

Intervista “impossibile” di Gianna Milano a Giovanni Berlinguer

Come mai il tema della salute raramente è presente nel dibattito bioetico? Si privilegiano solitamente le situazioni estreme quali le nascite “artificiali”, il trapianto di organi, e le condizioni di sopravvivenza terminale.

La salute e la malattia sono per tutti un campo universale di esperienza, di riflessione e anche di scelte morali, eppure alla salute viene spesso negato il titolo di nobiltà come oggetto dell’etica, e nel migliore dei casi le viene attribuito soltanto il valore (che da alcuni viene considerato filosoficamente irrilevante e intellettualmente plebeo) di “questione sociale”. Nella svalutazione del valore etico della salute si è aggiunto anche il fatto che negli ultimi anni, sempre più frequentemente si è ricorsi alla bioetica come supporto del fondamentalismo monetarista. Le si è posto, in sostanza, un solo perentorio quesito: come si devono allocare le scarse risorse disponibili per l’assistenza sanitaria? Tale quesito è sicuramente importante sia perché in questo campo non è chiara la distinzione fra bisogni e desideri, sia perché le risorse non sono infinite, sia perché esistono oggettive difficoltà nello stabilire priorità d’intervento basate su criteri di valore. Ma può anche essere deviante se viene assunto per fondare una *bioetica giustificativa* che serva a legittimare scelte politiche restrittive nell’assistenza ai malati. Ieri l’etica parlava di giustizia, di accesso ai servizi sanitari, di diritti dei malati, oggi parla soprattutto di razionamento delle cure.

Che cosa si intende per etica della salute?

Essa non può essere concepita soltanto come un sistema di regole professionali, cioè come una deontologia medica aggiornata; e neppure come un sottoprodotto automatico della riflessione - che è certamente necessaria - sui confini estremi della vita e della morte, sui quali il pensiero filosofico e il dibattito morale si vanno cimentando in modo esteso e approfondito. Perdurano invece il silenzio e l’incertezza sulla macroetica, cioè sui principi-guida che possano essere validi per tutti coloro che si occupano e preoccupano, per sé e per gli altri, della salute quotidiana.

L’esigenza di raggiungere - per ognuno e per tutti - un livello più alto di salute è un’intima e antica aspirazione. Ma essa è raggiunta da molti solo solo nella seconda metà del secolo scorso. Oggi? Salute è per tutti o ancora per pochi?

I percorsi, i successi, i fallimenti per raggiungere questo obiettivo si possono riassumere con l’esame di due utopie che hanno trovato la loro espressione più compiuta nelle idee e nei programmi dell’Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). La prima utopia è nata nel 1948 con la costituzione stessa dell’Oms e con la definizione di salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. Per vari decenni tutti esaltarono questa definizione, perché tendeva a superare l’idea che la salute fosse solo assenza di malattia; e perché andando oltre una visione puramente biologica dei fenomeni morbosi, collegava lo status fisico degli individui

alle loro condizioni mentali e sociali. Ma è stato osservato ironicamente che se un individuo, proveniente da qualunque paese del mondo, si presentasse all'Oms di Ginevra e dichiarasse: "Io godo di un completo benessere fisico, mentale e sociale", rischierebbe di essere considerato uno stravagante, e forse di essere ricoverato in manicomio.

E la seconda utopia?

L'altra utopia lanciata negli anni Settanta sempre dall'Oms, è riassunta nella formula "Salute per tutti nell'anno duemila", al culmine di un ciclo di progresso sanitario certamente disuguale, ma rapido e diffuso per gran parte del mondo. La formula ha avuto un impatto minore della precedente: non solo perché è apparso fin dall'inizio il suo carattere utopico, e a volte elusivo, ma più ancora perché erano mutate, poco dopo le condizioni politico-sociali che avrebbero potuto consentire di avvicinarsi al traguardo. La Conferenza sulla promozione della salute, organizzata dall'Oms a Sundsvall in Svezia nel 1991, prese atto di un sostanziale fallimento di questo obiettivo. Le condizioni lavorative, e ambientali, le guerre, il debito estero, la povertà, e altri fattori rendevano l'obiettivo della "Salute per tutti nell'anno duemila" difficile da raggiungere. Condizioni che stavano trasformando la salute per tutti in salute per pochi. Anche nei paesi sviluppati la distribuzione della salute (e delle possibilità di vita) non risponde all'obiettivo *per tutti*. Le differenze all'interno dei paesi dell'Ovest, calcolate secondo classi sociali, reddito e livello di istruzione, sono ovunque in crescita a partire dalla metà degli anni Ottanta. Tendenza che non accenna a modificarsi.

Seppure statica, oltre che totalizzante e medicalizzante, la formula con cui l'Oms definì nel 1948 la salute, e per alcuni decenni diffusa universalmente. Ha svolto una funzione stimolante verso l'aspirazione alla salute?

La salute è una condizione di equilibrio attivo (che comprende la capacità di reagire a inevitabili malattie) tra l'uomo e il suo ambiente naturale, familiare e sociale. La definizione dell'Oms non tiene conto di questa dinamicità. La buona e la cattiva salute non sono un fato immutabile, ma una condizione trasformabile che ha sostituito le idee sacrali di destino e di colpa, l'una e l'altra da sempre associate alle malattie, un'idea laica, fondata sull'esperienza: l'idea che è possibile contrastare molte malattie. La salute è un valore in sé, perseguibile e raggiungibile in funzione della crescita umana, collegabile ma non subordinabile a interessi estrinseci come il tornaconto, l'utile materiale o la salvezza spirituale; e una speranza, che è stata associata a un obiettivo giuridico-politico: il diritto alla salute. Il fondamento storico e pratico di questo diritto è diverso da quello di altri diritti umani, come la libertà, che si sono affermati negli ultimi secoli, ed è più recente. Non è facilmente imposto per legge, ma crea alla società obblighi che nessuno poteva sperare di adempiere fino a tempi recenti.

Sicuramente la salute è sempre stata un'aspirazione e un bisogno...

Esiste una distinzione sostanziale fra bisogni e diritti: un bisogno può trasformarsi in diritto solo quando esistono le condizioni storiche (comprendenti anche le conoscenze scientifiche) per dargli risposta su ampia scala o universale. L'affermazione di questo diritto corrisponde a progressi non solo della coscienza pubblica, ma anche delle capacità produttive, della scienza, della tecnica; e anche della medicina. Nel XIX secolo epicentro delle indagini e dell'azione pubblica verso la salute fu l'Inghilterra dove comparvero, quasi contemporaneamente, l'inchiesta di Edwin Chadwick su *La condizione sanitaria della popolazione lavoratrice in Gran Bretagna* (1842) e quella di Frederich Engels *La situazione della classe operaia in Inghilterra* (1845). Questa coincidenza, frutto anche di una comune indignazione verso l'inumano sfruttamento dei lavoratori in quell'epoca, mostra in modo singolare come personalità e idee divergenti possano incontrarsi, quando maturano storicamente le possibilità, intorno al tema della salute. Engels considerava la salute un valore umano intrinseco, indipendente dai criteri di utilità o di convenienza sociale, e vedeva che molte malattie sono causate dallo sfruttamento del lavoro e dalle pessime condizioni di abitazione e di nutrizione dei poveri. Al contrario, per Chadwick la salute era sostanzialmente strumentale a rendere i lavoratori più produttivi: esattamente la posizione di sempre della banca Mondiale.

La povertà rimane la causa principale delle malattie. Un fattore oltre le possibilità di controllo della medicina?

Nell'ultimo mezzo secolo alcune nazioni relativamente povere, come Cina e Cuba, pur limitando libertà fondamentali hanno raggiunto traguardi di salute simili e perfino superiori a quelli di paesi più ricchi. Altri paesi dell'Occidente, partendo dalla crescita produttiva e dalle politiche sociali già avviate nel XIX secolo, hanno introdotto sistemi che sono stati definiti welfare state. Quest'ultima esperienza è ora oggetto dei maggiori mutamenti e delle più accese discussioni. E' indubbio che dove sono stati impiantati sistemi di assicurazioni sociali obbligatorie, come in Francia e Germania, o servizi sanitari nazionali, come in Gran Bretagna, Spagna e Italia, si è raggiunto, destinando minori spese (in valori assoluti e relativi) ai servizi sanitari, un livello di salute migliore rispetto agli Stati Uniti, dove ha prevalso il sistema, a volte più efficiente ma più costoso e meno efficace in termini collettivi, delle assicurazioni private. Tutti i principali indicatori di salute, dalla mortalità infantile alla speranza di vita alla nascita, confermano questa differenza; dovuta, oltre e più che all'azione specifica dei servizi pubblici, alla cultura del welfare state. Un impasto, affermatosi in Europa, di solidarietà e di lotta, di dirigismo e di partecipazione, di diritti umani e di norme contrattuali, di libertà personale e di corporeità sana, di ricerca di benessere inteso in senso proprio, come *star bene* personale, e impegno per la salute collettiva.

Il sistema del welfare state sembrava destinato a perpetuarsi e invece...

La sua crisi cominciò negli anni settanta e negli anni ottanta si manifestò apertamente. Essa apparve innanzitutto (non poteva essere altrimenti, in tempi in cui la moneta diveniva metro universale della politica e perfino dell'etica) come crisi fiscale, dovuta all'impossibilità di controllare la crescita della spesa sanitaria e

previdenziale per effetto di molti fattori, tra i quali vanno ricordati gli stessi mutamenti positivi introdotti dal welfare state, come l'aumento della popolazione anziana e la crescita della domanda di salute. Una crisi funzionale che ha colpito profondamente i servizi e le professioni, che soprattutto nel settore pubblico (e nei vari settori privati sovvenzionati dallo Stato) hanno ceduto ovunque in termini di qualità, umanità, efficacia, onestà. Ma oltre alle vere e proprie degenerazioni, che sono state più gravi in Italia rispetto ad altri paesi, all'origine della crisi funzionale vi sono state anche distorsioni morali e pratiche delle basi stesse del welfare state.

Il suo *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani* offre una testimonianza della crisi del welfare state.

Dal principio morale di giustizia, che dovrebbe consigliare di garantire a tutti le terapie valide, ma solo queste, si è scivolati nel razionare il necessario e nel provvedere ad alcuni il superfluo. E si è fatto coincidere il concetto di equità con quello di gratuità. All'idea dei diritti, infine, si è raramente associata l'idea e la pratica della responsabilità e dei doveri. Queste tendenze regressive si sono manifestate, in forme diverse, in quasi tutte le esperienze di welfare state. Molti hanno attribuito la loro crisi all'ondata neo-liberale che si è affermata quasi ovunque, dagli inizi degli anni ottanta, e che ha fatto prevalere altri modelli e valori, come la competizione fra individui, più che la loro solidarietà.

A quali difetti del welfare state va attribuito il rapido successo di tale ondata?

Questa domanda ne implica altre: l'accesso alla salute, o almeno ai servizi sanitari, può essere meglio garantito attraverso il mercato, o attraverso il diritto, o attraverso l'integrazione (e in che forme) dell'uno e dell'altro? Il welfare state può e deve essere difeso? Per non deperire irreversibilmente questo sistema va rimotivato sul piano etico, trasformato sul piano organizzativo, e aggiornato sul piano pratico. E qui si affaccia la domanda più sostanziale: il welfare state, la sua cultura, le sue regole, la sua etica, i suoi vantaggi, e i suoi difetti, rappresenta una parentesi storica che si apre all'inizio del XX secolo e in esso si chiude? Oppure è un'esperienza destinata a rinnovarsi e segnare un traguardo anche per altri paesi, per aver saputo coniugare più di altre le esigenze di salute, l'aspirazione alla giustizia e la stabilità della democrazia?