

Le pari opportunità della salute

di Amartya K. Sen (da Domenica de Il Sole-24Ore)

Per pensare ai temi della salute nei termini di una definizione dell'idea di benessere è necessario fare alcune distinzioni. Innanzitutto, l'equità nella distribuzione delle cure sanitarie va tenuta ben distinta dall'equità della salute. L'argomento è filosofico e morale, e riguarda la discussione su ciò che riteniamo importante. Diversi filosofi mettono l'accento su diversi aspetti per definire l'eguaglianza.

L'equità della salute riguarda una questione ancora più fondamentale, e cioè il grado di salute effettivamente conseguito, tenuto conto che i bisogni sanitari sono diversi, così com'è diversa per ogni persona la suscettibilità alla malattia. Si tratta di bisogni legati all'ambiente epidemiologico in cui ognuno vive, alla presenza o meno di fattori di contagio, di vettori di infezioni, ecc. Una seconda distinzione che vorrei introdurre è quella tra prospettiva «internalista» ed «esternalista». Non sarò io a negare i meriti della prima. Le indagini degli antropologi ci hanno dato una visione della malattia e della salute che è quella del paziente stesso e diverge da quella di un medico o di un osservatore esterno. Un economista tende di solito a mantenere un certo distacco dalla percezione soggettiva, a basarsi su dati e statistiche mediche, assumendo una posizione esterna che influisce sul modo di distribuire le risorse economiche. Le ricerche antropologiche invece sottolineano l'importanza delle sofferenze come caratteristica centrale della malattia. Nessuna statistica compilata in modo meccanico riesce a rendere conto di questa dimensione del malessere. Il dolore è troppo spesso una dimensione assente dal materiale empirico usato da chi prepara i programmi sanitari, decide dell'allocazione delle risorse o analizza i rapporti costi-benefici. D'altro canto, la percezione soggettiva può essere fortemente influenzata da ciò che viene considerato lo stato di salute normale. La terza distinzione riguarda il reale conseguimento della salute e la capacità o meno di conseguirla. Questa dipende dalle reali opportunità delle persone, indipendente dal fatto che esse decidano di utilizzarle o meno. Se una persona beve o fuma smodatamente, si può affermare che gode delle stesse opportunità di tutti, infatti nessuno l'ha costretta a bere o a fumare: è stata una sua scelta. Se in conseguenza di ciò si ammala o addirittura muore prematuramente, non è certo perché aveva minori opportunità di conseguire una buona salute, ma perché non ha saputo usarle in modo sensato. La distinzione qui è tra l'equità

nelle opportunità di conseguire la salute e l'equità della salute. Nell'insieme mi pare che se adottiamo il punto di vista delle capacità imbocchiamo la strada delle pari opportunità di salute e della libertà di farne o non farne uso. C'è una questione collegata a questa libertà. Quando una malattia richiede una quota consistente di risorse sociali, fino a che punto la responsabilità ricade sull'individuo o sulla società? Certi autori, come il giurista americano Richard Posner, sostengono che la società non deve nulla a chi rischia di contrarre l'Aids per via dei propri comportamenti. Io ritengo invece che non si debba essere così categorici. I poveri di Harlem o di altri quartieri depressi di New York hanno poche possibilità di sfuggire al contagio e hanno comportamenti che sono chiaramente influenzati da quelli del resto della comunità. Penso quindi che responsabilità individuale e responsabilità sociale siano per lo più inestricabili e che solo di rado la società possa decidere di lavarsene le mani, anche se sono ovviamente convinto della necessità di incoraggiare nei singoli dei comportamenti responsabili.

È stato osservato che la mia teoria delle capacità è incompleta, ma non sono d'accordo perché questa critica sottintende che una teoria è completa soltanto se non lascia nulla alla decisione democratica sulle questioni a proposito delle quali la gente ha il diritto di esprimersi e di contare. Penso invece che occorra chiarire gli ambiti della discussione, gli equilibri da raggiungere, i compromessi necessari, e lasciare la decisione al processo politico. È una decisione non facile. Le nuove tecnologie mediche mettono a disposizione, per esempio, delle terapie per l'infertilità o il cancro. Quando il sistema sanitario non se ne fa carico siamo di fronte a un problema di equità e ritengo che la soluzione sia altrettanto difficile da raggiungere in Italia. La libertà di scelta è data anche dalla compresenza o meno di un sistema sanitario pubblico e di uno privato. Negli Stati Uniti, per esempio, il sistema è prevalentemente privato mentre in Canada è statale. Succede pertanto che molti canadesi ricchi attraversino la frontiera per farsi curare. Ed è inevitabile, così com'è inevitabile che i ricchi spendano somme favolose per comprarsi degli yacht e passare lunghe vacanze nel Mediterraneo o alle Bahamas. Non vedo alcun motivo evidente per cui le spese voluttuarie alle Bahamas sarebbero meno lecite di quelle per le cure mediche. Anzi, queste ultime avrebbero l'effetto secondario di invogliare molti giovani a intraprendere la carriera medica e di incitare i medici a procurarsi una formazione migliore. Perciò non ho mai ben capito l'argomento dell'efficienza usato contro la medicina privata, almeno finché quella pubblica è ampia e di buona qualità. In Gran Bretagna, è possibile utilizzarle entrambe. Quando avevo 18 anni, sono stato curato in India per un cancro con una radioterapia e successivamente ho dovuto subire parecchi interventi chirurgici. Sono arrivato in Inghilterra con un'assicurazione privata e il mio medico curante mi ha dato questo consiglio: «Se le sue condizioni non fossero così serie, le suggerirei la medicina privata, ma potrebbe trattarsi di una forma recidiva di cancro e se fossi in lei userei il National Health Service».

Probabilmente è vero ancora oggi che l'assistenza sanitaria di base fornita dal National Health Service britannico, e dalla sanità pubblica di altri Paesi, resta il fondamento dell'equità in campo sanitario. Questa equità si complica ulteriormente nel caso delle medicine alternative sull'efficacia delle quali, personalmente, rimango piuttosto scettico. Noi accettiamo le direttive degli esperti in molti ambiti della vita, non soltanto in medicina. Se guidiamo un'automobile seguiamo delle regole. Se ognuno fosse libero di svoltare come e quando vuole o di passare con il rosso solo perché le strade gli sembrano sgombre, ci sarebbero più incidenti, come infatti sembrano dimostrare le statistiche. Possono sembrare regole troppo restrittive, ma il punto è che esprimono il sapere di esperti. Lo Stato ne è il veicolo e - altra distinzione importante - non ne è l'arbitro. Nel contesto della sociologia contemporanea, alcuni autori guardano con scetticismo al sapere degli esperti. Preferiscono i saperi locali - i quali si accompagnano spesso a valori altrettanto locali - e affermano volentieri che lo Stato non dovrebbe intromettersi perché i governi possono sbagliare. Certi autori hanno per esempio sostenuto che l'imposizione in India del vaccino contro il vaiolo, nato dalla tradizione medica occidentale, sia stato un errore in quanto esisteva una precedente pratica medica per il vaiolo. È verissimo, tuttavia era una pratica molto meno efficace, quell'imposizione è stata un bene per la cittadinanza e pazienza se, come sostengono i critici, ha ostacolato la pratica della medicina locale. Forse per un mio pregiudizio a favore della conoscenza e dell'illuminismo, credo che se una persona provvista di un'educazione e di una conoscenza maggiore rifiuta una certa posizione, non può sostenere poi che quella posizione rimanga comunque valida perché la accetterebbe se si trovasse in una condizione di conoscenza e di educazione minore e, mettiamo, ignorasse l'esistenza del vaccino contro il vaiolo. Non mi sembra un argomento accettabile perché non tiene conto di un'asimmetria reale tra l'essere educato e il non essere educato. Ho usato la parola «illuminismo», correndo il rischio di venir criticato un'altra volta perché sarei troppo influenzato dall'illuminismo settecentesco. Ma si tratta di una critica piuttosto eurocentrica. L'Europa non è l'unico luogo dove sia esistito l'Illuminismo. C'è stato all'inizio della civiltà araba, tra il settimo e il decimo secolo. E per risalire qualche millennio indietro nel tempo, c'è stato in India. La parola Buddha significa «illuminato» nel senso di «illuminista» e il Buddha parla proprio del conseguimento del benessere, della ricerca di uno star meglio nel mondo. Decide di digiunare per vedere se giunge così a un miglioramento del proprio spirito, e arriva alla conclusione che non si può migliorare l'anima torturando il corpo. Spiega anche che la luce, intesa come «lumi», fa parte del sapere e aiuta a capire. L'Europa non ha il monopolio di quella luce.