo. E assumersi tutte le responsabilità della sua propria visione del mondo.



Bibliografia essenziale

Kéiron, 1

Agnes Heller,
Oltre la giustizia,
Il Mulino, Bologna, 1990

Michael Walzer,
Sfere di giustizia,
Feltrinelli, Milano, 1987

Giovanni Federspil,
Il fondamento del metodo in
medicina clinica e sperimentale,
Piccin, Padova, 1980

Ivan Cavicchi,
Per una ridefinizione della qualità
in: "L'equità nella salute in Italia",
Rapporto sulle disuguaglianze
sociali in sanità
a cura di Giuseppe Costa
e Fabrizio Faggiano,
Franco Angeli, Milano, 1994