

Enrico Biale

LA PRIORITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

UNA PROSPETTIVA DEMOCRATICA

weL
Laboratorio Welfare

workingpaper



 **Centro Einaudi**

N5 2015 ISSN 2036-1246

Laboratorio di Politica Comparata
e Filosofia Pubblica

ENRICO BIALE

**LA PRIORITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
UNA PROSPETTIVA DEMOCRATICA**

Centro Einaudi • Laboratorio di Politica Comparata e Filosofia Pubblica
con il sostegno della Compagnia di San Paolo

Working Paper-LPF n. 5 • 2015

© 2015 Enrico Biale e LPF • Centro Einaudi

Enrico Biale è dottore di ricerca in Filosofia e collabora con il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università del Piemonte Orientale. Si occupa principalmente di democrazia deliberativa e giustizia urbana. Tra le sue più recenti pubblicazioni su questi temi, «La sfida della città: includere i cittadini» (2015) e «Interessi e inclusione democratica. Un'alternativa alla deliberazione» (2013), entrambe uscite su *Notizie di Politeia*.

Il Laboratorio di Politica Comparata e Filosofia Pubblica (LPF) del Centro Einaudi è diretto da Maurizio Ferrera e sostenuto dalla Compagnia di San Paolo; ne sono parte il Laboratorio Welfare (WeL) e il Laboratorio di Bioetica (La.B). Promuove attività di studio, documentazione e dibattito sulle principali trasformazioni della sfera politica nelle democrazie contemporanee, adottando sia una prospettiva descrittivo-esplicativa che una prospettiva normativa, e mirando in tal modo a creare collegamenti significativi fra le due. L'attività di LPF si concentra in particolare sul rapporto fra le scelte di policy e le cornici valoriali all'interno delle quali tali decisioni sono, o dovrebbero essere, effettuate. L'idea alla base di questo approccio è che sia non solo desiderabile ma istituzionalmente possibile muovere verso forme di politica «civile», informate a quel «pluralismo ragionevole» che Rawls ha indicato come tratto caratterizzante del liberalismo politico. Identificare i contorni di questa nuova «politica civile» è particolarmente urgente e importante per il sistema politico italiano, che appare ancora scarsamente preparato ad affrontare le sfide emergenti in molti settori di policy, dalla riforma del welfare al governo dell'immigrazione, dai criteri di selezione nella scuola e nella pubblica amministrazione alla definizione di regole per le questioni eticamente sensibili.

LPF • Centro Einaudi
Via Ponza 4 • 10121 Torino
telefono +39 0115591611 • fax +39 0115591691
e-mail: segreteria@centroeinaudi.it
www.centroeinaudi.it

INDICE

LA PRIORITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA. UNA PROSPETTIVA DEMOCRATICA	5
Introduzione	5
1. L'assistenza sanitaria è speciale: una proposta rawlsiana	7
1.1. L'assistenza sanitaria non è speciale	8
1.2. La salute non è speciale	9
2. Salute e sorte: una prospettiva <i>luck-egalitarian</i>	11
3. Assistenza sanitaria e vulnerabilità	14
4. <i>Agency</i> e rispetto per i cittadini	17
5. Richieste politiche e legittime diseguaglianze	20
Riferimenti bibliografici	23

PAROLE CHIAVE

Salute, Eguaglianza della sorte, Eguaglianza democratica,
Vulnerabilità, *Agency*

ABSTRACT

**LA PRIORITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA.
UNA PROSPETTIVA DEMOCRATICA**

Per molto tempo, sia nel dibattito scientifico che in quello politico, si è pensato che la salute fosse così importante per le persone che le politiche a sua tutela dovessero essere considerate prioritarie e speciali rispetto alle altre. Una simile prospettiva è stata recentemente criticata sostenendo che una concezione egualitaria della giustizia dovrebbe assicurare che gli individui non soffrano disuguaglianze di cui non sono responsabili, incluse quelle che hanno impatto sulla loro salute, senza però riconoscere a quest'ultima alcuna priorità.

Il sistema sanitario, e la salute, sono davvero così speciali da dover essere distribuiti in base a principi di giustizia specifici oppure devono essere considerati alla stregua degli altri beni e regolati dai loro stessi criteri?

La seguente analisi cercherà di rispondere a questa domanda considerando con attenzione le prospettive rawlsiane, che hanno difeso lo statuto speciale dell'assistenza sanitaria, e le teorie *luck-egalitarian*, che lo hanno invece messo in dubbio. Per superare i limiti di questi approcci, verrà sviluppata una prospettiva relazionale in base a cui la salute non ha uno statuto speciale rispetto ad altri beni, ma alcuni interventi distributivi, tra cui parte di quelli garantiti dall'assistenza sanitaria, sono da considerarsi prioritari perché, tutelando gli individui dalla vulnerabilità, assicurano il loro status di eguali. Una volta poi che tale obiettivo sarà raggiunto, saranno i cittadini a dover definire quali sono le politiche da considerare prioritarie e quali i beni da distribuire secondo una concezione della giustizia che non mira esclusivamente a raggiungere buoni risultati ma a farlo attraverso le giuste procedure, cioè trattando gli individui da eguali.

LA PRIORITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA. UNA PROSPETTIVA DEMOCRATICA

ENRICO BIALE

INTRODUZIONE

Una società giusta dovrebbe riconoscere i suoi membri come liberi ed eguali e trattarli di conseguenza garantendo loro eque opportunità di realizzare ciò che desiderano. Al fine di raggiungere questo obiettivo, le concezioni egualitarie della giustizia hanno giustificato diverse politiche redistributive che si sono tradotte in forme più o meno complesse di Welfare. Un ruolo centrale, sia a livello teorico che politico, nel garantire che i cittadini siano trattati da eguali è stato riconosciuto all'assistenza sanitaria.

L'idea che giustifica questa posizione è che la salute sia così importante per gli individui che le politiche a sua tutela devono essere considerate prioritarie e speciali rispetto alle altre (*specialness theory*). Questo non significa solamente che è giusto utilizzare più fondi per garantire un simile servizio rispetto ad altri, ma anche che sono differenti i criteri di giustizia che si devono applicare per distribuire questo bene.

Secondo questa posizione, la centralità della salute impone che essa venga tutelata alla stessa maniera per qualsiasi cittadino, indipendentemente da quali siano le sue condizioni economiche. Ciò non implica, solamente, che l'assistenza sanitaria non deve discriminare gli individui più svantaggiati economicamente, ma che deve fornire lo stesso servizio anche alle persone più abbienti. Mentre, quindi, è necessario che le politiche redistributive, per trattare tutti da eguali, discriminino a favore dei più svantaggiati, il sistema sanitario non può farlo e per questo deve essere considerato speciale.

Una simile prospettiva ha per molto tempo dominato non solo il dibattito scientifico ma anche quello politico, dal momento che molti sistemi di Welfare si sono ispirati, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, a criteri universalistici che si basavano proprio sulla teoria della *specialness*. Se le critiche a queste forme di spesa da parte di chi sostiene criteri di efficienza o mira a giustificare una qualche versione di stato minimo sono abbastanza comuni, recentemente sono

state sviluppate obiezioni «da sinistra» in base alle quali né l'assistenza sanitaria né la salute hanno uno statuto speciale (Segall 2010a). Secondo questa prospettiva, quindi, una concezione egualitaria della giustizia dovrebbe assicurare che gli individui non soffrano diseguaglianze di cui non sono responsabili e, così facendo, riuscirebbe anche a distribuire in modo equo le loro opportunità di salute, senza però attribuire a queste ultime alcuna priorità o sottoporle a criteri diversi.

Il sistema sanitario, e la salute, sono davvero così speciali da dover essere distribuiti in base a principi di giustizia specifici oppure devono essere considerati alla stregua degli altri beni e regolati dai loro stessi criteri?

Rispondere a questa domanda è importante dal punto di vista teorico perché il dibattito sullo status speciale del sistema sanitario è uno dei contesti in cui si sono apertamente confrontate le due più importanti concezioni della giustizia distributiva degli ultimi decenni: le prospettive di ispirazione rawlsiana (Daniels 1985), che ne hanno difeso lo status speciale, e le teorie *luck-egalitarian* che lo hanno invece messo in dubbio (Segall 2010a; 2007).

È bene inoltre evidenziare come, a seconda della concezione di giustizia adottata, si possano giustificare diverse forme di stato sociale e questo è risultato molto evidente proprio nelle riforme del servizio sanitario. Analizzare, quindi, la contrapposizione tra teorie normative della giustizia, come vorrei fare in questo contributo, permetterà di fornire chiavi di lettura per comprendere, interpretare ed, eventualmente, rivedere l'insieme delle politiche sanitarie.

Nella seguente analisi cercherò di mostrare come la risposta più convincente rispetto allo statuto dell'assistenza sanitaria sia fornita da una concezione relazionale dell'eguaglianza (eguaglianza democratica) e come questa si differenzi e superi le difficoltà sia della prospettiva rawlsiana che di quella *luck-egalitarian*. In base a questa concezione dell'eguaglianza, la salute non ha uno status speciale rispetto ad altri beni ma alcuni interventi distributivi, tra cui parte di quelli garantiti dall'assistenza sanitaria, sono da considerarsi prioritari perché, tutelando gli individui dalla vulnerabilità, assicurano il loro status di eguali. Una volta poi che tale obiettivo sia raggiunto, saranno i cittadini a dover definire quali sono gli interventi da considerare prioritari e quali i beni da distribuire in base a una concezione della giustizia che non mira esclusivamente a raggiungere buoni risultati ma a farlo attraverso le giuste procedure, cioè trattando gli individui da eguali.

La mia analisi procederà nel modo seguente. Nella prima sezione considererò le posizioni di ispirazione rawlsiana, che difendono lo status speciale del sistema sanitario, focalizzandomi sulla prospettiva di Norman Daniels, e ne metterò in luce i problemi. Nella seconda sezione valuterò come le concezioni

luck-egalitarian superino queste difficoltà fornendo una teoria della giustizia strettamente egualitaria e, almeno apparentemente, molto convincente. Nella terza sezione, dopo aver rigettato alcune obiezioni tradizionali alla prospettiva *luck-egalitarian*, metterò in luce alcuni dei suoi problemi mostrando come non colga la funzione propria dell'assistenza sanitaria. Nella sezione conclusiva cercherò di superare simili difficoltà sviluppando una concezione relazionale dell'eguaglianza e rispondendo alle critiche che a questa idea sono state indirizzate proprio dalle prospettive *luck-egalitarian*.

1. L'ASSISTENZA SANITARIA È SPECIALE: UNA PROPOSTA RAWLSIANA

Se la teoria della giustizia di matrice rawlsiana ha per molto tempo dominato il dibattito scientifico (Rawls 1971), questa è stata sin da subito criticata proprio per la sua cecità nei confronti delle differenze di salute tra gli individui (Dworkin 2000; Sen 1992). È stato infatti messo da più parti in evidenza come la «giustizia come equità» assumesse le persone come egualmente sane, non rendendo minimamente conto di come la salute potesse influenzare in modo significativo le opportunità dei membri di una società ben-ordinata. È chiaro, infatti, che un individuo malato o che soffre di una particolare disabilità non avrà le stesse opportunità di chi è sano e una buona teoria della giustizia dovrebbe considerare questo stato di cose come iniquo e correggerlo. Una società che sia regolata dai principi di giustizia rawlsiana sembra invece non valutare tali differenze come rilevanti, rischiando quindi di assicurare diseguali opportunità ai suoi membri.

Daniels ha superato tale limite mostrando come la «giustizia come equità», se debitamente corretta, sia capace di affrontare le diseguaglianze in salute tra gli individui ed evidenziando che per raggiungere questo obiettivo debba giustificare lo status speciale dell'assistenza sanitaria (Daniels 1985).

Una volta, infatti, che si assuma la presenza di malati tra i membri di una società ben-ordinata e si valuti l'impatto che la salute ha sulle loro opportunità, i principi di giustizia rawlsiani giustificherebbero una distribuzione egualitaria di quelle politiche che mirano a garantire eguali opportunità di salute.

Qualcuno potrebbe sostenere che una simile posizione, per quanto convincente, non sia per nulla compatibile con i principi della «giustizia come equità» dal momento che la distribuzione dei beni sociali, e l'assistenza sanitaria è sicuramente uno di questi, è regolata da un principio, come quello di differenza, che non è strettamente egualitario. Sembrerebbe quindi possibile affermare che all'interno di un sistema rawlsiano sia giusto assicurare una migliore cura ad alcuni a patto che questo vada a beneficio di chi sta peggio.

L'assistenza sanitaria, però, non è, secondo Daniels, sottoposta al principio di differenza ma a quello di equa eguaglianza di opportunità, o meglio da una sua versione ampliata in base alla quale a dover essere garantite in modo eguale a individui di eguale talento non sono semplicemente le opportunità di perseguire carriere e lavori ma quelle relative ai loro piani di vita.

Visto che la salute, influenzando l'insieme di opportunità che una persona può legittimamente aspettarsi di avere in una società dati i suoi talenti, determina la sua abilità di perseguire e realizzare i propri piani di vita e che, in base al principio di equa eguaglianza di opportunità, individui dall'eguale talento devono avere eguali opportunità di realizzare i propri piani di vita, allora gli interventi che mirano a tutelare la salute, come appunto quelli assicurati dall'assistenza sanitaria, dovrebbero essere distribuiti in modo eguale.

Poiché è innegabile che la salute abbia un impatto davvero significativo sull'opportunità che hanno gli individui di perseguire i propri piani di vita, sembra corretto difendere lo status speciale dell'assistenza sanitaria e la necessità di distribuire questo bene in modo più eguale rispetto agli altri.

Nonostante ciò, la prospettiva di Daniels è stata negli ultimi anni profondamente criticata sottolineando come un giusto sistema sanitario non influenzi in modo significativo le opportunità che gli individui hanno di perseguire i propri piani di vita. Cerchiamo di chiarire questa obiezione e di valutarne la fondatezza presentandone una delle versioni più convincenti, cioè quella fornita da Shlomi Segall (2007; 2010a; 2010b).

1.1. L'assistenza sanitaria non è speciale

Per mostrare come mai non si possa giustificare la priorità dell'assistenza sanitaria rispetto ad altri beni facendo riferimento alla tutela dei piani di vita individuali è sufficiente, almeno secondo Segall, mettere in luce come la maggior parte della spesa sanitaria sia utilizzata per curare persone anziane e, in particolare, i loro ultimi sei mesi di vita. Sebbene sia difficile negare che un simile obiettivo sia giusto, è comunque molto complesso sostenere che tali interventi hanno come scopo quello di garantire le opportunità che le persone hanno di sviluppare i propri piani di vita. Anche se un individuo anziano può ancora avere degli obiettivi da realizzare è indubbio che il suo piano di vita sia ormai al termine e, quindi, che il sistema sanitario non possa avere che un limitato impatto su di esso.

Nonostante tutto questo sia corretto, si potrebbe comunque affermare che una simile osservazione non dimostra che l'assistenza sanitaria non possa influenzare i piani di vita delle persone, ma mette solo in luce come l'attuale spesa per la salute non realizzi questo obiettivo risultando quindi ingiusta ed

evidenziando come dovrebbe essere rivista¹. Una riforma che andrebbe in questa direzione potrebbe richiedere, per esempio, di limitare le risorse spese per i pazienti che superano una certa età. Questa tesi sembra convincente e pare garantire il giusto equilibrio tra la centralità attribuita all'assistenza sanitaria e una spesa equa ed efficiente delle risorse a disposizione. A ben vedere, però, se una distribuzione egualitaria dell'assistenza sanitaria è giustificata perché assicura agli individui eque opportunità di perseguire i propri piani di vita e stabiliamo che per le persone al di sopra di una certa soglia questa giustificazione non è più valida, allora il criterio di equa eguaglianza di opportunità non può giustificare alcun intervento a favore della salute di questi individui. Razionalizzare le risorse in modo da garantire che il sistema sanitario si focalizzi su persone più giovani sembra equo, negare a chi è anziano una qualsiasi cura non lo è e dimostra come «Daniels' specialness account is in conflict with the rather uncontroversial practice of treating patients who can reasonably be said to have completed their life plans» (Segall 2007, 353).

Anche se queste prime critiche hanno sottolineato la problematicità della teoria di Daniels non sono ancora riuscite a mettere in discussione l'idea che l'assistenza sanitaria abbia uno status speciale e debba essere distribuita in modo più egualitario rispetto agli altri beni. Contro questa posizione Segall sostiene che sebbene sia vero che la salute ha un impatto sulle opportunità che hanno gli individui di perseguire i propri piani di vita, l'assistenza sanitaria non ricopre un ruolo centrale nell'assicurare la salute dei membri di una società. È infatti ormai un aspetto condiviso dalla letteratura scientifica che «while medical care can prolong survival and improve prognosis after some serious diseases, *more* important for the health of the population as a whole are the social and economic conditions that make people ill and in need of medical care in the first place» (Segall 2007, 354).

Visto che l'assistenza sanitaria non ha alcun ruolo privilegiato nel garantire le opportunità che gli individui hanno di perseguire i loro piani di vita, non possiamo sostenere che questa abbia uno status speciale e che debba per questo essere sottoposta a criteri differenti rispetto agli altri beni.

1.2. La salute non è speciale

Le obiezioni di Segall hanno chiaramente messo in discussione lo status speciale dell'assistenza sanitaria, sembra però ancora possibile difendere una posizione rawlsiana evidenziando come a dover essere regolata da principi differenti e più egualitari rispetto a quelli utilizzati per distribuire gli altri beni sia la salute². È infatti quest'ultima, come confermato dall'analisi rispetto ai

¹ Una simile posizione è stata, anche se non in questo contesto, sostenuta da Dworkin (2000) il quale ha proprio messo in evidenza come nessun individuo razionale sarebbe disposto a spendere così tante risorse per migliorare solo leggermente i propri ultimi mesi di vita.

² Questo slittamento dall'assistenza sanitaria alla salute viene sviluppato in Daniels (2008).

fattori sociali che la determinano, a influenzare in modo significativo le opportunità che gli individui hanno di poter perseguire i propri piani di vita ed è quindi questa a dover godere di uno status speciale. Dal momento che, e questo viene riconosciuto anche da Segall, è difficile negare come la salute abbia un impatto rilevante sulle opportunità delle persone, sembra possibile adottare questa estensione del modello di Daniels.

Sebbene una simile posizione sembri intuitiva, Segall mette in luce come sia ancora più problematica rispetto alla precedente. Se infatti è plausibile avere delle intuizioni universalistiche rispetto all'assistenza sanitaria, estenderle alla salute giustifica un sistema sociale iniquo.

Cerchiamo adesso di analizzare con attenzione queste critiche.

Attribuire uno status speciale all'assistenza sanitaria permetteva, come evidenziato in precedenza, di sostenere che questa dovesse escludere ogni possibile discriminazione nei confronti di qualsiasi individuo, indipendentemente dalle sue condizioni economiche e sociali. Se una simile posizione universalistica è desiderabile nel caso del sistema sanitario in linea con le nostre intuizioni egualitarie, lo stesso discorso non può valere una volta che ci focalizziamo sulla salute. Per mostrare ciò, è sufficiente fare nuovamente riferimento ai fattori sociali ed economici che hanno impatto sulle differenze di salute tra le persone. Visto che gli individui con maggiori opportunità economiche e sociali hanno migliori opportunità di salute, non sembra ingiusto sostenere che una società egualitaria dovrebbe redistribuire le risorse in modo da correggere tali differenze. Questo «seems like precisely what we *should* do. It therefore appears that the specialness thesis – as it is understood with regard to health care – seems much less attractive when applied to health itself. It is intuitive to distribute health care while being blind to inequalities in income (thus cohering with the specialness account); it is intuitive to redistribute health proper while being *anything but blind* to such inequalities» (Segall 2010b, 3).

Fino ad ora abbiamo assunto che le diseguaglianze economico-sociali fossero ingiuste e, di conseguenza, evidenziato come sarebbe iniquo non provare a correggerle così da assicurare che tutti gli individui abbiano eque opportunità di salute. Immaginiamo, però, che le differenze socio-economiche tra le persone dipendano esclusivamente da fattori sotto il loro controllo (ad esempio l'impegno o la dedizione che adoperano nel realizzare i propri piani di vita). Gli individui che sono legittimamente più benestanti avranno un'aspettativa di vita più lunga e, se si adotta la prospettiva di Daniels, tale differenza dovrebbe essere corretta. Questa posizione, però, è molto problematica perché nega la legittimità di qualsiasi differenza economica, concezione onerosa e incompatibile con la «giustizia come equità», oppure deve sostenere che gli individui non possono godere dei benefici di una condizione economica considerata legittima.

Se quindi può essere difficile affermare che gli individui giustamente più benestanti abbiano diritto a una migliore assistenza sanitaria, sembra, almeno secondo Segall, molto problematico sostenere che le differenze in salute che dipendono esclusivamente dalle scelte individuali siano ingiuste e dovrebbero essere corrette. Ancora una volta, una caratteristica convincente se applicata all'assistenza sanitaria diventa del tutto contro-intuitiva una volta che viene estesa alla salute.

A conferma di ciò, si può considerare come il principio di giustizia (equa eguaglianza di opportunità per i piani di vita) su cui Daniels basa la distribuzione della salute sia del tutto inadeguato a realizzare questo obiettivo. Dal momento che in base a questo criterio individui dallo stesso talento devono avere assicurate le stesse opportunità, le diseguaglianze frutto di una diversa distribuzione di talento sono del tutto legittime. Poiché le diseguali opportunità di salute sono causate dalle diverse condizioni economico-sociali in cui versano gli individui e queste sono anche determinate dal loro talento, il principio di equa eguaglianza di opportunità non permette di garantire un'equa distribuzione della salute tra i membri della società. A conferma di ciò immaginiamo una malattia di origine genetica che limiti la mobilità di chi ne è afflitto riducendo le sue opportunità. Anche se una cura fosse disponibile, la teoria di Daniels non giustificerebbe la sua somministrazione non tutelando, di conseguenza, la salute degli individui.

Sembra a questo punto possibile concludere che né l'assistenza sanitaria né la salute possono godere di un qualche status speciale e che la cornice rawlsiana utilizzata da Daniels non sia soddisfacente per specificare come la salute dovrebbe essere distribuita.

2. SALUTE E SORTE: UNA PROSPETTIVA *LUCK-EGALITARIAN*

Poiché la teoria di ispirazione rawlsiana proposta da Daniels è risultata molto problematica, è bene valutare se una migliore alternativa venga fornita dalla concezione della giustizia distributiva che in modo più netto e critico si è contrapposta alla «giustizia come equità», cioè l'egalitarismo della sorte³. Come giustamente sottolineato da Segall, una simile prospettiva non riconosce alcuno status speciale alla salute poiché mira a eliminare, o quantomeno a correggere, qualsiasi differenza di opportunità che sia frutto di fattori arbitrari indipendentemente dal fatto che questa abbia impatto o meno sulla salute degli individui⁴. Nonostante ciò, l'egalitarismo della sorte si applica anche a questo

³ Per una difesa di una prospettiva *luck-egalitarian* si veda Cohen (1989) e Dworkin (2000).

⁴ È bene evidenziare come diverse interpretazioni dell'egalitarismo della sorte abbiano identificato una differente metrica, cioè abbiamo sostenuto che a dover essere distribuite fossero risorse, benessere o opportunità di benessere. Poiché la prospettiva che sarà oggetto di analisi si focalizza sull'opportunità di benessere, farò riferimento a questa come bene da distribuire.

contesto superando, almeno secondo i suoi sostenitori, i problemi che avevano caratterizzato un'interpretazione rawlsiana della giustizia. In base a una concezione *luck-egalitarian* infatti: «society ought to fund bio-medical treatment for any condition that:

- is disadvantageous;
- could be fixed by biomedical intervention;
- it would be unreasonable to expect the individual to avoid» (Segall 2010b, 5).

A differenza della teoria di Daniels, una prospettiva *luck-egalitarian* è in grado di rendere conto dei componenti socio-economici della salute dal momento che considera ogni disuguaglianza che non sia frutto di scelte individuali come ingiusta e, quindi, da correggere o mitigare. Allo stesso tempo una simile concezione riconosce il giusto peso alle scelte individuali valutando come legittime quelle differenze di salute che dipendono esclusivamente dai comportamenti delle persone⁵. Dal momento poi che anche la malattia di una persona anziana determina uno svantaggio di cui un individuo non è responsabile e che può essere eliminato, o parzialmente corretto, da un intervento medico, una concezione *luck-egalitarian* permette di giustificare anche queste forme di assistenza sanitaria. Visto, infine, che ogni differenza arbitraria deve essere corretta, non ricadiamo nel problema di dover distinguere le ingiustizie che sono frutto di disuguaglianze sociali da quelle determinate dal mero talento.

Anche se la concezione *luck-egalitarian* sembra aver superato molti limiti che avevano caratterizzato la prospettiva di Daniels, è stata criticata perché così onerosa da giustificare l'abbandono di coloro che sono responsabili del proprio svantaggio⁶. Se così fosse sarebbe giusto non prestare alcuna assistenza a chi ha responsabilità per la propria cattiva condizione di salute (immaginiamo il fumatore affetto da tumore o il motociclista ferito che non portava il casco). Una simile posizione, oltre ad essere molto esigente, sembra del tutto inadeguata a giustificare un'equa distribuzione dell'assistenza sanitaria perché contraria a quelle intuizioni universalistiche che hanno un particolare valore in un simile contesto.

Rispetto a questa critica, Segall mette giustamente in evidenza come la proposta da lui sviluppata non richieda di escludere dalle cure chi è responsabile

⁵ La centralità riconosciuta alle scelte individuali è l'aspetto dell'egualitarismo della sorte che ha maggiormente influenzato il dibattito pubblico nel tentativo di riformare lo stato sociale, e il sistema sanitario in particolare, in modo da responsabilizzare i cittadini. Sebbene l'ispirazione *luck-egalitarian* di queste riforme sia indubbia, è bene sottolineare come spesso tali interventi siano stati più ispirati a una logica di efficienza che di equità. Se è infatti vero che l'egualitarismo della sorte attribuisce centralità alle scelte individuali, è anche una prospettiva profondamente egualitaria che mira a correggere qualsiasi differenza che non sia dipendente da scelte individuali. Questo implica una profonda e costante redistribuzione delle risorse che non è mai stata realizzata.

⁶ Per una descrizione di simile obiezione si veda Carter (2005).

della propria condizione di svantaggio, ma imponga di considerare anche questo fattore. Se la prima alternativa è chiaramente problematica, la seconda, almeno questo sostiene Segall, risulta molto convincente una volta che la valutiamo con attenzione. È ovvio, infatti, che le cure non devono essere erogate solo in funzione del livello di responsabilità degli individui, dal momento che a contare sono anche altri fattori (per esempio, la condizione di bisogno o le prospettive di recupero). Escludere, però, che un simile elemento abbia un qualunque peso, sembra del tutto illegittimo soprattutto visto che l'assistenza sanitaria è un bene scarso.

Per chiarire la correttezza di questa posizione è sufficiente immaginare che Marco e Mattia soffrano di una malattia mortale e che vi sia a disposizione solo una dose del medicinale che li può salvare. Qualora non vi fossero differenze rilevanti tra i due, sarebbe giusto lanciare una moneta per stabilire chi curare. Se però Marco e Mattia avessero un diverso grado di responsabilità per la propria condizione di salute (Mattia non ne ha alcuna, mentre la malattia di Marco dipende dalle sue scelte) sembrerebbe iniquo attribuire loro la stessa *chance* di essere curati. Per superare un simile problema bisognerebbe, quindi, correggere la lotteria che alloca le cure in modo da favorire coloro che sono meno responsabili della propria condizione. In questa maniera la responsabilità avrebbe un peso, come è giusto che sia visto che si sta distribuendo un bene scarso, ma non sarebbe così preponderante da contraddire l'intuizione universalistica che abbiamo rispetto al diritto all'assistenza sanitaria.

Prima di sostenere che l'egualitarismo della sorte assicuri davvero un'equa distribuzione delle opportunità di salute, vorrei considerare quelle obiezioni in base a cui una simile prospettiva giustificerebbe un numero troppo ampio di interventi. Se infatti ogni disuguaglianza frutto di fattori moralmente arbitrari è da considerarsi ingiusta e da correggere attraverso interventi riparatori, anche forme di potenziamento genetico dovrebbero essere considerate legittime. Qualora, per esempio, fosse possibile modificare il colore della pigmentazione di un individuo e una persona discriminata a causa del colore della propria pelle richiedesse di cambiarlo, per una concezione *luck-egalitarian* questo intervento dovrebbe essere finanziato.

Anche se Segall riconosce come una simile conclusione possa sembrare problematica, cerca di mostrarne la correttezza evidenziando come le forme di potenziamento genetico tutelino gli interessi degli individui più svantaggiati. È chiaro come il cambiamento della pigmentazione non possa essere considerato la soluzione migliore perché prima si deve tentare di riformare la struttura sociale così che gli individui di colore non subiscano discriminazioni. Qualora, però, questo non riuscisse o le persone di colore continuassero ad avere meno opportunità degli altri membri della società, sembrerebbe ingiusto non migliorare la loro condizione dal momento che questo svantaggerebbe chi è

già in una posizione di svantaggio. Giustificando il potenziamento genetico, l'egualitarismo della sorte dimostra di essere una concezione della giustizia realmente egualitaria che assicura le più ampie ed eguali opportunità a tutti gli individui.

Sembra a questo punto possibile concludere che la teoria proposta da Segall abbia realmente superato i problemi di una concezione rawlsiana della giustizia e fornito dei criteri convincenti per distribuire le opportunità di benessere e garantire che tutti i membri della società siano trattati da eguali.

È davvero così o una simile prospettiva si basa su semplificazioni ed è caratterizzata da ambiguità?

Nella prossima sezione cercherò di rispondere a queste domande presentando alcuni dei problemi in cui incorre una concezione *luck-egalitarian* e sviluppando poi un'alternativa a questa proposta basata su un'idea relazionale dell'eguaglianza.

3. ASSISTENZA SANITARIA E VULNERABILITÀ

Sebbene la prospettiva sostenuta da Segall sembri molto convincente, si potrebbe mettere in luce come questa implichi un tale livello di astrattezza che semplifica i problemi che una concezione della giustizia dovrebbe affrontare risultando quindi inadeguata a regolare le reali diseguaglianze tra i membri di una società. Per chiarire questo aspetto vorrei focalizzarmi su uno degli elementi distintivi di una simile teoria, cioè il ruolo da questa attribuito alla responsabilità individuale. Anche se questa caratteristica sembra permettere alla proposta di Segall di fornire migliori indicazioni rispetto a una concezione rawlsiana su come distribuire l'assistenza sanitaria, si potrebbe sfidare una simile posizione mostrando come l'impatto che la responsabilità individuale può avere sulle opportunità di salute di cui gode un individuo è molto difficile da valutare e, anche qualora fosse possibile superare questo problema, non risulterebbe poi così significativo dal momento che molti altri fattori determinano la condizione di salute di una persona. Sviluppare una concezione che sia sensibile alle scelte degli individui non sembra permettere di fornire indicazioni più chiare rispetto a quelle assicurate da una prospettiva, come quella rawlsiana, che non prende in considerazione questo elemento. Se l'analisi di Segall non metteva in luce questo aspetto, ciò era dovuto al fatto che faceva riferimento ad esempi semplici e distanti dalla realtà, quindi per nulla significativi.

In base a questa obiezione, insomma, una simile concezione della giustizia è molto elegante ma così lontana dal reale contesto economico-sociale da risultare inadeguata a regolarlo.

Anche se è possibile condividere alcune di queste perplessità, è bene ricordare come il compito di una concezione della giustizia sia quello di definire uno standard di correttezza a cui le reali condizioni devono mirare⁷. Se la prospettiva sviluppata da Segall fornisce un criterio migliore rispetto a quella rawlsiana deve essere preferita a quest'ultima, anche se poi è possibile che si debba immaginare come tradurre questo ideale in pratica.

Credo sia proprio per questo necessario valutare con attenzione se davvero una concezione *luck-egalitarian* determini un buon standard a cui ispirarsi per assicurare che tutti abbiano eque opportunità di salute o se invece la distanza dei suoi principi dalle condizioni reali non gli impedisca proprio di realizzare questo obiettivo.

In primo luogo vorrei sollevare qualche dubbio rispetto al fatto che la prospettiva difesa da Segall sia realmente in grado di superare in modo così efficace le critiche tradizionalmente indirizzate all'egualitarismo della sorte e al suo eccessivo rigore nel giustificare l'abbandono del malato responsabile delle proprie condizioni. Come ho ricordato, Segall mostra che la responsabilità individuale debba contare quando bisogna stabilire a chi garantire un certo grado di assistenza ma modifichi esclusivamente le *chance* che le persone hanno di ottenere una cura e non il diritto a riceverla e come questo abbia un impatto davvero significativo in casi molto marginali, come quello in cui a dover essere distribuita è una cura molto rara tra individui che si distinguono solo per il diverso grado di responsabilità nei confronti della propria condizione di salute.

Ciò che vorrei cercare di evidenziare è come, se assumiamo una prospettiva *luck-egalitarian*, il peso della responsabilità sia molto più rilevante e rispetto a quanto suggerito da Segall e come, quindi, una simile teoria sia più onerosa di quanto possa apparire a prima vista. Questo non è necessariamente un problema ma rende meno intuitivo adottare una simile concezione della giustizia sottolineando, allo stesso tempo, come le semplificazioni che sono veicolate da questa prospettiva non permettono di coglierne a pieno tutte le conseguenze.

Quando Segall presenta la sua analisi evidenzia come l'assistenza sanitaria sia un bene scarso, e risulti quindi legittimo che la responsabilità individuale abbia un ruolo nel determinare come allocarlo, però non coglie la complessità di questo fattore, proprio per i problemi di astrattezza prima messi in evidenza. È infatti innegabile che le cure siano una risorsa scarsa, ma è anche bene considerare come tale scarsità è in parte determinata dalle scelte messe in atto dalle istituzioni le quali devono stabilire dove investire le risorse a loro disposizione al fine di assicurare agli individui eque opportunità di benessere. Semplificando molto, il numero di ambulanze utilizzate per soccorrere le

⁷ Per una difesa di una simile idea della giustizia si veda Cohen (2003) e Estlund (2009).

vittime di incidenti stradali influenza le risorse che si utilizzano per la chemioterapia o per l'assistenza domiciliare. Le istituzioni devono decidere chi deve ricevere una cura ma anche quali cure devono essere disponibili. Poiché per rispondere a entrambe queste domande una concezione *luck-egalitarian* dovrà considerare come rilevante la responsabilità individuale, chi adotta comportamenti rischiosi vedrà ridotte le proprie opportunità di salute sia perché minori risorse verranno investite per curare le malattie di cui è afflitto sia perché avrà meno *chance* di avere accesso a tali cure rispetto a chi non è responsabile della propria condizione.

Sembra a questo punto possibile concludere che l'egualitarismo della sorte limiti in modo rilevante le opportunità di benessere di chi è responsabile della propria condizione di salute, risultando una concezione della giustizia molto esigente e in tensione con le nostre intuizioni universalistiche in ambito di assistenza sanitaria.

Anche se questa mia analisi permette di chiarire come la posizione di Segall sia più onerosa di quanto poteva sembrare a prima vista, non riesce comunque a difendere lo statuto speciale dell'assistenza sanitaria o della salute, veri obiettivi polemici della proposta *luck-egalitarian*. Resta infatti vero che nessuno di questi due fattori sia più rilevante di altri nell'assicurare le più ampie ed eguali opportunità di benessere ai membri di una società e come, quindi, una concezione egualitaria della giustizia non debba distribuire questi beni in modo differente rispetto ad altri. Pur concordando con Segall che salute e assistenza sanitaria non hanno alcuna priorità nel garantire le opportunità di benessere per i membri di una società, vorrei comunque cercare di mettere in luce perché si dovrebbe attribuire certa priorità all'assistenza sanitaria.

Il ruolo di quest'ultima non è quello di assicurare che gli individui abbiano eque opportunità di benessere o possano perseguire i propri piani di vita⁸, ma quello di proteggerli da uno stato di vulnerabilità che impedirebbe loro di essere degli agenti che possono avere piani di vita o godere delle opportunità di benessere che una società giusta assicura loro. Dal momento che essere agenti è una preconditione per realizzare questi obiettivi, una società giusta deve attribuire priorità agli interventi, tra cui alcuni di quelli che sono erogati dall'assistenza sanitaria, che contrastano quello stato di vulnerabilità che mette a rischio la possibilità degli individui di esercitare la propria *agency*.

La centralità di una simile caratteristica permette di chiarire perché sia giusto curare, almeno entro certi limiti, anche persone molto anziane o al termine della propria vita e per quale ragione le cure devono essere garantite a tutti indipendentemente dal loro reddito. La condizione di vulnerabilità che viene

⁸ Assumere questo come obiettivo ha impedito a Daniels di giustificare lo statuto speciale dell'assistenza sanitaria.

inflitta da una malattia impedisce a ogni individuo di esercitare a pieno la propria *agency* a prescindere dai mezzi di cui dispone.

Per difendere una simile prospettiva e chiarire quali sono gli interventi che da questa devono essere giustificati, credo sia opportuno adottare una prospettiva politico-relazionale dell'eguaglianza che non richiede di distribuire agli individui risorse o opportunità ma impone di riconoscerli come membri di una società di eguali che possono rivolgersi richieste reciproche in base a questo loro status di eguaglianza⁹. Secondo una simile prospettiva, come sostenuto da Samuel Scheffler, «[e]quality [...] is a moral ideal governing the relations in which people stand to one another. [...] As a moral ideal, it asserts that all people are of equal worth and that there are some claims that people are entitled to make on one another by virtue of their status *as* persons. [...] As a political ideal, it highlights the claims that citizens are entitled to make on one another by virtue of their status *as* citizens» (Scheffler 2003, 21-22).

Affinché questi obiettivi siano realizzati l'assistenza sanitaria, come altre politiche che tutelano i cittadini contro la vulnerabilità, sono fondamentali e prioritarie ma non sufficienti. Qualora infatti vi fossero radicali differenze economico-sociali tra gli individui, la loro condizione di eguaglianza non verrebbe garantita perché le richieste di alcuni avrebbero maggiore peso rispetto a quelle di altri. Una volta assicurate queste che sono le precondizioni perché i cittadini possano essere riconosciuti come eguali, è bene lasciare che siano loro stessi a definire le politiche che devono tutelare la loro condizione di eguaglianza in modo da trattarli come agenti non come semplici beneficiari di interventi determinati da altri¹⁰.

Può una simile prospettiva giustificare la priorità dell'assistenza sanitaria e tutelare la salute degli individui o la proposta *luck-egalitarian* risulta ancora la più convincente?

Nella prossima sezione cercherò di rispondere a questa domanda analizzando, e rigettando, le obiezioni che alla mia prospettiva possono essere indirizzate dall'egualitarismo della sorte.

4. AGENCY E RISPETTO PER I CITTADINI

Adottare una prospettiva politico-relazionale permette di cogliere l'importanza e la specificità dell'assistenza sanitaria, senza per questo dover sostenere che tutti i suoi interventi debbano essere considerati prioritari. Inoltre, sottoli-

⁹ Sulla concezione relazionale dell'eguaglianza e la sua contrapposizione all'egualitarismo della sorte si veda Anderson (1999) e Scheffler (2003).

¹⁰ Sul ruolo dell'*agency* si veda Ottonelli (2012) e Biale (2013).

neando come i membri di una società devono essere trattati come agenti e non come semplici beneficiari di interventi esterni, l'eguaglianza democratica riconosce il loro ruolo nel definire quali politiche dovranno essere considerate come prioritarie e quali invece non potranno essere finanziate. Anche se una simile proposta può risultare convincente, è stata profondamente criticata proprio perché, non focalizzandosi sulla dimensione distributiva dell'eguaglianza, non sarebbe in grado di assicurare un'equa distribuzione dell'assistenza sanitaria.

In primo luogo è stato messo da più parti in evidenza come le concezioni relazionali dell'eguaglianza attribuiscono poco peso ai livelli assoluti di beni da garantire agli individui. Come sostenuto da Arneson, «whatever exactly participation as equals requires, it evidently does not require much by way of desirable quality of life. We could function of democratic equals while life is bleak, even squalid, for all of us» (Arneson 2004). Se quindi utilizziamo questa concezione dell'eguaglianza per distribuire l'assistenza sanitaria rischiamo di considerare come legittima l'assenza di questo servizio a patto che tutti stiano egualmente male. Se ciò fosse vero, una tale prospettiva si dimostrerebbe del tutto inadeguata a giustificare la distribuzione delle opportunità di salute tra i membri di una società.

Anche se una simile obiezione mette in evidenza una caratteristica problematica di alcune concezioni relazionali dell'eguaglianza, non permette di criticare la posizione da me sostenuta, la quale riconosce una certa priorità a quegli interventi, tra cui l'assistenza sanitaria, che tutelano i cittadini da una condizione di vulnerabilità in cui la loro *agency* viene messa in discussione. È chiaro che se, come nell'ipotesi presa in considerazione da questa obiezione, tutti gli individui versassero in una simile condizione, saremmo di fronte a un'ingiustizia che una società democratica dovrebbe correggere. Non sembra quindi corretto sostenere che la prospettiva da me difesa non riconosca alcuna dimensione non comparativa di beni da distribuire e che, in particolare, questo sia vero per quanto riguarda la distribuzione dell'assistenza sanitaria.

Sebbene il riconoscimento di un livello minimo da garantire a tutti permetta di rigettare questa prima obiezione, esso espone le concezioni relazionali a una critica ancora più rilevante in base alla quale queste non giustificerebbero alcuna distribuzione di risorse che superi la soglia in questione. Questo, come giustamente messo in evidenza da Segall, è ancora più problematico nel momento in cui consideriamo come assicurare eque opportunità di salute alle persone e come queste siano influenzate dalle differenze economico-sociali. Se una teoria relazionale mira a tutelare dalla vulnerabilità ma poi non giustifica alcun intervento oltre questa soglia, la salute di tutti i membri della società, indipendentemente dalle loro condizioni economiche, risulterà danneggiata. È ormai risaputo, infatti, che le aspettative di vita dipendono non solo dalla quantità assoluta di beni a disposizione degli individui ma dalle diseguaglianze

relative che caratterizzano una società. Contesti in cui la distribuzione di ricchezza è più eguale, ma le persone hanno in assoluto meno risorse, sono caratterizzati da una migliore aspettativa di vita rispetto a società in cui le diseguaglianze relative sono più marcate.

Pur condividendo pienamente l'idea che l'eguaglianza imponga limiti alle differenze relative che possono intercorrere tra i cittadini, vorrei sottolineare come queste osservazioni sono in linea con i vincoli di una concezione dell'eguaglianza democratica. Quest'ultima richiede, come ho cercato di tratteggiare in precedenza, che le differenze economiche e sociali tra gli individui non siano particolarmente significative visto che, se così non fosse, risulterebbe difficile garantire che si considerino reciprocamente come eguali e che attribuiscono lo stesso valore alle reciproche richieste.

Se, quindi, la concezione della giustizia da me proposta non mira solo ad assicurare che i cittadini siano considerati agenti ma anche ad assicurare che possano egualmente esercitare questa condizione, sarà necessario ridurre proprio le diseguaglianze relative. Al di sopra della soglia garantita dagli interventi volti a tutelare i cittadini dalla vulnerabilità, non conterranno tanto le quantità assolute di beni, ma quelle relative. Sebbene, quindi, si possa criticare la mia prospettiva perché, come quasi tutte le concezioni egualitarie della giustizia, può giustificare qualche forma di *levelling down*, non si può sostenere che non renda conto delle differenze in salute frutto delle ineguaglianze relative tra i membri di una società.

Anche se ciò è vero, si potrebbe comunque far notare che una simile proposta non fa altro che innalzare la soglia di risorse che devono essere distribuite equamente al fine di assicurare che gli individui siano trattati da eguali, ma non permette di giustificare alcun intervento oltre questo limite. All'interno di un simile contesto, rispetto a uno regolato da una concezione *luck-egalitarian*, sarebbero presenti più diseguaglianze e verrebbero messi in atto meno interventi sanitari con la conseguenza di peggiorare la salute degli individui. L'egualitarismo della sorte deve, quindi, essere preferito a una concezione politico-relazione dell'eguaglianza perché i suoi risultati sono migliori, cioè perché tutela in modo più efficace la salute degli individui.

Pur riconoscendo che la mia proposta può giustificare maggiori diseguaglianze rispetto a una prospettiva *luck-egalitarian*, vorrei mostrare come sia a questa preferibile perché adotta una concezione più complessa e completa della giustizia.

Se infatti è vero che per garantire un'eguale *agency* ai cittadini non è necessario affrontare tutte le diseguaglianze presenti in una società ma solo assicurare che gli individui non siano vulnerabili e che le diseguaglianze relative non siano eccessive, ciò non significa che queste diseguaglianze non possano essere

oggetto delle richieste che i cittadini in quanto attori politici possono reciprocamente indirizzarsi. Assicurare una certa soglia è condizione affinché i membri di una società possano essere considerati eguali, l'esercizio di questa eguaglianza implica che possano rivolgersi legittime richieste. Se le diseguaglianze che oltrepassano la soglia in questione sono per alcuni di questi individui problematiche, queste dovranno essere affrontate. Ciò implica, naturalmente, che è possibile che tali diseguaglianze vengano considerate giuste, ma se sarà così un simile risultato dovrà essere considerato legittimo perché frutto dell'esercizio da parte dei cittadini del loro status di eguali.

L'eguaglianza democratica tratta, quindi, gli individui con rispetto¹¹ riconoscendo loro la possibilità di definire quale sia una giusta distribuzione di risorse mentre le prospettive orientate esclusivamente agli esiti devono adottare una forma di paternalismo che risulta chiaramente problematico o, richiamandosi alla natura pluralista della giustizia, includere la propria teoria distributiva all'interno di una concezione più ampia che assicuri anche il riconoscimento degli individui come eguali (dimensione procedurale della giustizia). L'eguaglianza democratica permette invece di non adottare interventi paternalistici e di sviluppare un'idea della giustizia più completa che renda conto sia della dimensione procedurale che di quella più orientata agli esiti.

5. RICHIESTE POLITICHE E LEGITTIME DISEGUAGLIANZE

Anche se l'analisi fino ad ora svolta sembrerebbe evidenziare come la proposta da me sostenuta sia più completa e convincente dell'alternativa *luck-egalitarian*, sarebbe ancora possibile obiettare che una concezione relazionale giustifica un numero troppo ristretto di interventi per tutelare la salute dei membri di una società.

Cerchiamo di chiarire questa posizione.

Dal momento che una concezione relazionale dell'eguaglianza mira ad assicurare che i cittadini abbiano riconosciuta eguale capacità di *agency*, «it is indifferent to the potential unequal costs for different people of operating these capabilities» (Segall 2010b, 40). A conferma di quanto questo sia problematico immaginiamo, seguendo Segall, che Jack e Jill abbiano la stessa capacità di arrivare a un seggio elettorale, o di raggiungere la sede di un comizio, ma che Jill soffra molto nell'esercitare questa capacità il cui esercizio è per Jack privo di costi significativi. Anche se la condizione tra i due individui è chiaramente differente, l'eguaglianza democratica non è in grado di cogliere tale differenza e, quindi, di giustificare, anche qualora fosse disponibile, un

¹¹ A tale proposito si veda Biale (2015).

intervento che risolva i problemi di Jill. Una prospettiva *luck-egalitarian*, invece, considererebbe queste differenze come rilevanti e proverebbe a correggerle qualora fosse possibile.

Sebbene un simile caso sembri dimostrare la superiorità della prospettiva *luck-egalitarian* rispetto a quella relazionale, una volta ancora questa conclusione è viziata dalla semplificazione che viene veicolata dall'egualitarismo della sorte. In primo luogo è bene sottolineare come i costi nell'esercitare l'*agency* non devono essere così significative da metterla in discussione; qualora, infatti, ciò succedesse l'eguaglianza democratica giustificerebbe un intervento correttivo. Una simile precisazione sembra, comunque, confermare che vi sono casi in cui i costi non vengono considerati rilevanti e, quindi, la prospettiva *luck-egalitarian* debba essere preferita in quanto più capace di tutelare la salute dei membri di una società.

Per rispondere a questa obiezione è bene ricordare che le concezioni relazionali mirano a giustificare l'insieme di richieste che i cittadini si possono legittimamente rivolgere. All'interno di un simile contesto, soprattutto qualora questa fosse l'unica diseguaglianza da dover affrontare, pare legittimo riconoscere che Jill avrebbe delle buone ragioni per chiedere che la società finanzia gli interventi che curano la sua condizione. Qualora, invece, il sistema sanitario dovesse coprire questa come altre spese, come effettivamente accade, sembra altrettanto corretto che a definire quale sia l'intervento prioritario debbano essere i membri della società e non un criterio di giustizia che impone loro le corrette distribuzioni trattandoli come beneficiari e non come agenti.

Mi pare, quindi, possibile concludere che non abbia ragione Segall nel sostenere che una concezione relazionale non è in grado di rendere conto delle diseguaglianze legate ai costi in cui un individuo incorre per agire come un attore. Una simile prospettiva, anzi, permette a differenza di una concezione *luck-egalitarian* di trattare queste diseguaglianze rispettando gli individui come agenti e non imponendo loro delle politiche.

Si potrebbe comunque sottolineare come l'eguaglianza democratica non richiede di correggere le diseguaglianze frutto di fattori moralmente arbitrari ma solo quelle prodotte da istituzioni politiche e sociali che mettono a repentaglio l'*agency* degli individui. In base a questa prospettiva, quindi, tutti quegli interventi che non garantiscono questo obiettivo non possono in alcun modo essere giustificati. Questo è particolarmente problematico nel caso dell'assistenza sanitaria perché vi sono molte cure, come quelle legate alla fecondazione assistita o a forme di potenziamento genetico, che una società regolata dalla mia concezione non potrebbe giustificare. Come già messo in luce, una simile restrizione è molto difficile da difendere perché svantaggia individui che sono già svantaggiati, mentre una concezione *luck-egalitarian* può giusti-

ficare simili interventi e assicurare realmente che tutti gli individui abbiano eque opportunità di benessere.

Questa obiezione solleva un aspetto importante della concezione relazionale da me difesa; se infatti è sbagliato sostenere che una simile prospettiva non possa giustificare nessuna forma di intervento che non corregga diseguaglianze prodotte da istituzioni, è vero che pone a questi dei limiti. Per chiarire questo aspetto e difenderne la legittimità, vorrei considerare il caso di potenziamento genetico (cambiamento della pigmentazione a favore di un individuo di colore discriminato) che Segall aveva presentato per criticare una concezione rawlsiana.

Sebbene l'eguaglianza democratica imponga che le diseguaglianze strutturali che svantaggiano gli individui di colore siano affrontate e superate, non può giustificare interventi, come il cambiamento della pigmentazione, che non solo non affrontano le cause di queste diseguaglianze ma le rafforzano. Un simile intervento, infatti, conferma l'idea che il colore della pelle sia rilevante per determinare le opportunità di un individuo e attribuisce a una pigmentazione più chiara un valore positivo. Per sostenere la legittimità di una simile posizione, è bene ricordare come, in base all'eguaglianza democratica, i membri di una società devono per comportarsi da eguali fornire ragioni che giustifichino gli interventi a cui reputano di avere diritto. Qualora queste ragioni veicolano l'idea che sia meglio avere la pelle di un colore piuttosto che di un altro, e non siano quindi compatibili con l'eguale valore riconosciuto a tutti gli individui, è chiaro come non possano giustificare alcuna richiesta e come tale esclusione non limiti l'*agency* dei cittadini ma la confermi.

Si potrebbe obiettare che una simile prospettiva è iniqua nei confronti degli individui più svantaggiati perché fa pagare loro una condizione di cui non sono minimamente responsabili.

In primo luogo, è bene mettere in evidenza che qualora non sia possibile superare tutte le diseguaglianze strutturali, gli individui svantaggiati potranno chiedere delle forme di compensazioni che li ripaghino del loro svantaggio ma non interventi che implicitamente le confermino.

In secondo luogo, vorrei sottolineare come non sia così evidente che una prospettiva relazionale sia necessariamente più onerosa per gli individui svantaggiati. Se, infatti, è vero che questi non godranno di quegli interventi che potrebbero assicurare loro maggiori opportunità sul piano individuale, vivranno in una società in cui vi sono minori svantaggi strutturali. Non è difficile immaginare che in un contesto in cui vi fossero individui con la pigmentazione modificata, questi verrebbero comunque discriminati. Inoltre, in una simile società, gli individui davvero più svantaggiati, cioè coloro che sono di colore e hanno deciso di non modificare la propria pigmentazione, sof-

frirebbero ingiustizie più rilevanti rispetto a quelle che patirebbero in una società regolata da una concezione relazionale.

Dopo aver analizzato e rigettato le critiche rivolte all'eguaglianza democratica, sembra possibile concludere che, a differenza di quanto sostenuto dalla prospettiva *luck-egalitarian*, una società che voglia tutelare la salute dei suoi membri e trattarli da eguali debba riconoscere una certa priorità all'assistenza sanitaria senza però, come fatto dalle concezioni rawlsiane, sottostimare le componenti economico-sociali della salute e giustificare un numero troppo limitato di interventi a sua tutela.

Per raggiungere questi obiettivi una società deve incarnare l'ideale democratico contrastando quelle diseguaglianze che mettono in discussione l'*agency* dei suoi membri e questo porta ad attribuire una certa priorità a quelle politiche, tra cui parte di quelle garantite dall'assistenza sanitaria, che tutelano gli individui da uno stato di vulnerabilità riducendo le differenze economico-sociali che sono presenti tra i cittadini.

Se tali interventi garantiscono eguale *agency* ai membri di una società, saranno poi questi esercitando tale *agency* a dover definire quali sono le politiche prioritarie e quali, invece, non possono essere sostenute. Anche se questo può portare a giustificare maggiori diseguaglianze di quelle considerate legittime da altre concezioni della giustizia, riconosce gli individui come eguali e li tratta di conseguenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anderson E. (1999), «What Is the Point of Equality», *Ethics*, 109, pp. 287-337.
- Arneson R.J. (2004), «Luck Egalitarianism Interpreted and Defended», *Philosophical Topics*, 32, pp. 1-20.
- Biale E. (2013), «Giustizia sociale e diseguaglianze economiche, tra ethos ed agency», *Biblioteca della libertà*, n. 206/207, pp. 53-66.
- (2015), «Urban Space and Respect for Persons: Making Sense of Pluralism in Cities», in S. Moroni e D. Weberman (a cura di), *Space and Pluralism*, Budapest, CEU Press, in corso di pubblicazione.
- Carter I. (2005), *La libertà eguale*, Milano, Feltrinelli.
- Cohen G.A. (1989), «On the Currency of Egalitarian Justice», *Ethics*, 99, pp. 906-944.
- (2003), «Facts and Principles», *Philosophy and Public Affairs*, 31, pp. 211-245.
- Daniels N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (2008), *Just Health*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Dworkin R. (2000), *Sovereign Virtue*, Cambridge (MA), Harvard University Press (trad. it. parziale *Virtù sovrana*, Milano, Feltrinelli, 2002).
- Estlund D. (2009), *Democratic Authority*, Princeton, Princeton University Press.

- Ottonelli V. (2012), «Equal Respect, Equal Competence and Democratic Legitimacy», *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 15, pp. 201-218.
- Rawls J. (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge (MA), Harvard University Press (tr. it. *Una teoria della giustizia*, Milano, Feltrinelli, 1982).
- Scheffler S. (2003), «What Is Egalitarianism», *Philosophy and Public Affairs*, 31, pp. 5-39.
- Segall S. (2007), «Is Health Care (Still) Special?», *Journal of Political Philosophy*, 15, pp. 342-361.
- (2010a), *Health, Luck, and Justice*, Princeton, Princeton University Press.
 - (2010b), «Is Health (Really) Special? Health Policy between Rawlsian and Luck Egalitarian Justice», *Journal of Applied Philosophy*, 27, pp. 344-358.
- Sen A.K. (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press.