

## Concludendo

### CAP. 26 - LA CURA DELLA SALUTE TRA PROBLEMI ETICI ED ECONOMICI

#### 1. Economia, salute ed etica

Nel testo, innumerevoli volte, abbiamo sostenuto il primato dell'etica nei vari ambiti societari, convinti che in una "società giusta", l'etica deve istradare le varie discipline, compresa l'economia, scarseggiando in questa i valori che fondano e giustificano decisioni e azioni, possedendo unicamente rigidi sistemi e regole tecnico-organizzative per ottenere il massimo vantaggio. E, vantando oggi il diritto di influenzare ogni ambito delle società, anche quello politico, si rende dannosa, e soprattutto pericolosa, per il futuro dell'umanità. Ammonisce papa Francesco: "quando al centro del sistema non c'è più l'uomo ma il denaro, uomini e donne non sono più persone, ma strumenti di una logica 'dello scarto' che genera profondi squilibri"<sup>1</sup>. Dunque, l'economia, privata dell'etica, genera situazioni agghiaccianti e aberranti, come la "crisi economica" che da anni ci dilapida. Affermava il 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 anche se 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"<sup>2</sup>. E, sempre papa Francesco, ricorda: "solo quando riconosciamo la dimensione morale della vita economica, che è uno dei tanti aspetti della dottrina sociale della Chiesa che dev'essere pienamente rispettata, siamo in grado di agire con carità fraterna, desiderando, ricercando e proteggendo il bene degli altri e il loro sviluppo integrale" (11 novembre 2019).

Questa premessa ci introduce nell'analisi del rapporto "economia-salute-etica", mentre si diffonde a livello internazionale l'opinione che la salute sia un "prodotto", riservato "in primis", ai soggetti socialmente utili. Preoccupanti sono le osservazioni sulle cure ai pazienti anziani riportate in "The Gerontologist": "1. L'anziano ha l'obbligo verso il giovane di rinunciare a un'assistenza troppo onerosa alla fine della vita. 2. La società in genere dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani per poterne 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 e cure sanitarie devono essere

---

<sup>1</sup> A. TORNIELLI - G. GALEAZZI, *Papa Francesco. Questa economia uccide. Con un'intervista esclusiva su capitalismo e giustizia sociale*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2015, p. 206.

<sup>2</sup> *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., p. 462.

razionate, è più giusto razionarle sulla base dell'età, poiché l'età è un criterio equo"<sup>3</sup>. Noi, non condividiamo ciò, rifiutiamo "la cultura dello scarto" deprecata anche 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"<sup>4</sup>.

Non possiamo scordare, inoltre, che la Costituzione Italiana a fianco ai diritti politici e civili, riconosce anche quelli della tutela della salute e dell'assistenza (cfr. artt. 32 e 38) consapevole che "la salute non ha prezzo", anche se i costi s'ingigantiscono e le risorse si riducono drasticamente. In questa situazione, sorgono degli interrogativi etici, ai quali prima o poi dovremo rispondere. A livello generale. Come farci garanti della richiesta di salute del cittadino con prestazioni qualificate e tecnologicamente avanzate, onorando contemporaneamente i "bilanci dello Stato"? Quale percentuale di PIL è doveroso utilizzare per la sanità? A livello particolare. Essendo le strutture insufficienti alle richieste di ricovero in unità coronariche, in terapie intensive, in centri d'emodialisi o in incubatrici..., quali parametri adottare per selezionare chi potrà usufruirne? Di fronte a farmaci anti-tumorali, assai onerosi, che non contemplano la guarigione ma unicamente il prolungamento della vita per un po' di tempo, è corretto dissanguare le finanze pubbliche? Cosa comporta alla collettività uno o due anni di vita di un malato tumorale? Sono giustificabili dei plafond economici nell'assistenza socio-sanitaria degli anziani? 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 obbligo deontologico con i costi?

Gli interrogativi elencati racchiudono evidenti ripercussioni di eticità. Per questo, siamo convinti, che i principi etici generali e alcuni particolari: l'equità, l'eguaglianza, la giustizia e la responsabilità non possono essere estromessi nelle discussioni sulla sanità e sulla salute, certi che una "buona medicina" e una "buona economia" esigono, senza eccezioni, una "buona etica".

Concludiamo con un dato. Nell'Unione europea la percentuale media di spesa sanitaria (pubblica e privata) rispetto al Prodotto interno lordo (Pil) è del 9,9%, ma il dato varia dall'11,5% della Francia, al 11,1% della Germania e 11% della Svezia... al 5% della Romania. Il nostro Paese con l' 8,7% si colloca in tredicesima posizione<sup>5</sup>.

## 2. Evoluzione 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 rivendicate dai cittadini, ma non sempre si attuano soprattutto nel settore sanitario poiché, anche laddove l'impegno civile è sommo,

---

<sup>3</sup> N.R. ZWAIBEL - K.C. CASSEL - T. KARRISON, *Public attitude about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources* in *The Gerontologist* 1 (1997) p. 112.

<sup>4</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato 1999*, Città del Vaticano 11 febbraio 1999.

<sup>5</sup> Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *State of Health in the EU. Companion Report 2019*.

le aspettative sono molteplici e in costante incremento.

In Italia, sono stati compiuti negli ultimi decenni con il potenziamento del welfare, supportato del cosiddetto boom economico, pregevoli sforzi per offrire a tutti un'adeguata qualità di vita. Ciò ha interessato anche la sanità principalmente con la legge 833/1978: "Istituzione del servizio sanitario nazionale" che assicurava al cittadino i diritti all'assistenza e alla cura gratuiti, escludendo particolari attenzioni ai costi. La metodologia adottata era fondata sul tacito accordo del "tutto gratuito a tutti", con l'impegno dello Stato di farsi carico della cura "dalla culla alla tomba". Questo apparato che favorì "la cura" rispetto "alla prevenzione", provocò una evidente deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre una sconveniente espansione della burocrazia, un irrefrenabile incremento dei costi e una corruzione inarrestabile.

Mutate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito a una notevole riduzione del prodotto interno e del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici motivi: gli oneri delle nuove e complesse tecnologie diagnostiche e terapeutiche, gli interventi superflui e l'ostinazione terapeutica, l'incapacità di discernere tra "cure essenziali" e "cure secondarie", prestazioni accordate esclusivamente perché richieste dal paziente ed enfatizzate dai mass-media o dal web, la manifestazione di nuove patologie, l'incremento dell'età media della popolazione. E, poi, l'idealizzazione della salute, la valutazione eccessiva delle cure, le attese miracolistiche in ogni fase dell'esistenza negando il limite. Infine, la chirurgia estetica, la procreazione medicalmente assistita, gli screening prenatali, l'interruzione volontaria della gravidanza e la "medicina difensiva". Tutto ciò ha reso i bilanci economici incontrollabili e ingovernabili! E ora, ci ritroviamo con una sanità che molti definiscono un "malato complesso" e forse "inguaribile". 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"<sup>6</sup>.

Dagli anni novanta del XX secolo si riformò completamente la sanità con le leggi 421/1992: "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale"; 502/1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421"; 517/1993: "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"... e con altri aggiornamenti normativi. Queste leggi rivoluzionarono il panorama sanitario limitando 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, riportando la cura della salute alle

---

<sup>6</sup> *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., p. 219.

compatibilità economiche. Si avvantaggiò “la prevenzione” e s’intraprese l’austera via della razionalizzazione, riconoscendo che il welfare state era dannoso ed era irrealizzabile il garantire: “tutto a tutti”. Lo Stato poteva assicurare unicamente uno standard minimo di prestazioni essenziali, i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Ebbene, il “diritto alla salute” che sembrava un traguardo raggiunto definitivamente, fu rimesso in discussione non teoricamente ma concretamente con la metodologia delle tre “T”: tagli, ticket, tetti di spesa.

La sanità, fu inoltre aziendalizzata, spalancata alle regole del mercato, della competizione e della 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 assunta come prassi quella imprenditoriale, attuata nelle aziende sanitarie prevalentemente dai “Diagnosis Related Group” (DRG) che classificarono all’inizio 463 patologie, stabilendo il rimborso per l’Ente indipendentemente dai giorni di degenza e dalle terapie effettuate. Questo significava che se il paziente rimaneva più giorni in ospedale e necessitava di terapie dispendiose, l’Ente subiva perdite economiche. Di conseguenza, i tempi di degenza, si abbreviarono anche troppo, dimettendo anticipatamente pazienti, soprattutto anziani, con molteplici problemi fisici, psicologici e sociali irrisolti. Precedentemente alla riforma l’indennizzo della cura era “a piè di lista” per gli ospedali pubblici e con una “quota diaria capitaria” per gli enti convenzionati. L’innovazione fu dunque radicale; nel passato, i ricoveri, a volte erano impropri e di durata superiore rispetto alla cura della patologia, mentre dal 1992 si fu incentivati a dimettere rapidamente per “guadagnare” altri DRG.

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 optare tra i costi o la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggerivano. 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”<sup>7</sup>. E sempre Pellegrino ammoniva: “Gli abusi generano le regole, le regole limitano l’autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l’esperienza della malattia”<sup>8</sup>. Pure la crisi finanziaria dei cosiddetti “mutui subprime” che tra il 2007 e il 2008 colpì prima gli Stati Uniti e, poi, il resto del mondo, aggravò ulteriormente la situazione.

Come se non bastasse, a deteriorare questo complesso scenario, s’inserì l’istituzione dei ticket, frequentemente onerosi, per esami diagnostici, visite specialistiche e farmaci, incrementando il già intollerabile onere fiscale a carico del cittadino. I ticket sanitari, che riducono in minima percentuale il deficit, sono irrazionali e dannosi, particolarmente quando colpiscono famiglie numerose, malati cronici, anziani e persone fragili... Restituiranno nel futuro “cattivi frutti” con un incremento, nel tempo, dei costi dovuti al deterioramento della salute generale della popolazione. Gli ammalati cronici riducono gli esami diagnostici o non assumono delle terapie anche salva-vita e gli “apparenti sani” non si cautelano

---

<sup>7</sup> *Medicina per vocazione*, op. cit., p. 32.

<sup>8</sup> *Helping and healing. Religious commitment in healthcare*, op. cit.

adeguatamente.

Non possiamo omettere, infine, che il rapporto 2019 della “Fondazione Banco Farmaceutico onlus” e “BFRescarch”<sup>9</sup> evidenziò che 539mila poveri non hanno potuto permettersi i farmaci e 13milioni d’italiani ha limitato accertamenti e visite. Inoltre, i costi per diagnosi, cura e medicinali, non più sostenuti dal SSN, quindi a totale carico dei singoli, si sono incrementati passando dal 37,3% del 2018 al 40,6% del 2019. Un altro quadro preoccupante è presente nel IX rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermenia<sup>10</sup>. Rilevò che 20milioni d’italiani furono costretti nel 2019 a rivolgersi al privato a causa di liste d’attesa di mesi o chiuse. Ciò significa che la spesa sanitaria privata media per famiglia fu di circa 1.430 euri, cifra del 7,5% superiore alla media dell’Ue. Inoltre, le richieste di farmaci, al Banco Farmaceutico, in prevalenza per patologie del sistema nervoso, dell’apparato muscolo-scheletrico, del tratto alimentare e metabolico e dell’apparato respiratorio sono state di 993mila confezioni con un incremento del 22% rispetto al quinquennio 2013-2018. Ebbene, importante in questo settore, sarebbe una strategia comune tra istituzioni, enti no-profit e la “filiera del farmaco” con l’obiettivo di valorizzare le 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” è senz’altro un buon inizio ma ancora insufficiente.

Dulcis in fundo. L’insufficiente e carente “formazione umanistica” di alcuni Direttori generali, burocrati della sanità e ruoli apicali che valutano questi argomenti estranei alla loro attività, dimostrando un’insufficiente conoscenza delle necessità globali del malato o dell’ente che dirigono. S. Marchionne, morto nel luglio 2018, 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 al programma televisivo “Che tempo fa” (24 ottobre 2010), dichiarò che la laurea in filosofia offriva significato e qualità 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, la sofferenza e la morte. Amministrare la sanità, dirigere un’istituzione sanitaria non comporta unicamente gestire dei capitali osservando inflessibili regole economiche, ma governare e organizzare un “microcosmo” specifico e originario, comunicando con le risorse umane, riconoscendo determinanti non unicamente coloro che esegue complesse prestazioni, ma anche chi assiste con competenza, umanità e rispetto il malato, qualunque ruolo svolga.

Di conseguenza, accanto alle risorse finanziarie, sono fondamentali le “motivazioni” degli operatori sanitari che costituiscono “il punto di forza” del servizio. Ciò innesca comportamenti virtuosi intersecando “scienza” e “carità”, “cura” e “premura”.

### **3. Responsabilità specifiche e doveri personali**

---

<sup>9</sup> Cfr. <https://www.bancofarmaceutico.org/cm-files/2018/11/13/rapporto-poverta-2018.pdf>

<sup>10</sup> Cfr. [https://www.welfareday.it/pdf/VIII\\_Rapporto\\_RBM-Censis\\_SANITA\\_def.pdf](https://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf)

Un termine in auge oggi è quello di “efficienza”<sup>11</sup>, vocabolo senz’altro positivo, anzi, associato a quello d'efficacia<sup>12</sup>, produce risultati rispondenti ai fini, coerenti con i mezzi, adeguati alle risorse.

Il problema, quindi, si trasferisce sugli obiettivi da perseguire, sui mezzi da utilizzare, sulle risorse da effondere. La criticità maggiore è quella d' identificare una concorde accettazione delle finalità che, in questo settore, sono complesse non solo da raggiungere ma anche da determinare. Ma, quando fini e mezzi, s'intersecano interagendo fra loro, spalancano strade e prospettive immaginabili. Tuttavia, non si può esigere da sistema che sia etico o morale; potrà unicamente essere “adeguato” e “funzionale”. Per questo, il “giudizio di valore”, non dovrà riferirsi unicamente alla destrezza nel calmierare le spese, all'idoneità nel curare, alla competenza nel restituire l'efficienza fisica, ma dovrà contemplare l'effettiva idoneità di “guarire la persona”, reintegrandone anche gli aspetti psicologici e sociali. Di conseguenza, muoversi nella prospettiva unicamente della razionalizzazione non risolverà le criticità, soltanto le procrastinerà.

La “soluzione” alla sanità malata, potrà giungere unicamente dalla valorizzazione delle risorse “propriamente umane”, quali l'intelligenza e la cultura, dispiegate su una filosofia etica aperta alla dimensione trascendente. In questa prospettiva, riteniamo che il “trait-d'union” tra “salute” ed “economia” sia primariamente l'etica, che analizza le problematiche includendole nelle categorie dell'equità, dell' uguaglianza, della giustizia e della responsabilità.

“L'equità” che si differenzia dall' “eguaglianza”, essendo la prima una peculiare politica che lo Stato adotta (esempio, il riconoscere a tutti i livelli essenziali di assistenza) e la seconda l'effetto di tale scelta (esempio, la possibilità di accesso), devono procedere supportate dalla “giustizia distributiva” che consente di superare l'insostenibile idea che le istituzioni pubbliche debbano destinare a tutti un' uguale quantità di servizi, mentre, vanno prestate attenzioni privilegiate ai più fragili e vulnerabili. Pertanto, l' aforisma: “Dare a ciascuno secondo le sue necessità”, indica il discernimento tra “medicina dei diritti” e “medicina dei desideri”<sup>13</sup>; tra cure “essenziali” e “secondarie” che promettono benefici accessori, improbabili e utopistici; tra interventi “irrinunciabili” e “opzionali”. Quindi, “stop”, a prescrizioni diagnostiche ingiustificate rispetto agli obiettivi terapeutici. Come? Ad esempio, incoraggiando la “semeiotica clinica”, cioè il riconoscere una patologia attraverso l'anamnesi e la visita medica accurata, “ascoltando” i segni della malattia e il malato; pratiche sostituite negli ultimi decenni dalla “semeiotica radiologica o per immagini”, cioè dall' identificare con modalità radiologiche, nucleari ed ecografiche le varie patologie. Con la semeiotica clinica, dispendiose indagini potrebbero essere quasi dimezzate, poiché secondo molteplici studi, circa il 40% degli esami sarebbero superflui.

Va riacquistata, inoltre, la responsabilità dei cittadini verso la propria salute sia sul versante “delle cause” che “delle conseguenze”, adottando stili di vita che debellino patologie causate da decisioni irresponsabili. Oltre ciò, il cittadino, deve realizzare il passaggio da “consumatore passivo” dei servizi sanitari ad “attore”

---

<sup>11</sup> Ottimizzazione del rapporto risorse-prodotto.

<sup>12</sup> Capacità di fornire il risultato atteso, quindi l' incremento della soddisfazione del cliente.

<sup>13</sup> La medicina che, oltre la cura, prospetta soluzioni idilliache per problemi connessi all' identità e alla sfera psicologica.

corresponsabile e partecipe di un bene comunitario che è quello della salute, intuendo che "più cure" non equivale a "cure più efficaci".

## 4. I farmaci

I farmaci costituiscono una parte rilevante del totale della spesa sanitaria (circa il 20%) non sempre è giustificata. Verifichiamo i cassetti stracolmi di medicinali presenti in varie abitazioni e, a volte, scaduti.

In Italia, ogni cittadino mediamente, assume più di un farmaco al giorno. Il Servizio Sanitario Nazionale, nel 2018, ha rimborsato circa il 60% della spesa farmaceutica per un totale di 26 miliardi di euro. I farmaci più prescritti riguardano i sistemi cardiovascolari, gastrointestinali, nervosi e i medicinali antineoplastici<sup>14</sup>.

L'economista G. Domighetti, studioso del sistema sanitario e promotore della medicina preventiva, affermava che quello delle medicine è un mercato singolare che non consente al consumatore la possibilità di scelta, essendo "l'offerta" e non "la domanda" a disciplinare i consumi<sup>15/16</sup>. Denunciò 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, sarebbero 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 offrirebbero un mercato garantito"<sup>17</sup>. C. Lanzetti del Centro Nazionale Artrosi, 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"<sup>18</sup>, e allora accade che molti non completino il ciclo di farmaci prescritti, oppure alcuni medici impongono più medicine del dovuto, e quando si devono assumere molti medicinali, si riduce la volontà di terminare un trattamento. E, come dimenticare, le confezioni di medicinali che contengono più pastiglie o iniezioni di quelle prescritte dal medico?

Quale è l'equo costo di un farmaco? Quali criteri sono utilizzati per determinarlo? Come giudicare i costi di un medicinale assai differenziati nel mondo? Prendiamo come esempio il "Sofosbuvir", un profarmaco prodotto dalla società americana Gilead Sciences, somministrato per il trattamento dell'epatite C, con un esito positivo superiore al 90%. Il costo, in Italia, di un ciclo di terapia è di circa 40 mila euro. Negli Stati Uniti 84 mila dollari, in Egitto 900 dollari, in India 539 dollari. La ditta produttrice, probabilmente, ha valutato che un importo quasi simbolico potrà offrire ai malati dell'India e dell'Egitto enormi benefici. Per noi, la decisione della Gilead Sciences, non è né apprezzabile, né eticamente corretta, poiché si rivale, per recuperare i mancati utili indiani ed egiziani, su altri mercati. La Gilead Sciences, ovviamente, è libera di essere filantropa, ma "pagando in prima persona", poiché i vantaggi del "Sofosbuvir" devono essere accessibili a

---

<sup>14</sup> Fonte: Rapporto OSMED sul consumo dei farmaci in Italia nel 2018.

<sup>15</sup> Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani*, in *Arco di Giano* 10 (1996) pp. 56-69.

<sup>16</sup> L'industria farmaceutica in Italia è composta da 174 fabbriche con 63 mila addetti (90% laureati o diplomati) oltre 65 mila nell'indotto.

<sup>17</sup> E. NEGROTTI, *Il farmacologo. "Meno farmaci, basta consumismo"*, in *Avvenire.it*. 6 dicembre 2018.

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

tutti, al di là della nazionalità o delle appartenenze etniche. Il nostro Paese, possiede le risorse per finanziarlo a tutti i malati affetti da epatite C? In Italia, occorrerebbe urgentemente a 50mila pazienti, ma solo 10mila hanno ottenuto il trattamento tramite il SSN; a 40mila è stato negato per l'indisponibilità economica delle Regioni. Una scelta che suscita perplessità ben riassunte da E. Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria. "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 o i trattamenti per la cirrosi o magari uno o due trapianti di fegato. Dove sta allora il vero risparmio?"<sup>19</sup>.

Certamente, l'assenza di trasparenza, non riguarda unicamente la società americana ma anche le istituzioni italiane. Per questo, Scaccabarozzi, s'interrogava: "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, allora, è lecito chiedersi: dove sono stati reinvestiti questi risparmi?"<sup>20</sup>.

Il prezzo dei farmaci, secondo il professor C. Jommi del Dipartimento di Scienza del Farmaco dell'Università degli Studi del Piemonte orientale, è il risultato della trattativa tra l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e le industrie farmaceutiche in base "alla rilevanza della malattia, alla presenza sul mercato di alternative terapeutiche, al beneficio incrementale (miglioramento delle condizioni e delle aspettative di vita) e all'impatto sulla spesa (più persone dovranno essere trattate minore dovrà essere il costo)"<sup>21</sup>.

Se questi criteri sono tollerabili, è inaccettabile il periodico consistente incremento dei costi dei farmaci di fascia C, quelli qualificati "da banco", a carico completo dei cittadini. Un aumento disciplinato dall'opinabile Decreto legge 87/2005: "Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale". E' una biasimevole speculazione delle aziende farmaceutiche che "negli anni dispari" non si lasciano sfuggire l'occasione. Pure all'inizio del 2019, circa 800 prodotti, hanno subito un aumento del 5,7%, mentre l'inflazione nei due anni precedenti è oscillata mediamente tra l'07% e l'1,2%.

Nella 72°Assemblea Mondiale della Salute organizzata a Ginevra nel maggio 2019 con la collaborazione di Medici Senza Frontiere (MSF), fu proposta l'interessante "via della trasparenza" dei prezzi di farmaci, vaccini e altre tecnologie sanitarie, sollecitando le industrie farmaceutiche a fornire i dati sugli studi clinici, i vincoli brevettuali e i costi di ricerca e di produzione, consentendo un negoziato più equo tra le autorità pubbliche e le aziende, per superare un sistema, da troppo tempo, monopolizzato. Le conclusioni, però, sono state aleatorie.

Nel nostro Paese, infine, si sta verificando una nuova preoccupante situazione: l'irreperibilità periodica di farmaci "salva-vita". Nel luglio 2019 ne scarseggiavano

---

<sup>19</sup> *I farmaci che allungano la vita. Nuovo obiettivo: raggiungere i 100 anni in buona salute*, op. cit.

<sup>20</sup> L. CRIMELLA, *I farmaci che allungano la vita. Nuovo obiettivo: raggiungere i 100 anni in buona salute*, in *SIR* 27 giugno 2016.

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



duecento. L'Italia, è leader della produzione di molteplici farmaci con 32miliardi di euro di fatturato nel 2018; 26miliardi provenivano dall'esportazione, poiché il costo di vari medicinali nel nostro Paese è minore del 20-25% rispetto ad altre nazioni. Per i farmaci, però, non può prevalere unicamente la logica del libero scambio dovendo tutelare la salute pubblica. L'auspicio è che l'AIFA imponga, soprattutto per i "salva-vita", un efficace monitoraggio, bloccando temporaneamente le esportazioni nei casi d'insufficienze nel mercato interno.

## 5. Le strutture sanitarie

Tre nuclei nel Servizio Sanitario Nazionale tutelano la salute mediante l'ospedalizzazione o la cura riabilitativa o ambulatoriale: le istituzioni pubbliche, le istituzioni "private profit" e le istituzioni "private non profit". In Italia sono presenti 1.091 istituti di cura, 1.027 di assistenza riabilitativa e 9.268 centri di assistenza specialistica ambulatoriale. In queste strutture operano 629.713 unità: il 71,1% nel ruolo sanitario, il 17,7% nel ruolo tecnico e l'11,2 % nel ruolo amministrativo.

Ma, prima di esaminare le "tipologie di strutture", è opportuno ribadire le finalità dell'ospedale.

Il vocabolo "ospedale" deriva dal latino, più precisamente è il sostantivo neutro dell'aggettivo "hospitalis", cioè "ospitale", e indicava nei primi secoli l'alloggio per i forestieri. Nella volgata popolare assunse anche il nome di "nosocomio" dal greco νοσοκομῆιον, locuzione composta di due parti: νόσος = malattia e κομῆῖν = curare. All'origine, nei primi nosocomi, la cura era parziale, privilegiando l'accoglienza e l'assistenza. Con il trascorrere del tempo, anche la cura si sviluppò senza smarrire, però, le connotazioni umane e religiose (accoglienza, assistenza e spiritualità). Ad esempio, in Francia, i nosocomi furono definiti anche: "l'Hotel du bon Dieu" ("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 potenzialità diagnostiche e terapeutiche, fino al XVI/XVII secolo, le guarigioni erano limitate, ma l'assistenza "globale".

Inseguito, i continui progressi della medicina, spesso escludono l'entità umanistica, costituendo sistemi che irresponsabilmente opposero la "tecnica" all'"assistenza". La secolarizzazione proseguì l'azione di disumanizzazione, rettificando anche le motivazioni degli operatori, mutando la "vocazione-missione" sanitaria in semplice "professione". L'aziendalizzazione, degli ultimi anni, completò questo ambiguo "progresso". Afferma A. Tramarin: "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 possiedono 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"<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia 2003, p. 46.

## 5.1. STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Amministrate dalle Regioni, gestiscono il 77% dei “posti letto”, offrendo pregevoli benefici ai cittadini; 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: “Sovra utilizzo di prestazioni inefficaci e inappropriate (€ 6,48 mld), frodi e abusi (€ 4,75 mld), acquisti a costi eccessivi di beni e servizi sanitari (€ 2,16 mld), conseguenze del sottoutilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate (€ 3,24 mld), complessità amministrative (€ 2,37 mld) e inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare l'interfaccia ospedale-territorio (€ 2,59 mld). Infine, il livello di governance tra Stato e Regioni e tra queste e le aziende sanitarie presenta numerose falle”<sup>23</sup>.

## 5.2. STRUTTURE SANITARIE PRIVATE PROFIT

Un'azienda per avviare un'attività investe delle risorse, si assume il rischio d'impresa, orienta la produzione nei settori che offrono il maggiore profitto seguendo le leggi e le imposizioni del mercato. Questi criteri sono vincolanti anche per le “strutture sanitarie private profit”, organizzate in imponenti gruppi economici, con persistenti incrementi delle quote di mercato che potenziano il loro potere contrattuale.

Le strategie che originano profitto, mentre sono condivisibili nelle aziende presenti nei vari settori societari, pongono notevoli perplessità in sanità. Non perché il profitto non sia etico, ma nel socio-sanitario si opera sulla salute che non è una merce ma uno “stato esistenziale” difficilmente valutabile, essendo ogni persona eterogenea anche nelle modalità di vivere la malattia. La ricerca esasperata del profitto danneggia il sofferente e l'intero sistema, essendo arduo far coincidere il “successo economico” con il “bene della persona”. Inoltre, nei confronti del paziente, è obbligatoria “la flessibilità”, che contraddice il criterio gestionale degli enti profit.

La maggioranza delle istituzioni sanitarie pubbliche e quelle “no profit” stanno affrontando drammatiche problematiche economiche che costringono alcuni Enti “no profit” a vendere, o meglio svendere, presidi al “profit” che “come un leone ruggente va in giro, cercando chi divorare”. Di conseguenza, l'interrogativo che scaturisce osservando le “strutture sanitarie profit”, riguarda sia le metodologie adottate per conseguire il profitto, sia l'eticità del dividendo degli “utili” con i propri azionisti, essendo questo parte del finanziamento pubblico, quindi del contributo fiscale di ogni cittadino.

Le risposte le affidiamo al lettore; noi proponiamo però 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)<sup>24</sup>. L'autore che identifica l'olio con gli affari e l'acqua con l'etica ammonisce sull'impossibilità di fusione tra i due elementi poiché: “gli affari sono affari”. Anche se ininterrottamente mescoliamo

---

<sup>23</sup> D. MATTANA, *Cosa serve alla sanità italiana*, in *In Terris* 14 novembre 2018.

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

acqua e olio in un catino, l'olio tornerà sempre a galla senza modificarne la sostanza.

### **5.3. STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NO-PROFIT<sup>25</sup>**

Il terzo gruppo presente in sanità sono le strutture private “no-profit”, prevalentemente di orientamento cristiano nelle quali eccelle “la centralità del malato” e la “qualità”, con costi di gestione inferiori anche del 40% rispetto all'ente pubblico. 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, valuta la solidarietà per il non profit “un vero atto economico almeno quanto il tornaconto, pilastro dell'economia mercantile”.

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 con 78.328 posti letto. Ma, il privato “no-profit” è esiguo, frammentato e schiacciato da due colossi. Rischia di essere sospinto ai margini del sistema, uscendo non unicamente dal mercato, ma da una prospettiva di servizio umanistico e umanizzato, che dai primi secoli del cristiansimo è il fondamento del suo operare.

La conclusione la deleghiamo a una riflessione di Fra Pierluigi Marchesi (1929-2002), figura accreditata nella sanità mondiale che godeva di autorevolezza, di saggezza e di 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 redditivo il servizio, ma la parte redditiva la devi reinvestire per migliorare il servizio”<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Per approfondire. G.M. COMOLLI, *Compendio di Pastorale della Salute. Tutto esordisce con il Vangelo...*, Nuova Editoriale Romani, Savona 2018, pp. 229-238.

<sup>26</sup> *Ospitare l'uomo*, op. cit., p. 121.