

Luigi Lorenzetti

PUBBLICO-PRIVATO¹

1. **Il significato dei termini.** Le parole *pubblico-privato* hanno diverse accezioni che configurano la distinzione e insieme il reciproco rapporto. Un primo significato: il pubblico è il giuridico, il privato è il non giuridico o l'extragiuridico. Un ulteriore significato: il privato coincide con la sfera della esclusività (intimità, particolarità, individualità) e il pubblico con la sfera della generalità (accessibilità universale, comunanza, appartenenza collettiva), così che il privato fa riferimento al singolo, il pubblico invece al collettivo. In breve, privato-pubblico corrispondono, in questa accezione, rispettivamente al particolare e al generale.

Il rapporto tra il privato e il pubblico può configurarsi in modo diverso a seconda della strutturazione della società. Nel modello di società liberista, la centralità è data all'individuo (individualista), così che ogni intervento pubblico (politico) è considerato un'indebita intromissione e fonte di disagio dell'iniziativa privata chiamata a dispiegarsi liberamente in ogni ambito, e non solo in quello economico. Una variante del modello di società liberista è quella istintivo-radicalista che punta esclusivamente sulla spontaneità incondizionata del singolo. Nel modello di società collettivista, all'opposto, l'individuo è dissolto nel collettivo, e ogni libertà individuale viene conseguentemente limitata e accentrata nello Stato totalitario.

Questi tre modelli, sia pure da prospettive diverse, si fondano su una concezione riduttiva di persona: si trascura, di volta in volta, la sua irriducibile individualità oppure viceversa, la sua essenziale socialità e politicità. In tutti e tre i casi comunque il rapporto pubblico-privato patisce degenerazione, perché uno dei due termini viene assorbito nell'altro. Soltanto la concezione personalista e comunitaria della persona offre una adeguata impostazione: privato e pubblico sono essenzialmente distinti e ugualmente correlati.

2. **La biomedicina e il pubblico-privato.** Un fatto saliente del nostro tempo è dato dal fenomeno della socializzazione e pubblicizzazione della biomedicina: dall'area del privato entra sempre più nell'area del pubblico. Dall'assenza dello Stato si passa ad una presenza sempre più estesa. Fino ad un tempo abbastanza recente, la medicina era considerata quasi una questione attinente esclusivamente al rapporto medico-paziente e alla competenza monopolizzata della classe medica. Questa, a sua volta, è organizzata in una categoria con una propria deontologia professionale che rivendica autonomia e indipendenza nei confronti dell'autorità pubblica e di qualsiasi altra autorità.

La situazione, per una serie di fattori, è radicalmente cambiata: la società, e per essa lo Stato, si fa presente in maniera sempre più estesa e diviene in qualche modo protagonista del fatto salute. La salute è considerata bene pubblico e conseguentemente merita ed esige tutela da parte delle leggi dello Stato; la medicina va oltre la cura della malattia e include la *prevenzione* della salute, e ciò fonda e giustifica la responsabilità di altre categorie sociali e professionali oltre quella del medico; l'avvertenza sempre più sperimentata dell'interdipendenza tra salute della persona e la salute dell'ambiente è un ulteriore fattore di

¹ Pubblicato in S. Leone – S. Privitera (edd.), *Nuovo Dizionario di Bioetica*, coedizione Città Nuova (Roma) e Istituto Siciliano di Bioetica (Acireale, CT) 2004, 971-974.

grande interesse che innova profondamente l'impostazione tradizionale della medicina, e mette in evidenza nuovi compiti, nuove prospettive sociali e pubbliche. I fattori di maggiore rilievo tuttavia che legittimano in misura crescente l'intervento del potere pubblico sono richiesti soprattutto dal progresso biotecnologico. In particolare, le nuove possibilità di intervento sul vivente in genere, e sull'essere umano in particolare, pongono ineludibili problemi etici, sociali e giuridici. Si pensi all'area della cosiddetta procreazione assistita e dell'ingegneria genetica. In breve, la bio-medicina va oltre l'ambito ristretto medico-paziente e viene riportata al centro della società nel suo insieme e delle forze attive di altre categorie sociali oltre quella del medico. In questa prospettiva si pone, in termini inediti, il rapporto privato-pubblico e ci si domanda quale sia il ruolo dello Stato in campo medico. Nei regimi democratici, lo Stato che gestisce i servizi pubblici trova i suoi limiti nel principio della libertà. Conseguentemente l'assistenza alla vita, la cura del benessere pubblico statalizzata in senso totalitario, così che non lasci spazio alcuno all'iniziativa dei privati e dei gruppi, è semplicemente inammissibile. Lo stato democratico esige invece non soltanto il pluralismo nelle strutture, ma anche il pluralismo delle strutture. In altre parole, accanto alle strutture pubbliche o statali devono poter operare strutture ed istituzioni non statali, non in alternativa o contrapposizione ma in complementarietà e reciprocità.

Attualmente lo scontro/incontro riguarda due posizioni contrapposte, almeno a livello di principio, ma che nella prassi devono poterci conciliare in un ragionevole compromesso senza chiusure e irrigidimenti. La prima si richiama al principio dell'*autoregolamentazione* della comunità scientifica. La seconda sostiene la necessità del controllo democratico della ricerca scientifica in campo medico e della sua applicazione. In altre parole, la società, e per essa lo Stato, deve essere responsabilizzata al massimo. Senza diffidare a priori dell'autoregolamentazione, sono forti le motivazioni per non lasciare il tutto nelle mani della comunità scientifica. In verità l'autoregolamentazione dello scienziato e della comunità scientifica, al di là dell'intenzione, è di fatto molto limitata. La scienza e la tecnica infatti sono condizionate e, a volte, strettamente legate al potere economico, che è interessato agli aspetti economici più che a una «buona scienza» per il benessere delle persone e della società. Inoltre la logica scientifica e tecnologica è tentata di sottovalutare i costi e le conseguenze umane e sociali di talune innovazioni. Comunque sia, la valutazione etica di una determinata possibilità tecnologica non può essere lasciata soltanto agli addetti ai lavori, ma deve coinvolgere l'intera comunità in quanto tale. La ricerca biologica e genetica, e le conseguenti tecniche biomediche, possono trasformare le condizioni della procreazione umana, della vita intra-uterina, della malattia e della morte, pongono problemi centrali sui quali si gioca la libertà e il destino delle persone, il senso della sessualità e il suo legame con la procreazione, il perché della sofferenza e la definizione della morte. Per tutto questo la società deve sentirsi coinvolta e responsabilizzata: non può restare indifferente o neutrale come si trattasse di problemi riconducibili unicamente al rapporto medico-paziente. La deontologia professionale medica non basta, si tratta di stabilire regole per problemi comuni. Da qui la necessità di legiferare nell'ambito biomedico.

3. L'equivoca tendenza alla privatizzazione. La crisi dello stato sociale è indiscutibile, discutibile invece è l'approccio liberista o neoliberista che individua le cause unicamente nel deficit pubblico non più sostenibile, e quindi propone la necessità di ridurre la spesa pub-

blica. Le ragioni della crisi dello stato sociale sono più complesse e vanno ricercate nell'andamento demografico (invecchiamento della popolazione), nella tecnologia (i costi del sistema sanitario) e soprattutto nei cambiamenti nel mondo del lavoro. La posizione liberista o neoliberista è contestabile sia nella analisi delle cause sia nella ricetta risolutiva che consisterebbe nella completa privatizzazione dei servizi sociali. L'enfasi sulla privatizzazione poggia sul presupposto - tutto da dimostrare - che soltanto il settore privato assicuri efficienza e competitività. L'efficienza è necessaria, ma non basta, bisogna che si accompagni alla giustizia, all'equità e alla solidarietà. Il principio di giustizia esige che tutti possano usufruire delle medesime risorse e cure, indipendentemente dal reddito; il principio di equità esige che venga dato di più a chi ha più bisogno. Le nostre società occidentali privilegiano l'investimento produttivo e quindi tendono a considerare la spesa sanitaria, e i servizi sociali in genere, come impedimento all'economia e allo sviluppo. Senza entrare in merito alla questione della privatizzazione di alcuni settori, è fin troppo evidente che «il mercato non può assicurare una distribuzione equa dei servizi sociali di base, caratteristici dello stato sociale: l'istruzione, la tutela della salute, la sicurezza sociale. Tanto meno può garantire una soddisfacente qualità» (CEI, Commissione per i problemi sociali e del lavoro, *Democrazia, sviluppo e bene comune*, 62). In conclusione, il ruolo della comunità, e per essa dello stato, non può essere minimizzato. È necessario, tuttavia, riorganizzarlo secondo il principio della sussidiarietà, vale a dire decentrare la gestione dei servizi sociali, in modo da rendere possibile la partecipazione e il controllo dell'efficienza e delle prestazioni. In breve, il no alla soluzione liberista è anche un no allo stato accentratore della gestione dei servizi sociali.

Nell'ambito delle politiche sociali - ma non solo in queste - bisogna dare spazio al cosiddetto *Terzo Settore*, costituito da libere associazioni, volontariato, cooperazioni di solidarietà sociale, fondazioni e organizzazioni varie del tipo *non profit*. Tale settore non intende essere alternativo allo Stato e ai suoi compiti: fissare gli standard qualitativi, stabilire le regole di accesso dei cittadini alle varie tipologie dei servizi sociali, le modalità di finanziamento, i criteri di controllo; in una parola, non gestire ma regolare il Welfare.

[? *Diritti dell'uomo; Diritto (Funzione del); Legge civile; Stato; Stato sociale*]

Bibl. - AA.VV., I servizi sociali tra programmazione e partecipazione, Angeli, Milano 1976; P. DONATI, Pubblico e privato: fine di un'alternativa?, Cappelli, Bologna 1979; F. PIGA, Pubblico e privato nella dinamica delle istituzioni, Giuffrè, Milano 1985; A. MAYNARD, Pubblico e privato nei sistemi sanitari, Fondazione Smith Kline, Milano 1986; F. ALBERONI, Pubblico e privato, Garzanti, Milano 1987; M. PACI, Pubblico e privato nei moderni stati di welfare, Liquori, Napoli 1989; B. NARDI (Ed.), La responsabilità in materia sanitaria, Giuffrè, Milano 1984; G. DELL'OSSO (Ed.), Responsabilità e progresso medico, Giuffrè, Milano 1984; V.M. CAFERRA, Diritti della persona e stato sociale, Zanichelli, Bologna 1987; C. MASERA, Limiti etico-giuridici del progresso medico, OEMF, Milano 1988; R. PETRELLA, Il bene comune elogio della solidarietà, Diabasis, Reggio Emilia 1997; L. LORENZETTI, Crisi dello stato sociale, in L. LORENZETTI - F. MARZANO - A. QUAGLIO, Economia/finanza, Cittadella, Assisi 2000, 146-151.