

LA "DISCRETA" EGUAGLIANZA FEDERALE. OVVERO, DALLA RAZIONALITÀ ILLUMINISTICA ALLA VITA PRATICA DEL QUOTIDIANO

Ivan Cavicchi

Un diritto ad hoc

Nel mondo della sanità, del welfare più in generale, gli "universalisti" sono convinti del carattere aprioristico, universale, categorico dell'idea di eguaglianza. La loro è un'eguaglianza della ragione. Se la loro intenzione è quella di rivolgersi all'universo largo della società per scopi altamente etici e morali, di fatto, essi incappano negli inconvenienti e nelle contraddizioni di una visione "dis-umana" del problema.

Un po' come i matematici, essi considerano l'eguaglianza alla stregua di "quantità distribuibili indifferentemente" per non creare differenze. Oppure, come i logici, rispetto al concetto di diritto alla salute considerano l'eguaglianza (ad esempio) come *estensibile* nella stessa maniera a tutti; oppure considerano due persone diverse comunque implicate *nello stesso modo* nello stesso concetto di diritto; oppure, ancora, quando considerano due bisogni di cura di due persone malate della stessa malattia contenute mutualmente nella stessa terapia.

Ma nella vita concreta, ordinaria, della gente, dei malati, delle persone, tutte queste eguaglianze razionali sono spesso sonoramente smentite dalla loro complessità. Distribuire risorse per quote capitarie, per quanto ponderate, ad esempio, in sanità non risolve i problemi che in genere sono definiti come gli inconvenienti della "distribuzione a pioggia". Alla stessa stregua estendere *allo stesso modo* il diritto alla salute a tutti significa il più delle volte "prescrivere" un diritto esattamente come uno screening di massa, "senza guardare in faccia nessuno".

L'eguaglianza non può essere considerata come uno scatolone che, per il solo fatto di contenere le cose più diverse, le rende automaticamente uguali. Così, dichiarare che tutti quanti hanno lo stesso diritto alla salute, non significa che tutti quanti abbiano "effettivamente" lo stesso diritto alla salute. L'indifferentismo non fa eguaglianza. Come non fa eguaglianza l'uniformità o l'omogeneità.

Laplace propose il famoso "principio di indifferenza", che altro non era se non il tentativo di definire degli accadimenti probabili indipendentemente dal loro verificarsi effettivo misurato in termini di frequenza.

In questo modo le malattie avrebbero la stessa probabilità di capitare a tutti gli uomini di uno stesso distretto, di una stessa città, di uno stesso comune, proprio perché, secondo una certa idea “a priori” di eguaglianza, non c’è alcuna ragione per ritenere che una malattia debba insorgere e un’altra no. In tale idea di eguaglianza tutte le persone che costituiscono il bacino di utenza di una ASL hanno la stessa equi-probabilità di ammalarsi della stessa malattia. Di converso, tutte le persone di quella ASL hanno lo stesso diritto di essere curate dalle stesse malattie potenziali.

In funzione dell’eguaglianza razionale le persone le più diverse diventano del tutto identiche. Questa concezione, piaccia o meno, ha una forma paradossale. Se due malati x e y sono considerati identici, allora vuol dire che hanno le medesime proprietà, cioè lo stesso diritto alla medesima cura anche se non sono effettivamente uguali.

Gli “universalisti” ragionano indipendentemente da come è effettivamente il mondo, la realtà, i malati e le loro malattie. Essi suppongono e prescrivono l’eguaglianza al mondo.

Il punto, politico e culturale insieme, è che questo universalismo si basa del tutto arbitrariamente, vale a dire convenzionalmente, sul presupposto che rispetto al diritto alla salute tutti i cittadini siano *indiscernibili* perché considerati “a priori” uguali. Se le persone sono indiscernibili sono di conseguenza identiche, cioè tutte la “stessa” persona. È chiaro che tale universalismo è quindi incapace di “discriminare” persone reali, pur sapendo che se si vuole agire un’eguaglianza reale è inevitabile “discriminare” le persone per differenze, non per identità. Perché così è il mondo.

Se tutti sono la stessa persona, per induzione tutti hanno lo stesso diritto, lo stesso servizio sanitario, le stesse cure, e gli stessi trasferimenti finanziari. Ma se tutti “non sono” la stessa persona nessuno può avere “lo stesso” diritto. Il che non vuol dire non avere comunque un diritto. Ciascuno dovrebbe avere delle *cure ad hoc*, un *diritto ad hoc*, un *servizio sanitario ad hoc* e dei *trasferimenti finanziari pure ad hoc*.

Il diritto ad hoc ridiscute radicalmente la logica induttiva degli universalisti.

Ma vediamo di spiegare meglio la questione.

Fra una sanità universale e una sanità ad hoc c’è una grande differenza di valori. Nel primo caso il diritto alla salute, non è un *perché* sostanziale di una persona, di un malato, ma una semplice asserzione convenzionale. Quel diritto alla salute in pratica è privo di valore necessario e dimostrativo e il suo ambito di validità rimane quello della convenzione sull’universalità, della totalità dei malati, delle persone per le quali è stato effettivamente asserito come formalmente valido.

Nel secondo caso, invece, nella sanità ad hoc il diritto, costituisce la *sostanza*, cioè la “ragion d’essere” di un individuo in una società, cioè la sua ragione politica.



Gli uomini hanno diritto alla salute *perché* sono individualmente e *sostanzialmente* titolari di tale diritto. Qui il sostanzialmente vale come politicamente.

Insomma, non basta dichiarare che gli uomini hanno diritto alla salute per dire che tutti gli uomini hanno diritto alla salute. Bisognerebbe stabilire che gli uomini hanno diritto alla salute in quanto “individui”, e quindi in quanto “differenze”, “singolarità”, e dare alla nozione di diritto la sua *necessità ad hoc*. E siccome nella pratica corrente, la pratica reale del diritto si oppone nei fatti alla conclusione reale dell’eguaglianza, la generalizzazione universalistica è intrinsecamente invalidata. La sua è un’eguaglianza teorica, ideale.

Gli universalisti devono mettersi il cuore in pace su una cosa: nel mondo della salute non esiste né un’uniformità, né un’identità, né un’indiscernibilità assoluta delle persone in grado di giustificare delle generalizzazioni e delle uniformità del diritto. Per cui non è il massimo fondare un’eguaglianza sull’uniformità, e sulle somiglianze. E questo la società l’ha capito. La sinistra in particolare è convinta che tutto ciò che deriva “per lo più” da un diritto sia l’*effetto naturale* di tale diritto. È come dire che è il diritto a essere *causa* della salute, nel qual caso, *diritto naturale* significa, rispetto al suo essere inteso come causa, *effetto uniforme* perché *necessario*. Quindi eguaglianza.

Il passo tra questa formulazione e quella che è alla base dell’universalismo, è breve: “cause della stessa natura”, come diceva Ockham, hanno “effetti della stessa natura”. Ne consegue che il diritto alla salute altro non è se non un principio di uniformità di leggi di natura evidentemente convenzionali. Il diritto ha quindi un fondamento “naturale” tale da determinare induttivamente effetti sanitari della stessa “natura”. Stessa quota capitaria, stessi livelli di assistenza ecc., ma anche così siamo capitati dentro un autentico circolo vizioso. Gli universalisti si difendono buttandola in politica (si fa per dire!). Si ammette l’uniformità del concetto di diritto e di eguaglianza come concetto politico (cioè frutto dell’intelletto, della civiltà, del progresso, ecc.) derivandone (o inducendo) la forma generale dell’universalismo che da esso dipende.

L’inconveniente è che alla fine la “natura” (il malato, le cure e quanto altro) per essere conforme al diritto e alla sua uniformità finisce con il dipendere dalla politica, dal progresso, dalla civiltà e dalla morale corrente.

Altro circolo vizioso.

Insomma l’ordine della natura è stabilito dalla ragione.

Ancora un circolo vizioso.

Per uscirne, specie negli ultimi anni la sanità pubblica ha scoperto gli imperativi categorici del verificazionismo annacquato con il probabilismo, arrivando a dire che quando una determinata “natura” ricorre in una certa proporzione dei campioni esaminati, è possibile assumere questa proporzione



come valida *per tutti*, salvo prova contraria.

Quando tale proporzione è uguale al cento per cento delle persone interessate, cioè quando una certa “concezione” di natura ricorre in tutti, si può finalmente parlare di uniformità, identità, indiscernibilità e di universalità. Quindi di verità assoluta.

È questo il caso quando si afferma, con l'EBM (Evidence Based Medicine, n.d.r.), che la terapia x è inefficace e/o efficace per il fatto che l'essere inefficace e/o efficace si è riscontrato statisticamente abbinato a certi pazienti.

E qui la tentazione biometrica, commensurabilista, è forte. Quando il valore numerico dell'EBM si assume come misura della *possibilità* si ha un giudizio di *probabilità*.

Ma il giudizio di probabilità altro non è che una forma, o una variante del vecchio universalismo, sotto forma di generalizzazione statistica. Stando a questa logica (universalismo statistico si può chiamare la logica dell'EBM) si finisce inevitabilmente per dichiarare (quindi per giustificare) che il giudizio di probabilità è il solo mezzo per fare eguaglianza e agire in diritto, scartando così l'idea diversa di una eguaglianza per diversità e di un diritto ad hoc.

La giustificazione degli universalisti è che la statistica, la biometria, l'EBM sono qualcosa di assolutamente razionale non tanto perché è *certo* e *sicuro* che esse conducono alla certezza del diritto e alla certezza dell'eguaglianza effettiva, ma perché tutto ciò è il solo modo (semberebbe essere il solo modo) di realizzare ciò che rappresenta il nostro ideale di giustizia, vale a dire ciò di cui si ha bisogno in un quadro possibilmente di economicità.

Questo argomento ha la pretesa (detto in tutta onestà) di *giustificare* ciò che è in fin dei conti tautologico. Un malato ha diritto di essere curato perché ammalato. Questa è la tautologia ma nella pratica ordinaria dove le contingenze, le situazioni, le singolarità, esigono delle scelte e quindi delle decisioni, chi è ammalato ha diritto a una *terapia adatta* che non è sempre deducibile dalle giustificazioni statistiche. Nella pratica, cioè, il malato non è mai tautologico.

In altri termini, prima di infrangere il muro dell'universalismo va detto che il problema dell'eguaglianza, del diritto alla salute, in generale riguarda come inferire ciò di cui una persona ha diritto (vale a dire il futuro) da ciò che è stato considerato sino a ora un diritto (il passato). Stesso ragionamento vale per l'eguaglianza. La risposta più onesta, per riferirci a Goodman, è che per ogni diritto alla salute valido per ogni persona è possibile escogitare un indefinito numero di altri tipi di “diritti”, ancorché intuitivamente implausibili.

All'ipotesi che tutte le persone hanno lo stesso diritto alla salute, tesi centrale degli universalisti, si può replicare dicendo che ogni persona ha un diritto ad hoc per significare che ci sono persone che se collocate in un certo contesto, in una

certa situazione, in un certo evento spazio-temporale hanno un *certo* diritto, e persone esaminate in contesti, circostanze, eventi spazio-temporali diversi hanno *un altro* diritto. Tutte le persone *non* rientranti dentro certe circostanze, situazioni, singolarità sono titolari di *certi* diritti. Ma ammettere ciò significa contraddire la tesi fondamentale dell'universalismo, vale a dire che tutte le persone hanno *lo stesso* diritto.

Qual è la conseguenza politica di questo ragionamento?

Sono necessarie alcune *restrizioni* all'universalismo con le quali *giustificare* delle preferenze per ciò che riteniamo più accettabile, più conveniente, più adatto, più appropriato.

Tali restrizioni (che non vanno intese in senso privativo o negativo) sono preferenze per *certi* diritti, e *certe* forme di eguaglianza *localmente, singolarmente e contestualmente* preferibili.

Le restrizioni, quindi, chiamano in causa la *storia*, il *luogo*, la *comunità*, la *complessità*, cioè il *nostro modo di rapportarci* al bisogno reale, alla persona reale, al diritto reale e sanitario a fornire un'informazione aggiuntiva al concetto di diritto e al concetto di eguaglianza.

Alla ragione si affianca la storia.

Gli universalisti si devono rendere conto di come i concetti di eguaglianza, di diritto, in realtà sono del tutto irrilevanti a decidere se ciò che serve al signor x sia più o meno effettivamente conveniente o accettabile.

Una "discreta" eguaglianza

Se per l'universalismo si tratta di rendere eguali persone diverse, per il federalismo si tratta di rendere effettivamente diverse persone ritenute solo formalmente eguali per renderle effettivamente eguali.

Il federalismo cambia quindi l'idea di eguaglianza. Questo è il cuore del problema. Questo è il suo principale valore. Questa è la sua sfida come dottrina sociale. Il passaggio di fondo è: da un'eguaglianza formale (*ante oculos*) a un'eguaglianza sostanziale (*ad oculos*). Cioè dalla razionalità illuministica alla vita pratica di tutti i giorni.

E per questa strada, a seguire: le quantità sono distribuite in modo differenziato, ovvero ad hoc; il diritto non è estensibile allo stesso modo per tutte le persone; la diversità delle persone impedisce implicarle nello stesso modo nello stesso concetto di diritto; non è detto che due malati della stessa malattia siano mutuabili nella stessa terapia, ecc..

Dal principio di indifferenza, che considera a priori tutti uguali indipendentemente dagli esiti, si passa al principio della differenziazione e dell'alterità. Alterità e differenza sono le nuove basi dell'eguaglianza federale. La determinazione dell'alterità non ha bisogno di nessuna determinazione: una persona è semplicemente altro da un'altra persona.

Il principio di differenza invece implica una determinazione: una persona è differente da un'altra nei bisogni, nei contesti, nelle contingenze, nella storia.

Ciò vuol dire, in termini federalistici, che le persone sono *diverse* proprio perché hanno in *comune* la stessa condizione in cui differiscono.

Il diritto alla salute, ad esempio, è la condizione in base alla quale le persone differiscono nei bisogni, nelle prestazioni, nelle risorse, negli scopi di salute.

L'eguaglianza per differenze non nega quindi nessun diritto; al contrario, lo personalizza. Si tratta, dunque, di una "eguaglianza discreta" che si rifà inevitabilmente a un'idea nuova di diritto, pure discreto.

La sua logica non si sottrae alle differenze ma le connette con particelle come "ma..." "tuttavia..." "però...".

È in pratica la logica della pertinenza (Kéiron n. 7).

L'eguaglianza discreta, infatti, pertiene al mondo delle differenze.

E già qui serve pure una precisazione d'obbligo: la determinazione delle differenze non significa la determinazione delle disparità. Rispetto al diritto alla salute, ad esempio, le persone non possono essere considerate come disparate, per la semplice ragione che non si può considerare qualcuno con un diritto e qualcuno senza. Non può essere dato un diritto disparato perché non possono darsi, per ragioni di civiltà, delle disparità di diritto.

La disparità tra gli uomini vuol dire che essi non hanno alcuna condizione comune. I "disparata" e gli "opposita" sono forme dei "dissentanea" che nel caso del diritto proprio perché non possono essere attribuite in modo reciproco negano radicalmente l'eguaglianza. Quindi il concetto di "differenza" non va confuso con quello di "disparità". Il federalismo organizza differenze al fine di superare le disparità e le organizza ai fini di un'eguaglianza effettiva, per l'appunto, discreta. Si tratta quindi di fare eguaglianze per dissimiglianze e distinzioni, al fine di superare l'universalismo delle uniformità.

Nel primo caso a essere ridiscusse sono le identità: *tutti* gli uomini sono uguali, *tutti* gli uomini hanno lo *stesso* diritto, *tutti* i cittadini hanno la *stessa* quota capitaria ecc..

Nel secondo caso si legittimano le *relazioni*, secondo le quali, si possono riconoscere le differenze che esistono tra gli uomini, tra i bisogni, le circostanze, gli ambienti, le storie.

In questo, il federalismo si differenzia dall'universalismo. Esso organizza differenze reali (quelle che materialmente esistono tra le persone, i luoghi, le storie) ma soprattutto organizza *differenze modali*. Vale a dire relazioni tra le persone e il loro *modo* di essere, cioè tra le persone e le loro proprie manifestazioni. Questa è l'altra grande novità.

Il federalismo organizza relazioni tra modi di essere diversi delle stesse persone, degli stessi diritti, della stessa egua-



gianza. Del resto l'universalismo si caratterizza per un "certo modo" di considerare eguali gli uomini. Sono tali modalità ad essere ridiscusse dal federalismo non tanto i principi in quanto tali delle eguaglianze e del discreto.

Hartmann concepisce la modalità come effettualità cioè come realtà di fatto. È un po' quello che il federalismo dovrebbe fare: occuparsi delle realtà di fatto delle persone.

Non è quindi esagerato se si afferma che il federalismo sulla base di una nuova idea di eguaglianza di fatto riforma l'universalismo attraverso le modalità del diritto alla salute.

Nel campo della salute significa che esso si basa sulle differenze che esistono nella predicazione del bisogno di salute, cioè dei differenti modi in cui un diritto basilare come quello della salute è riferito alle persone in una circostanza di aiuto.

Cos'è che cambia veramente nel passaggio da un universalismo assoluto a un universalismo modale, vale a dire federale?

Cambiano quelli che si possono chiamare gli operatori modali, necessario o possibile da un lato e i quantitativi, tutti e qualche, ciascuno. Mentre l'universalismo suppone che un diritto è giusto perché vale per tutti gli uomini, il federalismo ritiene possibile che il diritto sia giusto anche in qualche caso diverso da tutte le circostanze convenzionalmente previste.

La differenza tra le due impostazioni è lampante. L'universalismo privilegia la logica della necessità. Tutti gli uomini hanno necessariamente lo stesso diritto.

Il federalismo ridiscute i rapporti tra possibile/impossibile, necessario/contingente e di fatto si ritrova dietro l'intuizione che Leibniz chiamava "i mondi possibili": tali mondi nella sanità nella medicina sono per lo più "modali".

Un diritto alla salute è necessario se è vero non solo nel mondo dell'universale ma in qualsiasi altro universo possibile. Vale a dire in qualsiasi altra modalità. Le modalità possibili non possono se si sa essere amministrare da un centro ministeriale.

Il federalismo fa quindi dipendere la possibilità dalla modalità. Al contrario l'universalismo negando le modalità prescrive necessità come uniche possibilità e per lo più standardizzate. Per questo a conti fatti, l'universalismo è per il cittadino meno conveniente del federalismo. Ma come è possibile "guardare ciascuno in faccia", come abbiamo detto sopra, in un campo così complesso come quello della salute umana? Come si fa a rendere effettivamente eguali le persone sulla base di un diritto effettivo alla salute? Come si fa a organizzare differenze, alterità, dissimiglianze, senza cadere nella disparità?

Come si fa a praticare l'eguaglianza anche per pertinenza? Ma soprattutto come si fa a fare salute sulla base delle moda-

lità del diritto, dei bisogni delle persone? E in che modo si può davvero riorganizzare la politica sanitaria sulla base di quelli che abbiamo chiamato operatori modali (tutti, qualche, ciascuno, necessario, possibile ecc.)?

La risposta obbligata a tutti questi quesiti è una sola: federalismo. Cioè ricollocare nella situazione o nella contingenza, la decisione, il giudizio, la scelta che riguardi le modalità e la pertinenza.

L'unico modo per legittimare i "mondi possibili" delle modalità è quello di riconoscere loro un diritto possibile sulla base di una *eguaglianza possibile* e quindi decentrare la scelta.

Non ha senso, decidere centralisticamente le modalità del diritto alla salute. Se l'*effettività* del diritto dipende dalle modalità, le decisioni vanno... decentrate. Non c'è altra strada.

Solo così è possibile creare le condizioni per un'eguaglianza effettiva. La prima eguaglianza quindi è riconoscere a tutti i mondi di decidere i loro presupposti per l'eguaglianza. La seconda sono i loro esiti effettivi. In questo modo l'eguaglianza è ciò che risulta da decisioni e scelte creative, derivate sulla base di premesse egualitarie.

Da ciò deriva il *carattere creativo* del diritto alla salute e la messa in crisi della sua supposta natura "naturale".

Quello che in una certa accezione di eguaglianza viene indicato come "pari opportunità", nel federalismo diventano premesse non pari ma parimenti scelte per un ragionamento evolutivo sull'eguaglianza. In fin dei conti il federalismo altro non è se non una riforma del concetto di giustizia sociale attraverso nuove regole di inferenza politica.

Per inferire l'eguaglianza oggi nel mondo del diritto alla salute è necessario il federalismo.

Nelle premesse del federalismo sono gli esiti reali dell'eguaglianza.

La ragione, l'autonomia, il contesto, la sovranità

Una delle principali premesse del federalismo, a parte l'idea di comunità di cui abbiamo già parlato, è sicuramente quella di "contesto", cioè l'insieme delle cose che condizionano, con diverse modalità, il significato di diritto alla salute.

Questo significa affermare una cosa pesante ma inevitabile: il diritto alla salute per quanto dichiarato dalle leggi, dipende in modo molto forte dal contesto, cioè da un gruppo di condizioni, di eventi, di accidenti che in una *certa occasione* decide ciò che si dice abbia un contesto. È innegabile che la salute è un problema contestuale e evolutivo.

Se è così, il "contesto", che può essere la propria città, l'ambiente culturale in cui si vive, il microambiente di una cellula, una certa organizzazione sociale, altro non è che il luogo dove un soggetto domanda, richiede le presupposi-



zioni che rendono possibile il suo diritto alla salute. In altri termini il diritto alla salute stabilisce il suo proprio contesto e questo presuppone il diritto.

I modi del contesto, quindi le modalità del soggetto in tale contesto, condizionano profondamente il significato di diritto.

Il federalismo, per quanto concerne la sanità, limita quindi le validità dei presupposti assoluti dell'universalismo, nel senso di verificarli nel mondo reale delle persone. In una parola li trasforma contestualizzandoli.

Il diritto alla salute è *relativo* ai contesti che lo rendono possibile.

Cambia così il modello di giustificazione dell'universalismo dal momento che il diritto si legittima non più in sé, ma in rapporto ai contesti di appartenenza. Quindi si relativizza.

Sia chiaro che tale contesto, quale base per l'influenza, per non dimenticare la lezione di Wittgenstein, non funge tanto da fondamento autogiustificativo del diritto alla salute, ma da sfondo non autogiustificativo di tale diritto liberando i suoi caratteri storici, periferici, locali, contingenti, particolari.

La scienza a questo proposito ci offre una preziosa metafora. Ribatti, ad esempio, nel suo saggio parla dell'importanza del contesto nelle dinamiche di accrescimento cellulare, e relativamente ai processi di angiogenesi e di formazione delle metastasi dimostra il ruolo cruciale svolto dal contesto inteso come ambiente rispetto ai processi che in esso si svolgono. Egli parla di "matrice extracellulare" come uno dei "presupposti" che definisce il fenotipo cellulare. La conseguenza di tale scoperta è una metafora federale, dal momento che cambia il rapporto normale/patologico, alla stessa stregua di quello che, nel federalismo, cambia in funzione di necessario/possibile o necessario/contingente. Ma non solo, cambia la logica terapeutica dal momento che, se il contesto svolge un ruolo, proprio come per il federalismo esso diventa, in rapporto alla salute, un nuovo "bersaglio terapeutico" importante al fine di "deregolare il potenziale metastatico della popolazione cellulare".

La metafora è ancora più penetrante quando si assume il contesto quale bersaglio per realizzare "nuove modalità di...". Quasi a ribadire anche in questo ambito il rapporto stretto tra contesto/modalità.

Ma anche il saggio di Viale va nella stessa direzione federale quando sostiene, come abbiamo anche noi sostenuto (Kéiron n.7), che l'organizzazione efficace della complessità della scienza implica il decentramento "del potere" dentro "un'impostazione federale". Per la semplice ragione che proprio in funzione della complessità entra in crisi l'idea che vi possa essere un luogo fondamentale, un centro della scienza stessa. Viale parla di "fallacia super-razionale". Non a caso, egli si riferisce a proposito del sistema americano, al "feedback



selettivo dell'ambiente" rappresentato dal mercato.

Insomma, contesto, pertinenza, comunità, complessità, sono tutte cose che influenzano un valore dato per scontato come il diritto alla salute.

Ma Buchanan arriva al cuore del problema, quando riconduce tutto questo al presupposto fondamentale del federalismo come modalità del diritto e dell'eguaglianza.

Tale presupposto è la *sovranità del soggetto* che supera quello dell'amministrazione del soggetto ridotto a oggetto amministrabile, e che ridiscute le versioni banali di partecipazione.

"Sovranità individuale", vuol dire concepire il federalismo come critica alla politica che amministra il diritto alla salute in nome e per conto della gente. In altre parole vuol dire ridurre ciò che Buchanan indica come "coercizioni", che nel caso del diritto amministrato, rappresentano un vero e proprio paradosso.

La lezione è preziosa: si può perfino massimizzare la partecipazione, quindi garantire una "eguale" libertà individuale restando comunque sotto la tutela del diritto amministrato.

In ragione di una sovranità delle persone e della comunità si ha la garanzia vera per l'eguaglianza. Tale sovranità non scambierà mai differenze per disparità.

Alla fine, a parte le metafore sulle competitività del mercato che Buchanan trasferisce nell'idea di federalismo, a noi pare che la vera grande novità sia un'altra: non più "pari opportunità", vale a dire "pari sovranità" (dal momento che sia la sovranità che la partecipazione sono di fatto opportunità per le persone e la comunità), ma *sovranità competitive*.

Dalla qualità, dall'efficacia, dall'efficienza, dall'organizzazione di tale sovranità, dipenderà alla fine la qualità dell'eguaglianza e del diritto, e alla fine dell'emancipazione. Ma anche la capacità di usare meglio "il contesto", rispetto ad altri, e di fare delle differenze la propria forza.

L'idea di sovranità competitiva, ci porta dritti dritti a riconsiderare il concetto stesso di governo federale, esattamente come fa un altro celebre teorico del federalismo, Bruno S. Frey. La sua tesi suggestiva ridiscute ancora più radicalmente la nostra critica al sanitarismo nazionale che scambia "il luogo" in funzione "del soggetto". Esistono – dice Frey – "unità di governo", vale a dire forme legittimate non dal luogo in cui operano, ma dalla funzione che esplicano e dagli scopi che perseguono.

La proposta di Frey di "giurisdizioni concorrenziali sovrapposte e funzionali" (*Focj: Functional, Overlapping, Competing Jurisdictions*), ripropone con forza l'idea di più sovranità tra loro in competizione (si veda il saggio di Bassani).

Si prefigura quasi un governo virtuale con più "unità di governo", che ben si addice alle peculiarità del welfare sanitario. Per cui, rifacendoci ancora a Frey, se è vero che l'idea base di federalismo è quella di un governo decentrato che soddisfa di

più e meglio le preferenze dei cittadini, è altrettanto vero che ciò è possibile in funzione di una ridefinita sovranità della comunità.

Decentrare ha senso se è in funzione di una sovranità popolare, in caso contrario, decentrare, come nel caso dell'attuale ordinamento sanitario, altro non è che una modalità amministrativa del sanitarismo regionale, che per sua natura è espropriativo di sovranità popolare.

Con la sovranità quale fondamento di un governo partecipato, non è difficile immaginare quello che Pieretti indica come "federalismo a misura d'uomo". Anche Pieretti sottolinea in vario modo il tema della sovranità parlando apertamente di "diritto a partecipare all'esercizio del potere". La distinzione da lui introdotta tra "distribuzione del potere" e "condivisione del potere", ci sembra del resto in linea con quanto sostiene Buchanan a proposito di sovranità.

Decentrare la sovranità: è quindi questo il senso profondo del federalismo che nel campo della salute, diventa oggi come oggi, imprescindibile.

Tale decentramento non è opzionale ma è il risultato, anche nel nostro paese, di quello che Bassani, ricollega "alla feroce critica" subita dai "paradigmi Keynesiani".

Il sanitarismo nazionale, quello nostro, degli inglesi, e di altri paesi indoeuropei, è figlio legittimo di tali paradigmi che, non va dimenticato, sono stati fortemente concepiti in chiave di centralizzazione. A partire dai sistemi di welfare dando luogo ai vari sanitarismi nazionali.

L'universalismo della ragione ne legittimava la sua autonomia quasi a designare l'indipendenza di essa quale capacità di determinarsi in conformità di una legge sua propria, di un'eguaglianza sua propria e di un diritto pure suo proprio.

L'autonomia della ragione, così cara al Kantismo, prendeva le distanze dalla vita, dalla realtà, e dalla gente.

Il federalismo, da questo punto di vista, ridiscute l'indipendenza della ragione, la sua autonomia. Il diritto alla salute per il federalismo non è un principio in sé, autonomo, nel senso di autoconvalidarsi, o nel senso di decidere, nella sua propria autonomia le regole della sua azione.

Ma è qualcosa dipendente da un'altra autonomia, quella della *sovranità della comunità*.

Martinelli indica nel binomio "unità/autonomia" l'argomento classico del federalismo. In realtà l'autonomia in questo binomio, non è un'invenzione ma una trasformazione.

Dall'autonomia della ragione si passa all'autopoiesi della comunità.

La trasformazione, in realtà, riguarda l'autoriferimento, vale a dire la facoltà della comunità, quale "unità di senso" di riferirsi alla sua razionalità e non a quella a essa esterna e organizzata in forme amministrative.

L'autonomia, come autoriferimento di una comunità vuol dire



la revoca alla razionalità universalistica di stabilire la salute a priori, cioè a prescindere dai suoi soggetti reali.

L'autoreferenzialità del diritto alla salute rispetto alla comunità non vuol dire autarchia e tanto meno anarchia. Più semplicemente, vuol dire la *capacità*, negata dagli universalisti, da parte di una comunità di sviluppare le proprie attitudini di “auto organizzazione”, di “autoregolazione”, attraverso l'esercizio di una sovranità che include nella sua politica la sua propria raffigurazione.

Più eguaglianza di così, si muore.

La sovranità della comunità attraverso l'autopoiesi esercita di fatto il suo proprio diritto alla salute inverandolo nel contesto che lo ospita.

È importante sottolineare cosa vuol dire in senso federale la trasformazione del concetto di autonomia.

Il diritto alla salute diventa modalità di una *comunità che riflette*, che pensa, progetta, decide, sceglie. In senso più strettamente filosofico la trasformazione del concetto di autonomia significa più intimamente un “ritorno a sé” della decisione su cui fondare una vera e propria coscienza comunitaria rispetto al suo proprio diritto alla salute.

Tale ritorno non teorizza ma pratica l'appartenenza della persona al proprio contesto storico-sociale, economico, linguistico, e come sottolinea Pieretti, antropologico.

È un'appartenenza quasi “performativa”, vale a dire che il diritto alla salute che si costruisce, che si crea in una comunità altro non è se non la rappresentazione di un “io dico”. A dire, naturalmente, è la comunità.

Finti federalismi

Tutto quello che abbiamo sondato, esplorato, indicato come appartenente a una “dottrina sociale” nel campo della sanità e della salute non sembra così presente nella coscienza anche dei più convinti federalisti sanitari.

L'impressione che si ha ascoltando assessori, amministratori, operatori diversi del mondo sanitario, studiosi persino, è che a volte si chiama federalismo il prolungamento delle proprie convinzioni, dei propri ruoli, delle proprie funzioni, delle proprie credenze o al contrario le stesse cose, per coloro che negano il federalismo. Poi, un giorno, arriva il federalismo che, proprio come la borsa di Mary Poppins, contiene di tutto, dall'appendiabiti, all'ombrello, al pappagallo, al vaso di fiori.

Tutto quanto si trova in quella borsa si pensa appartenga al genere federale o anti-federale.

Tale impressione, secondo noi, è spiegata da un momento particolare in cui la crisi della politica inizia a percepire i suoi complimenti, mentre si assiste a un sopravanzare eccessivo della tecnocrazia (fenomeno sul quale indagheremo nel

prossimo numero di Kéiron).

La tecnocrazia riempie la borsa di Mary Poppins di oggetti ritenuti utili al federalismo prima ancora di decidere che cosa sia il federalismo.

Così il vecchio scontro pubblico-privato trova la sua breve collocazione in quella borsa, e quello ancora più vecchio (e forse proprio per questo un po' patetico) tra riformisti e controriformisti, per non parlare degli aziendalisti in ansia per l'efficienza del mondo, dei politici ragionieri convinti che il vero problema su cui si reggono le sorti dell'umanità sia il bilancio.

Il federalismo rischia di diventare per tutti costoro una "cifra" mediante la quale di nuovo, sotto mentite spoglie, la ragione trascendentale si degna di essere presente nel mondo degli uomini.

Ma il federalismo quale "cifra" della razionalità tecnocratica è un'autentica stupidaggine. Esso al contrario non può che essere la sovranità della Comunità dentro una situazione reale, in un contesto, che lo definisce nella sua realtà, discreta.

Riecheggiando il pensiero di Sartre, si può dire che se la comunità non è altro che la sua situazione, ne segue che *l'essere in situazione* definisce la realtà della comunità.

Allora, se è così, i tecnocrati scalpitanti devono fare un passo indietro e aggiornare i loro ragionamenti alla luce di una solida base culturale sul federalismo.

Ha ragione quindi Micossi quando scrive: "è necessario continuare una riflessione culturale che appare ancora arretrata e incapace di riconoscere la cultura dei problemi in discussione". Tale riflessione culturale è esattamente quanto da noi pensato in questo e altri numeri di Kéiron. È proprio in funzione di essa che siamo in grado di *usarla per tentare di confutare* degli argomenti supposti, in ambito sanitario, come federalistici, ma che in realtà alla fine finiscono per contraddirlo delineando un federalismo quasi posticcio. Per ragioni di brevità ne scegliamo solo quattro.

Il primo è il carattere quasi "prescrittivo" di un certo dibattito. In generale, si ha l'impressione che anziché creare le condizioni per un federalismo delle scelte, che sono quelle soprattutto relative alla sovranità, e alle decisioni sulle modalità, relative al diritto alla salute, ognuno, attraverso vecchie preferenze, scelga il proprio federalismo. Così, invece di dedurre le forme federali del diritto alla salute dalla comunità sovrana, incolla sopra le proprie personali convinzioni l'etichetta di federalismo.

Questo presunto federalismo in ragione del quale le soluzioni federalistiche sono già preformate nelle nostre personali preferenze, non funziona dal momento che alla fine esso *prescrive* alla comunità, alle regioni, alle aziende, dei compiti da svolgere, e non *proscrive* delle scelte da attuare. In questo ambito

rientrano tutti coloro che propongono l'estensione di un certo tipo di azienda sanitaria, e l'adozione di certi meccanismi di mercato, o ancora la definizione della natura giuridica di questo e di quello. Nulla di male a proporre questo e quello, il dubbio riguarda la tentazione universalistica di generalizzazione.

Forse la prima cosa da fare non è tanto di prescrivere compiti ma riconoscere delle facoltà.

È evidente che ciò descrive la vera priorità: 1) definire gli ambiti, i poteri, le facoltà della sovranità; 2) usare la sovranità per scegliere ciò che può essere scelto.

Il secondo argomento riguarda il rapporto federalismo/mercato, che è cosa ben diversa dall'idea che Buchanan ha del "federalismo competitivo".

Micossi fa notare che negli ultimi anni alcune regioni italiane hanno adottato "meccanismi di quasi-mercato aprendo il servizio sanitario ai soggetti privati su basi competitive". Questo vuol dire che il federalismo in quanto tale non è la condizione esistenziale per il mercato e viceversa, sia perché queste regioni hanno operato in un regime legislativo certamente non federalistico, sia perché altre regioni hanno fatto la stessa cosa, in altri modi e in altre forme e senza venir meno ai vincoli legislativi certamente non federali ai quali esse sono sottoposte.

Ma anche questo punto si spiega con la prescrittività del federalismo preformato di cui al punto precedente e con l'ansia di legittimare gli strumenti di mercato con il federalismo. Tali strumenti si legittimano da soli in quanto tali e certamente possono essere scelti da una comunità quando li considera utili.

Il terzo argomento, solo apparentemente tecnico, e sul quale tutti gli assessori alla sanità convengono è quello che la condizione per fare una sanità federale è la definizione *ex ante* dei livelli di assistenza. Si tratta, secondo loro, di definire ciò che è *essenziale* per definire ciò che è *universale*.

In realtà è una discussione paradossale per molte regioni: tecniche, culturali e politiche.

Quelle tecniche dimostrano che i livelli di assistenza predefiniti nella realtà registrano uno scarto tra la loro funzione formale e la loro funzione reale.

Le prestazioni effettive dipendono da tanti di quei fattori locali che è inutile dichiararle solo in via di principio.

Quelle culturali, a parte le difficoltà insite nel concetto di essenzialità, per quanto concerne la salute umana, illudersi di evitare una descrizione vera, reale, pragmatica, nei contesti di vita delle persone e stabilire *definitivamente* degli standard di bisogni come se fossero le spiegazioni ultime, cogliendo l'essenza di una domanda complicata, è davvero un'illusione. In sanità l'essenzialismo non ha senso.

Meno che mai è accettabile il binomio essenziale/universale, sarebbe di fatto un razionamento. Il problema è la



gestione e il governo delle modalità. Le prestazioni sanitarie sono prevalentemente un problema di modalità.

E queste non possono essere oggetto di convenzioni universali decise dalla conferenza Stato-Regioni. Il governo delle modalità è uno dei punti della nuova eguaglianza federale.

In sostanza a noi pare che dietro alla discussione *che cosa dare a tutti* (questo significano i livelli assistenziali), oltre che nascondersi equivoci di vario tipo (in realtà i livelli assistenziali servono solo a definire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario ma non a fare universalismo), emergano tutti i difetti di un universalismo imperfetto e di una vecchia idea di eguaglianza.

Se proprio si vuole essere federalisti bisognerebbe ragionare in altro modo:

- tutte le determinazioni della medicina (comprovate scientificamente da ogni punto di vista) costituiscono il complesso dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini;
- tale complesso è quindi definito "secondo lo stato dell'arte" della medicina;
- il problema vero è la decisione sulle modalità e sulle risorse necessarie e finanziarie, cioè sulle *necessità sanitarie*;
- sulle modalità la titolarità sovrana è della comunità perché è da essa che dipendono le necessità;
- sui finanziamenti il problema riguarda un negoziato sociale tra stato, regioni e enti locali e cittadini;
- la comunità è il soggetto negoziatore compreso tra solidarietà, e sussidiarietà, mutualità.

Il quarto argomento, anche questo apparentemente di natura tecnica ma forse più politico e culturale di tutti gli altri è quello che riguarda "la quota capitaria".

Tale "quota", anche nelle sue forme ponderate, altro non è che un espediente per l'allocazione delle risorse e si basa sul principio che ogni persona avendo lo stesso diritto alla salute *deve* avere la stessa assegnazione di risorse.

La quota capitaria è prigioniera della vecchia e logora concezione del diritto alla salute come diritto naturale, è l'espressione dell'ideologia centralista, per di più contraddetta da una solidarietà tra regioni davvero discutibile (la quota capitaria ponderata è una dei principali fattori che sta condannando il Sud alla non autosufficienza irreversibile), ma quel che è peggio è uno dei fattori di iniquità sociale, nel senso che le finte eguaglianze distributive hanno inevitabilmente pesanti effetti paradossali.

Il diritto alla salute non ha nulla di naturale. È un diritto politico che va costruito, inventato, creato nelle comunità e nei suoi propri contesti decidendone le modalità e le necessità.

Se dovessimo ragionare davvero in senso federalistico dovremmo sostituire le "teste" con le "scelte".

E derivarne fino in fondo le conseguenze.