

PROBLEMI DI ETICA E MEDICINA LEGALE IN O.R.L.

Rapporti tra economia sanitaria e bioetica in otorinolaringoiatria

Tavola Rotonda al XXVI Convegno Nazionale di Aggiornamento A.O.O.I. – Udine 20-21 settembre 2002

Moderatore

DOTT. STEFANO GRANDIS
(Direttore SOC ORL, ASS 2 Isontina, Monfalcone/Gorizia)

Relatori:

DOTT. MASSIMO AIMONE
(Direttore Istituto di Medicina Legale ASL 2, Torino; già Direttore Sanitario ASL 2, Torino; Presidente del Comitato di Bioetica ASL 2, Torino)

DOTT. FRANCESCO CAVALLO
(Docente di Bioetica presso l'Università di Udine; Presidente del Comitato Provinciale di Bioetica, Udine; Presidente della Lega per la Lotta contro i Tumori, sezione di Udine)

PROF. MICHELE DE BENEDETTO
(Direttore SOC ORL dell'Ospedale "V. Fazzi", Lecce, Past President A.O.O.I.)

DOTT. GIANNI SUCCO
(Direttore SOC ORL dell'Ospedale "Martini Nuovo", Torino)

L'argomento della tavola rotonda viene introdotto dal moderatore Dott. Grandis che ne delinea i concetti generali.

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 non solo fisico e mentale ma anche 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 deve essere non solo scientificamente valida ma, alla luce di quanto prima sottolineato, socialmente accettabile e finanziariamente sostenibile.

Il *bisogno di salute* nasce conseguentemente da qualunque situazione in cui si verifici, per le più disparate ragioni sostanzialmente riconducibili a quanto sovraccitato, l'impossibilità di fruire nella misura desiderata di un certo bene o servizio potenzialmente in grado di migliorare lo stato di salute.

La piena soddisfazione della domanda di servizi sanitari è divenuta con il passar degli anni sempre più onerosa e problematica per il bilancio di stati e regioni che, nei paesi cosiddetti avanzati, investono in sanità una percentuale compresa tra il 6 e 10% del PIL. Pertanto l'incremento esponenziale della spesa relativa trae la sua origine da una complessità di fattori tra cui vorrei ricordare: l'aumento dell'età media della popolazione, l'incremento non solo della quantità e della qualità delle tecnologie applicate in sanità ma soprattutto del loro costo, l'incremento delle patologie passibili di trattamento medico, fisico o chirurgico, l'aumento della patologia traumatica nei giovani e di quella cronico-degenerativa nell'anziano. Ne consegue l'impossibilità pratica di fornire qualsivoglia prestazione o servizio sanitario a dimostrazione della sostanziale utopia racchiusa nel concetto stesso di welfare state che, dal punto di vista sanitario, prevedrebbe di poter dare "tutto a tutti" senza tener conto delle conseguenze dal punto di vista economico.

In pratica la gestione della spesa sanitaria è condizionata dalla disponibilità di risorse la cui entità rappresenta forzatamente il limite nella fornitura di prestazioni.

Per tale motivo si potrà ipotizzare di fornire quanto richiesto da parte del cittadino sano e malato sino al limite permesso dai beni disponibili.

Economia Sanitaria

L'Economia Sanitaria può essere considerata l'applicazione della scienza economica al settore della sanità; suo è il compito decisamente gravoso di fornire regole e mezzi attraverso i quali possono venir distribuite le risorse finalizzate al miglioramento dello stato di salute da parte di singoli individui, imprese, autorità pubbliche, organizzazioni. Ruolo, compiti e limiti dell'economia sanitaria sono ancora in fase di assestamento ma è assodato che possano essere considerati cardini di questa materia tematiche quali il bisogno e la domanda di salute, la produzione e l'offerta di prestazioni sanitarie, le metodologie di valutazione economica, l'organizzazione ed il finanziamento dei sistemi sanitari.

La fondamentale diversità con l'economia di mercato è che questa ultima trova il punto di equilibrio tra domanda ed offerta tramite il sistema dei prezzi. Al contrario l'economia sanitaria tratta prestazioni difficilmente quantizzabili in un sistema in cui, specie per la componente pubblica, deve essere primariamente ed in ogni caso garantito il servizio e, cosa da non sottovalutare, l'offerta condiziona pesantemente l'entità della domanda. Questo ultimo punto può trarre origine da un comportamento scorretto in maggior o minor misura sia da parte del sanitario che del paziente: nel primo caso per prestigio, interesse o per ridurre i margini di errore nel secondo come conseguenza della gratuità o parziale o totale della prestazione richiesta. Pertanto l'impossibilità di raggiungere un punto di equilibrio relativamente a cosa, come e per chi produrre genera quello che viene definito come "mercato imperfetto".

Già negli anni '80 Seldon, un economista sanitario inglese, aveva con buona lungimiranza previsto che l'incremento smisurato dei costi in sanità avrebbe avuto come ovvia conseguenza l'incremento del gettito fiscale necessario per finanziare prestazioni sempre più complesse e numerose dei vari Servizi Sanitari rendendo praticamente impossibile la concessione in futuro di cure mediche gratuite.

Pertanto dall'applicazione negli ultimi decenni delle regole e dei dettami dell'economia sanitaria in un mercato i cui costi si sono mantenuti in perenne espansione ne è forzosamente derivata la necessità di introdurre severi criteri d'accesso alle risorse. A tal fine non deve essere ricercata una mera logica del risparmio ma target reale deve essere considerato il miglior risultato possibile in relazione alle risorse impiegate.

Bioetica

Definita "filosofia della prassi medica" tale disciplina prende in considerazione le problematiche di tipo etico, filosofico, giuridico, teologico derivanti dallo

sviluppo e dall'evoluzione delle scienze biomediche. Differisce dall'etica, indirizzata sostanzialmente al bene individuale, nel considerare ogni individuo inserito nel contesto del gruppo il cui bene comune deve necessariamente prevaricare su quello del singolo. Pertanto, pur mantenendo la dovuta considerazione per il rispetto del diritto individuale, gli antepone quello della società cercando a tal fine di coniugare riflessioni di carattere scientifico ed morale.

Cardini della cultura bioetica sono da considerare il principio di beneficiabilità, dell'autonomia e della giustizia la cui rilevanza, successivamente approfondita in altra parte della relazione, viene messa in evidenza dalla capacità di modificare sensibilmente il rapporto medico paziente nella pratica clinica.

Infatti se è vero che il concetto di *beneficiabilità* da parte del medico rappresenta il tentativo di adoperarsi, al di là di ogni convenienza economica, cercando di ottenere il massimo risultato possibile nella risoluzione del singolo caso clinico, è doveroso sottolineare che qualunque opzione terapeutica deve essere condizionata dalla validità del consenso informato nel rispetto per l'*autonomia* decisionale del paziente. Tali principi sono sostanzialmente finalizzati al bene individuale ma vengono integrati dal principio di *giustizia* – concernente però il bene comune – secondo cui l'interesse della collettività non può essere prevaricato da quello strettamente individuale relativamente all'assegnazione di risorse. In tal modo il rapporto medico/paziente da diretto o lineare, se finalizzato al beneficio del singolo con modalità up-down, viene modificato divenendo prima bidimensionale, grazie all'espressione della libera scelta da parte del paziente, e successivamente tridimensionale in quanto condizionato dall'appropriatezza sociale della singola iniziativa diagnostica e/o terapeutica.

Bioetica ed economia sanitaria

A questo punto possono essere valutati i punti in comune e le possibili interazioni tra le due discipline. Compito della bioetica è quello di fungere da criterio guida nel determinare le scelte di fondo per una equilibrata distribuzione delle risorse in campo sanitario valutandone efficacia ed efficienza.

L'economia sanitaria a sua volta deve fornire ed indicare le metodologie necessarie alla corretta realizzazione di tali obiettivi, evitando lo spreco di risorse, per definizione limitate, al fine di tutelare il "cittadino sano e quello malato".

L'azione congiunta della bioetica con i suoi principi e dell'economia sanitaria con le sue regole presenta una chiave di lettura sostanzialmente antropologica in quanto finalizzata al bene individuale. Va ribadito che tale azione resta subordinata alla sua adeguatezza in ambito sociale.

Delineate le linee generali il Moderatore coinvolge con un primo quesito il Dott. Cavallo che, in qualità di bioetico, espone il suo punto di vista relativamente a: punto di incontro tra bioetica ed economia sanitaria nella pratica clinica?

Prima di affermare quale potrebbe essere considerato il punto di incontro tra Bioetica (BE) ed Economia Sanitaria (ES), occorre definire gli ambiti e i principi entro cui queste due discipline agiscono e quindi reperire i punti di incontro, per poter formulare una proposta di necessaria articolazione.

In ogni caso BE ed ES sono due filosofie, due polarità di non facile coniugazione reciproca, seppur obbligate necessariamente a convivere in un'ottica di tutela della salute del cittadino e di utilità sociale.

Per esplicitare l'apparente complesso linguaggio della bioetica è necessario tenere presente e analizzare i principi fondanti di questa disciplina, che ha come obiettivo base la tutela della persona: *autonomia* e *beneficialità*, visti nella sfera della soggettività (quindi non stabilita da altri, operatori sanitari, economisti o istituzioni) dalla quale deve prendere corpo il consenso informato agli atti medico-sanitari. Nell'ambito della soggettività particolare attenzione richiedono determinate fasce deboli di malati e i loro peculiari bisogni correlati alla severità della malattia.

Gli altri due principi, *giustizia* e *non maleficenza*, che, a differenza dei due precedenti, sono universalizzabili in quanto vanno oltre la soggettività, attivano doveri degli operatori per decisioni, strategie e condotte umane che tutelino equanimemente la dignità della persona, del cittadino sano o malato.

In sintesi vengono salvaguardati quei diritti umani riconosciuti e decretati nelle varie Dichiarazioni e Carte internazionali.

Per tale fraseggio della BE, coniugante i bisogni del singolo e quale membro della collettività, si devono armonizzare i vari fattori sempre più emergenti dal contesto attuale della società, quali la progressiva emancipazione socio-culturale del cittadino e la correlata evoluzione del rapporto medico/paziente sempre meno paternalistico ma più adulto da parte del cittadino, che deve ergersi a soggetto decisore nelle scelte che vengono attuate sul proprio corpo.

Di conseguenza l'evocata autonomia delle scelte (ovvero l'autodeterminazione del soggetto) può essere esplicitata solo mediante un'articolata informazione, che, tra l'altro, includa anche quella sull'organizzazione dei servizi sanitari, rapportata alla disponibilità delle risorse, e a cui segua un consenso consapevole delle scelte.

A tal punto occorre definire gli ambiti e i linguaggi dell'ES, che deve necessariamente rapportarsi a quelli della BE.

È opportuno pertanto precisare che, se la salute ha un costo per l'ES, per la BE rappresenta un valore, che tutela la persona e il singolo cittadino, che costituisce

una risorsa della e nella comunità e come tale concorre al bene comune. In tal senso appare ragionevole, per l'auspicato incontro tra le due filosofie, che l'ES sottolinei che le risorse limitate richiedono contenimento di costi e razionalità organizzativa, a patto che siano articolate con i valori della persona sottesi a una riflessione bioetica, nella fase di individuazione, categorizzazione e priorità delle scelte operative aziendali.

La criticità e la complessità del rapporto tra BE e ES derivano dalle prevaricanti e incompressibili motivazioni di bilancio economico che hanno un approccio quantistico, obiettivo e anonimizzante e quindi motivazioni esterne al vissuto soggettivo del malato e non certo intrinseche al rapporto medico/paziente, che è scelta di valori tutelante la salute totale del cittadino (fisica, psichica, relazionale, etica e spirituale).

A rendere ancora più limitante e tormentato il rapporto BE e ES è il crescente disagio degli operatori sanitari, nella realizzazione dell'atto medico, che deve conciliare da un lato i dettami etici e deontologici professionali, assunti con pubblico impegno e finalizzati al "best interest" del malato e alla garanzia dell'autonomia delle sue scelte, dall'altro la politica economica orientata a criteri obiettivi di razionalità aziendale con cogenza normativa e direttiva spesso eludenti i reali e complessi bisogni del malato, in particolare quelli in fase critica e avanzata.

Per tali problematiche la BE, per trovare un punto di incontro e di intesa rivolgendosi ai responsabili della dirigenza aziendale, stigmatizza che l'ES è uno strumento che, pur nelle diverse modalità ed espressività delle strategie operative, deve essere finalizzato al bene comune in senso lato e quindi non rappresenta inequivocabilmente un fine, né tantomeno prioritario, nell'organizzazione sanitaria della struttura e del territorio.

Inoltre la BE precisa che, se le strategie economico-organizzative devono includere l'efficacia e l'efficienza (ovvero il miglior risultato possibile con minor impiego di risorse), occorre articolare l'efficacia stessa al soggetto intesa come incidenza favorevole sul decorso naturale della malattia (Cochrane) e con tutela e recupero della salute totale, estendendo anche il concetto della qualità al "dopo" dell'intervento, stabilita e percepita dal malato e non da altri.

Di conseguenza la proposta della BE all'ES, per una migliore articolazione operativa, si fonda su questi punti:

- Approccio formativo alla cultura bioetica sociale e clinica per responsabili di Economia Sanitaria contestualmente a operatori sanitari ai fini della conoscenza e della consapevole compatibilità di particolari interrogativi e situazioni complesse, attivate dalla malattia del soggetto.
- Inserimento degli orientamenti della BE nelle fasi decisionali da parte dei responsabili della poli-

tica economico-sanitaria.

- Potenziamento dell'empowerment del cittadino come partecipante al ruolo di decision-maker, nel gestire le proprie condotte e stili di vita in autonomia e responsabilità, articolate e motivate dalle esigenze della scarsa disponibilità delle risorse economiche.

Solo con l'arruolamento delle responsabilità del cittadino utente dei servizi sanitari, si riduce il gap delle attese e delle offerte e delle motivazioni di ES sempre più discusse e disagianti.

Viene successivamente proposto dal Moderatore un secondo quesito, questa volta rivolto al Dott. Aimone che, in qualità di esperto in economia sanitaria, ha il compito non solo di fare una panoramica sulle problematiche relative alla distribuzione delle risorse ma di verificare l'applicabilità ed il valore pratico dei principi della bioetica in questo campo.

La Costituzione Italiana recita all'articolo 32: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"; l'articolo 38 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 dalla concezione dell'esercizio liberale della medicina allo Stato sociale.

Il diritto soggettivo dell'individuo di avere secondo le proprie necessità si confronta con il dover dare dalla società secondo le disponibilità.

Con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, la sanità riceve una quantità di denaro assolutamente sconosciuta nel corso di tutta la sua storia.

Molteplici sono gli interessi che l'assicurazione malattie favorisce in interi settori dell'economia, soprattutto quello chimico farmaceutico, delle tecnologie strumentali e delle biotecnologie.

Gli elevati profitti dell'industria portano spesso a privilegiare l'interesse commerciale rispetto alla conoscenza scientifica.

La sanità rappresenta la voce di spesa maggiore del bilancio sia nazionale sia regionale; risulta altresì un settore strategico dello Stato in quanto è un'area in cui le aspettative dei cittadini aumentano in funzione dell'evoluzione della scienza e delle tecnologie dove gli investimenti finanziari possono far trarre i maggiori guadagni.

L'aumento costante della spesa sanitaria e la percezione soggettiva che il Servizio Sanitario fosse una "macchina che distrugge valore e consuma risorse: inefficace ed inefficiente", socialmente condivisa, divenne una valutazione assiomatica e generalizzata, condivisa sia dalle componenti sociali, sia dai soggetti politici.

Questo indusse il legislatore a individuare un modello organizzativo diverso per il finanziamento dell'at-

tività sanitaria, abbandonando la logica del pie' di lista.

Il passaggio dal sistema USL al sistema ASL implica la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Locali, autonome ed autosufficienti, che avrebbero dovuto essere alimentate dai proventi derivanti dall'erogazione dei servizi e/o con il finanziamento in base al numero di cittadini assistiti. La realizzazione compiuta di questo percorso dovrebbe concretizzare il nascere e il consolidarsi delle attività proprie delle aziende sanitarie come una vera e propria attività di impresa.

La sfida per i sistemi sanitari è riuscire a distribuire le risorse nel rispetto dell'equità e dell'appropriatezza, con la ricerca della maggiore efficienza dei servizi e della massima efficacia dei risultati, in termini di salute e di soddisfazione degli utenti, avendo ben presente che le scelte di economia sanitaria significano opportunità di salute offerte ad alcuni cittadini e sottratte ad altri.

Vi sono tuttavia alcuni impedimenti da rimuovere e sul piano pratico e sul piano concettuale che rallentano il processo del cambiamento e sono di ostacolo al concetto "impresa sanitaria".

Si segnala la discontinuità culturale che esiste tra l'etica presente nell'economia e quella che ha informato da secoli la medicina e la prassi medica.

La sfida è quella di coniugare nell'interesse della società e dei malati le strategie di economia di mercato con l'etica solidaristica e personalistica che pervade la medicina; tanto più che talvolta è difficile anche per lo specialista apprezzare i vantaggi reali per il paziente delle nuove formulazioni o delle nuove procedure.

Risulta prioritario analizzare i rapporti tra: economia e sanità, industria e medicina, etica e bioetica. Gli obiettivi economici: efficacia, efficienza ed economicità, devono essere perseguiti nel rispetto degli obiettivi etici: responsabilità, giustizia e solidarietà.

Il Dott. Grandis commenta e sintetizza rilevando come una corretta ed equilibrata attività di managing, ispirato dai principi della bioetica e dell'economia sanitaria, debba essere quindi in grado di fornire prestazioni sanitarie efficaci attraverso l'erogazione di prestazioni prodotte in modo efficiente.

Per fare in modo che il sistema mantenga le caratteristiche non solo di economicità ma anche di giustizia sociale dovrà comunque essere ricercato il massimo di appropriatezza delle prestazioni non prima di aver fatto un'adeguata scelta di priorità. In ogni caso la disparità tra richiesta di prestazione e risorse a disposizione potrà rendere necessaria l'introduzione di criteri di razionamento.

Decisioni di questo tipo, anche se corrette dal punto di vista economico e bioetico, potrebbero generare scarso consenso ed essere addirittura penalizzanti per il manager o il politico che le ha proposte. Per tale

motivo viene coinvolto con il compito di approfondire il delicatissimo argomento il Prof. De Benedetto sia come esperto in bioetica che come clinico.

In Sanità, negli ultimi dieci anni, i bisogni e i “desiderata” individuali hanno quasi sempre superato le risorse che la collettività è disposta a trasferire allo Stato, tramite il fisco, per finanziare il Servizio Sanitario; da ciò scaturisce la necessità di effettuare un Razionamento delle risorse.

Altri motivi alla base del razionamento sono l'aumento dell'età media, con un invecchiamento sempre maggiore della popolazione, ed i costi sempre più alti delle nuove tecnologie utilizzabili in ambito medico, che, da un lato, hanno determinato un ampliamento del numero delle malattie curabili ma, dall'altro, hanno contribuito ad una crescita, non più ben controllabile, della spesa.

In Sanità, invece del verbo “Razionare”, si preferisce ricorrere a frasi del tipo “Effettuare delle scelte” o “Stabilire delle priorità”.

Il Razionamento è una misura di politica economica che si applica quando la domanda di beni essenziali è in eccesso rispetto alla produzione e il meccanismo dei prezzi non può funzionare; abolito il prezzo, quale strumento di autoregolazione del mercato sanitario, è necessario definire regole chiare per garantire un'ordinata soddisfazione dei bisogni di salute ed un impegno ottimale delle risorse disponibili.

Oggi, le scelte in Sanità riguardano essenzialmente due ordini di questioni:

- a) chi ha diritto a quali forme di assistenza, in assenza di prezzo;
- b) come ottimizzare i benefici derivanti da uno stato di salute e distribuirli tra tutti i componenti la società entro vincoli di bilancio.

Per effettuare delle scelte o stabilire delle priorità, servono dei criteri tecnici che rappresentano i prerequisiti per una selezione, ma non sono sufficienti a stabilire quante e quali prestazioni erogare ed a chi.

Ogni decisione distributiva, alla fine, risponde ad una delle seguenti modalità d'approccio:

- attenzione per il singolo individuo (concezione individualistica);
- interesse per la collettività (concezione utilitaristica).

Nel primo caso si tende a privilegiare la vita “visibile” del singolo paziente, nel secondo invece si è portati a scegliere interventi rivolti a diminuire il rischio statistico di persone anonime che potrebbero venire a soffrire per l'assenza di interventi.

Il dilemma che si pone nello scegliere una tra le due impostazioni è:

- salvare una vita;
- migliorare la qualità della vita.

Se l'effettuazione di una scelta determina effetti di modesta entità, in genere si preferisce ricorrere a sistemi impliciti di “razionamento”, agendo attraverso

criteri di delimitazione delle prestazioni e delle garanzie; se, invece, dalle scelte effettuate scaturisce una sicura perdita di consenso nei confronti del S.S.N., l'autorità politica tende a preferire una esplicitazione dei criteri che hanno portato alle scelte, stimolando in tal modo un coinvolgimento dei singoli nei processi di scelta allo scopo di aumentare la fiducia nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

Quando si preferisce far ricorso a sistemi impliciti, è il medico, suo malgrado, che si trova in prima linea a doversi districare entro strategie messe a punto da altri (il potere politico-amministrativo) per conciliare il soddisfacimento dei bisogni con i vincoli da budget.

Le forme attraverso cui tale politica si attua sono numerose e tra queste ricordo le più utilizzate:

1. *Diniego* – la forma più visibile e brutale di un razionamento.
2. *Selezione* – l'inverso del diniego, ma produce gli stessi effetti.
3. *Deflessione* – anziché negare un servizio, i potenziali beneficiari sono dirottati verso altri servizi e programmi (per cui un problema sociale viene definito sanitario; un problema scolastico, sociale etc.), con il rischio concreto che il problema non sia mai risolto.
4. *Dilazione* – differimento degli appuntamenti o ritardo della risposta. Le liste d'attesa ne sono un esempio.
5. *Diluizione* – il servizio non è negato, ma viene ridotto; se non si può ridurre quantitativamente, si riduce qualitativamente.
6. *Deterrenza* – consiste nel rendere difficile l'accesso a servizi; sono vari i mezzi di dissuasione (orari impossibili, moduli incomprensibili etc.).
7. *Interruzione* – prevede una conclusione prematura di un trattamento (per es. dimissioni ospedaliere precoci).

In conclusione, in una realtà sanitaria in cui le risorse sono sempre inferiori alle esigenze, spetta al medico riuscire ad interfacciarsi con l'utente nel modo più corretto, riuscendo a far capire come spesso i desiderata non sono giustificabili con le reali esigenze e come, per contro, il S.S.N. finisce per essere appesantito e, molte volte, reso inadeguato da un incontrollato ricorso a nuove tecnologie che aumentano di molto i costi, ma aggiungono poco a quanto un corretto approccio clinico può dare.

Il Moderatore rileva che i concetti espressi in questa parte della relazione portano pertanto ad alcune riflessioni sulle caratteristiche ideali della medicina e di conseguenza sulla qualità della stessa.

La medicina dovrebbe mirare a guarire in modo rapido, efficace e duraturo seguendo un'indicazione clinica corretta cioè essere buona, giusta ed appropriata rispettando rispettivamente i diritti e l'autonomia decisionale del malato e mantenendo una equa distribuzione delle risorse.

La qualità dell'intervento sanitario dovrebbe nascere pertanto dalla capacità di integrazione di diversi elementi rappresentati dall'Etica Medica Clinica, dalla Bioetica e dall'Etica dell'Organizzazione. Rivolge pertanto al Dott. Succo l'invito ad approfondire le modalità attraverso cui è possibile rispettare nella pratica clinica obiettivi contemporaneamente di bioetica e economia sanitaria, cioè creare qualità reale e percepita.

È indubbio che negli ultimi anni, in ambito medico, si sia assistito ad un netto incremento della sensibilità verso l'aspetto qualitativo, inteso nelle sue varie espressioni.

Quality assurance: ove l'attenzione si concentra sulla performance operativa.

Total quality management: il punto di riferimento centrale è il cliente, ma ogni attore del processo organizzativo è a sua volta considerato contemporaneamente cliente e fornitore.

Qualità dell'analisi farmaco economica: tende a valutare le priorità nell'allocazione delle risorse fra programmi terapeutici alternativi.

Qualità del lato emotivo relazionale: rappresenta un'attualizzazione della lezione ippocratica, una visione più completa del principio di beneficenza, inteso come beneficenza nella fiducia.

Ma il medico, nell'esercizio della sua professione, è sottoposto a pesanti condizionamenti etici che si esercitano a volte in condizioni di ristrettezza temporale, rappresentati sinteticamente da principi di non

maleficenza (*primum non nocere*) e di beneficenza del paziente.

Il principio di beneficenza del paziente è condizionato a sua volta da importanti variabili quali:

Coinvolgimento decisionale del paziente

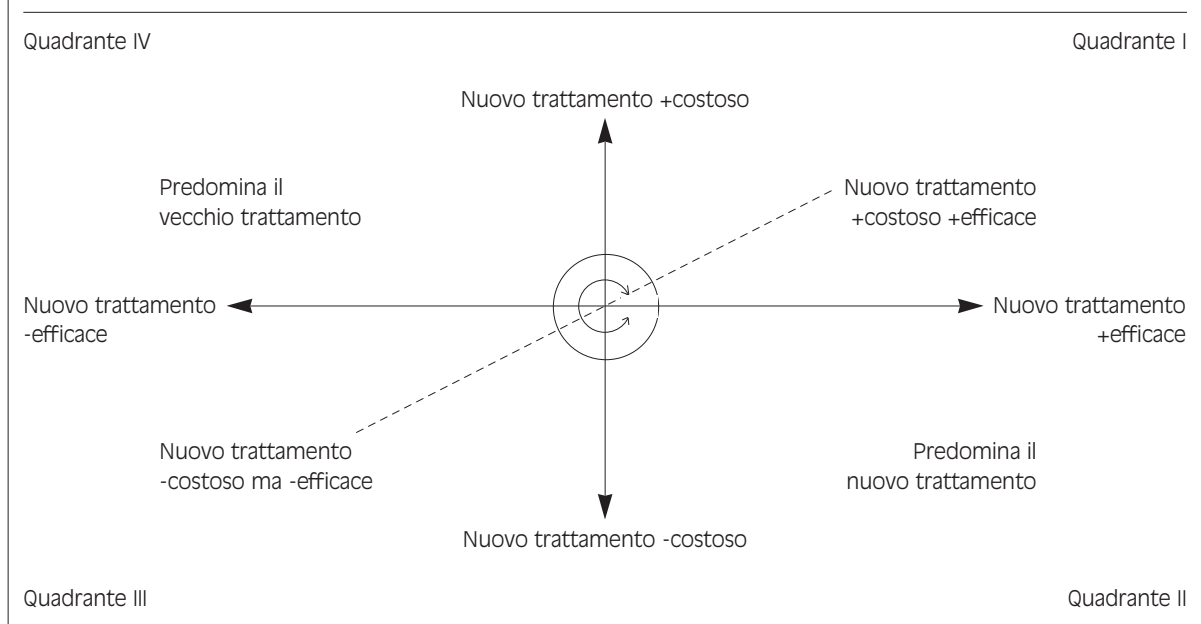
Non si tratta solo di ottenere il consenso del paziente mediante una superficiale opera informativa, bensì di un crescendo comunicativo che comporta per il medico un vistoso dispendio di energie. Il coinvolgimento decisionale necessita di abilità comunicative verbali ed extraverbali, che possono risultare naturali per alcuni ma che varrebbe la pena insegnare nelle corsie di ospedale.

Tale crescendo comunicativo dovrebbe portare il paziente a raggiungere un maggior grado di comprensione dei problemi. A questo punto l'espressione di preferenza di un trattamento invece che un altro rappresenterebbe il frutto di una reale competenza decisionale.

Chance di successo terapeutico → Sicurezza ed affidabilità dei trattamenti

Il confronto continuo di questi parametri con ciò che viene considerato il "gold standard" terapeutico (ed economico) rappresenta il cardine di quella branca della Bioetica denominata Etica neo casistica. Non sempre nell'applicazione di nuovi protocolli terapeutici ci si trova davanti ad evidenze unidirezionali, come dimostrato dallo schema di cost effectiveness (Fig. 1).

Fig. 1. Il Piano di cost-effectiveness. Modificato da: Briggs, Gray 1999.



Beneficio sociale

Il medico in quanto professionista e cittadino è consapevole che impiegare determinate risorse per curare un malato può sottrarre risorse preziose per curarne un altro. Esistono 2 contesti in cui ci si può trovare di fronte alla decisione di come o dove collocare le risorse: un contesto di macroallocazione, raffigurato da un tavolo, attorno al quale siedono i rappresentanti dei cittadini, ovvero i politici, i medici ed i rappresentanti dei malati, ed un contesto di microallocazione, raffigurato da un letto di ospedale, attorno al quale ruotano solo il medico ed il paziente. A mio avviso è etico discutere e decidere ove collocare o distogliere risorse solo nel contesto della macroallocazione e questo, a mio avviso, deve rappresentare lo scenario entro cui opera ed esercita la sua influenza la Bioetica. Al contrario non ritengo etico affrontare il problema del collocamento delle risorse al letto del malato.

Termino presentando una personale visione delle forze che influenzano l'esercizio della professione medica, prendendo spunto dai principi di psicoanalisi Freudiana. L'etica medica rappresenta per me il superio che mi condiziona a ricercare sempre il massimo beneficio per il singolo paziente.

L'etica organizzativa rappresenta l'ID, ovvero un marasma soggetto ad estrema mutabilità, con regole che spesso cambiano in corso d'opera, che mi può spingere a derogare dai principi rigidi imposti dall'etica medica.

La Bioetica può, nel presente e nel futuro, rappresentare il momento di sintesi razionale fra la qualità dell'intervento sanitario, sia dal punto di vista tecnico che relazionale, ed i vincoli imposti dall'economia sanitaria.

Il Dott. Grandis rileva a questo punto come una riflessione peculiare dovrebbe essere posta relativamente all'*allocazione delle risorse* proprio in relazione ai concetti di bioetica ed economia sanitaria precedentemente espressi. Tale processo viene infatti definito come la distribuzione di risorse tra programmi in competizione tra di loro. A tale proposito è doveroso sottolineare come le scarsità di risorse possa spesso essere considerato in sanità una specie di postulato. Il concetto di scarsità, almeno nel mondo sanitario considerato avanzato, non può essere considerato assoluto, rivolto cioè a tutte le necessità e le esigenze, ma relativo in quanto condizionato da scelte e criteri di priorità applicati nell'affrontare una determinata problematica.

L'applicazione di bioetica ed economia sanitaria nell'allocazione delle risorse non deve ridursi alla mera ricerca della minimizzazione del costo di una determinata prestazione ma deve analizzare ed approfondire aspetti più complessi quali il rapporto costo-beneficio, costo-efficacia e costo utilità. Questo sarà

l'argomento affidato al Dott. Aimone nella successiva parte della relazione.

Il raggiungimento dell'equilibrio (costi-risorse, monetizzazione-tariffazione, efficienza-efficacia) è l'obiettivo problematico per eccellenza perché deve tener conto delle aspettative individuali e collettive, della disponibilità individuale e collettiva di sostenere l'onere del costo.

Un primo ostacolo è costituito dalla mancanza di un sistema di prezzi che permetta di misurare il valore del prodotto e la sua competitività; il tariffario è un tentativo di riconoscere un valore standard indipendentemente dal costo di produzione, svincolato dalle logiche del rischio "fallimento" e della speranza del profitto.

La missione aziendale è vincolata e deve operare obbligatoriamente in un mercato che non è libero, con vincoli diversi per gli operatori pubblici e privati, accreditati o non accreditati.

L'operatore pubblico è obbligato a garantire la disponibilità della produzione per una tipologia di domanda diversificata e scarsamente prevedibile per flussi senza possibilità di selezione, che è invece caratteristica della sanità privata.

L'operatore pubblico agisce nel mercato senza poter scegliere di eliminare i settori e le produzioni con margine lordo di contribuzione insufficiente a coprire i costi fissi e abbandonare i settori passivi; ciò deriva anche dal ruolo che non è solo di produttore o fornitore (diretto/indiretto) ma di controllore e Terzo Garante di obblighi contrattuali ed extracontrattuali. L'Azienda sanitaria infatti è uno strumento tecnico operativo della Regione che persegue la finalità di tutela e di promozione della salute dei cittadini assicurando i livelli essenziali di assistenza.

La responsabilizzazione finanziaria delle Regioni comporta l'adozione di strumenti di massima efficacia per utilizzare le risorse per obiettivi nel rispetto dell'appropriatezza e dell'equità.

È indispensabile la creazione di un sistema integrato per la costruzione di una rete capace di rendere accessibili i Servizi e integrare efficacemente prevenzione, cure primarie e azioni specialistiche.

L'integrazione deve tenere conto di ciò che esiste nel pubblico e nel privato, della quantità, della qualità della distribuzione e dell'accessibilità.

L'autonomia imprenditoriale dell'Azienda deve essere strumento per la migliore organizzazione e gestione delle risorse nel rispetto degli obiettivi strategici regionali.

È la Regione che stabilisce le strategie e gli obiettivi in funzione dei bisogni della propria popolazione.

Il cittadino è cliente dell'Azienda Sanitaria per quanto riguarda l'erogazione della prestazione ma è cliente della Regione per quanto riguarda l'individuazione dei contenuti della "polizza", ovvero patto sanitario, ovvero programma sanitario che è contenuto nell'atto di indirizzo regionale Piano Sanitario Regionale.

L'Azienda è il fornitore dei servizi al cliente, ma di quei servizi che la Regione ha pattuito e concordato di fornire, e quindi il cittadino non è il vero cliente come persona fisica ma l'insieme dei cittadini nella figura giuridica della Regione che è il terzo garante in un rapporto non lineare bensì triangolare.

La stabilità degli ambiti di riferimento potrà permettere azioni strategiche a medio termine, con strumenti che coinvolgano tutti gli attori che sono al tempo stesso fornitori di servizi e induttori della domanda (medici di famiglia, medici specialisti, diagnostica profit, campagne di prevenzione).

La criticità è altresì rappresentata dal passaggio organizzativo da un insieme di elementi autoreferenziali e sconnessi tra loro ad un sistema che riconosce e valorizza le differenze, all'interno di un comune orientamento e di una connessione a rete.

Recuperare la dimensione del dibattito sulla salute e non solo sulla sanità è obiettivo prioritario mediante un processo di "inclusione", patti e accordi sulla salute, tra fornitore, cliente e terzo garante.

La determinazione del fabbisogno, qualitativo e quantitativo, della popolazione, in un certo contesto e in un periodo di riferimento ben determinato, è elemento fondamentale per poter programmare e pianificare interventi adeguati ed appropriati.

L'azienda sanitaria, che non esercita poteri, ma eroga servizi, potrà agire in modo più agile e flessibile, utilizzando gli strumenti del diritto privato, nel rispetto dell'equilibrio costi/risultati, tutelando il cittadino-consumatore più di quanto non possa fare l'erogatore-produttore che risponde alle logiche di mercato, condizionato dal profitto di impresa.

Il cambiamento dovrà essere gestito ponendo particolare attenzione alla risorsa uomo e ad una approfondita conoscenza della domanda e del bisogno dei cittadini; bisogna cioè spostare l'attenzione dai processi di produzione interni ed esterni ai processi di formazione della domanda; perciò è necessario sviluppare sistemi integrati di banche dati per l'analisi della domanda, il controllo della risposta e la verifica dei risultati, in termini non solo di spesa ma di costo-beneficio.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario studiare e sviluppare un sistema di indicatori esterni al processo che misurino la ricaduta dei risultati sugli altri sistemi integrati o dipendenti dal sistema complesso "salute", quale insieme di elementi interdipendenti la cui somma esprime un "plus valore".

Gli operatori della Pubblica amministrazione agiscono non per servire lo Stato ma per soddisfare i Bisogni del cittadino, fornendo risposte appropriate che consistono nel dare nel rispetto dell'efficienza economica (di ottenere il miglior risultato al costo più basso) e dell'efficienza etica (di non sprecare a favore di qualcuno per non togliere ad altri).

Una ulteriore riflessione sollecitata dal Moderatore è

relativa alla verifica del possibile condizionamento di economia sanitaria e bioetica nel campo terapeutico. Presupposto di questo dovrebbe essere l'applicazione di principi quali efficacia, sicurezza ed economicità. Il Dott. Succo, cui è stato affidato questo compito, dovrà quindi puntualizzare le problematiche relative alla scelta terapeutica soffermandosi doverosamente anche su questioni attinenti la nostra specialità di otorinolaringoiatria.

I criteri generali che influenzano la scelta terapeutica sono essenzialmente i seguenti:

Benefici medici netti (BEN)

I benefici medici netti sono i benefici calcolati visionando (o moltiplicando) vantaggi e sottraendo (dividendo per) gli svantaggi di un intervento medico attuato su un soggetto. Il beneficio equivale al saldo positivo di questo calcolo. Il beneficio si azzerà se gli inconvenienti sono eguali ai miglioramenti apportati. Se gli svantaggi sono più dei vantaggi, l'intervento medico è sconsigliato, in quanto dannoso od eccessivo, come nel caso dell'accanimento terapeutico. Questo criterio si riferisce al maggiore interesse nel singolo malato quindi va calcolato in primo luogo prescindendo dalla presenza di altri pazienti che competono per le stesse risorse. Dobbiamo ragionare così: se esistesse un solo paziente al mondo e le risorse fossero per lui illimitate, che cosa sarebbe congruo per lui ricevere? Solo dopo essersi posto in questa domanda individuale, possiamo comparare benefici medici netti di una terapia su malato rispetto ai benefici realizzati a favore di un altro malato. I fattori (o gli addendi) di questo computo sono quelli che determinano più in generale la proporzionalità di un trattamento: il prolungamento della vita che si spera di poter offrire (qudv), il miglioramento della qualità di vita (qdv), le chance di successo dell'intervento (ch), gli oneri fisici e psichici dell'intervento (on). I fattori non devono essere mai disgiunti. Ad esempio il solo fatto che le chance di successo di un intervento siano poche non basta per escludere certi pazienti, che, sia pure in un ridotto numero di casi, si gioverebbero di un intervento in grado di promuovere fortemente la loro salute. Il rischio di sprecare alcune risorse non deve cioè far desistere curante (salvo ragioni di forza maggiore legate alle conseguenze sociali) dall'impegno coraggioso verso alcuni malati molto gravi, che sarebbero in tal caso discriminati rispetto ad altri meno gravi.

Aggiungerei in particolare che l'età è solo un misuratore indiretto di BEN e dunque non produce da solo una gerarchia d'importanza, anche se il fattore qudv risente dell'età raggiunta dal paziente.

Risparmio o incremento terapeutico (RIS)

Impiegare certe risorse per curare un malato può sottrarre risorse preziose per curarne altri. Il concetto di

risparmio terapeutico m'impone di scegliere quel paziente, salvando il quale non esaurisco risorse necessarie per salvarne altri.

Beneficio sociale (SOC)

Soc in senso lato è un criterio che non attiene all'incremento del successo terapeutico, ma la sua ricaduta in ambito sociale. Bisogna comunque considerare che certi confini tra dimensione clinica e sociale sono sfumati; infatti i rapporti tra salute, strutture sanitarie e società sono molto stretti. Il benessere prodotto dalla medicina contribuisce al bene comune ed a sua volta il bene comune, difeso dalla legge e sostenuto dall'intera struttura sociale, migliora lo Stato sanitario di una popolazione (si pensi al rapporto tra igiene e prevenzione delle malattie) e condiziona positivamente il progresso scientifico/tecnologico, la formazione e l'aggiornamento dei professionisti sanitari, la diffusione, la tempestività, l'efficacia dell'impresa terapeutica.

Gli anni di vita in buona salute (QALYs)

Gli anni di vita in buona salute sono un'unità di misura che dovrebbe aiutare a risolvere il problema di allocare risorse limitate. La loro invenzione si deve ad economisti filosoficamente sensibili. La definizione è la seguente: un QALYs è un anno di attesa di vita in condizioni di buona salute ed è considerato come avente valore = 1.

Invece un anno di vita in cattive condizioni di salute vale meno di uno. Ma allora è tanto inferiore, quanto più scadente risulta la qualità di vita della persona. Ne deriva come regola di fondo che le risorse dovrebbero essere allocate in modo da comprare, da garantire il maggior numero possibile di QALYs.

Le più forti critiche alla teoria dei QALYs si appuntano sui seguenti aspetti. Il benessere non è l'unico valore che va inserito nel calcolo, molti ritengono che ci sia un'importante distinzione tra ciò che può essere chiamato un bisogno ed invece un beneficio. Il rischio introdotto nel QALYs è quello di sfruttare le misure terapeutiche salvavita rispetto ad interventi preventivi meno urgenti. I QALYs possono risultare iniqui perché non prendono in considerazione chi sta vivendo. Per esempio una persona con un handicap fisico che incide sulla sua qualità di vita avrebbe meno titolo in base alla teoria dei QALYs di rivendicare risorse a proprio favore. Ciò conduce a quella che è stata chiamata doppia indennità. Pensiamo a persone che hanno un handicap di base. Poi diventano ulteriormente bisognosi di aiuti medici. E poiché hanno il primo handicap si potrebbe dire che hanno meno diritto ad ulteriori aiuti medici.

C'è un'importante ragione per cui l'applicazione della teoria dei QALYs comporta che gli anziani ricevano meno risorse dei giovani: la ragione consiste nel fatto che l'attesa di vita da parte degli anziani è mi-

nore. Poiché i QALYs sono il prodotto della qualità per la lunghezza di vita, il costo per QALYs decresce in proporzione inversa all'attesa di vita. È controverso il problema se i QALYs discriminino i soggetti anziani, cioè sottraggano ingiustamente risorse a soggetti (ad esempio gli anziani) che abbiano attesa di vita inferiore (rispetto ai giovani). Alcuni studiosi hanno sostenuto che, lungi dal discriminare eccessivamente soggetti anziani, i QALYs non li discriminano abbastanza. E ciò in forza dell'argomento definito equità dei turni. Curare un soggetto più vecchio, lasciandone morire uno più giovane, è intrinsecamente iniquo in termini di vita vissuta: il soggetto più giovane non otterrebbe ulteriori anni da vivere, rispetto a quelli, relativamente pochi, che egli ha già vissuto. Invece soggetto più anziano, che ha già avuto più anni da vivere rispetto al giovane, ne riceverebbe ancora molti altri.

Per venire ad un esempio pratico di patologia ORL un paziente portatore di una neoplasia classificata T3 No Mo glottico ha, di fronte a sé, tre possibilità terapeutiche, che denunciano costi diretti differenti, come si evince dallo studio di Laramore del 1999 (Fig. 2).

L'attuale esperienza che deriva dai follow-up delle terapie conservative dell'organo laringeo ha dimostrato come i QALYs prodotti siano in realtà inferiori a quanto ci si potrebbe aspettare. Ciò deriva dal fatto che la Qdv è un valore multifattoriale che risulta pesantemente condizionato da aspetti quali la reale funzionalità dell'organo preservato, l'ansia derivante da esami e biopsie ripetute per quadri obiettivi sospetti etc.

Relativamente all'ultimo segmento della domanda ovvero rispetto alla liceità di eseguire trattamenti complessi presso centri o strutture caratterizzati da un livello medio (in senso dimensionale strutturale ed organizzativo) la mia risposta è: sì, è lecito perché non esiste legge che lo impedisca ed è maggiormente lecito quando sia stato soddisfatto il criterio etico dell'adeguata preparazione professionale degli operatori che li eseguono, che spesso si sono formati presso Centri ad alta specializzazione.

Inoltre non dobbiamo dimenticare che, troppo spesso, i Medici ricevono avanzamenti di carriera solo sulla base del loro curriculum o altro e non vengono vincolati ad un programma professionale, una "mission" di media durata. Questo è un ulteriore aspetto che rafforza la mia convinzione rispetto a quello di cui sopra.

Potrei però concordare che sarebbe più razionale raccogliere la casistica presso pochi Centri più accreditati e ad alta specializzazione perché ciò, è dimostrato, comporta un'importante ricaduta sugli outcomes, ed anche sui costi.

Il Dott. Grandis porta la discussione su di un ulteriore campo di indagine relativo all'argomento della ta-

vola rotonda che è quello concernente le nuove tecnologie. Fa notare pertanto come, in conseguenza della rapida evoluzione tecnologica e della globalizzazione dell'informazione, l'applicazione in campo sanitario delle nuove scoperte e di conseguenza le nuove strategie terapeutiche possano e debbano essere condizionate nel loro sviluppo sia dall'applicazione dei principi della bioetica che dalle regole dell'economia sanitaria. Pertanto invita ad esporre le proprie considerazioni sia l'esperto di Bioetica, Dott. Cavallo, sia successivamente il Clinico, Prof. De Benedetto.

Il Dott. Cavallo apre sostenendo che la scoperta continua e l'adozione disinvolta di nuove e sempre più sofisticate tecnologie richiedono necessariamente nuovi interrogativi e nuove riflessioni bioetiche, soprattutto da parte della medicina tecno-scientifica che lambisce quotidianamente i limiti etici di sostenibilità.

Infatti la medicina moderna è beneficiata dalla fede nel progresso infinito, legata sempre più alla tecnologia e di riflesso con perdita del senso comune e del profilo dell'umano.

L'alienazione e dipendenza culturale dal tecnologico in progress in medicina, potenziano la pressione tecnocratica sugli operatori sanitari a danno dell'approccio antropologico al malato, al dolore, alla sofferenza. Il cupo e freddo scenario che presiede alle dinamiche del presenzialismo tecnologico imperante, quale presupposto dogma risolutivo della malattia, non sempre comprende la sfera soggettiva del malato, pertanto si richiedono varie riflessioni, tra le quali:

- Gli ossessivi interventi dei canali informativi tecno-scientifici, supportati per lo più dal sensazionalismo mediatico, determinano, da parte degli operatori sanitari, un disinvolto utilizzo delle nuove tecnologie, con un approccio diletantistico ed estemporaneo sull'onda del dogma del nuovo e del presunto bisogno di aggiornamento. Tutto ciò avviene in assenza di una cauta fase di acquisizione di esperienza, di attenta valutazione e del necessario riscontro nel tempo dell'efficacia globale delle nuove tecnologie.
- Il destinatario (il malato) diventa in tal modo lo strumento del medico tecnologico che promuove l'autoaccreditamento del profilo professionale, declassando in tal modo le priorità dell'assistenza umana attesa dal malato.
- Ulteriore attenzione all'utilizzo delle nuove tecnologie richiedono le indotte attese dell'utenza pilotate all'eccellenza dei risultati che comprendono la guarigione della malattia e il recupero totale della qualità di vita preesistente alla malattia stessa.

Purtroppo, con una certa frequenza, si assiste a una delusione del malato, che sottostima il solo ottenuto

recupero morfo-funzionale dell'organo colpito e resta penalizzato dalla qualità del post-intervento, che incide significativamente sugli incerti orizzonti futuri o residui per alcuni.

Per tali effetti dell'estremismo della cultura tecnologica è imperativo applicare i fondamenti della BE che antepone, senza riserve, la tutela della persona umana nei suoi significati valori.

Il Prof. De Benedetto fa notare come negli ultimi anni il rapido progresso tecnologico ponga quotidianamente al medico problematiche di natura etica, specialmente in rapporto alla scelta di nuove strategie di trattamento.

È opportuno ricordare come ogni nuova tecnologia non debba essere introdotta in terapia senza che in precedenza sia stata valutata da "Studi di sperimentazione tecnologica".

Con tale definizione si fa riferimento a tutti quegli approfondimenti sul piano economico, etico, legale, sociale che alla fine consentono di giungere a conclusioni accettabili per la comunità e realmente utili per il singolo.

Alcuni Stati si sono dati delle norme legislative per regolamentare tale complesso problema, mentre in altri Stati, e l'Italia è uno di questi, molto è ancora lasciato all'ambito discrezionale dei singoli, con il rischio concreto che si giunga ad accettare novità tecnologiche senza aver raggiunto un equilibrio tra i vari piani.

È bene ricordare come la motivazione principale nell'utilizzo e nello sviluppo di una nuova tecnologia deve essere quella di migliorare il trattamento del singolo paziente, per tutte le altre motivazioni occorre sempre valutare che non ci sia l'insorgenza di conflitti di interesse.

In un contesto in cui strategie governative, assicurative, privatistiche, enfatizzano il contenimento dei costi, la valutazione etica di nuove tecnologie può diventare l'unico strumento per la protezione dell'interesse dei singoli e, allo stesso tempo, sufficiente salvaguardia delle esigenze della comunità.

Nel trattare un argomento complesso come i rapporti tra bioetica ed economia sanitaria anche in ottica otorinolaringoiatrica sono stati individuati molteplici spunti meritevoli di trattazione, ma prima di concludere la relazione il Moderatore suggerisce una riflessione sul tema trattato sia relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ORL che sui rapporti tra sanità ed industria.

È noto che i LEA prevedono l'esclusione dell'erogazione di determinate prestazioni qualora non rispondenti alle necessità assistenziali tutelate dai principi del SSN, al principio di efficacia ed appropriatezza, al principio di economicità di impiego. Ciò presuppone una serie di rischi legati alle scelte, alle possibili difformità a carattere regionale sulla qualità assistenziale, alla possibilità che nel nome del risparmio

Fig. 2. Esempio pratico di oncologia ORL.

Paziente portatore di T3 No Mo glottico

Costi diretti per opzione terapeutica

Chirurgia + RT postoperatoria	62.000 Euro
RT esclusiva + CH salvataggio	42.000 Euro
Protocollo "organ sparing" CT+/-RT+CH	64.000 Euro

(Laramore GE, 1999)

di risorse vengano disattese norme e limiti prudenziali già in vigore. Invita pertanto ad un ultimo commento il Dott. Cavallo.

Si deve subito precisare che i LEA non devono essere applicati indiscriminatamente a fasce deboli e per particolari bisogni sociali e, soprattutto, per malattie in cui è in gioco la qualità del percorso di vita residuo o la certezza del futuro. Per tali malati la BE sociale impone alla comunità il riconoscimento di diritti di tutela globale, in sintonia con il linguaggio di una moderna società democratica.

A queste considerazioni sui LEA si devono aggiungere, però, aspetti interessanti e, per certi versi, propositivi e dinamici nel tempo, in quanto promuovono nel cittadino orientamenti responsabili etici e sociali, per scelte di stili di vita appropriati per la tutela della propria salute, di cui lo Stato diventa beneficiario finale.

Per concludere, i LEA sono strumenti di garanzia a valenza bioetica per la promozione di equità (minima moralità) e di selettiva tutela della dignità di fasce deboli di malati per peculiari bisogni assistenziali e umani e che, alla fine, devono evocare un'attenta riflessione da parte di una società distratta dell'effimero e alienata dal desiderio e dal miraggio di una felicità terrena prêt-à-porter.

Prima di trarre le conclusioni il Dott. Grandis espone alcune brevi osservazioni relative al rapporto tra industria ed economia sanitaria in ottica bioetica.

L'industria ha un proprio criterio etico che prevede un riscontro prevalentemente economico per gli investimenti nel campo della ricerca. Il bene sociale indotto dalle nuove scoperte è un effetto secondario. D'altro canto proprio grazie all'industria è stato possibile trovare la soluzione a problematiche cliniche e/o di patologie un tempo inguaribili grazie alla disponibilità di ampi finanziamenti per la ricerca, spesso frutto dei profitti reinvestiti.

Al contrario effetti negativi possono essere considerati l'induzione di bisogno di salute, ribadiamo che in sanità l'offerta crea la domanda, lo spostamento del goal verso la terapia anziché verso la prevenzione. In

parole povere il rapporto tra industria ed economia sanitaria, visionato in chiave bioetica, presenta il rischio di privilegiare l'interesse commerciale rispetto alla conoscenza scientifica pura.

Dal punto di vista speculativo l'obiettivo ideale per il futuro dovrebbe essere la possibilità di riuscire a coniugare le strategie dell'economia di mercato con l'etica solidaristica, in sostanziale sinergia con i principi della bioetica, nell'interesse della società e soprattutto del cittadino affetto da patologia.

Il Dott. Grandis, dopo aver ringraziato i partecipanti per la qualità dei loro interventi e per la passione e competenza dimostrata, propone alcune riflessioni conclusive con l'intenzione che possano venire considerati motivi di spunto per futuri approfondimenti. Essendo stato il tema della tavola rotonda certamente ricco di spunti interessanti, si augura che sia stato fatto il punto relativamente alla situazione in atto e che siano state evidenziate alcune linee guida passibili di applicazioni pratiche nella attività clinica futura.

Relativamente agli argomenti presi in esame propone alcuni punti in grado di poter sintetizzare quanto espresso.

L'etica medica applicata nella attività clinica deve essere considerata uno strumento operativo *dinamico* teso ad un risultato finalizzato alla salvaguardia dei diritti del cittadino sano e malato.

La *bioetica*, intesa come cultura e disciplina in grado di assemblare argomenti di pertinenza scientifica con l'esigenza di una riflessione di carattere etico che coinvolga contemporaneamente individuo e realtà sociale che lo circonda, deve condizionare le scelte di economia sanitaria.

L'applicazione in campo sanitario della scienza economica deve a sua volta garantire una equilibrata distribuzione delle risorse grazie alla razionalizzazione ed ottimizzazione dei processi assistenziali con la conseguenza di un adeguato miglioramento qualitativo.

Bioetica ed economia sanitaria devono pertanto agire in modo congiunto e sinergico al fine di tutelare e garantire le esigenze del cittadino – sano e malato – in un'ottica in cui il bene comune viene in ogni caso anteposto a quello individuale.

In conseguenza di tali principi viene modificato profondamente il rapporto medico-paziente che diviene più complesso in relazione alle esigenze inderogabili di consenso ed appropriatezza sociale insite in ogni scelta terapeutica.

Conclude pertanto con una frase di Aristotele riferita al "bene umano" in cui ritiene possa esservi rinchiuso il principio che ha fatto da filo conduttore alla discussione: "certo è desiderabile anche quando riguarda una persona, ma è più bello e più divino se riguarda un popolo e le città" (E.N. 1094b,9-10).

Bibliografia

- Balkany T. *Ethics of coclear implantation in young children*. Otolaryngol Head Neck Surg 1996;6:1-10.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principi di etica biomedica*. Firenze: Le lettere 1999.
- Bompiani A. *Bioetica in medicina*. Roma: CIC Edizioni internazionali 1996.
- Cattorini P. *Bioetica: metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Seconda Ed., Biblioteca Masson 2001.
- Culyer A. *Economics and ethics in health care*. J Med Ethics 2001;27:217-22.
- Dowie J. *Analysing health outcomes*. J Med Ethics 2001;27:245-50.
- Engelhardt HT jr. *Manuale di bioetica*. Milano: Il sagggiatore 1999.
- Ethics (The) Committee of the American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery. *The ethical otolaryngologist*. Otolaryngol Head Neck Surg 1996;3:177-273.
- Hurley J. *Ethics, economics, and public financing of health care*. J Med Ethics 2001;27:234-9.
- Iandolo C, Anau CH. *Etica ed economia nell'azienda sanità*. Milano: Ed. Franco Angeli 1992.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. *Clinicale ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: Mc-Graw-Hill 1998.
- Kanoti GA, Younger SJ. *Clinical ethics – II. Clinical ethics consultant*. In: WT Reich. *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press New York: 1995:404-9.
- Rice T. *Individual autonomy and state involvement in health care*. J Med Ethics 2001;2:240-4.
- Sgreccia E. *Manuale di bioetica*. Seconda Ed. Milano: Vita e pensiero, 1991.
- Singer P. *Resource allocation: beyond evidence-based medicine and cost – effectiveness analysis*. ACP Journal Club (Editorial) Outline 1997;127:1-7.
- Spinsanti S. *Conoscere la nuova sanità*. Seconda Ed. Roma: CIDAS, 2000.
- Spinsanti S. *Curare e prendersi cura. L'orizzonte antropologico della nuova medicina*. Roma: CIDAS 1998.

