

CAP. 23 – LA CURA DELLA SALUTE TRA PROBLEMI ETICI ED ECONOMICI

INDICE DEL CAPITOLO

- 1. Economia, salute ed etica**
- 2. Le trasformazioni della sanità in Italia**
- 3. Responsabilità specifiche e doveri personali**
- 4. I farmaci**
- 5. Le strutture sanitarie**
 - 5.1. Le strutture sanitarie “pubbliche”
 - 5.2. Le strutture sanitarie private “profit”
 - 5.2. Le strutture sanitarie private “no profit”

1. Economia, salute ed etica

Più volte abbiamo sostenuto il primato che all'etica va attribuito nei vari ambiti sociali. Di conseguenza, in una “società giusta”, l'etica deve istradare anche l'economia e non l'opposto, poichè questa non possiede intrinsecamente fondamenti che motivino e finalizzino gli interventi, ma unicamente criteri tecnico-organizzativi.

Perciò, per recepire le esigenze e le attese dell'uomo, in altre parole per “servire la persona” e non viceversa, corre l'obbligo di riferirsi costantemente alle scienze umane e all'etica. E' un concetto fondamentale per la società, ben 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, 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"¹.

Purtroppo dobbiamo evidenziare anche che la “crisi economica”, che da anni ci dilapida, è la conseguenza della latitanza dell'etica su questo versante. E papa Francesco è ancora più esplicito: "Non possiamo più aspettare a risolvere le cause strutturali della povertà, per guarire le nostre società da una malattia che può solo portare verso nuove crisi. I mercati e la speculazione finanziaria non possono godere di un'autonomia assoluta. Senza una soluzione ai problemi dei poveri non risolveremo i problemi del mondo. Servono programmi, meccanismi e processi orientati a una migliore distribuzione delle risorse, alla creazione di lavoro, alla promozione integrale di chi è escluso"².

Queste certezze che oltrepassano le semplici opinioni, esigono in questo testo specifico, l'analisi del rapporto “economia-salute-etica” in relazione all'uomo,

¹ *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 462.

² A. TORNIELLI – G. GALEAZZI, *Papa Francesco, questa economia uccide*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2015, pg. 82.

mentre si sviluppa a livello internazionale la convinzione che la salute sia un "prodotto" riservato "in primis" ai soggetti socialmente utili³. Una tendenza preoccupante 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 si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali"⁴.

Inoltre, la Costituzione Italiana, a fianco dei diritti civili e politici, riconosce anche quelli relativi alla tutela della salute e all'assistenza (cfr. articoli 32 e 38) consapevole che "la salute non ha prezzo", anche se i costi s'ingigantiscono e le risorse si riducono drasticamente.

Alcuni interrogativi bioetici che prima o poi saremo costretti ad affrontare.

In generale: come farci garanti della richiesta di salute del cittadino con prestazioni qualificate e tecnologicamente avanzate, onorando contemporaneamente i "bilanci dello Stato"?

In particolare:

-avendo strutture insufficienti alle richieste di ricovero in unità coronariche, in terapie intensive, in centri d'emodialisi o in incubatrici..., quali criteri adottare per selezionare chi dovrà usufruirne?

-di fronte a farmaci anticancro costosissimi che non garantiscono la guarigione ma prolungano la vita di qualche anno, ha senso dissanguare le finanze pubbliche?

-quanto ci costano due anni di vita in più di un malato tumorale?

-è tollerabile stabilire dei plafond economici all'assistenza socio-sanitaria degli anziani?

-è accettabile ammissibile curare una persona solo in base al suo stile di vita?

Una colonna portante della professione medica è il "principio di beneficiabilità" che obbliga il medico a prescrivere al suo paziente la terapia più opportuna e più efficace; come conciliare questo con i costi?

Gli interrogativi sopra-elencate racchiudono evidenti ripercussioni di eticità. Perciò siamo certi che i principi etici in generale e alcuni in particolare, quali l'equità, l'eguaglianza, la giustizia e la responsabilità non possono essere trascurati nelle discussioni riguardanti la sanità e la salute, persuasi che una "buona medicina" e una "buona economia" necessitano sempre di una "buona

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 impiegare 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.

etica”, e solo partendo da questa possiamo definire la tipologia di società vogliamo costruire.

Dunque, medicina ed economia, non sono scienze autonome ma devono accordarsi con l'antropologia e con l'etica se vogliamo che le società siano concretamente a “servizio dell'uomo”.

2. Le trasformazioni della sanità in Italia

Il “diritto alla salute” con quelli di libertà di opinione e di movimento, di accesso all'istruzione e di uguaglianza di fronte alla legge..., sono proclamati nelle Costituzioni moderne e reclamate dai cittadini, ma non sempre risultano adempiuti soprattutto nel settore sanitario poiché, anche laddove l'impegno societario è sommo le aspettative sono molteplici e in costante incremento. .

In Italia, sono stati realizzati negli ultimi decenni con il potenziamento del welfare, supportato del cosiddetto boom economico, pregiovoli sforzi per offrire a tutti un'adeguata qualità di vita.

Ciò ha riguardato anche la sanità, principalmente con la legge 833 del 1978: “Istituzione del servizio sanitario nazionale” (cfr. GU.n.360 del 28-12-1978) che garantiva al cittadino i diritti all'assistenza e alla cura, unificando in un'unica istituzione l'apparato della salute, offrendo l'opportunità di accostarsi gratuitamente alle cure, senza particolari attenzioni ai costi.

Il sistema fu impostato da parte di governanti di tutti i colori che avevano come unico obiettivo ottenere un consenso sociale pro-tempore, il tacito accordo del “tutto gratuito a tutti” con l'impegno dello Stato di farsi carico dell'assistenza “dalla culla alla tomba”. Questa metodologia che privilegiò “la cura” rispetto “alla prevenzione” provocò una preoccupante deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre che corruzione, ingigantimento disumano della burocrazia e l' incontrollabile incremento della spesa sanitaria. Si pensi ai ricoveri impropri, spesso superflui e di lunga durata, alle analisi di laboratorio e strumentali scarsamente motivate, allo spreco di farmaci, alla cagionevole amministrazione e ai furti.

Mutate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito a un considerevole rallentamento nella crescita del prodotto interno e a una consistente diminuzione del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici motivi: i costi in continuo aumento delle nuove e sofisticate tecnologie diagnostiche e terapeutiche, gli interventi superflui e l'ostinazione terapeutica, l'incapacità di discernere tra “cure essenziali” e “cure secondarie”, interventi primari e opzionali, accordati unicamente perchè richiesti dal paziente e enfatizzate dai massmedia o dal web, le campagne di prevenzione, la comparsa di nuove patologie, il prolungamento dell'età media della popolazione, spesso afflitta da malattie croniche ed invalidanti. Un accenno merita anche il diffondersi della propensione a dilatare il campo di intervento terapeutico anche a situazioni puramente sgradevoli, privilegiando gli espedienti farmacologici ai più gravosi interventi educativi. E poi, la chirurgia estetica, la procreazione medicalmente assistita, gli screening prenatali e l'interruzione della gravidanza. Tutto ciò ha reso i bilanci economici incontrollabili. Inoltre, la divinizzazione della salute, la sopravvalutazione

del ruolo degli operatori e delle cure, le aspettative miracolistiche degli interventi in ogni fase dell'esistenza negando il limite, hanno generato altre dispendiose, pericolose e irragionevoli speranze. Da ultimo la "medicina difensiva" che si è concretizzata prevalentemente nella non accuratezza nella prescrizione degli esami diagnostici e strumentali.

Ed ora, siamo di fronte ad una sanità che molti definiscono un "malato complesso". Ricordava D'Agostino: "Nessuno Stato al mondo, nemmeno il più ricco, è in grado di dare una risposta compiuta ai bisogni sanitari della propria popolazione. Molti ritengono ingiusta questa situazione. Ma non è così: se per paradosso il bilancio dello Stato venisse tutto o in massima parte utilizzato per far fronte alle spese sanitarie, si paralizzerebbero le altre attività (di tutela dell'ordine pubblico, di promozione dell'economia, di formazione delle nuove generazioni...) cui lo Stato deve far fronte e questo da una parte creerebbe più ingiustizia sociale e dall'altra una situazione di recessione e di crisi economica, di cui comincerebbe a soffrire lo stesso sistema sanitario"⁵.

Dagli anni novanta del XX secolo si modificò totalmente la sanità con le leggi 421 del 1992: "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale" (GU n.257 del 31-10-1992), 502 del 1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421 (GU n.305 del 30-12-1992), 517 del 1993: "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992" (GU n.293 del 15-12-1993) e con altri aggiornamenti normativi. Queste leggi hanno rivoluzionato il panorama sanitario: riducendo le prestazioni, trasferendo l'assistenza nelle fasi di convalescenza e di riabilitazione "sul territorio" mentre l'ospedale si sarebbe occupato unicamente delle patologie nello stadio acuto, rapportando la cura della salute alle compatibilità economiche.

Si privilegiò "la prevenzione" rispetto alla cura e s'intraprese l'austera via della razionalizzazione, riconoscendo che il welfare state non era più idoneo ad assicurare "tutto a tutti", ma unicamente uno standard minimo di prestazioni essenziali, i Lea (Livelli essenziali di assistenza). Da notare che la riforma del Titolo V della Costituzione contemplò per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive, mai inferiori, a quelle incluse nei Lea.

Dunque, il "diritto alla salute" che appariva un traguardo raggiunto definitivamente fu rimesso in discussione non teoricamente ma praticamente con la logica delle tre "T" (tagli, ticket, tetti di spesa).

La sanità fu inoltre aziendalizzata, spalancata alle regole di mercato, di competizione e di privatizzazione, fu adottato un sistema di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate (cfr. legge 502/1992, articolo 13), fu assunto come criterio fu quello imprenditoriale concretizzato nelle aziende ospedaliere dai DRG. Dall'inglese "Diagnosis Related Group", classificano 463 patologie e stabiliscono il rimborso per l'Ente indipendentemente dai giorni di degenza e dalle terapie effettuate. Questo significava che se il

⁵ *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., pg. 219.

paziente rimaneva più giorni in ospedale ed era soggetto a cure dispendiose, l'Ente ci rimetteva economicamente. Di conseguenza, i tempi di degenza, si abbreviarono anche troppo, rischiando di dimettere con anticipo pazienti, soprattutto anziani, portatori di molteplici problemi fisici, psicologici e sociali. Prima della riforma l'indennizzo della cura era effettuata "a piè di lista" per gli ospedali pubblici e con una "quota diaria capitaria" per gli enti convenzionati. L'innovazione fu dunque radicale, poichè nel passato i ricoveri a volte erano impropri e di durata maggiore rispetto alla cura della patologia, mentre dal 1992 si è incentivati a dimettere rapidamente per "guadagnare" altri DRG. Ma i Diagnosis Related Group sono moduli scarsamente flessibili, insufficienti per catalogare la vastità delle patologie, non curanti dei quadri diagnostici e prognostici differenziati come, ad esempio, quello degli anziani.

Questa riforma tramutò "il malato" da paziente in utente; "gli strumenti di cura" in materiale di consumo; "gli operatori sanitari" in burocrati frequentemente demotivati; "i medici" in amministratori condizionati dalla struttura, con il costante dilemma di dover optare tra i costi e la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggeriscono. Osservava D. Pellegrino: "La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di riduzione dei costi della sanità"⁶. E sempre Pellegrino ammonisce: "Gli abusi generano le regole, le regole limitano l'autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l'esperienza della malattia"⁷. E anche la crisi finanziaria dei cosiddetti mutui subprime che tra il 2007 e il 2008 sconvolse prima gli Stati Uniti e, da lì, il resto del mondo ha aggravato ulteriormente la situazione.

Infine, a deteriorare questo complesso scenario, si è aggiunta l'istituzione dei ticket, frequentemente onerosi, per esami diagnostici, visite specialistiche e farmaci incrementando il già inaccettabile carico fiscale del cittadino, oltre il continuo taglio di prestazioni. L'ultimo fu il cosiddetto "Decreto Lorenzin" sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche approvato il 9 dicembre 2015 ed entrato in vigore il 21 gennaio 2016 che comportava un taglio di 7 miliardi in tre anni. Queste disposizioni che ridurranno in minima percentuale il deficit sanitario, sono altamente illogiche, particolarmente nei confronti delle famiglie numerose, dei malati cronici, degli anziani e delle persone fragili... Renderanno "cattivi frutti" con un incremento nel tempo dei costi sanitari dovuti al deterioramento complessivo della salute generale della popolazione. Gli ammalati cronici ridurranno gli esami diagnostici o non assumeranno delle terapie salva-vita e gli "apparenti sani" non si cauteranno adeguatamente. Inoltre, essendo i ticket deliberati dalle amministrazioni regionali, producono disuguaglianze, costituzionalmente inammissibili, tra i cittadini italiani.

Non possiamo tacere alcuni dati allarmanti.

Il rapporto 2019 della Fondazione Banco Farmaceutico onlus e BFRsearch⁸ evidenziò un quadro preoccupante.

539mila poveri non si sono potuti permettere i farmaci.

⁶ *Medicina per vocazione*, op. cit., pg. 32.

⁷ D. PELLEGRINO, *Helping and healing. Religious commitment in healthcare*, 1997.

⁸ Cfr.: <https://www.bancofarmaceutico.org/cm-files/2018/11/13/rapporto-poverta-2018.pdf>

Le richieste di farmaco al Banco Farmaceutico prevalentemente per il sistema nervoso, l'apparato muscolo-scheletrico, il tratto alimentare e metabolico e l'apparato respiratorio è stata di 993mila confezioni con un aumento del 22% rispetto al quinquennio 2012-2016.

La quota di spesa per assistenza farmaceutica non sostenuta dal SSN, quindi a totale carico delle famiglie è passata dal 37,3% del 2016 al 40,6% di 2017. 13milioni di persone hanno limitato le spese per visite e accertamenti.

I morti nel 2017 sono stati 649mila, 34 mila in più rispetto all'anno precedente. Un picco di mortalità dipeso dalle fragilità sempre più emergenti.

Altro quadro allarmante è presente nel IX rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermedia⁹. Mostrò che 20milioni di italiani furono costretti nel 2018 a rivolgersi al privato per accedere alle cure a causa di liste d'attesa molto lunghe o chiuse. Ciò significa che la spesa sanitaria privata media per famiglia fu di circa 1.430 euri.

Da ultimo, notiamo un' inadeguata "formazione umanistica" di taluni Direttori generali e ruoli apicali che giudicano questi argomenti estranei alla loro attività, dimostrando così un'insufficiente conoscenza delle necessità globali dell'ospedale. Sergio Marchionne, già Amministratore Delegato di FIAT S.p.A. e Presidente e Amministratore Delegato di Chrysler Group LLC, in possesso di tre lauree, tra cui una in filosofia, partecipando ad un programma televisivo "Che tempo fa" (24 ottobre 2010), dichiarò che la laurea in filosofia offre significato al suo agire quotidiano. Se questa "esigenza" era presente in una personalità che operava nel settore industriale, superiore dovrebbe essere in chi quotidianamente è in relazione con il dolore umano e la morte.

Dirigere un'istituzione sanitaria non significa unicamente gestire rigorosamente dei capitali osservando rigide regole economiche ma governare e organizzare un "microcosmo" specifico e originario, comunicando con le risorse umane, riconoscendo essenziale non unicamente chi svolge complesse prestazioni ma anche chi assiste con competenza, umanità e rispetto, quotidianamente, il malato. La "competenza" e la "motivazione" degli operatori sanitari costituiscono "il punto di forza" del servizio poiché si offrirà un prodotto migliore a un costo minore. Ciò innescherebbe comportamenti virtuosi congiungendo "scienza" e "carità", "cura" e "premura".

3. Responsabilità specifiche e doveri personali

Una delle concezioni più in auge è l'"efficienza"¹⁰, vocabolo che non possiede connotati negativi; anzi, associato a quello d'efficacia¹¹, postula effetti dell'operare consoni ai mezzi, rispondenti ai fini, adeguati alle risorse.

Il problema, quindi, si trasferisce sugli obiettivi da perseguire, sui mezzi da utilizzare, sulle risorse da effondere. La criticità è quella di identificare una concorde percezione degli obiettivi che, in questo settore, sono complessi non solo da raggiungere ma anche da determinare. Fini e mezzi, quando si

⁹ Cfr.: https://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf

¹⁰ Ottimizzazione del rapporto risorse-prodotto.

¹¹ Capacità di fornire il risultato atteso, quindi la soddisfazione del cliente.

intersecano interagendo fra loro, spalancano strade a prospettive e a scopi inattesi e immaginabili.

A un sistema non si può richiedere di essere etico o morale; potrà unicamente essere “adeguato” e “funzionale”. Per questo, il “giudizio di valore”, non potrà riferirsi unicamente alla destrezza nel calmierare le spese, all'idoneità nel curare la patologia, alla competenza nel restituire l'efficienza fisica ma dovrà contemplare l'effettiva idoneità di “guarire la persona”, reintegrandone anche gli aspetti psicologici, sociali e spirituali.

La risorse insufficienti, la loro assegnazione e il loro impiego restano i problemi più spinosi, quelli che suscitano i principali dissidi e competizioni ignobili.

La crescente criticità a giustificare investimenti non indennizzati da vantaggi, sottovalutando la i bisogni dei componenti più vulnerabili della società, deve preoccupare poiché rischiamo di legittimare azioni aberranti, già consumate nella storia da regimi che reputavano delle vite “non degne di essere vissute”.

Muoversi nella prospettiva della razionalizzazione non risolverà le criticità, unicamente le procrastinerà. La “soluzione” perverrà solo dalla valorizzazione delle risorse “propriamente umane”, quali l'intelligenza e la cultura, dispiegate in base a una filosofia etica aperta alla dimensione trascendente. In questa situazione riteniamo che il “trait-d'union” tra “salute” ed “economia” sia l'etica che acconsente di analizzare le problematiche inserite nelle categorie dell'equità, dell'uguaglianza, della giustizia e della responsabilità.

“L'equità” che è differente dall' “eguaglianza”, essendo la prima una peculiare politica che lo Stato adotta (ad esempio, il riconoscere a tutti i livelli essenziali di assistenza) e la seconda l'effetto di tale scelta (ad esempio, la possibilità concreta di accesso), devono procedere supportate dalla “giustizia distributiva” che, come ricordato, consente di superare l'idea insostenibile che le istituzioni pubbliche debbano offrire a tutti la stessa quantità di servizi, mentre, invece, ha l'obbligo di agire con particolare attenzione nei confronti delle classi più fragili.

“Dare a ciascuno secondo le sue necessità” significa discernere: tra “medicina dei diritti” e “medicina dei desideri”¹²; tra cure “essenziali” e “secondarie” che promettono un beneficio accessorio, improbabile e utopistico; tra interventi “irrinunciabili” e “opzionali”. Quindi, “stop” a prescrizioni mediche non appropriate, non indispensabili e non vantaggiosi agli obiettivi diagnostici. Ad esempio, privilegiando nuovamente la “semeiotica clinica”, cioè il riconoscere mediante una visita accurata i segni della malattia ed ascoltando il malato, sostitui negli ultimi decenni dalla “semeiotica radiologica”, cioè dalla possibilità di visualizzare con strumenti radiologici le varie parti del corpo, la necessità di esami potrebbe essere quasi dimezzata, poiché secondo vari studi almeno il 40% degli esami radiologici richiesti sarebbero inutili.

Per quanto concerne i parametri per un corretto “razionamento delle cure sanitarie” ci riferiamo a D. Pellegrino, illustre bioeticista statunitense, che prospettò tre condizioni.

Prima: il procedimento pubblico. Tutti i cittadini devono essere componenti attivi e informati nello stabilire i parametri, le persone, le strutture coinvolte...

¹² La medicina che, oltre la cura, prospetta soluzioni idilliache per i problemi legati all'identità e alla sfera psicologica.

Seconda: equa distribuzione delle risorse. L'obiettivo di riferimento deve essere la salute di ogni uomo e non l'età o l'utilità sociale.

Terza: il medico non deve operare questa scelta-valutazione. Il medico non può essere coinvolto in politiche di razionamento o di controllo per gli obblighi morali che lo vincolano alla propria coscienza e al paziente. Infatti, la relazione medico-paziente, deve oltrepassare quella "venditore-acquirente"¹³.

Va recuperata, inoltre, la responsabilità dei cittadini nei confronti della propria salute sia sul versante "delle cause" che "delle conseguenze" adottando stili di vita che debellino patologie dovute a decisioni irresponsabili. Oltre a ciò, il cittadino, deve compiere il passaggio da "consumatore passivo" dei servizi sanitari ad "attore" corresponsabile e partecipe di un bene comunitario che è quello della salute, intuendo che "più cure" non equivale a "migliori cure".

4. I farmaci

Una maggiore riflessione merita l'impiego dei farmaci che costituiscono una componente rilevante del totale delle spese sanitarie (circa il 20%) e non sempre è giustificata. Pensiamo, ad esempio, ai cassetti straripanti di medicinali presenti in varie abitazioni e, a volte, scaduti.

In Italia, più di un farmaco al giorno, è consumato in media da ogni abitante e 18,7 sono le confezioni consumate in un anno da ogni cittadino. Il Servizio Sanitario Nazionale, nel 2017, ha rimborsato circa il 60% della spesa farmaceutica per un totale di 26 miliardi di euro. I farmaci più utilizzati riguardano il sistema cardiovascolare, gastrointestinale, nervoso e i medicinali antineoplastici¹⁴.

G. Domighetti afferma che quello delle medicine è un mercato particolare che non permette al consumatore di scegliere essendo "l'offerta" e non la domanda a disciplinare i consumi^{15/16}. Denuncia il farmacologo S. Garattini: "Il Servizio sanitario deve accogliere solo ciò che serve veramente per i pazienti. Se prevalesse la richiesta del valore terapeutico aggiunto, verrebbero approvati meno farmaci. Ma non sarebbe del tutto negativo neanche per l'industria: i suoi prodotti, prima di essere superati, avrebbero una vita più lunga. E i sistemi sanitari nazionali offrono un mercato garantito: quasi nessuno potrebbe comperare molti farmaci ai prezzi attuali"¹⁷. 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"¹⁸ e così accade che molti non completano il ciclo di farmaci

¹³ Cfr.: D. PELLEGRINO, *Is Healthcare Rationing ethically defensible in our Country today*, Conferenza tenuta a Memphis il 21 ottobre 1991.

¹⁴ Fonte: Rapporto OSMED sul consumo dei farmaci in Italia nel 2017.

¹⁵ Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani*, in Arco di Giano, 10, 1996, pp. 56-69.

¹⁶ L'industria farmaceutica in Italia è composta da 174 fabbriche, con 63mila addetti (il 90% laureati o diplomati) oltre a 65mila nell'indotto. Produce per 29 miliardi di valore, il 72% destinato all'export. Attualmente sono allo studio su scala mondiale oltre 7mila nuovi farmaci.

¹⁷ E. NEGROTTI, *Il farmacologo. "Meno farmaci, basta consumismo"*, 6 dicembre 2018, <https://www.avvenire.it/famiglia-e-vita/pagine/meno-farmaci-basta-consumismo>

¹⁸ C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati*, F. Angeli, Milano 1999, pg. 41.

prescritti, oppure possiamo trovare anche la situazione di medici che fanno più prescrizioni del dovuto e quando si devono prendere tanti farmaci cala la voglia di seguire le terapie. Troviamo poi la nostra disponibilità a pagare, per stare bene, a volte superiore alle disponibilità economiche, oppure i farmaci di terapie innovative garantiscono un incremento progressivo della sopravvivenza determinando, però, un'impennata della spesa farmaceutica.

Qual' è l'equo prezzo di un farmaco? Quali criteri sono utilizzati per determinarlo? Come giudicare che un medicinale, prevalentemente nelle "nuove terapie", è venduta dall'azienda produttrice a prezzi assai differenti nelle varie parti del mondo?

I costi dei farmaci innovativi è in continuo aumento. Prendiamo come esempio la commercializzazione nei primi mesi del 2015 del "Sofosbuvir", prodotto dalla Gilead Science, un innovativo antivirale che cura l'epatite C con un successo superiore al 90%. Il costo in Italia di un ciclo medio di terapia della durata di 12-24 settimane è tra i 37mila e i 45mila euro. Negli Stati Uniti 84mila dollari, in Egitto circa 900 dollari, in India un euro a compressa. La ditta produttrice ha reputato che un importo poco elevato porterà ai malati di quei Paesi enormi benefici. Certamente la decisione è meritoria ma, soprattutto oggi, pone una riflessione. E' inaccettabile sottostimare un prezzo nei Paesi poveri e sovrastimarne in altre nazioni in nome del profitto dell'industria farmaceutica. E, poi, avremo le risorse economiche per finanziarlo a tutti? In Italia sono presenti 50mila casi di malattia avanzata e/o non rispondenti a precedenti terapie, ma risulta che solo 10mila sono stati trattati, gli altri "no", prevalentemente per l'indisponibilità economica delle regioni.

I vantaggi per la salute che deriveranno da nuovi medicinali dovranno essere "accessibili a tutti", al di là della nazionalità e dalle appartenenze etniche, mediante un trasparente processo di "contrattazione del prezzo" tra fabbricante e acquirente, intersecando tre componenti: il profitto della ditta produttrice, l'innovazione farmaceutica e la sostenibilità sanitaria, altrimenti potrebbe accadere ciò che è successo nel Regno Unito dove nel luglio 2015, il sistema sanitario (Nhs), eliminò dall'elenco dei farmaci dispensati gratuitamente "l'Olaparib", un chemioterapico per la cura del cancro alle ovaie. Costo circa 5.700 euro al mese, troppo elevato rispetto ai benefici che i malati ne traevano.

Come ulteriore elemento di riflessione riportiamo due affermazioni di M. Scaccabarozzi, presidente di Farminindustria.

"Il farmaco per l'epatite C costerà pure decine di migliaia di euro, ma quanto costa il malato non curato? Molto di più, fino a centinaia di migliaia di euro..., e in più il malato potrebbe guarire con una compressa, invece che fare la chemioterapia, i trattamenti per la cirrosi e magari anche uno o due trapianti di fegato. Dove sta allora il vero risparmio?"¹⁹

"Facciamo un esempio: fino a pochi anni fa quando un paziente aveva un'ulcera gastro-duodenale stava in ospedale da 3 giorni a una settimana per un intervento chirurgico a 1.000 euro al giorno. Oggi non c'è più nessuno che va in ospedale per questo motivo perché con pochi centesimi al giorno ci sono farmaci che la curano. È lecito chiedersi dove sono stati reinvestiti questi risparmi: forse in

¹⁹ Dall'intervista rilasciata al SIR il 28 giugno 2015 (a cura di Luigi Crimella).

apparati, o strutture, a scapito della distribuzione di cure avanzate?”²⁰

In Italia si sta creando una nuova allarmante situazione: l'irreperibilità periodica di farmaci salva-vita; nel luglio 2019 ne scarseggiavano duecento. Motivo? Il nostro paese è leader della produzione con 32miliardi di euro di fatturato nel 2018 e 26miliardi nell'esportazione perché in Italia i prezzi sono più bassi del 20-25% rispetto agli altri Paesi europei, quindi i farmaci sono acquistati dalle nazioni dove costano di più. E' perciò vantaggioso per le industrie l'esportare. Però, per i farmaci, è bene ricordarlo, non può equivalere la logica del libero scambio, essendo i medicinali una tutela della salute pubblica e dei più fragili. L'auspicio, perché il malato non sia privato di un farmaco essenziale, è che l'Aifa proceda con un minitoraggio più efficace, bloccando temporaneamente le esportazioni in caso di scarsità di un farmaco nel mercato interno.

Come sono stabiliti i prezzi dei farmaci? Per il professor C. Jommi del Dipartimento di Scienza del Farmaco dell'Università degli Studi del Piemonte orientale e responsabile scientifico dell'Osservatorio Farmaci (Cergas) dell'Università Bocconi di Milano, il prezzo dei farmaci è il frutto di una trattativa tra l'Aifa e le industrie farmaceutiche, seguendo determinati criteri: “Rilevanza della malattia, presenza sul mercato di alternative terapeutiche, beneficio incrementale (miglioramento delle condizioni e delle aspettative di vita) e impatto sulla spesa (più persone dovranno essere trattate minore dovrà essere il costo)”²¹.

Se questo discorso è accettabile, non possiamo condividere l'immane aumento dei prezzi dei farmaci di fascia C, quelli chiamati da banco, acquistabili con ricetta ma a carico completo dei cittadini, che avviene a scadenza regolare, disciplinato dal decreto legge 87/2005: “Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale” (GU n.124 del 30-05-2005), poiché ci appare una indegna speculazione delle aziende farmaceutiche che negli anni dispari non mancano l'appuntamento. Anche all'inizio del 2019, circa 800 prodotti hanno subito un rincaro del 5,7%. Come pure il fatto che il prezzo al pubblico dei medicinali senza obbligo di ricetta è liberamente fissato da ciascuna farmacia o parafarmacia.

Alcune conclusioni ricordando che la salute è un bene primario e quindi deve essere protetto dallo Stato anche a livello di farmaci evitando gli sprechi, contenendo la burocrazia, frenando il mercato.

Elaborare una strategia lungimirante e una visione comune tra istituzioni e produttori di farmaci affinché l'innovazione rappresenti un valore aggiunto per i pazienti, superando il deficit burocratico per aprirsi a una visione-tecnico-scientifica. Solo così sarà possibile trovare degli accordi tra pubblico e privato e rintracciare una via di mezzo tra la sostenibilità del sistema e gli interessi dell'industria.

Nella 72°Assemblea Mondiale della Salute organizzata a Ginevra nel maggio 2019 con la collaborazione di Medici Senza Frontiere (MSF), si è proposta la “via della trasparenza” dei prezzi di farmaci, vaccini e altre tecnologie sanitarie, rendendo noto da parte delle industrie farmaceutiche i dati sugli studi clinici, i

²⁰ Intervista al SIR, op. cit.

²¹ E. VINAI, *Chi paga il conto dei nuovi farmaci anti-tumore?*, in *Avvenire*, 11 giugno 2015, pg. 15.

vincoli brevettuali e i costi di ricerca e produzione, consentendo così un negoziato più equo tra le autorità pubbliche e le aziende superando un sistema di monopolio che favorisce prezzi elevati con un forte impatto sociale sul sistema sanitario pubblico.

Farmaci con lo stesso valore terapeutico dovranno avere prezzi uguali mentre un valore superiore dovrà essere riconosciuto unicamente a farmaci medicinali che presentano un vantaggio terapeutico a livello di esiti clinici, sopravvivenza, qualità della vita e riduzione della tossicità.

Infine è irrimandabile una strategia di azione tra le istituzioni, gli enti no-profit e la filiera del farmaco con l'obiettivo di valorizzare anche pratiche di solidarietà. La legge 166/2016; "Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi" (GU n.202 del 30-08-2016) è senz'altro un buon inizio.

Una nota conclusiva. Il farmaco più caro al mondo si chiama "Zolgensma", è prodotto da Novartis, è una terapia genica per bambini affetti da atrofia muscolare spinale. Costo 2,1 milioni di dollari.

5. Le strutture sanitarie

Tre sono i nuclei che nel Servizio Sanitario Nazionale concorrono a perseguire la tutela della salute: le istituzioni pubbliche, le istituzioni private profit e le istituzioni private non profit. Nel nostro paese, secondo i dati del Ministero della Salute, ci sono 1.091 istituti di cura, 9.268 centri per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 6.526 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.787 per l'assistenza territoriale semiresidenziale e 1.027 per l'assistenza riabilitativa. In questo "pianeta" sono impiegate 629.713 unità così ripartite: il 70,9 per cento nel ruolo sanitario, il 17,7 per cento nel ruolo tecnico e l'11,2 per cento nel ruolo amministrativo. Più dettagliatamente: lavorano 243mila medici e 332mila non medici anche se secondo la Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) oggi mancano 30 mila infermieri.

Ma prima di esaminare le tipologie di strutture è opportuno ravvivare gli obiettivi che l'ospedale deve conseguire.

Il vocabolo "ospedale", come ricorda l'enciclopedia Treccani deriva dal latino, più precisamente è il sostantivo neutro dell'aggettivo "hospitalis" cioè "ospitale" e indicava l'alloggio per i forestieri. Nella volgata popolare assunse anche il termine di "nosocomio" dal greco νοσοκομῆιον, locuzione che possiamo scindere in due parti: νόσος = malattia e κομῆῖν = curare; di conseguenza è il "luogo ospitale" che accoglie e cura. Ebbe origine in occidentale, nella romanità in via di cristianizzazione.

I primi nosocomi furono luoghi d'accoglienza dei poveri. Poi, con il trascorrere del tempo, si sviluppò l'attenzione alla malattia ma non si smarrì la connotazione umana e religiosa. Per esempio, in Francia, l'ospedale fu denominato "l'Hotel du bon Dieu" (l'Albergo del buon Dio), dove vigeva il motto: "Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò".

In confronto alle attuali potenziali diagnostiche e terapeutiche, in quei tempi si curava "poco", ma la cura era "globale" e costituiva il fondamento dell'assistenza.

Inseguito, i progressi della medicina, esclusero, il più delle volte, l'entità umana e religiosa, costituendo sistemi che irresponsabilmente opposero la "tecnica" alla "cura". La secolarizzazione proseguì l'azione di di-umanizzazione modificando le motivazioni degli operatori, trasformando la "vocazione-missione" sanitaria in semplice "professione". L'aziendalizzazione, degli ultimi anni, completò questo criticabile sviluppo.

Oggi, è impellente intervenire, affinché le potenzialità terapeutiche non si traducano unicamente in ovvi trattamenti tecnici a svantaggio "dell'incontro" con il malato e con le sue sofferenze.

Molti sostengono che l'ospedale "è ammalato". E' vero! Perché? "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 posseggono la medesima 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"²².

5.1. LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Amministrate dallo Stato, gestiscono il 77% dei "posti letto", offrendo pregevoli benefici ai cittadini offrendo la risposta alle esigenze di salute della collettività; di conseguenza sono accessibili a tutti, indipendentemente dalla patologia, dall'età e dallo status socio-economico.

Sono però, frequentemente esposte a episodi di malasànità, a opinabili politiche sanitarie, a inefficienti amministrazioni e a sprechi difficilmente controllabili così riassunti da N. Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE: "sovrautilizzo di prestazioni inefficaci e inappropriate, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi di beni e servizi sanitari e non sanitari, conseguenze del sottoutilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate, complessità amministrative e inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare all'interfaccia ospedale-territorio. Infine, il livello di governance tra Stato e Regioni e tra queste e le aziende sanitarie presenta numerose falle"²³.

5.2. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE PROFIT

Il privato, intraprendendo un'attività investe dei capitali, si assume il rischio d'impresa, indirizza la produzione favorendo gli interventi che offrono il maggiore profitto aderendo alle leggi e alle imposizioni del mercato.

Questo indirizzo è imprescindibile anche per le "strutture sanitarie private profit", organizzate in "cordate" economico-politiche, con costanti incrementi delle quote di mercato che consentono di potenziare il loro peso contrattuale.

Le strategie che producono profitto, mentre sono condivisibili nelle aziende di prodotto che generano beni di consumo (dalle macchine agli elettrodomestici...),

²² A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia 2003, pg. 46.

²³ D. MATTANA, *Cosa serve alla sanità italiana*, Quotidiano digitale in Terris, 14 novembre 2018, <https://www.interris.it/sociale/cosa-serve-alla-sanit-italiana>

nel mercato con reti di distribuzione e opportunità d'acquisto (centri commerciali...) e nelle aziende di servizio che assicurano specifiche prestazioni (gestione della telefonia...), pongono notevoli dubbi attuate in sanità. Non perché il profitto non sia etico; anzi, è uno dei fondamenti dell'economia, ma nell'ospedale "la produzione" non può operare come nelle altre aziende dovendo cooperare alla "miglioria della salute" che non è un "prodotto" ma uno "stato esistenziale" difficilmente valutabile, essendo ogni persona eterogenea anche nelle modalità di esteriorizzare la malattia. La ricerca esasperata del guadagno danneggia il malato e l'intero sistema, essendo arduo far coincidere il "successo economico" con il "bene della persona". Nei confronti della sofferenza è obbligatoria, inoltre, "la flessibilità" che contrasta con il criterio gestionale di ogni ente profit.

La maggioranza delle istituzioni sanitarie pubbliche e private "no profit" vivono drammatiche difficoltà economiche che costringono Enti "no profit" a vendere, o meglio svendere, alcune istituzioni. Una crisi di questi ultimi dovuta principalmente alle Regioni che pagano con notevoli ritardi i servizi erogati in regime di convenzione. Di conseguenza, la domanda che scaturisce osservando attentamente quelle "profit" caratterizzate da un notevole controllo di gestione e di qualità, riguarda sia le metodologie per conseguire il "pareggio di bilancio", sia il guadagno (o utile) anche nell'eticità del suo uso per finalità individualistici pur essendo il prodotto del finanziamento pubblico. Emblematico fu l'episodio accaduto presso la "Casa di Cura santa Rita" di Milano, alcuni anni fa, dove il primario di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone, poichè era retribuito "a prestazione" come la prevalenza dei professionisti che lavorano in queste strutture, operò, senza giustificata motivazione decine di pazienti provocando quattro morti e quarantacinque casi accertati di lesioni. E questo, purtroppo, non è un caso isolato.

Le risposta le affidiamo al lettore; noi proponiamo unicamente un ulteriore elemento di riflessione tratto dal sottotitolo di un libro di J. Mahoney dedicato all'etica dell'impresa: "oil and water" (olio e acqua)²⁴. L'autore che identifica l'olio con gli affari e l'acqua con l'etica ammonisce sull'impossibilità di fusione tra i due elementi poichè, come si dice, "gli affari sono affari". Anche se continuamente mescoliamo acqua ed olio in un catino, l'olio tornerà sempre a galla senza modificarne la sostanza.

5.3. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NO-PROFIT

Il terzo gruppo presente in sanità sono le strutture private "no-profit", prevalentemente di indirizzo cristiano, che fondono "la qualità" e "la centralità del malato" generando costi di gestione inferiori anche del 40% rispetto all'ente pubblico, infatti non tutto viene rimborsato e non ci sono fondi per le ristrutturazioni. In queste Istituzioni, inoltre, è assente la logica mercenaria, non distribuendo gli eventuali utili ma reinvestendoli nell'attività o in progetti sociali. Una felice espressione del prof. G. Alvi, economista, ritiene la solidarietà per il non profit "un vero atto economico almeno quanto il tornaconto, pilastro dell'economia mercantile".

²⁴ Cfr.: J. MAHONEY, *Business and Ethics: Oil and Water*, Gresham College, Londra 1988.

In Italia le strutture sanitarie “no-profit” sono 257 con 23.502 posti letto e circa 70mila operatori sanitari, di cui 8mila medici. A questi numeri vanno aggiunte le 1.585 strutture socio assistenziali per anziani per un totale di 78.328 posti letto. Ma, il privato “no-profit” è esiguo, frammentato e compresso da due colossi. Rischia di essere sospinto ai margini del sistema, uscendo non unicamente dal mercato, ma da una prospettiva di servizio e di crescita culturale che da sempre è il fondamento del suo operato che nell’ambito cattolico diviene apostolato.

La conclusione la demandiamo a un riflessione di Fra Pierluigi Marchesi, figura accreditata nella sanità mondiale. Fu, tra l’altro, il “padre” del concetto di “Umanizzazione” della medicina. Possedeva l’autorevolezza, la saggezza e la competenza per suggerirci 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 redditivo il servizio, ma la parte redditiva la devi reinvestire per migliorare il servizio”²⁵.

²⁵ *Ospitare l’uomo*, op. cit., pg. 121.