

Cap. 15 - Il difficile incontro tra economia e salute¹

1. Economia, salute ed etica

Abbiamo sostenuto precedentemente il primato che all'etica e alla bioetica vanno attribuiti in ogni ambito societario. Di conseguenza, in una società giusta, l'etica deve guidare anche l'economia e non l'opposto, poiché questa non possiede intrinsecamente fondamenti che motivino e finalizzino gli interventi, ma unicamente criteri tecnico-gestionali-organizzati. Perciò, per comprendere il bisogno dell'uomo, in altre parole per servire la persona e non viceversa, corre l'obbligo di riferirsi costantemente a questa branca del sapere umano. E' un concetto fondamentale per ogni collettività così affermato dal cardinale D. Tettamanzi: "L'economia non è fine a se stessa e non ha in se stessa i criteri fondamentali e decisivi del suo realizzarsi umano: essa è imparentata con un legame indissolubile con l'uomo e con la dignità personale dell'uomo. Come deriva dall'uomo, così è ordinata all'uomo. In questo senso le cosiddette questioni economiche non sono soltanto sic et simpliciter economiche; ma sono sempre anche questioni antropologiche ed etiche. Dove la dimensione etica, non è più semplicemente sovrapposta né indebitamente imposta dall'esterno all'economia, ma è intrinseca a un'economia che voglia essere umana ed umanizzante"². Per evitare indebite ingerenze o manipolazioni del pensiero, è opportuno risottolineare che non è compito dell'etica risolvere i problemi più inquietanti, ma questa ha la responsabilità di offrire parametri per un idoneo discernimento, ad esempio nel stabilire il rapporto economia-salute poichè si sta sviluppando, spesso subdolamente, l'idea che la salute sia un bene riservato "in primis" ai soggetti socialmente utili³. Tendenza questa, già denunciata da san Giovanni Paolo II, "mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorte di culto del corpo e alla ricerca edonistica dell'efficienza fisica, contemporaneamente ci si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali"⁴ e ripresa da papa Francesco: "Purtroppo nella nostra epoca, così ricca di tante conquiste e speranze, non mancano poteri e forze che finiscono per produrre una cultura dello scarto; e questa tende a divenire mentalità comune (...). Le vittime di tale cultura sono proprio gli esseri umani più deboli e fragili, cioè i nascituri, i più poveri, i vecchi malati, i disabili gravi, che rischiano di essere scartati, espulsi da un ingranaggio che dev'essere efficiente a tutti i costi"⁵. Sarebbe questo un ritorno alle società primitive dove, ad esempio, si lasciavano morire malati e anziani o li si induceva a togliersi la vita

¹ Rimandiamo per alcuni concetti riguardanti costi e risorse in sanità al capitolo 6, parte seconda.

² D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2001, pg. 462.

³ Sono preoccupanti le considerazioni sulle cure ai pazienti anziani riportate in 'The Gerontologist' n. 1 del 1997 nell'articolo di N.R. ZWAIBEL, K.C. CASSEL, T. KARRISON: *Public attitude about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources*.

"1.L'anziano ha l'obbligo verso il giovane di rinunciare ad un'assistenza troppo onerosa alla fine della vita.

2.La società in genere dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani, per poterle invece impiegarne di più per il benessere dei bambini.

3.Gli anziani possono trovare un significato per la loro età accettando la morte, com'era in epoche precedenti.

4.La non somministrazione di cure all'anziano è giustificabile poiché la morte non è prematura, ma l'anziano ha avuto la possibilità di vivere un naturale ciclo di vita.

5. Se le cure sanitarie devono essere razionate, è più giusto razionarle sulla base dell'età, poiché l'età è un criterio equo".

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 1999.

⁵ PAPA FRANCESCO, *Udienza Generale*, 7 dicembre 2013.

poiché erano un onere per la società. E' ciò che accade anche oggi in alcuni Paesi che hanno legalizzato l'eutanasia (Belgio, Olanda...)⁶. Idea inaccettabile poiché di fronte alla malattia e alla morte tutti gli uomini sono uguali. Quindi, la salute, è un bene comparabile ad altri beni e non sottoponibile ad un'analisi quantitativa. Potremmo anche affermare per essere più espliciti: "Chi, o uomo, ti conferisce il potere di disporre della vita o della morte dei tuoi simili?". O, peggio ancora, l'instaurarsi di un potere che nega le cure in base alla situazione economica o sociale delle persona. Non possiamo scordare, inoltre, che la Costituzione Italiana, accanto ai diritti civili e politici, riconosce anche quelli relativi alla tutela della salute e all'assistenza (cfr.: artt. 32 e 38) consapevole che la salute non ha prezzo, anche se i suoi costi aumentano e le risorse diminuiscono. Sono queste constatazioni basilari che pongono interrogativi che ci assilleranno sempre di più essendo inevitabile e progressivo l'aumento degli oneri economici che gravano sul Sistema Sanitario Nazionale. Dovremo chiederci, continuamente, come contemperare alla richiesta di salute dei cittadini, anche di fronte all'allungamento della vita, con prestazioni qualificate e tecnologicamente avanzate, rispettando contemporaneamente i bilanci dello Stato. Da questa situazione scaturiscono molteplici osservazioni che riassumiamo nel seguente interrogativo: per un discorso etico-economico sono sufficienti i termini oggi più utilizzati, vale a dire qualità, efficienza, efficacia, contenimento dei costi..., oppure è indispensabile integrarli con altri vocaboli: equità, eguaglianza, giustizia, responsabilità...?

Dalle risposte offerte potrebbero scaturire anche alcune drammatiche situazioni. Ad esempio, trovandoci con strutture insufficienti e numerose richieste d'intervento in unità coronaria, in terapia intensiva, in centri d'emodialisi o in incubatrici, come procedere nella scelta di chi dovrà usufruirne? Se la cura del malato tumorale richiede medicinali assai onerosi economicamente (farmaci tumorali di ultima generazione), come comportarci? È ammissibile porre limiti economici all'assistenza sanitaria degli anziani? Una colonna portante della professione medica è il principio di beneficiabilità che obbliga il sanitario ad offrire al paziente il trattamento più efficace secondo "scienza e coscienza"; come accordarlo con i costi?

Poiché le risposte agli interrogativi sopra-elencati potrebbero favorire i malati più giovani rispetto ai più anziani, o caldeggiare il criterio del beneficio sociale, questi racchiudono evidenti risvolti di moralità. Per questo, siamo convinti che i principi etici in generale, ed alcuni in particolare, non possono essere tralasciati nelle discussioni riguardanti la sanità e la salute, persuasi che una "buona medicina" e una "buona economia" necessitano sempre di una "buona etica" poiché ci sostiene nel definire la tipologia di società che desideriamo per il futuro. Dunque, medicina ed economia, non sono scienze autonome in assoluto ma devono accordarsi con l'etica e l'antropologia se vogliamo accogliere, curare e servire l'umano.

⁶ Molto realistico è l'inizio di questo articolo: "L'eutanasia è fuori controllo in Belgio. A dirlo non sono appena le statistiche sull'enorme numero di persone (più di duemila all'anno), in continua crescita, che scelgono di morire con l'iniezione letale. Gli stessi entusiasti e promotori della "buona morte" nel paese sono preoccupati dal vedere che giorno dopo giorno la legge sull'eutanasia viene aggirata portando al decesso di malati che neanche dovrebbero accedere alla pratica" (L. GROTTI, *Belgio. Eutanasia fuori controllo. Anche i medici chiedono paletti*, La Nuova Bussola Quotidiana, 8 novembre 2017).

2. Responsabilità specifiche e doveri personali

Uno dei concetti più in auge in sanità è “efficienza”⁷, termine privo di connotati negativi; anzi, associato a quello di “efficacia”⁸, postula un operare rispondente ai fini ed adeguato alle risorse. Il problema, quindi, si sposta sugli scopi da perseguire, sui mezzi da utilizzare, sulle risorse da approfondire. Le difficoltà maggiori riguardano l’identificare chiari e uniformi obiettivi, complessi in questo settore, non solo nel loro conseguimento ma anche nella loro determinazione. Ad un sistema non si può richiedere di essere etico o morale; potrà solo essere adeguato e funzionale. Quindi, il giudizio di valore, non dovrà riferirsi unicamente alla capacità di calmierare i costi, all’idoneità nel curare la patologia, alla competenza nel restituire l’efficienza fisica ma dovrà riguardare anche l’effettiva attitudine di guarire la persona reintegrandone le sfere personali e sociali.

La scarsità delle risorse e contemporaneamente l’incremento esponenziale dei costi delle cure e la loro distribuzione ed utilizzo rimangono i problemi più spinosi, quelli che suscitano maggiori contrasti e competizioni spesso ignobili. La crescente difficoltà a giustificare investimenti non compensati da benefici, sminuendo, come affemato, il valore dei componenti più vulnerabili della società, deve preoccupare poiché rischiamo di legittimare scelte aberranti, già compiute nella storia da regimi che reputavano alcune vite “non degne di essere vissute”.

Le nostre convinzioni ci fanno affermare che le prospettive della razionalizzazione e dei ticket sono misure inadeguate e a volte dannose convinti che le risposte ai dilemmi attuali saranno forniti unicamente dalla valorizzazione delle risorse propriamente umane, quali l’intelligenza e la cultura, supportati da una filosofia etica spalancata alla dimensione trascendente. Il “trait-d’union” tra salute ed economia è unicamente l’etica che permetterà l’analisi delle singole situazioni incluse nelle categorie già affermate dell’equità, dell’uguaglianza, della giustizia e della responsabilità.

“L’equità” che diverge dall’uguaglianza, riguardando la prima le politiche che lo Stato adotta (ad esempio l’accesso a tutti i cittadini ai livelli minimi di assistenza - Lea) e la seconda l’efficacia di tali scelte, devono procedere supportate dalla “giustizia distributiva”, cioè il distribuire le risorse in rapporto alle esigenze economiche dei singoli che consentirebbe di oltrepassare l’insostenibile modello che lo Stato debba offrire a tutti la medesima quantità di servizi, mentre ha l’obbligo di porre particolari attenzioni ai ceti più deboli e più fragili. Osserva S. Leone: “forse potrà apparire ingiusto se visto dalla parte del ‘ricco’ che si vede gravato di un onere assai superiore a quello del ‘povero’ usufruendo delle stesse prestazioni, ma in un’ottica solidaristica e in ossequio al principio di sussidiarietà non solo non si tratta di una ‘sproporzione’, ma anzi di un vero e proprio ‘dovere’ da parte di chi ha di più nei confronti di chi ha di meno”⁹. Accanto a ciò servirà distinguere tra medicina dei diritti e medicina dei desideri¹⁰; tra cure essenziali e cure secondarie che solitamente offrono un beneficio superfluo, forse improbabile o addirittura impossibile; tra interventi irrinunciabili e interventi opzionali.

E’ indispensabile, inoltre, rieducare amministratori e operatori sanitari a dispensare cure efficienti, efficaci e proporzionate, evitando ogni eccesso terapeutico anche se richiesto dal paziente ed enfatizzato dai mezzi di

⁷ Ottimizzazione del rapporto risorse-prodotto.

⁸ Capacità di fornire il risultato atteso.

⁹ S. LEONE, *Nuovo Manuale di Bioetica*, Città Nuova, Roma 2007, pg. 302.

¹⁰ La medicina che oltre la cura, prospetta soluzioni idilliache per i problemi inerenti l’identità, l’aspetto psicologico e sessuale.

comunicazione. E qui, non possiamo scordare, la cosiddetta “medicina difensiva” che tratteremo nel prossimo capitolo poiché sperpera migliaia di euro.

Anche i cittadini andranno educati alla responsabilità nei riguardi della propria salute sia sul versante delle cause che delle conseguenze, orientandoli a stili di vita che debellino patologie dovute a scelte irresponsabili. E' importante anche orientare all' “invecchiare bene” infatti, meno malattie croniche e disabilità, sono manna per i sistemi previdenziali. È irrimandabile, inoltre, il passaggio del cittadino da consumatore passivo dei servizi sanitari ad attore corresponsabile e partecipe di un bene comunitario che è quello della salute, comprendendo che “più cure” non equivale a “migliori cure”. E in questi settori, l'insegnamento dei medici, è fondamentale. Particolare attenzione merita l'uso dei farmaci che costituiscono una componente di alto rilievo della spesa sanitaria, non sempre giustificata. Si pensi, ad esempio, agli armadietti colmi di medicinali, forse scaduti, presenti in molte abitazioni. G. Domighetti afferma che quello dei farmaci è un mercato particolare che non concede al consumatore di scegliere essendo l'offerta e non la domanda a regolare i consumi¹¹. C. Lanzetti sostiene che “il difetto principale di tale mercato è l'assenza di trasparenza tra offerta e domanda che non permette al cittadino di gestire in modo più autonomo e responsabile la propria salute”¹². E' facile intuire i soggetti e le categorie più influenzabili da un'industria che specula, a volte anche ampiamente, sulle sofferenze dei singoli ponendo ardui problemi etici. Da ultimo, la responsabilità, deve trasformarsi in vigilanza critica affinché ogni provvedimento sempre salvaguardi l'uomo nella sua globalità.

Concludendo, affermiamo la nostra contrarietà alla visione che vorrebbe che il costo per la salute producesse benefici evidenti; la salute è come un iceberg; noi possiamo avvistare unicamente la parte emergente mentre rimane invisibile ai nostri occhi la quota sommersa.

3. Le strutture sanitarie

Tre sono i nuclei che nel Servizio Sanitario Nazionale concorrono a perseguire la tutela della salute: le aziende sanitarie pubbliche, le strutture private profit e le strutture private no-profit.

L' “ospedale”, oggi nominato con l'ambiguo termine di “azienda sanitaria”, come rispecchia l'etimologia, dovrebbe essere il “luogo ospitale” che accoglie e cura. Ma, molti, sostengono che “l'ospedale” oggi è malato. Noi concordiamo con questa analisi, poiché “sul piano culturale, gli ospedali concepiti come aziende, sono strutture come i supermercati o le fabbriche nei quali il lavoro è alienato, spersonalizzato, oggettivizzato e, come tale, disumanizzato. La vocazione del curare e la cultura del produrre non hanno la stessa natura perché attingono a dimensioni diverse del fare e dell'essere. E' chiaro, quindi, che il concetto di produttività ha ben poco da spartire con quello di altruismo che mai è entrato nella cultura della fabbrica e nella logica dei rapporti presenti tra l'imprenditore e i suoi operai”¹³.

¹¹ Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani*, in Arco di Giano, 10, 1996, pp. 56-69.

¹² C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati*, F. Angeli, Milano 1999, pg. 41.

¹³ A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia 2003, pg. 46.

AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Amministrate dall'apparato statale, gestiscono il 77% dei posti letto sul territorio nazionale ed offrono notevoli vantaggi alla collettività essendo disponibili per tutti i cittadini, indipendentemente dall'età, dallo status socio-economico e dalla patologia. Concretizzano il principio di uguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla malattia. Sono però soggette a politiche finanziarie non sempre condivisibili ed esposte a gestioni inefficienti e ad abusi, sprechi e sciupii difficilmente controllabili essendo ancora diffuso il deleterio concetto che del pubblico si può abusare oltre misura.

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE PROFIT

Il privato, intraprendendo un'attività investe dei capitali, assume il rischio d'impresa, ne dirige la produzione favorendo gli interventi che offrono il massimo profitto in base alle leggi di mercato. Queste regole sono irrinunciabili anche per le strutture sanitarie private profit, organizzate in "cordate" economico-politiche, con continui aumenti delle quote di mercato che accrescono l'incidenza contrattuale.

Le strategie del profitto, mentre sono condivisibili nelle aziende "di prodotto" che generano beni di consumo (dalle automobili agli elettrodomestici), in quelle "di mercato" con reti di distribuzione (dai centri commerciali ai supermercati) e in quelle "servizio (dai gestori di telefonia a quelli dell'energia) pongono ampie perplessità applicate alla sanità. Non perché il profitto non sia etico ma nell'ospedale "la produzione" non può seguire i criteri aziendali dovendo contribuire alla miglioria della salute che non è un "prodotto" ma uno "stato esistenziale" difficilmente misurabile, essendo ogni persona eterogenea anche nella modalità di esprimere la malattia. Di conseguenza, la ricerca esasperata del rendimento e lo specifico interesse per il lucro, danneggia il malato delle fasce sociali più deboli e il sistema essendo arduo far coincidere il successo economico con il bene della persona. Nei confronti della sofferenza è indispensabile inoltre "la flessibilità" che stravolge la logica gestionale dell'ente profit.

Non possiamo, però, per obiettività, non osservare l'esemplarità nel controllo di gestione e di qualità anche se alcune perplessità ci interpellano. Ad esempio, oggi, la maggioranza delle istituzioni sanitarie private no-profit vivono drammatici disagi economici che costringono alcuni Enti a vendere delle strutture. Di conseguenza, l'interrogativo che sgorga spontaneo osservando il profit, riguarda sia le metodologie per ottenere il "pareggio di bilancio", sia la distribuzione dell'utile d'esercizio ai singoli azionisti essendo questo, il più delle volte per le strutture accreditate, frutto del finanziamento pubblico. La risposta agli interrogativi formulati la demandiamo al lettore; noi proponiamo unicamente un ulteriore elemento di riflessione tratto dal sottotitolo di un libro di J. Mahoney riguardante l'etica dell'impresa: oil and water (olio e acqua)¹⁴. L'autore che identifica "l'olio" con gli affari e l'acqua con "l'etica" ammonisce sull'impossibilità di fusione tra i due elementi perché "gli affari sono affari". Anche se continuamente mescoliamo acqua ed olio in un catino, l'olio tornerà sempre a galla senza modificare la sostanza.

¹⁴ Cfr.: J. MAHONEY, *Business and Ethics: Oil and Water*, Gresham College, Londra 1988.

LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NO-PROFIT

Il terzo gruppo presente in sanità è rappresentato dalle strutture private no-profit, prevalentemente d'ispirazione cristiana, che uniscono la qualità e la centralità del malato con costi di gestione inferiori rispetto all'ente pubblico. In queste Istituzioni, inoltre, è assente la logica mercenaria non distribuendo gli eventuali utili d'esercizio ma reinvestendoli in attività o in progetti sociali. In una felice espressione l'economista G. Alvi ritiene la solidarietà per il no-profit "un vero atto economico almeno quanto il tornaconto, pilastro dell'economia mercantile".

In Italia le strutture sanitarie di ispirazione cristiana sono circa 300 con 50.000 posti letto e 55.000 operatori sanitari. Sono Istituti di Ricerca e Cura a carattere scientifico, Ospedali classificati, Presidi psichiatrici, Case di cura, Centri di riabilitazione, Residenze sanitarie ed assistenziali. Rappresentano specialistici poli scientifici e tecnologici, operano con strumenti e tecniche d'avanguardia a livello diagnostico, curativo e di recupero funzionale e sociale di soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali. Sono, però, una minima parte nel settore assistenziale! Dunque, il privato no-profit, è esiguo, frammentato e compresso tra due giganti. Rischia di essere sospinto ai margini del sistema, uscendo così non solo dal mercato ma anche da prospettive di servizio e di crescita culturale da sempre caposalda della missione di questi Enti.

Conclusione

La conclusione che proponiamo è doppia: la prima riguarda il corretto razionamento delle cure sanitarie, la seconda il modello che riteniamo più idoneo nella gestione delle strutture sanitarie.

Per quanto riguarda i criteri per un corretto razionamento delle cure sanitarie facciamo riferimento a D. Pellegrino, eminente bioeticista statunitense, che propone tre condizioni per un procedimento "etico" di razionamento. Prima: il procedimento pubblico; tutti i cittadini devono essere parte attiva e informata nello stabilire i criteri, le persone e le strutture coinvolte. Seconda: equa distribuzione delle risorse; il riferimento dovrà essere la salute di ogni uomo e non l'età o la qualità della vita. Terza: il medico non deve esercitare questa valutazione; non può essere coinvolto nel razionamento o nel controllo per gli obblighi morali che lo vincolano alla propria coscienza professionale e al malato, poiché la relazione medico-paziente non può essere assimilata a quella del venditore e dell'acquirente¹⁵.

Per quanto riguarda la gestione delle strutture sanitarie riportiamo questo pensiero di Fra Pierluigi Marchesi, figura accreditata nella sanità mondiale come abbiamo potuto constatare in precedenza, perciò possedeva l'autorevolezza, la saggezza e la competenza per suggerire la tipologia di ospedale a "misura d'uomo". "Io penso che lo Stato debba vigilare sulla salute, ma non debba lui far salute, allora il mio è un sogno forse utopico, ma la sanità deve essere fatta 'senza scopo di lucro'. Quindi il no-profit dappertutto, con una legge breve, semplice, chiara, in cui tutti sanno che per operare in sanità non si deve fare profitto. Occorre una legge sul no-profit che sia chiara, e che non sia di interpretazione personale o regionale, ma che permetta un'interpretazione univoca e unitaria. Del resto negli Stati Uniti, quanti sono gli ospedali profit? Pochissimi, ma c'è una legge ben chiara. No-profit non vuole dire non rendere

¹⁵ Cfr.: D. PELLEGRINO, *Is Healthcare Rationing ethically defensible in our Country today*, Conferenza tenuta a Memphis il 21 ottobre 1991.

redditivo il servizio, ma la parte redditiva la devi reinvestire per migliorare il servizio”¹⁶.

¹⁶ G. CERVELLERA – G. M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pg. 147.

