

Lucia De Pascalis

PERSONA, ETICA E MERCATO NEL SISTEMA SANITARIO

1. *Dalla crisi del Welfare State all'impostazione utilitaristica*

1.1 Il diritto alla salute, percepito da gran parte degli Stati industrializzati, in particolare dal secondo dopoguerra in poi, è sempre più al centro di un forte dibattito, sostenuto a vari livelli e, soprattutto, nel campo dell'*economia* applicata alla *sanità*.

Oggigiorno, si discute molto di "allocazione delle risorse", proprio in conseguenza di quella che è stata definita "la crisi del modello Welfare State" che, negli ultimi decenni, si è fatta sentire in diversi Paesi dell'occidente industrializzato. In particolare, il concetto di salute che, dal secondo dopoguerra, aveva subito una notevole estensione, nel presupposto che esso rappresenta "uno dei diritti fondamentali dell'uomo"¹, nella società attuale risente della carenza delle risorse disponibili necessarie per far fronte all'incremento della domanda sanitaria.

La crisi del *Welfare State* non poteva che ripercuotersi sul Sistema Sanitario, alimentando il dibattito attorno al modello di Servi-

¹ La "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo" del 10/12/1948, all'art. 25, riconosce a ciascuna persona il diritto ad un livello di vita sufficiente per assicurare la sua salute, il suo benessere e quello della sua famiglia, alla sicurezza in caso di malattie, nonché il diritto ad assistenza speciale alla maternità ed all'infanzia.

zio Sanitario da adottare in uno Stato in cui i servizi sanitari pubblici non riescono a soddisfare adeguatamente le loro finalità a causa di problemi economici. In questo contesto, inevitabilmente, la logica di *ridistribuzione egualitaria*, propria del *Welfare State*, è stata sopraffatta da un tipo di logica che segue la direzione del *libero mercato*².

Quello che propongono i fautori del libero mercato in campo sanitario è di dare un maggior peso alla valutazione del prodotto offerto che, nel caso specifico, è la salute; in sostanza, in questo nuovo contesto socio-sanitario la finalità è quella di migliorare la qualità della vita.

Tra i sistemi sanitari occidentali, quello che più si avvicina ad un modello privatistico *puro*, è il Sistema Sanitario statunitense basato essenzialmente su quelle che sono le regole del mercato e, per questo motivo, libero da quelli che potrebbero essere i possibili condizionamenti pubblici³.

L'obiettivo del Sistema Sanitario statunitense, avvalendosi di un'impostazione utilitaristica, diventa quello di fornire un Servizio che sia non solo *benefico* ma, allo stesso tempo, *meno dispendioso* di un altro realizzabile con lo stesso stanziamento. Si tratta così di

² L'interesse per le scelte economiche in campo sanitario è, oggigiorno, fortemente sentito; sull'argomento si veda G.P. ZANETTA, E. RUFFINO, A. COMBA, *Sistemi sanitari a confronto: Europa e USA: dopo il Welfare State, prospettive per una riforma della sanità*, Torino 1996.

³ Sul problema, C. IANDOLO - C. HANAU, in *Etica ed economia nella «azienda» sanità*, Milano 1992, pp. 44-52, scrivono: «Secondo Williams e Donabedian, autorevoli rappresentanti della scienza della finanza inglese, che si sono interessati al settore sanitario, i problemi ideologici relativi all'offerta di assistenza sanitaria si possono sintetizzare in due punti di vista fondamentali, che possono essere definiti come la prospettiva "libertaria" e quella "egualitaria" [...]. Da queste ideologie, A. Williams deriva la costruzione di due modelli "puri" di sistema sanitario, a) privato e b) pubblico:

a) in un sistema *privato* l'accesso è determinato dalla volontà di pagare e dalla capacità di spesa, la sensibilità dei produttori alla domanda del consumatore è assicurata dalla loro ricerca del profitto e le cose sono mantenute in equilibrio dall'aggiustamento dei prezzi nei mercati concorrenziali;

b) in un sistema *pubblico*, invece, l'accesso è determinato dal bisogno, cui i produttori sono sensibili per ragioni etiche, e l'equilibrio fra domanda e offerta viene mantenuto mediante un razionamento quantitativo basato su un sistema di norme socialmente riconosciute».

applicare, anche in campo sanitario, una precisa e puntuale analisi di costi/benefici⁴.

1.2 Condizionato dal problema costi/benefici, il medico è stato costretto ad acquisire una mentalità economica, infatti, i suoi strumenti di analisi economica si determinano in qualità di *decision-maker*.

Seguendo questo tipo di politica economica, l'ospedale è interessato principalmente a ridurre i costi e, per farlo, dimette il paziente nel minor tempo possibile; ciò avviene mediante il sistema dei D.R.G. (*Diagnosis Related Groups* – Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi)⁵. In base ai D.R.G. si determina quello che deve esse-

⁴ Sul problema, alla voce "costi/benefici" del *Dizionario di Bioetica*, a cura di S. LEONE, S. PRIVITERA, Bologna 1994, pp. 208-211, si legge: «La dizione costi/benefici appare sempre più spesso nell'attuale letteratura medica e bioetica. Tale problematica, infatti, costituisce non solo un argomento ricco di implicazioni etiche, ma anche il presupposto e il termine di riferimento di molte politiche sanitarie. E' evidente, pertanto, l'importanza di una sua adeguata comprensione, che è assai più complessa di quanto non possa sembrare in apparenza [...]. Comunque si voglia affrontare il problema, ci si troverà sempre di fronte a due grandezze difficilmente raffrontabili (almeno in termini matematici) tra loro [...]. Fino ad alcuni anni fa, pur volendo identificare un criterio di riferimento matematico, l'approccio al problema rimaneva pur sempre empirico, ne è un chiaro esempio la matrice di Mc. Kinsey [...].

Il più moderno (ma ancora assai discusso) criterio di valutazione consiste nel rapportare l'analisi in termini di QALYS: *Quality Adjusted Life Years*, cioè una valutazione numerica del numero di anni valutati però non in rapporto alla loro semplice quantità ma in base alla loro, attesa qualità».

⁵ Il sistema D.R.G. (*Diagnosis Related Groups* – Fetter e colleghi, 1980) è stato inserito, per la prima volta in Italia, fra le azioni prioritarie previste dal secondo Piano Sanitario della Regione Emilia-Romagna, con la nomenclatura di R.O.D. (Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi). Fu utilizzato a partire dal 1989, in 34 ospedali sulla base dei dati relativi ai dimessi dell'anno 1988, seguendo, per l'analisi di confronto relativa ai dati del biennio in oggetto, due criteri differenti:

a) un criterio quantitativo: i posti letto di ogni ospedale sono stati ricalcolati, secondo l'indice di occupazione media, previsto dalla L.N. 8/4/1988, n. 109 e relativo D.M. 13/9/1988;

b) un criterio qualitativo: i posti letto sono stati pesati a seconda della funzione specialistica di appartenenza, secondo quanto previsto dalle suddette disposizioni nazionali, che classificano le specialità in categorie a seconda del loro peso in termini di fabbisogno di personale. Cfr. F. TARONI – B.

re il rimborso all'ospedale per il tipo di assistenza ospedaliera prestata.

In breve, ogni D.R.G. riflette il costo medio delle risorse utilizzate per un determinato servizio erogato dall'ospedale al paziente⁶.

L'applicazione del sistema basato sui D.R.G. ha come obiettivo principale una maggiore responsabilizzazione degli ospedali, in termini di efficienza nella produzione dei servizi. Il sistema dei D.R.G. sta avendo applicazione nella maggior parte dei Paesi occidentali e, dal 1995, è stato adottato anche in Italia. Qui la realizzazione delle complesse funzioni esercitate dal S.S.N., non coniugata con un efficiente ed efficace apparato amministrativo, nonché con una corretta e razionale politica di spesa, ha comportato nel tempo un *deficit* cronico che determina l'incapacità di offrire "servizi di qualità".

Vediamo, a questo punto, secondo quale *iter* l'S.S.N. italiano è arrivato, proprio nel 1995, ad adottare il sistema dei D.R.G.

Nella prima metà del secolo, la "tutela della salute" era concepita secondo un'*ottica pubblicistica*, in questo senso, lo Stato si preoccupava, non tanto della *salute*, vista come interesse della collettività da proteggere, quanto, piuttosto, della *non-salute*, vista come potenziale pericolo da scongiurare, a difesa dei cittadini sani. Questa concezione non poteva resistere quando, con l'assunzione della Costituzione repubblicana, apparve chiara l'interpretazione che lo Stato, in special modo con l'art. 32 della Cost. (il fondamentale riferimento costituzionale in materia), riconosceva il "diritto alla salute". Si ricava dal contesto di tale articolo che, per la sua importanza nel nostro discorso, qui proponiamo: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun

CURCIO RUBERTINI, *I diagnosis related groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Bologna 1991, pp. 125-147.

⁶ Su quella che è la nuova figura del direttore sanitario e sul sistema dei D.R.G. applicato negli ospedali si veda R. BUCCI, *Etica e mercato nella sanità*, Roma 1996.

caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"⁷.

Si tratta di un articolo il quale comprende una norma generale che, non solo offre garanzia costituzionale alla tutela della salute, ma detta anche una disciplina sufficientemente indicativa per i trattamenti sanitari. Tale norma ha ispirato la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, formulata quando i tempi erano maturi perché l'art. 32 della Cost. potesse assumere connotazioni più pregnanti.

La prima legge di riforma sanitaria (L. 833/1978) ha indicato l'S.S.N. come mezzo per la realizzazione di un "fondamentale ed assoluto diritto soggettivo dell'individuo". Su questa base, la dottrina maggioritaria e la giurisprudenza dominante, correttamente, sul piano dottrinale, hanno inteso, negli ultimi anni, la *salute* come un *diritto* a cui offrire garanzia costituzionale. Questo diritto, però, ha avuto problemi sul piano della sua attuazione fattuale quando si è trattato di spiegare l'evidente contrasto «tra doverosità sociale di tutela della salute e disponibilità delle risorse». Questa situazione ha posto alcuni interrogativi: «il diritto alla salute alla luce delle recenti riforme sanitarie può essere considerato ancora un diritto soggettivo assoluto tale da legittimare la richiesta del paziente alla cura senza limitazioni di alcun genere?». E ancora «in uno stato sociale, in cui l'erogazione delle prestazioni sanitarie è correlata alla effettiva disponibilità finanziaria destinata alla sanità, è perseguibile ogni obiettivo, cure migliori per tutti i cittadini, eguaglianza dei cittadini di fronte al servizio, contenimento dei costi, libertà di scelta nel rapporto medico-produttore e paziente-consumatore, etc.?»⁸.

Avverso i problemi posti da questi interrogativi, le necessità del momento hanno dovuto conferire al S.S.N. una particolare connotazione aziendalistica, col preciso intento di ottimizzare la qualità delle prestazioni, minimizzandone i costi.

Così, è stata necessaria una nuova riforma del S.S.N., avutasi con la Legge del 23 ottobre 1992 n. 421 in cui, all'art. 1, si stabilisce che "spetta allo Stato determinare quanta parte di reddito nazionale può essere destinata alla funzione di tutela della salute e, una

⁷ Cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute, profili costituzionali*, in «Diritto e Società», 1983/1, pp. 31 ss.

⁸ P. FRATI, *Il diritto alla salute: diritto soggettivo assoluto o relativo?*, in «Bioetica», 1995/3, p. 429.

volta stabilita tale variabile, spetta parimenti ad esso fissare livelli di assistenza coerenti con tale determinazione, da rispettare in tutto il Paese per il principio dell'uguaglianza di trattamento dei cittadini, all'uopo ridistribuendo le entrate tra le regioni in rapporto alla popolazione da assistere".

Questo processo, comune anche agli altri Paesi ricchi, in cui si è determinata la crisi del *Welfare State*, ha comportato la perdita del "principio di garanzia del diritto alla salute". Con precisione, dapprima, si è cominciato a parlare di "garanzia di un livello di assistenza fissato periodicamente in relazione alle disponibilità finanziarie", in base a quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale⁹, poi si è passati ad espropriare dal Parlamento la programmazione sanitaria, affidata così al Governo che diviene unico responsabile dell'emanazione del Piano Sanitario Nazionale, diventato ormai strumento di una programmazione economico-finanziaria.

Questo processo politico-legislativo, cioè, l'aver voluto affidare al Governo la responsabilità dell'emanazione del Piano Sanitario Nazionale, che, invece, per la sua importanza sociale deve essere affidata al Parlamento, espressione della volontà popolare, e l'aver insistito affinché un atto di eminente contenuto legislativo passasse alla competenza dell'esecutivo, ha comportato che lo stesso concetto di salute fosse messo in discussione. In particolare, il concetto di salute, basato sul presupposto che esso rappresenta "uno dei diritti fondamentali dell'uomo", resta, in seguito a tale processo, sottoposto al principio dell'adeguatezza del finanziamento ai livelli di assistenza, livelli sempre variabili in relazione alle considerazioni tecnico-economiche del Governo.

Il diritto alla salute, completamente al di fuori dei controlli e dei criteri fissati legislativamente, diventa così del tutto aleatorio tanto che, la stessa definizione di "diritto alla salute", «inteso come diritto soggettivo assoluto è solo una chimera poiché la bioetica del quotidiano ci presenta una realtà ben più cruda e realistica. Il medico, la struttura pubblica in cui questo presta la propria attività lavorativa, infatti, devono continuamente "fare i conti" con il *budget* economico disponibile, operando spesso scelte difficili, in-

⁹ Il Piano Sanitario Nazionale è il documento mediante il quale vengono stabiliti i livelli di assistenza da assicurare in maniera uniforme, nonché le linee di indirizzo del S.S.N., in coerenza con l'entità di finanziamento assicurato.

trise di problematiche etiche davvero drammatiche»¹⁰.

Ne deriva, come osserva Giovanni Berlinguer¹¹, il continuo e difficile impegno del medico che, ogni giorno, deve misurarsi con scelte terapeutiche da rapportare alle risorse economiche a lui affidate dal S.S.N.¹².

1.3 Il problema dell'allocazione delle risorse in campo sanitario è ormai così tanto generalizzato e urgente da risolvere che necessita di immediate risposte risolutive.

Non è mancato, a tal proposito chi, guardando al modello teorico dell'utilitarismo sociale, considerato in termini di razionalizzazione di risorse, ha indicato l'obiettivo nel «raggiungimento del miglior saldo attivo di benefici sui costi (o come altri preferiscono, di efficacia o efficienza sui costi) per tutti gli interessati». In sostanza, in tale prospettiva, si tratterebbe di stabilire che «nel calcolo pragmatico costi/benefici e costi/efficienza si individui il mezzo che consenta di raggiungere il risultato con i minori costi (finanziari e umani)»¹³.

Si giustificherebbe, in tal modo, accanto al sistema dei D.R.G., un altro strumento, il QALYS (*Quality Adjusted Life Years* – anni di vita valutati secondo la loro qualità).

Questo criterio di valutazione, sviluppato da Alan Williams, è sorto in conseguenza del notevole mutamento epidemiologico avvenuto nell'ultimo decennio nei Paesi industrializzati, dove si registrano, sempre più numerose, malattie croniche, degenerative e

¹⁰ P. FRATI, *Il diritto alla salute: diritto soggettivo assoluto o relativo?*, op. cit., p. 430.

¹¹ G. BERLINGUER, *Bioetica quotidiana e bioetica di frontiera*, in «Rivista di teologia morale», 1988/20, p. 78.

Per le altre osservazioni circa la crisi ospedaliera e le riforme in ambito sanitario si veda G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Bari 1994, in particolare le pp. 235-276 e 321-354.

¹² In questo contesto, caratterizzato dalla problematica connessa, da un lato, con la limitatezza delle risorse, dall'altro, con la riduzione delle disponibilità finanziarie, dovute anche alle esigenze di risanamento del bilancio nazionale, si colloca la scelta del sistema dei D.R.G., avvalorata dalla sentenza n. 416/1995 della Corte Costituzionale.

¹³ L. PALAZZANI, *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in «Medicina e Morale», 1996/5, pp. 910-911.

progressive¹⁴.

Su queste malattie, che non comportano un rischio immediato di morte, i progressi della medicina hanno fatto registrare un considerevole prolungamento dei tempi di sopravvivenza. Sempre più spesso però il malato, oltre a chiedere "quanto vivrà", interroga il medico su quella che sarà la "qualità della sua vita"¹⁵.

¹⁴ Il concetto è stato introdotto originariamente negli USA e in seguito sviluppato da A. Williams, dell'Università di York come indice di misurazione della qualità della vita, rispetto alle tradizionali tabelle basate sulla semplice previsione del numero degli anni da vivere.

QALY (*Quality-adjusted life-years*) è utilizzabile come unità di misura dei benefici apportati dall'adozione di interventi medici (terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche, assistenziali).

Il QALY consente contestualmente di valutare sia il prolungamento della durata di vita, grazie all'applicazione di un trattamento medico e/o chirurgico, sia di misurare la qualità della vita sperimentata dal paziente in quel periodo.

Storicamente il QALY deriva da una modificazione delle consuete tabelle di sopravvivenza utilizzate nei trattamenti medico-chirurgici soprattutto in corso di tumori. Un esempio di come tale modificazione possa essere attuata è rappresentata dall'integrazione delle tabelle di sopravvivenza con la classificazione di ROSSER e WATT (1972) degli stati di malattia che introduce le dimensioni della "disabilità" intesa come perdita di funzione e mobilità e del *distress* (disturbo, disagio) soggettivo. Cfr. R.M. ROSSER – V.C. WATT, *The Measurement of Hospital Output*, in «International Journal of Epidemiology», n. 1/1972, p. 361.

Ogni stato di salute, sia prima che dopo un trattamento terapeutico, è descrivibile in modo abbastanza esauriente con un abbinamento che avviene tra uno degli otto livelli di disabilità e uno dei quattro livelli di *distress* riportati dalla classificazione di Rosser e Watt.

La media dei punteggi attribuiti a ciascuna coppia "disabilità-distress" consente di elaborare una griglia, che corrisponde ad una vera e propria *tabella delle utilità*, in grado di integrare le vecchie tabelle di sopravvivenza. Nel caso della classificazione di Rosser e Watt, il completamento è stato realizzato da Rosser e Kind, attraverso la valutazione numerica.

A ciascuna coppia "disabilità-distress" Rosser-Kind hanno poi attribuito un punteggio compreso tra zero ed uno (dove zero corrisponde alla morte ed uno allo stato di perfetta salute). Cfr. ROSSER-KIND, *A scale of valuation of states of illness: is there a social consensus?*, in «International Journal of Epidemiology», n. 7/1978, pp. 347-358.

¹⁵ «Il concetto di qualità della vita compare nella riflessione filosofica e medica intorno agli anni '50 e può senz'altro ritenersi frutto del globale miglioramento delle condizioni di vita che, almeno in Occidente, proprio in quegli anni, si instaura. Prima di allora, infatti, erano ancora fortemente pre-

Il QALY, così come è stato formulato, si propone, allora, di valutare la riuscita di un determinato trattamento medico, tenendo conto, oltre del "prolungamento della vita" (che è stato finora l'unico parametro di valutazione) anche della "qualità della vita" da offrire al paziente durante quel periodo. Per valutare quella che sarà la "qualità della vita" da offrire al paziente, affetto da malattia cronica, il meccanismo del QALY rende possibile la compilazione di vere e proprie graduatorie di trattamenti. A questa "qualità di vita" viene attribuito, come accennato, un coefficiente (da 0 a 1), da moltiplicare per gli anni di sopravvivenza. Essendo la "qualità della vita" il fattore determinante la scelta del trattamento, è possibile che un trattamento venga preferito ad un altro, anche se garantisce una più breve sopravvivenza. In quest'ottica, in cui si distinguono nettamente *vita* da *qualità* della vita, uno strumento come il QALY, basato, principalmente, sull'approccio costi/benefici, tende, inevitabilmente, a favorire quei pazienti più giovani e meno malati¹⁶.

senti alcuni fenomeni che non inducono alla riflessione sulla "qualità" di un bene la cui "quantità" è ancora così precaria [...]. Nella seconda metà del secolo il globale miglioramento delle condizioni di vita induce lentamente a una riflessione su un bene divenuto meno precario e, pertanto, godibile in tutte le sue valenze prima inesprese [...]. Fin dal suo primo apparire, tuttavia, il concetto di "qualità della vita" soffre di una pericolosa ambiguità. Nella riflessione di matrice anglosassone, infatti, esso viene a contrapporsi al concetto di "sacralità della vita" (Reich, 1982). In entrambe le visioni del problema è indubbia la volontà di "rispetto". Il punto discriminante sta nell'elemento su cui questo debba essere fondato: la vita in quanto tale nell'etica della "sacralità", la vita qualitativamente accettabile nell'etica della "qualità". Più specificamente elemento caratterizzante l'etica della "qualità della vita" può ritenersi: l'assegnare un valore relativo e diseguale alle vite umane [...], facendo del "parametro qualità della vita" il criterio discriminante». Eppure, la dialettica sacralità della vita/qualità della vita, potrebbe risolversi con un'unica via d'uscita: non escludendo, necessariamente, la tutela di quella vita "apparentemente" priva di qualità e, quindi, di valore, considerando che «il diritto alla vita comporta che ogni essere umano, una volta concepito sia adeguatamente tutelato e quindi giuridicamente riconosciuto, assistito sul piano medico, biologicamente indisponibile, sempre fine e mai mezzo». S. LEONE, S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, op. cit., pp. 811-815.

¹⁶ E' evidente che il sistema del QALY favorisca una serie di discriminazioni ai danni di varie categorie di persone. Gli anziani, infatti, si troverebbero, per la loro età, in una posizione di iniziale e irrecuperabile assoluto svan-

Questo modo di risolvere il problema in esame, però, considerato in un Sistema Sanitario che si prefigga un "tetto di spesa" da non superare, dimenticando i principi etici, come quello secondo cui "la vita di ogni individuo vale quanto quella di qualsiasi altro", risulta contrario ai diritti umani.

2. Riflessioni sull'applicabilità dell'impostazione utilitaristica in Italia

2.1 In un'ipotetica applicazione del metodo QALY nel nostro Sistema Sanitario, la prima cosa da analizzare, di fondamentale importanza, è quella delle grandi differenze socio-culturali che esistono tra l'Italia e gli Stati Uniti; esse, infatti, non solo caratterizzano in maniera decisiva il servizio sanitario nei due Paesi, ma rendono diversamente applicabile tale metodo.

Nel Sistema Sanitario statunitense, storicamente basato sulla libera iniziativa individuale, esiste una tradizione socio-culturale che tende a non considerare la salute come un *diritto* riconosciuto e tutelato dallo Stato. Negli Stati Uniti, infatti, il coinvolgimento del potere pubblico nel Sistema Sanitario è molto scarso; ne deriva, da una parte, la valutazione positiva di un certo trattamento sanitario, solo in relazione alla convenienza economica che lo stesso produce e, dall'altra, la non-assistenza sanitaria per i meno abbienti, cioè per quella crescente percentuale di popolazione che non è in grado di coprire la polizza assicurativa che garantisce il diritto alle prestazioni sanitarie¹⁷. La conseguenza è che il diritto alla salute e, quindi, il diritto alla vita sono valutati economicamente, meglio

taggio, poiché nel calcolo anni di vita/qualità di vita, un giovane garantirebbe certo una resa maggiore.

Se poi il metodo fosse adottato su larga scala, nazionale o internazionale, allora, diverse categorie di persone si troverebbero ad essere escluse dal trattamento sanitario: non sarebbe questa una grave forma di eutanasia economica?

Inoltre, tra due pazienti affetti dalla stessa malattia, si troverebbe avvantaggiato quello con una condizione patologica meno grave: in questo caso, per l'altro paziente, verrebbe forse consigliata l'eutanasia pietosa?

Sono considerazioni le quali ci fanno riflettere e ci sollecitano a chiederci se il "diritto alla salute" abbia ancora una ragione di esistere all'interno dei nuovi sistemi sanitari europei.

¹⁷ P. VINEIS – S. CAPRI, *La salute non è una merce*, Torino 1994.

sono ricondotti al mondo economico-sociale, e non rappresentano di per sè un valore personale, come è, ad esempio, nell'Europa continentale.

Trova così una giustificazione il fatto che proposte attente all'analisi costi/benefici, come quella del QALY, abbiano potuto trovare attuazione nella realtà sanitaria statunitense; attuazione facilitata dalla crisi economica che si è fatta sentire già all'inizio degli anni Novanta. Crisi, in verità, dovuta a vari fattori, tra i quali, primo fra tutti, la dirompente crescita della spesa sanitaria che, spesso, non è stata seguita da interventi terapeutici utili. Né vanno dimenticate, fra le cause di questa crisi, le nuove e costose tecnologie sanitarie, dimostrate di scarsa utilità pratica, specie nel caso in cui alle dispendiose analisi cliniche non sono seguite informazioni vantaggiose ai fini della diagnosi.

Si è affermato così, nella realtà statunitense, il modello utilitaristico in cui l'intento primario dello Stato è la soluzione del problema *costi sanitari*; lo stesso modello, però, ha trovato terreno fertile anche in altri paesi dove, alla crisi economica, si è aggiunta una profonda crisi dei tradizionali valori personali che ha portato ad un'etica di tipo edonistico. La conseguenza è che negli Stati Uniti, come in questi altri paesi si è perduta di vista la *dimensione umana* del progresso medico, tecnologico e sanitario, e si sono assicurate le cure solo ai pochi in grado di garantire al Sistema Sanitario una determinata *convenienza economica*. Da ciò, il "diritto alla vita" (il primo tra i diritti fondamentali della persona umana) non è più riconosciuto e difeso come diritto inviolabile, tanto che, proprio dagli Stati Uniti si sono diffuse e affermate pericolose idee neo-utilitaristiche, volte a legittimare l'eutanasia economica, con lo scopo di liberare la società dal peso economico di molti malati che soffrono di malattie lunghe e costose¹⁸.

¹⁸ L'eutanasia economica, consiste nell'eliminazione indolore di tutti quegli individui che, malati incurabili, non sono più capaci di produrre e, quindi, sono di peso economico per la società. Un'economia dei mezzi, dunque, per la quale gli invalidi, i malati incurabili, le cosiddette "bocche inutili da sfamare" sono considerati esseri da annullare.

Oggi giorno, si va profilando l'eutanasia sociale, definibile come "eutanasia passiva allo scopo di evitare cure intensive a quei pazienti di età superiore ai 65 anni e che non sono più produttivi". «Con l'eutanasia sociale un essere umano vivente è soppresso non per sua decisione, non perché giunge il mo-

Il riemergere del problema dell'eutanasia, in una veste nuova, non più individualistica, come accadeva negli anni Settanta, ma collegato alla scelta dell'allocazione delle risorse sanitarie, costituisce l'occasione per ribadire la *tutela della persona umana* contro i crescenti pericoli dell'era moderna, in cui si è smarrita la *funzione prima* della medicina. La medicina, infatti, che è un'arte al servizio dell'uomo, che risponde al bisogno di cura della salute e di liberazione dalla malattia, negli ultimi due decenni ha assunto più cambiamenti di quanti non abbia conosciuto nel «corso dei duemilacinquecento anni della sua intera storia»¹⁹. In medicina è stata messa in dubbio e violata ognuna delle prescrizioni e delle proibizioni contenute nel *Giuramento di Ippocrate*, tanto che essa non è più considerata "strumento di aiuto" all'uomo ma è divenuta, insieme all'economia applicata alla sanità, metodo di selezione e di forte discriminazione.

2.2 Venendo alla possibilità dell'applicazione del QALY nel nostro sistema sanitario, va ricordato che l'Italia presenta un panorama di tradizioni storiche e culturali assai diverso da quello statunitense. Da sempre, nel nostro Paese esiste un forte impegno sociale, promosso, soprattutto, dalla Chiesa cattolica, che ha favorito l'affermazione di quel *modello personalistico* a cui si ispira la stessa Costituzione italiana, assente, invece, negli U.S.A.

Il tipo di cultura italiana, basato sui *valori* della centralità della persona, sulla tutela della dignità dell'uomo, sulla solidarietà e la difesa dei più deboli, però, se da un lato riconosce, nel diritto alla salute, un'imprescindibile obbligazione morale verso la persona, dall'altro comporta il rischio di una scadente qualità dei trattamenti sanitari, necessitata dalla scarsità delle risorse del Paese. La situazione, conseguenzialmente, è confusa; lo scontento nei confronti del Sistema Sanitario italiano è diffuso, ma non a livello di

mento della sua naturale morte, ma perché è di peso alla società». A. TARANTINO, *Eutanasia e diritto alla vita: problemi etico-sociali*, in «Medicina e Morale», 1992/2, p. 210.

¹⁹ E.D. PELLEGRINO – D.C. THOMASMA, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Alba 1992, p. 400.

enfaticamente le leggi del mercato e della competizione²⁰. La confusione è dovuta al fatto che una discriminazione assistenziale del tipo QALY mal si adatterebbe ad una realtà come la nostra in cui, invece, trova piena accettazione il contenuto della *Dichiarazione dell'Associazione Medica Mondiale sui Diritti dei Pazienti*, del settembre 1995, dove, nel paragrafo relativo al diritto alle cure mediche di qualità si legge: «ogni persona ha diritto a ricevere cure mediche appropriate, senza alcuna discriminazione, e che il paziente deve sempre essere trattato nel rispetto del suo migliore interesse»²¹.

Un sistema sanitario del tipo QALY, si rivela, quindi, difficilmente proponibile nel contesto sanitario italiano, dove il paziente è fruitore di servizi sanitari e non, come negli Stati Uniti, strumento di una programmazione economico-finanziaria che, come accennato, limita e lede il "diritto alla salute". Ne deriva che avverso i tentativi di introduzione di sistemi sanitari tipo QALY in Italia non si può restare inerti; la sollecitazione è di recuperare la "dimensione umana del progresso tecnologico sanitario", di non dimenticare che l'uomo, ogni uomo, è una grande risorsa per l'umanità. Ciò significa che non è sostenibile la posizione di chi assicura

²⁰ R.H. PALMER, *L'efficacia degli interventi di valutazione della qualità: Rassegna delle esperienze statunitensi*, in V. GHETTI, *La valutazione della qualità: Una nuova frontiera del S.S.N.*, Collana della Fondazione Smith-Kline, 152, Milano 1989.

²¹ La Dichiarazione sopra menzionata contrasta con la sentenza n. 416/1995 della Corte Costituzionale, che considera il diritto alla salute, non più un diritto soggettivo assoluto ma relativo. Prima di accettare un cambiamento così radicale, senza che fosse adeguatamente maturato nella coscienza della collettività, si sarebbe dovuto considerare che il criterio dei D.R.G. è un esperimento in corso e, da quando è stato attivato, cioè dal 1° gennaio 1995, non corrisponde a quello che gli economisti, in senso propriamente tecnico, definiscono "mercato interno programmato" (nel senso di un'offerta di cure da parte di diverse strutture sanitarie), poiché manca appunto la concorrenza (la pluralità dei produttori e degli acquirenti), essendo ancora la maggioranza dei presidi ospedalieri stabilimenti della stessa Azienda Sanitaria Locale. Dunque, si rendono necessarie drastiche misure correttive dei D.R.G., così come lo stesso principio di aziendalizzazione non deve essere mitizzato poiché deve ancora maturare nelle coscienze. Cfr. A. BOMPIANI, *Economia ed etica nello sviluppo del Sistema sanitario italiano*, in «Medicina e Morale», 1996/5, pp. 929-930.

cure costosissime a pochi, essendo, invece, giusto e ragionevole ripartire le risorse in modo equo fra tutti. Nel nostro Paese, la società deve garantire a tutti i mezzi per accedere alle cure, come lo stesso dettato costituzionale garantisce: è un aspetto di realizzazione della *giustizia sociale*, da attuare, appunto, attraverso la "piena promozione di ogni essere umano".