

**fr** **am** **ment** **i**  
**di**  
**bi** **o** **et** **i** **c** **a**

**3**

**Bioetica ed Economia**

A.S. 2012-2013

*Acuradel*



**Centro di Bioetica di Pontedera**

## Bioetica ed economia sanitaria: note a margine delle questioni intorno alla salute della persona

Il problema principale del rapporto tra bioetica ed economia sanitaria riguarda l'allocazione delle risorse sanitarie. Come vedremo tale allocazione o distribuzione delle risorse economico-finanziarie concerne la concezione bioetica, in senso filosofico giuridico, a cui il sistema sanitario, e più in generale l'ordinamento giuridico, fanno riferimento.<sup>1</sup>

Esistono due contesti in cui ci si può trovare di fronte alla decisione di come o dove collocare le risorse sanitarie: un contesto di macroallocazione, in cui risiedono le istituzioni regionali e i medici ed un contesto di microallocazione, attorno al quale ruotano solo il medico ed il paziente e l'alleanza terapeutica che si dovrebbe instaurare tra di loro per implementare la salute. Ma cosa significa essere in salute? La salute è fisica, psichica o possiamo prendere in considerazione anche quella metafisica e spirituale, la *salus animae*?

La salute dal punto di vista concettuale non può essere considerata semplicisticamente l'assenza di uno stato di malattia o di infermità ma, come si deduce dalla definizione dell'OMS, deve essere considerato uno stato di completo benessere psico-fisico e sociale. Da questo si evince che ogni persona deve essere considerata, relativamente al diritto alla salute, non solo in quanto singolo individuo, ma come facente parte di una comunità i cui componenti sono legati da una reciproca interdipendenza.

La domanda di salute che proviene dai componenti stessi della società deve in realtà essere considerata come domanda di servizi sanitari finalizzata al miglioramento dello stato di salute. Ne deriva che una risposta adeguata sarà non solo scientificamente valida, ma socialmente accettabile e finanziariamente sostenibile. Il bisogno di salute nasce conseguentemente da qualunque situazione in cui si verifica l'impossibilità di fruire nella misura di cui un soggetto ha bisogno di un certo bene (medicina) o servizio (prestazione sanitaria) potenzialmente in grado di migliorare lo stato di salute.

Il dibattito contemporaneo sulla distribuzione delle risorse sta mettendo in discussione il concetto di salute e di malattia come presupposto dell'allocazione delle risorse sanitarie. Le domande su come spendere le risorse sanitarie sono precedute da alcune questioni filosofico-giuridiche: Chi

Ritengo opportuno iniziare con una constatazione che a me sembra essere utile per stimolare il dibattito sull'economia-sanitaria che stiamo affrontando. È solo un aspetto di un problema ben più ampio e complesso di quanto sostenuto dal pensiero comune. Non è infatti una delle solite crisi in cui si trovano ormai da tempo coinvolte le società, ma riguarda anche l'ambiente, il clima, le risorse energetiche, i rapporti sociali e l'ideologia del mondo. Abbiamo quindi di fronte non solo una stretta interconnessione fra crisi, ma giunte ad un punto in cui si richiede una nuova consapevolezza e un modo di far fronte alla gravità della situazione.

In questa ottica non è affatto l'umanità sembra avviarsi verso una crisi da cui non si vede come uscire, la quale potrà essere evitata solo se essa riesce a mobilitare tutte le energie necessarie e a muoversi verso nuove forme di organizzazione.

Tutte queste criticità che si sono manifestate nella nostra epoca affondano le loro radici in tempi lontani e sono strettamente collegate a una cultura che crede di poter vivere in una crescita continua, quando ormai sappiamo che non è possibile una crescita economica infinita all'interno di una natura a risorse finite e limitate; e quando si è consapevoli che una crescita incontrollata rischia di compromettere seriamente la stessa esistenza umana.

Un grido di allarme in tal senso si è levato negli anni '70 del secolo scorso dal pensiero di una cultura che aveva appena fatto un passo in avanti e aveva appena scoperto i limiti di crescita e fine a se stesso, ma anche allora tale situazione era stata ampiamente ignorata sia dalla "destra" che dalla "sinistra" (il cosiddetto "pensiero unico") che dalla "nostra". L'identificazione fra progresso e sviluppo è un errore che negli anni noi stiamo consumando molte risorse. Il nostro pianeta sia in grado di riprodurre risorse non evidenti segnali di forti compromessi. Le nostre attuali classi dirigenti non riescono a continuare a parlare di crescita app

<sup>1</sup> Cfr. Bompiani A. "Bioetica in medicina", CIC Edizioni internazionali, Roma, 1996

considerare sano e chi malato? Chi è la persona da tutelare? Quando nasce e quando muore la persona? Quali sono i suoi diritti da tutelare e garantire con la spesa pubblica?

Nel nostro ordinamento giuridico e nell'attuale welfare state la bioetica dei diritti del malato si fonda sulla Costituzione Italiana che recita all'articolo 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Inoltre l'articolo 38 Cost. prevede che: "Ogni cittadino inabile e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale". Questi due articoli determinano il passaggio in cui il diritto soggettivo dell'individuo di avere una cura secondo le proprie necessità, si confronta con il dover dare cura da parte della società secondo le disponibilità delle risorse.<sup>2</sup>

Con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, la sanità rappresenta la voce di spesa maggiore del bilancio sia nazionale sia regionale, risultando un settore strategico dello Stato in quanto è un'area in cui le aspettative dei cittadini aumentano in funzione dell'evoluzione delle scoperte scientifiche e biotecnologiche dove gli investimenti finanziari possono trarre i maggiori guadagni. L'aumento costante della spesa sanitaria ha fatto sorgere l'introduzione di un calcolo costi benefici per gestire in economia la spesa pubblica. I benefici sono calcolati tra i vantaggi e gli svantaggi di un intervento sanitario su un soggetto e il beneficio equivale al saldo positivo di questo calcolo. Se gli svantaggi sono più dei vantaggi, l'intervento medico è sconsigliato, in quanto dannoso o eccessivo, come nel caso dell'accanimento terapeutico, in quanto non proporzionato secondo alcuni parametri prestabiliti:

- \* il prolungamento della vita o speranza di vita a tot. anni;
- \* il miglioramento della qualità di vita;
- \* le percentuali di successo dell'intervento;
- \* l'aggravio del sostegno fisico e psichico dell'intervento.

Tali criteri che determinano il giudizio sul contenuto del conto economico di un'azienda sanitaria, che non esercita poteri ed eroga servizi sanitari, non sono condizionati solo dalla domanda/offerta-risposta sanitaria sulla base del costo/beneficio, ma sono domande "aperte" sulla concezione di malato e sull'idea di persona.<sup>3</sup>

L'anziano malato con una demenza senile e un'invalidità assoluta ha diritto a tutte le cure necessarie o la sua qua-

<sup>2</sup> Sui diversi modelli di distribuzione delle risorse sanitarie e più in generale per il rapporto tra bioetica ed economia si veda Sgreccia E., "Manuale di bioetica", Vita e pensiero, Milano, 1991

<sup>3</sup> Vedi Amato S., "Eutanasie. Il diritto di fronte alla fine della vita", Giappichelli, Torino, 2012, p.139 dello stesso autore "Biogiurisprudenza. Dal mercato genetico al self-service normativo", Giappichelli, Torino, 2006 e S. Amato, F. Cristofari, S. Raciti, "Biometria. I codici a barre del corpo", Giappichelli, Torino, 2013

lità di vita è talmente bassa che non vale la pena spendere risorse sanitarie per il suo mantenimento che non ha alcuna probabilità di miglioramento?

Se prendiamo ad esempio la teoria bioetica neocontrattualista ritiene che la morte sia "degnà" nella misura in cui ha un fondamento consensuale e contrattuale. La morte ha una dignità quando è stipulata da un patto o un accordo, tra soggetti in grado di essere autocoscienti, razionali e di autodeterminarsi.

Nel contesto neocontrattualistico se la vita di un essere umano morente non è autonoma, ossia dipende dagli altri, e non è nemmeno oggetto di benevolenza degli agenti pubblici "moralì", a causa anche degli alti costi impiegati nel sostentamento vitale, non è degna di essere vissuta.

Mentre è invece ritenuta degna la morte: in questo senso l'eutanasia non è un male se praticata su soggetti non autonomi, anzi sarebbe un bene. Rimarrebbe illecita l'eutanasia praticata su soggetti autonomi senza il loro consenso informato.

Perciò la teoria neocontrattualista misura la dignità umana in base alla capacità di esercizio dell'autonomia in termini di funzioni materiali, di conseguenza esclude dalla soggettività giuridica della vita prenatale e terminale, ma anche di infanti e bambini, o ancora paradossalmente di chi dorme, di chi è ubriaco, drogato o soggetto a fattori crimino-genetici familiari o ambientali.

Così il cerebroleso, l'individuo in coma, il demente, il malato terminale, l'individuo in stato di senescenza avanzata non sono "più" persone, perché le loro condizioni esistenziali impediscono la manifestazione di certe proprietà o comportamenti, l'assenza delle funzioni perdendo la loro dignità di persone.

Mentre nella prospettiva bioetica personalista non si perde mai la dignità di persona: anche se la persona in determinate condizioni esistenziali soffre troppo o fa soffrire troppo agli altri, non è in grado di essere autonomo, è comunque meritevole di rispetto e di protezione, per la sola ragione che sta vivendo e la vita, anche quando silenziosa, morente, deficitaria, malata, disabile o invalida ha sempre un valore in sé.

Nella bioetica personalista la persona non perde mai la capacità di offrire un dono di senso anche nelle condizioni più difficili poiché la persona ha una dimensione che trascende i singoli fenomeni, l'esperienza materiale o la condizione soggettiva della malattia del corpo.

Per tali motivi non è configurabile un diritto "di/a" morire, ossia di decidere anticipatamente quando e come morire, ma piuttosto un diritto ad essere assistiti fino alla morte naturale. Una legge sui diritti di fine vita dovrebbe esplicitamente vietare l'accanimento terapeutico, cioè il prolungamento artificiale e disumano del vivere con interventi sproporzionati e vietare la soppressione eutanasica, quindi l'anticipazione volontaria o involontaria del morire.

È invece legittimabile il diritto del paziente ad esigere

un "accompagnamento" medico di fare tutto il percorso del morire attraverso l'impegno di tutto quanto ha a disposizione, con l'uso delle risorse disponibili, anche se dolorosa. In questo caso il trattamento dovrebbe essere concordato tra il medico e il paziente.

La conclusione è che il ruolo del medico-paziente è di garantire il rispetto della conseguenza della scelta: in gioco è la vita che si voglia far nascere o la vita dell'embrione o la persona già nata; l'embrione eugenetico e le patologie più o meno gravi, i malati psichici, ecc.

Insomma, la scelta è quella pro life in un'accezione assoluta, "sano" a cui rispetto alla morte, questi evadono la possibilità di disporre a piacere della propria vita perché dopo la morte perché non serietà di vita, la certezza di morte, il soggetto ha vissuto e non nell'illusione e non.

Le stesse cose che gli e compagni tendono a non fare: piacevoli: soggetti, consapevoli, proca solitudine, un progressivo rimanda all'operazione, struttive come da alcool o psichiatra, in tale caso.

Ma la scelta è laddove "si offende" chiede un "salto" interiore rispetto al suo argomento, radicate appaiono l'unico cammino.

un "accompagnamento" dignitoso nel morire e il dovere del medico di fare tutto il possibile per aiutarlo ad umanizzare il percorso del morire. L'umanizzazione del morire può avvenire attraverso l'impegno del medico che si propone di porre in atto tutto quanto ha a disposizione per curare e alleviare le sofferenze, con l'uso delle cure palliative che consenta una morte meno dolorosa. In questa prospettiva le direttive anticipate di trattamento dovrebbero insomma difendere l'alleanza terapeutica tra medico e paziente a favore della vita contro la morte.

La conclusione di questo dibattito bioetico sul rapporto medico paziente nella bioetica sanitaria rirpropone una delle conseguenze del processo della secolarizzazione moderna: in gioco è in realtà il concetto di "vita", su cui sembra che si voglia far prevalere un favor mortis: l'interruzione della vita dell'embrione, che non è altro lo stadio iniziale della persona già nata; l'eliminazione degli anziani invalidi, la selezione eugenetica dei bambini con la sindrome di Down o altre patologie più o meno gravi; il sostegno al suicidio assistito dei malati psichici, oltre che di quelli terminali.

Insomma la bioetica pro death sembra sostituirsi a quella pro life in ogni ambito, soprattutto nell'autodeterminazione assoluta sul proprio corpo. Non essendoci più "nessuno" a cui rispondere della propria vita, della nascita e della morte, questi eventi non hanno più un senso e se ne può disporre a piacimento. La stessa morte andrebbe eliminata perché dopo la morte non c'è niente, il dolore va eliminato perché non serve a niente e costituisce un richiamo alla finitudine mortale; la nascita e la vita hanno senso fin tanto che il soggetto ha voglia di dargli un senso, altrimenti spariscono nell'illusione e nel nulla da cui provengono.

Le stesse relazioni tra genitori, tra familiari, amici, mogli e compagni sono in questo ambito dei continui vuoti, che tendono a non dare risposte, ma solo distrazioni più o meno piacevoli: soggetti con cui condividere alcuni interessi superficiali, consapevoli di non andare più a fondo oltre una reciproca solitudine. Tale contesto sociale e filosofico conduce ad un progressiva debolezza, ad una "costante depressione" che rimanda all'opzione del suicidio, sotto molteplici forme autodistruttive come l'abuso di sostanze stupefacenti o la dipendenza da alcool o psicofarmaci. L'opportunità e la scelta di sopravvivenza, in tale contesto è l'unica forma di disperazione.

Ma la speranza sembra si trovi, e debba essere cercata, laddove "si offre speranza": una chiara speranza religiosa che chiede un "salto di qualità esistenziale" e di sconvolgimento interiore rispetto alla precedente condizione. Questo ingresso dell'argomento religioso in esistenze materialisticamente radicate appare difficile, quasi un percorso incredibile; ma è l'unico cammino possibile.