

LA RIFORMA NEOCOMUNITARIA PER UN NUOVO UNIVERSALISMO SANITARIO

Ivan Cavicchi

Tota tueri: il doppio significato

Cos'è la "comunità"? È una pluralità di persone legate da relazioni "comuni". Quindi è un soggetto. Cosa vuol dire avere in "comune" delle relazioni? Vuol dire che più persone hanno la stessa condizione di reciprocità. La comunità è un soggetto della reciprocità sociale quale base per la condivisione di scopi, quelli che Sacco indica come "comportamenti cooperativi". Questa appartenenza può essere culturale, politica, etica, economica e persino, se si pensa al federalismo sanitario, welfaristica.

In altra occasione abbiamo richiamato Benveniste che analizzando la preistoria dialettale indoeuropea, ha tentato di comprendere quale immagine avesse l'uomo rispetto alla società di appartenenza (1). In realtà, secondo lui, in quell'epoca non è esistito alcun termine preciso che designasse una sorta di società organizzata. L'unico che vi si approssima è la parola umbra "tota". È un termine che, pur rimandando a *urbs* e *civitas*, non fa nessuna distinzione tra il concetto di città e quello di società.

"Tota" rappresenta un'unica nozione, ovvero un *gruppo* che segna uno spazio e che, come "soggetto", sancisce i confini della società che organizza. Tutte le variazioni di "tota", infatti, rimandano al concetto di "popolo" e di "comunità". È questo significato che oggi, in un contesto federalistico, va recuperato.

Un'altra parola antica ha a che fare con "tota", ed è "tueri", cioè "tutela". Anche questa è di origine osca con il significato di "protezione". La tutela è la protezione della comunità e la comunità, come tale, è protezione. Anche questo doppio significato oggi si ripropone come riattualizzazione. In questo doppio senso non è improprio parlare della comunità come di un *corpo sociale* e della tutela come protezione di esso.

La "tutela della comunità e la comunità come tutela" probabilmente corrisponde, molto più dell'identità e dell'appartenenza di cui parla la letteratura comunitaria, a primarie necessità ordinarie che spiegano la ragione, quasi statutaria, della comunità stessa. Molto più tardi e fino ai nostri giorni, il doppio significato di tutela si sparglierà spostandosi dalla comunità all'individuo, da un "corpo sociale" a un "corpo individuale" mutando e riducendo sostanzialmente il suo antico significato di base, quindi impoverendosi.

È quindi interessante ragionare di "comunità" con l'angolatura della doppia tutela, anche perché, così, si può usare il dibattito più generale per applicarlo ai temi fondamentali

1 I. Cavicchi, *L'uomo inguaribile. Il significato della medicina*, Editori Riuniti, Roma, 1998.

della salute, della sicurezza, della vita stessa degli uomini. Oggi il tema della comunità, in questa sua doppia accezione, è riproposto direttamente dal federalismo e in particolare da quello sanitario per cui, giocoforza, si tratta di comprendere i rapporti e i significati che questo concetto possiede rispetto alla tutela delle persone in questa società. Come fa notare Petroni, la discussione attuale, quindi, non riguarda tanto comunitarismo contro liberismo, ma il riuso dell'idea di comunità dentro una riforma federale dello Stato, in un paese fondamentalmente liberal-democratico. La nostra idea, a proposito di federalismo sanitario, è quella di riproporre, a un tempo, l'originario significato di comunità e l'originario significato di protezione, recuperando quegli aspetti politici e culturali che non necessariamente rappresentano rifondazioni del mondo.

Per comprendere il senso di questa idea di recupero basterà rammentare che il diritto alla salute (al quale fanno capo numerosi, diversi diritti particolari) si riferisce, come spiega Santosuosso, "alla condizione sia fisica che psichica della persona" (2). Esso, cioè, è molto distante dal doppio significato di tutela trattandosi di una riduzione impoverita del rapporto comunità/tutela.

Il famoso art. 32 della Costituzione del 1948 sancisce questo impoverimento, rispetto alla comunità, stabilendo una differenza e operando uno scambio tra "diritto dell'individuo" e "interesse della collettività". In termini filosofici il diritto è, almeno secondo il giusnaturalismo moderno, la tecnica della coesistenza umana, cioè la tecnica diretta, attraverso regole, che rende possibile la comunità.

L' "interesse", al contrario, e sempre in termini filosofici, riguarda la partecipazione personale a una situazione qualsiasi. Addirittura Hegel intendeva l' "interesse" come un soggetto d'azione, un'individualità soggettiva compresa nella sua attività.

La Costituzione abbina una categoria della comunità, come il "diritto", all'individuo, e una categoria della persona, come l' "interesse", a una "collettività". Questo scambio attua un'ulteriore disgiunzione.

In ambito comunitario il "diritto" rispetto al suo significato morale identifica "ciò che è bene" e "ciò che è giusto", nell'ordine delle relazioni umane. La comunità è per definizione un soggetto morale. Come rilevano, a diverso titolo, Engelhardt e Pesenti nei loro saggi.

La distinzione si ha quando i caratteri del diritto come tecnica "ragionevole" delle relazioni umane, per dirla con Hume, vengono attribuiti alla morale e per questa via dislocati dalla comunità alla persona.

Questo scambio storico tra comunità e individuo, almeno per quanto riguarda l'ambito della "protezione" e della tutela, è il vero nodo che a noi interessa discutere al di là della contrapposizione giustificata o meno tra comunitarismo e liberalismo.

2 A. Santosuosso, *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1998.



Il luogo e il soggetto

Se la Costituzione italiana definisce la salute come “diritto dell’individuo” e “interesse della collettività”, la riforma sanitaria del 1978 e l’immensa legislazione sanitaria successiva tradurranno questo “scambio” anche organizzativamente, soppiantando l’idea di comunità con quella di “territorio”, di “distretto”, oppure con quella di “località” (unità sanitaria locale), e cioè sostituendo il soggetto con il luogo. Da un’originaria tutela il cui primo destinatario è senz’altro la comunità come soggetto che segna come gruppo il luogo (cioè ciò di cui si parla o a cui si attribuiscono qualità e determinazioni, o ancora, a cui qualità e determinazioni sono inerenti), si passa a una tutela quale allocazione di un individuo in un luogo, riformulando quella che Scazzieri indica come la “reciprocità fra bisogni e capacità umane” alla base della “relazione di cittadinanza”.

Per Aristotele il “luogo” è una realtà per suo conto in quanto essa è il “limite che circonda il corpo”. Concezione evoluta nel pensiero moderno che identifica sostanzialmente il “luogo” come un sistema di riferimento, cioè come contiguità di un “corpo” con un altro “corpo”, che è ancora un’altra cosa dall’idea di “società civile”, di cui parla Pesenti a proposito dei “communitarians”.

Così nel linguaggio tecnico-organizzativo della sanità nasce il famoso “distretto” (*distringere*, cioè “stringere da ogni lato”), le USL, vale a dire dimensioni territoriali, circoscritte, proprie e funzionali non più alla comunità - come la intende Ricciardi, come soggetto di virtù -, ma a un’organizzazione amministrativa dello stato sanitario.

Il luogo in ragione del soggetto significa l’individuo quale riferimento a un altro individuo, il famoso “bacino d’utenza”, cioè l’idea di “stiva”, e l’individuo come un’entità capitaria standardizzata su cui tarare servizi, prestazioni, finanziamenti, standard, livelli di assistenza.

Il “diritto” della nostra legislazione propone così la salute prevalentemente come amministrazione di bisogni circoscritti, cioè delimitati in circoscrizioni di malati potenziali e ideali. Il malato come soggetto è ripartito territorialmente in “container” per fini eminentemente amministrativi.

Tutte le vicende che in questi anni per ragioni di risparmio hanno allargato e/o ridotto il numero delle USL quali containers e di conseguenza i parametri distrettuali, hanno esasperato questa logica amministrativa a dispetto delle comunità, ignorando quelle che Sacco definisce “le dimensioni bio-economiche”.

Ma, a parte le trasformazioni del significato di tutela e di comunità, cos’è che, in fin dei conti, ha reso possibile la sostituzione del soggetto con il luogo, quindi l’idea politica di comunità con quella amministrativa di circoscrizione? È una domanda che ci rimanda indietro nel tempo ed esat-

tamente al dissidio tra Proudhon e Marx, vale a dire tra una primitiva concezione comunitaria e federalistica e una concezione collettivista. Oggi nel nostro paese, proprio con il federalismo sanitario, questo dissidio si ripropone. La “teoria della mutualità” di Proudhon del 1851 - nella *Idée générale de la révolution du XIX siècle* - vuole essere un sistema di garanzie che risolvono le forme antiche delle nostre società civili e commerciali, e che soddisfano tutte le condizioni di progresso e di giustizia senza per questo sottostare alla protezione dello stato. Sono i tratti sommari di comunità che Pesenti rimarca con il suo saggio. Già allora, a fronte di grandi complessi economici e finanziari che spingono per poter regolare il totale della vita degli individui, Proudhon considera necessaria l’organizzazione federalistica dei gruppi di categorie e di produttori, sostenendo la sovranità del diritto quale regola di umanizzazione delle forze collettive che eleva verso un ordine mutualista. Figurarsi oggi con la globalizzazione.

La società è pluralità degli ordini non gerarchizzati, gli uni in rapporto con gli altri. Ciascuno di essi è un’associazione di collaborazione e di cooperazione e non un’associazione di subordinazione e di dominio. Impressionante è l’analogia con quella che Corbellini chiama la “sociologia cellulare” dell’individualità.

La società economica si organizza attraverso una federazione che si aggrega con altri gruppi economici apponendosi allo stato. La sovranità non è nella potenza dell’uno né dei molti, ma della comunità. Si tratta evidentemente di un’utopia e per giunta, almeno per quanto riguarda l’idea di federalismo, mal definita, ma con *in nuce* un ideale federalista fondato sulla “mutualità”, cioè sui valori dello scambievole e del vicendevole, che sono valori comunitari in quanto convivenza di più persone nella quale tutti traggono un vantaggio tutelativo. Ciò richiama molto quello che Pesenti, definendo i comunitaristi, chiama le “relazioni” nelle quali si afferma la condizione umana, vale a dire “l’essere-con-gli-altri”.

Oggi è il principio di sussidiarietà a riproporre tali valori che non avrebbero senso al di fuori di un’idea nuova di mutualità. L’ideale della mutualità altro non è se non la condizione base in funzione della quale la “tutela” diventa scambievole per garantire agli stessi, uguali diritti dopo aver adempiuto a uguali doveri. Vale appena la pena di precisare che il termine mutualità va inteso nella sua accezione più larga e non in quello tecnico, più ristretto della famosa “mutua”.

Marx, al contrario di Proudhon, propone un’ideale “comunista”, cioè la realizzazione di una “totalità” in cui l’universalità sarà l’espressione del superamento delle differenze. Per Marx la liberazione riguarda “l’uomo sociale” come trasformazione del mondo. La mutualità da una parte e la



collettivizzazione, o la socializzazione, dall'altra: due concezioni diametralmente opposte di tutela. La prima imperniata sulla comunità, la seconda sulla gestione centrale della società.

Tale opposizione per certi versi oggi si ripropone più in piccolo, naturalmente, proprio nel passaggio da un sistema sanitario nazionale a un sistema sanitario federale.

Molti hanno ravvisato nella tutela sanitaria, come è attualmente assicurata dall'attuale SSN, come una forma di tutela collettivista e in realtà alcuni tratti di "socializzazione" esistono: la dimensione nazionale, la gestione centralistica, le prestazioni uguali per tutti, l'universalità, il forte amministrativismo, ecc.. Ma altri suoi tratti si spiegano con un'altra dottrina sociale, quale il "contrattualismo", il cui rappresentante più noto resta Rawls. Il SSN è diventato - nel corso di almeno trent'anni di vicende, di aggiustamenti, di mini-riforme -, la forma organizzata di una tutela che ha i caratteri "socialisti" della collettivizzazione e quelli tutto sommato "liberali" del contrattualismo. Ma in nessun modo esso ha i caratteri del comunitarismo, a meno di scambiare, equivocando, federalismo con decentramento amministrativo.

Per cui, riuscire la nozione di comunità dentro un processo di federalizzazione della tutela, obbliga giocoforza a ripensare due apparati concettuali diversi ma entrambi totalizzanti, come sono appunto il "contrattualismo" e il "socialismo" nelle loro estenuate forme di welfarismo sanitario.

Com'è noto, il pensiero di Rawls si colloca nella tradizione delle teorie normative dei valori ed è particolarmente vicino al modello contrattuale teorizzato da Kant. Oltre la mutualità e la socializzazione va quindi menzionata l'idea di "contratto" quale mezzo e procedimento che decide tra i principi concorrenziali della giustizia dal punto di vista dell'equità.

Con il contrattualismo lo scambio diventa il "diritto di ogni persona al più ampio sistema totale di eguali libertà fondamentali" e le disuguaglianze diventano uguaglianza di opportunità. Sono principi che improntano quella che viene definita la "decisione equa" la quale dovrebbe coincidere con i giudizi etico-sociali ben ponderati.

Si tratta della famosa "giustizia come equità" a cui si ispira l'intero nostro sanitarismo nazionale. Infatti, alcuni tratti di questa giustizia pure sono presenti diffusamente nell'attuale forma di tutela sanitaria. Oggi l'equità quale principio di giustizia distributiva è alla base del nostro SSN (si rammenti la quota capitaria), il diritto alla salute è, di fatto, un diritto "totale" nel senso che vale per tutti a dimensione nazionale, e l'uguaglianza di opportunità è l'equivalente della parità di accesso ai servizi e alle prestazioni.

Ripensare la totalità (totum)

Recuperare l'idea di comunità, come nuovo ideale regolativo della tutela, quindi per una nuova tutela, vuol dire molti cambiamenti.

Si tratta di sostituire i luoghi della salute con i soggetti della salute; di ridefinire il diritto nell'ambito della coesistenza sociale, quale regola o insieme di regole per il bene comune; di ricollocare gli interessi nella sfera delle attività individuali; di ridefinire i rapporti di mutualità e, di conseguenza, i criteri che regolano l'assegnazione della quota (per dirla con Rawls) di costi e benefici tra i partecipanti all'impresa sociale, e quindi, di ridefinire di fatto il modello di contratto sociale che sostiene oggi il nostro welfare sanitario. I temi della sussidiarietà della solidarietà si muovono in questa fattispecie di problematiche.

In una parola, si tratta di ripensare radicalmente l'idea fondamentale di tutela. "Tota" = "tueri", significa smontare sostanzialmente l'idea di "totum", totalità, che pur esiste nel nostro collettivismo e liberismo sanitario. Cioè ripensare gli apparati in qualche modo metafisici, fondati sulla razionalità, la giustizia, la libertà valida sempre e comunque, per chiunque e dappertutto. Cioè ripensare gli "a priori" che dominano l'universo e le verità di ragione rispetto alle verità di fatto.

Si può parlare in modo metaforico di "totalitarismo" del nostro SSN, nel senso di intenderlo come una prassi dell'universalità quale tentativo di sovrintendere all'intera salute dei cittadini nello stesso modo, uguale per tutti. Va detto, a scanso di equivoci, che trattasi di un "totalitarismo" che non solo ha dato molti risultati di giustizia ma che non è privo di valori importanti. Anche se oggi gli stessi valori sono ridiscussi da profonde trasformazioni sociali e culturali che non è possibile ignorare.

Smontare il "totum", dentro una riforma neocomunitaria della tutela, significa ripensare la nozione di tutto, di generale e di universale. Significa ripensare ciò che è "compreso", "incluso" in una comunità quale "parte di un tutto" e quale "tutto più piccolo", quindi ciò che vi concerne come genere (genus) e ciò che può essere per approssimazione considerato speciale. In una parola si tratta di ripensare gli *universi* e gli *universali* del discorso sulla tutela, con lo scopo di vivere meglio.

Da questo punto di vista la comunità, rispetto a una nuova tutela è la ridefinizione di tutto ciò che definisce il tutto. Il nostro SSN può essere considerato un'unità complessa e autosufficiente composta di parti che si caratterizza dal tipo di rapporto che intrattiene con esse. Esso è quindi un certo tipo di "totalità" perché non manca di nessuna delle parti di cui è costituito. È stata questa "totalità" a costituirsi sino ad ora quale garanzia di universalità. Essa si propone come una unità continua, nella quale la tutela come paradigma



etico-scientifico-culturale, risulta dalle sue parti (ambulatorio, ospedale, consultorio, centro di salute mentale, ecc.) ed è, in quanto “valori” quali razionalità, giustizia, libertà, in ciascuna di esse.

La razionalità dominante dell'attuale tutela sanitaria attua i suoi ideali di giustizia, quindi interpreta la sua nozione di diritto, quale “totalità che distribuisce”: *ogni* cittadino ha diritto all'assistenza x, y, z; e quale “totalità collettiva”: *tutti* i cittadini hanno diritto a x, y, z. Rawls e Marx, “ogni” e “tutti”. I paradossi che in qualche misura spiegano il bisogno di una tutela neocomunitaria - al di là delle solite analisi sociologiche - sulla domanda, la personalizzazione, la specificità e la singolarità del malato, oggi nascono, come controfattuali della “totalità”, quelli per intenderci che confondono “ogni” con “tutti” e cioè che distribuiscono al singolo in modo collettivo e che distribuiscono alla collettività pensando di distribuire in modo individuale. A questi se ne aggiungono altri che derivano dall'intendere prevalentemente la “totalità” come categoria che, welfaristicamente, assicura prima di tutto delle “quantità” (tante prestazioni, tanti servizi, tanti esami, tanti giorni di ricovero, ecc.) ma non delle “qualità”. Ne deriva il paradosso probabilmente più forte che è quello relativo a una forma di universalismo, che considera il molteplice come unità e, quindi, come insieme di uguali. Si sappia che l'universalismo resta un valore ma non è detto che esista un solo modo per implementarlo.

Il nostro universalismo sanitario, oggi, può andare bene per le cose ma non per i malati, cioè non per i fenomeni che riguardano il malessere umano e la rappresentazione della malattia.

La molteplicità come unità di uguali, in medicina, suo malgrado nega il mondo a molti mondi, crea antinomie molto forti tra la domanda di salute e l'offerta di sanità e sostiene una politica che dal SSN, cioè dalla “totalità”, pretende di farne un uso metafisico, cioè del tutto aprioristico. Al contrario l'idea di comunità, in qualche modo, si propone di ovviare a questi inconvenienti (anche se non è ancora chiaro come) riconsiderando l'idea della “totalità” non come insieme di elementi ma come valore della particolarità, cioè dentro una logica di raffigurazione dello “speciale”. Un po' quello che intende Scazzieri con il concetto di “nuvole di punti”.

La nozione di comunità in pratica tenta di recuperare quel valore dialettico, reso marginale dal SSN, in virtù del quale le relazioni tra “ogni” e “tutto” generano contraddizioni etiche e sociali da recuperare in una nuova idea di complessità. Secondo Morin, un'idea di totalità complessa è comprensiva sia di un principio dialogico che di un principio ologrammatico (il rapporto tra la parte e il tutto) (3).

Convenzioni e scelte

Colpisce tuttavia che oggi la comunità in quanto critica dell'idea di "totalità" (nelle sue proprie forme welfaristiche) coincida con una critica più ampia del pensiero moderno. Oggi viene messa in questione non tanto o soltanto l'idea logica di "totalità" ma l'insieme delle conoscenze e dei saperi che di fatto costituisce l'ottica idealistica e neopositivista del "sistema" delle scienze (si pensi alla genomica che ripropone il valore del singolare, dell'individuale). Come pure viene criticata l'idea di totalità come *assoluto*, idea molto cara al romanticismo e all'idealismo soprattutto tedesco. Interessanti al riguardo sono le osservazioni di Petroni. Nella maggior parte dei casi, ma in particolare nel campo della tutela delle persone, la critica allo statalismo, al nazionalismo, al contrattualismo, al welfarismo, ecc., acquista connotati etico-politici.

Nel campo della salute la critica riguarda la tutela come apparato statale e la sua pretesa di "curare" la società come un tutto e di valutare i bisogni di salute come globalità e mai come singolarità. Per riprendere Scazzieri si tratta della difficoltà a concepire la "simultanea esistenza di un criterio di varietà e di un principio di congruenza".

A ciò si ricollega una critica forte alla medicina pubblica, anch'essa considerata a torto un "sapere totale", quasi trascendentale rispetto ai bisogni reali del singolo individuo. Di qui il proliferare delle medicine non convenzionali, della specializzazione dell'atto medico.

La critica al convenzionalismo della medicina che si accompagna a quella della totalità razionale della scienza, propone di rivedere le verità che riguardano il malato nel senso di considerare del tutto insoddisfacenti quelle ritenute valide solo perché stipulate da coloro (i medici) che si servono di esse. Oggi altre verità e altre razionalità pretendono di essere riconosciute. Quelle che, appartenendo alle persone, non sono oggetto di convenzione o di stipulazione (tacita o espressa) convenzionale. È a queste che si riferisce Massarenti quando ricorda il pensiero di Feyerabend (4).

Le medicine non convenzionali, a parte il discorso sulla scientificità, altro non fanno che ridiscutere ciò che è valido per convenzione e ciò che è valido per esperienza personale. La comunità quindi rappresenta, suo malgrado, una forte critica al convenzionalismo sanitario, sia nelle sue forme, cioè nelle sue espressioni organizzative, istituzionali, gestionali, sia nelle sue espressioni di contenuto medico. Avrebbe poco senso detotalizzare un SSN in forma comunitaria mantenendo la sua logica rigorosamente convenzionalistica. Questo non vuol dire rinunciare alla "convenzione" in quanto tale. La salute intesa come convenzione significa che per lo meno questa viene decisa dalla comunità. Ecco che, all'idea così cara al welfarismo sanitario di contratto sociale, si affianca quella che riguarda la convenzione come



4 P. Feyerabend, *Contro il metodo*, Feltrinelli, Milano, 1982.

discussione pubblica, decisione pubblica, scelta comunitaria, che sono poi le basi della bioetica del terzo millennio di Engelhardt.

Il diritto alla salute, ad esempio, in questo modo diventa anche qualcosa che è oggetto di convenzione, di stipulazione sociale, con componenti certamente universalistiche ma anche con componenti strettamente comunitarie. Il diritto, quale accordo comune per il comune interesse, ha i tratti dell'idea di mutualità di Proudhon e anche quelli contrattualistici di Rawls.

Esso però non può essere un "a priori" universale, assoluto, quasi metafisico. In una comunità dovrebbe viceversa diventare oggetto di convenzione la cui scelta tra tutte le convenzioni possibili è guidata dalle esperienze della comunità, dai suoi bisogni e dalle sue necessità. Libera ma nello stesso tempo limitata dalla necessità di evitare le contraddizioni tra "ogni" e "tutti". Le "visioni particolari", il "pluralismo morale" di cui parla Engelhardt pescano in questo ambito di problemi.

La tesi fondamentale di una nuova tutela, e che potrebbe valere per una comunità, potrebbe essere riassunta così: le proposizioni di base da cui dedurre il discorso sulla nuova tutela, sono convenzioni comunitarie.

Queste sono scelte in base a determinate caratteristiche della comunità. Da una tesi generale sulla tutela propria al sanitarismo statale si passa così a tesi particolari di stampo comunitario. La stipulazione convenzionale delle politiche sanitarie, culturali, informative, promozionali, sono scelte della comunità. Ciò avviene, come dice Engelhardt attraverso "dibattiti razionali aperti a tutti".

I capisaldi di questo passaggio, dal contrattualismo al mutualismo, cioè da una certa forma di convenzione a un'altra, potrebbero essere così riassunti:

- a) la scelta delle proposizioni di salute devono essere coerenti con i bisogni della comunità, da queste si tratta di dedurre le politiche necessarie;
- b) la scelta riguarda anche la determinazione delle regole di deduzione delle politiche, delle procedure e della prassi;
- c) le scelte di cui ai punti a) e b) costituiscono *oggettivamente* il campo operativo della nuova tutela sul quale operatori e servizi agiscono; *soggettivamente* l'impegno comune a operatori e cittadini.

Come si vede il tema della scelta risulta indissolubile da quello di comunità.

Tale indissolubilità costituisce una delle grandi differenze tra la cultura della comunità e quella della totalità. In funzione di ciò, vale la pena di agganciarci a Quine che, criticando proprio il convenzionalismo in generale, ha ridiscusso la distinzione, molto cara alla "totalità", tra ciò che è vero

in funzione di una stipulazione e ciò che è vero in funzione dell'esperienza (la famosa distinzione tra analitico e sintetico, tra verità di ragione e verità di fatto, tra "a priori" e "a posteriori", ecc.).

Ciò che nel campo della tutela è valido "a priori" e ciò che è valido "a posteriori", è un problema di scelta rispetto sia a ciò che è valido convenzionalmente sia a ciò che è valido empiricamente.

Distinguere a ogni costo tra convenzione e esperienza, significa cadere nell'assoluto. A livello comunitario tali distinzioni sono "relative a", "contestuali", o "storico-locali". In pratica le scelte che riguardano la nuova tutela in una comunità, sono relative ai diversi contesti di giustificazione politica delle nostre pretese e dei nostri obiettivi.

È con ciò inevitabile che la comunità si configuri come un soggetto contestualizzato in un certo luogo in cui ciò che è valido è sempre storico-relativo.

Il tutto è spreco

"Spreco di sprechi" ha detto Kohèlet, "spreco di sprechi, il tutto è spreco" (5).

Quanto costa la "totalità"? Un certo tipo di universalità indifferenziata? Quanto costa il diritto "comunitario" e quanto quello "collettivistico"? Quanto costa prescrivere per tutto l'universo gli stessi modelli di servizi, gli stessi schemi organizzativi, le stesse quantità di prestazioni, gli stessi procedimenti gestionali? Quanto costa standardizzare l'universo?

In genere, parlare di "scelta" evoca in chi ascolta un sentimento di parsimonia. In molti si chiedono se "scegliere" sia finanziariamente sostenibile, come se scegliere equivallesse a una scelta infinita. La scelta, qualunque essa sia, è delimitata dal dominio dei problemi.

Scegliere delle tutele, significa gestire delle possibilità entro dei limiti. La libertà di scegliere di un medico, di un servizio, è tutt'altro che illimitata. Una comunità non può scegliere fuori dalle sue possibilità.

Quindi in una comunità la scelta è un procedimento che assume una possibilità determinata. Essa è strettamente connessa alle possibilità. Dove non ci sono possibilità, anche finanziarie, cioè limiti, non c'è scelta, e dove non c'è scelta non c'è neanche possibilità.

Una comunità che progetta la sua tutela non fa altro che prevedere delle possibilità quali scelte. Nella sanità, in medicina, il problema vero non è quello di scegliere tra il male e il bene (è del tutto ovvio che la tutela non ha questo dilemma), ma di scegliere o di non scegliere.

Nella "totalità" le scelte sono metafisiche quindi già fatte a priori prima di agirle. Nella comunità le scelte sono contestualizzate. Per scegliere è infatti importante determinare in primo luogo il *contesto* della scelta, cioè il campo di possi-

5 *Ecclesiaste*, traduzione a cura di E. De Luca, Feltrinelli, Milano, 1996.



bilità oggettive in cui la scelta deve operare; il *grado* delle scelte, vale a dire il numero di possibilità offerte da una comunità; e l'*estensione* delle scelte, che è il numero di individui che hanno accesso a una scelta determinata in un dato contesto.

Estensione e grado, nel campo della tutela, sono quindi decisioni locali, comunitarie, e possono stare fra loro in tutti i rapporti possibili, utili e sostenibili. Scegliere significa non sprecare. Dewey ci ha spiegato che la scelta è una preferenza tra preferenze in competizione.

Pertanto la scelta ragionevole prima di tutto non spreca preferenze, eppoi è quella che attua la decisione più conveniente. La natura di questa scelta è diversa da quella che si rifà alle "scelte sociali" proprie della "totalità". Queste si preoccupano di determinare l'utilità collettiva delle decisioni, le famose "funzioni di benessere sociale" in funzione delle quali si determinano gli ordinamenti sanitari per massimizzare il benessere. Sussidiarietà e solidarietà altro non sono se non le basi per integrare "scelte ragionevoli e convenienti" con "scelte sociali ad alta utilità collettiva".

Le scelte sociali sono scelte collettive in genere ispirate da criteri di utilità sociale. Ma cos'è che nel "tutto" determina lo spreco?

L'inconseguita. Essa è l'assenza di compatibilità delle scelte costituenti le "totalità".

La "totalità" è inconseguita quando implica delle contraddizioni tra "ogni" e "tutti", quando a un tempo vale "ogni" e la sua negazione, o vale "tutti" e la sua negazione. Nel "tutto" vi è la contraddizione al "tutto" stesso. Questa contraddizione è lo spreco. Esso per lo più deriva dall'impersonalismo del "tutto".

Erri De Luca così commenta l'*Ecclesiaste* a proposito di spreco: "È quel che resta in mano, il residuo di una contabilità tra lo sforzo, le risorse impiegate e un risultato insignificante. È un avanzo sempre governato dallo spreco" (op. cit.).

La "totalità" si offre come tale indipendentemente dai bisogni reali ai quali si propone. Essa si basa quindi su bisogni ipotetici, su delle astrazioni statistiche, su delle prescissioni, su delle simulazioni della realtà. I quali, va detto per chiarezza, costituiscono punti di conoscenze e di decisionalità importantissimi, ma da soli non bastano a rendere conto della realtà reale.

L'*avanzo* è quindi, prima di tutto, ciò che è inutile, ciò che non serve. Quello che è in più. Come tanti ospedali, tanti servizi calcolati in rapporto ad astratti bacini d'utenza, tante prestazioni assicurate in rapporto a malati ideali che non saranno mai come sono stati idealizzati. Ma lo *scarto* è anche la contraddizione tra ciò che è supposto e ciò che si afferma, tra verità di ragione e verità di fatto. Il nodo epistemologico e politico è questo.

Le contraddizioni sono spreco, perché, come diceva Aristo-

tele, esse escludono “la via di mezzo”. Il più delle volte la via di mezzo rappresenta una scelta ragionevole e conveniente. La via estrema è, rispetto ai casi ordinari, sempre irragionevole.

“Tutti” è un’affermazione universale, “ogni” è un’affermazione particolare, la comunità di fatto è una “via di mezzo” tra “tutti” e “ogni”. Ecco perché la comunità non dovrebbe essere spreco. La teoria mutuale che ispira la comunità dovrebbe riguardare fundamentalmente la scelta ragionevole e conveniente.

La discussione su comunitarismo e contrattualismo, tra teoria mutuale e teoria contrattuale, rispetto al federalismo, nel nostro paese, va quindi sostanzialmente ricollocata rispetto al rapporto libertà/possibilità/scelta, in un ordinamento culturale dato.

Ma, attenzione, non si tratta di ridiscutere tanto i fondamenti della comunità civile attraverso patti, stipulazioni e convenzioni fra i suoi membri. Si deve dare ciò già per acquisito. In Italia non si tratta di istituire comunità, ma di ridefinire il decentramento amministrativo in chiave neocomunitaria.

Le regioni, i comuni, lo stesso stato nazionale sono forme comunitarie. Discutere di federalismo non significa quindi riconoscere delle comunità entro precisi ambiti sociali come ad esempio la tutela, quali soggetti decisori di scelte. Ma ciò, evidentemente, non basta.

Aristotele attribuisce a Licofrone (un sofista) la dottrina che “la legge è una mera convenzione e una garanzia dei mutui diritti” (6). Rispetto al federalismo tale convenzione va ridefinita in relazione ai nuovi vantaggi che esso può dare nei confronti delle necessità di vita delle persone.

Si tratta quindi più che di istituire contrattualisticamente la comunità di comprenderne il valore aggiunto per la nostra attuale società.

Epicuro molto laicamente sostiene che “tutto ciò che nella convenzione della legge si dimostra vantaggioso, rispetto alle necessità che derivano dai rapporti reciproci è giusto per sua natura sia o non sia per tutto lo stesso”; e aggiunge in modo significativo: “nel caso che sia fatta una legge che si dimostri non rispondente ai bisogni dei rapporti reciproci, essa allora non è giusta” (7).

Alla base quindi della comunità vi è un vantaggio aggiuntivo. Il nuovo contratto sociale o la nuova convenzione valgono rispetto ai vantaggi che essi possono dare in più, non in meno. Il patto insito nell’idea di comunità non solo non è istitutivo della comunità stessa ma più semplicemente è, come diceva Pufendorf, la manifestazione di una nuova volontà, per “provvedere con deliberazione e ordini comuni alla propria salvezza e sicurezza” (8). In sostanza il federalismo vuol dire, in qualche modo, che lo stato riconosce delle libertà a delle comunità, per permettere loro di scegliere dei vantaggi.

Questo è il nocciolo della questione.

6 *Il Politico*, III, 9, 1280b12.

7 *Massime capitali*, 37.

8 *De iure naturae et gentium*, 1672, VII, 2, 6.



Si comprende come tutto ciò, di fatto, si proponga come un ripensamento del contrattualismo di Rawls o di Nozick.

Non si tratta più di dedurre delle tutele dalle scelte *ipotetiche* compiute da *ipotetici* soggetti nell'ambito di *ipotetiche* circostanze - la "posizione originaria" di Rawls (9), o lo "stato di natura" di Nozick (10) -, che resta una modalità efficace rispetto a uno stato nazionale, cioè a una totalità. Si tratta invece a livello di comunità, di dedurre scelte *reali* compiute da soggetti *reali* nell'ambito di circostanze *reali*. Questa dovrebbe essere la differenza. La comunità non è una "assemblea" di esseri razionali che scelgono in conformità a dei principi di giustizia, come sostiene Rawls. È una "assemblea" di esseri razionali certo, ma che scelgono in conformità ai loro bisogni, alle loro possibilità, ai vantaggi che possono conseguire.

Ciò che entra in discussione non sono i "principi", che per ovvie ragioni guideranno anche le scelte di una comunità, ma la loro metafisica. Cioè il loro uso quali astrazioni generali e universali che tutto e tutti subordinano.

La "totalità", il "tutto", si regge di fatto su principi di tipo metafisico siano questi relativi alla razionalità, alla giustizia, alla libertà. La comunità, rispetto alle tutele, non nega il valore dei principi (di universalità, di uguaglianza, di partecipazione, ecc.) ma li rende concreti rispetto a dei contesti. Li ridiscute come astrazioni.

Se i principi sono il "punto di partenza" o il "fondamento" di una decisione, di una scelta, di un'azione, la comunità li realizza nella realtà, attraverso inferenze reali. Il "punto di partenza", cioè il principio, non vale più in quanto tale, ma vale come il "migliore" per quel contesto e diventa quello che rende più facile o più conveniente raggiungere un certo scopo.

In una comunità valgono i punti di partenza *effettivi*, vale a dire ciò di cui effettivamente si necessita e di cui si dispone. I principi in una comunità sono quindi gli elementi costitutivi della comunità stessa e delle sue conoscenze.

Poincarè, nel suo *La valeur de la science* del 1905, osservava che i principi non sono che valori empirici che si trova comodo sottrarre al controllo dell'esperienza mediante delle convenzioni.

Questo vuol dire che un principio, in una comunità, non è né vero né falso, ma soltanto comodo. Il "tutto" è spreco perché i suoi principi, quali punti di partenza, sono scomodi.

9 J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano, 1984.

10 R. Nozick, *Anarchia, stato, utopia*, Fondazione Einaudi, Le Monnier, Firenze, 1981.

