

ALLEGATO C

COMITATO CONSULTIVO REGIONALE PER LA BIOETICA

Parere su "RIFLESSIONI BIOETICHE SUL RAPPORTO TRA ECONOMIA E SANITA'"

PREMESSA

Sempre più spesso in Sanità si pone il problema della limitatezza delle risorse nei confronti di aspettative e di bisogni che sembrano illimitati. In effetti l'andamento della spesa sanitaria totale in rapporto al PIL in Italia, se considerato nel lungo periodo ed analogamente a quanto successo in tutti i paesi dell'OCSE, è andato progressivamente aumentando dal 3,6% del 1960 fino all'8,4 % del 2002. Quanto alle previsioni per il futuro, esse non sono unanimi; tuttavia la maggior parte degli esperti, in linea con la Ragioneria dello Stato, ipotizza una crescita nei prossimi anni compresa tra l'8,82 e l'11,52% (del resto negli USA già nel 2000 la spesa sanitaria copriva il 13 % del PIL).

Inoltre, la necessità di dare risposta concreta ed immediata (*hic et nunc*) ai problemi di "diagnosi e cura" della patologia acuta ha in pratica relegato in secondo piano altri aspetti che non sono meno rilevanti ai fini della tutela complessiva della persona e che sono quelli del "pre" e del "post" rispetto all'acuzie. Uscendo infatti dalla logica limitativa del mero tamponamento della situazione imminente che sembra sempre caratterizzare la gestione della Sanità e cercando di ampliare la prospettiva temporale, non si può non concordare che all'interno della gestione globale del Sistema Sanitario, la Prevenzione (pre) da una parte e la Riabilitazione (post) dall'altra devono avere pari dignità concettuale e sostanziale (in termini di finanziamento) rispetto al binomio "Diagnosi e Cura" dato che unico è il soggetto cui questo continuum di interventi si rivolge (il cittadino) ed unico lo scopo (la tutela della sua salute).

Altrettanta importanza in sede programmatica, infine, dovrebbe avere il processo formativo di una diffusa cultura della salute alla cui crescita devono collaborare varie componenti tra cui va valorizzata quella della medicina di base.

Tutto ciò pone problemi rilevanti sia a livello di macroallocazione delle risorse (quantum da destinare alla Sanità in rapporto al PIL? E all'interno della Sanità, quanto da destinare ai diversi filoni che ad essa fanno capo: ricerca, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, ospedali, territorio, psichiatria, etc?) sia di microallocazione (a questa o quella U.O. all'interno di un ospedale? A questo o a quel paziente? etc) ed investe, quindi, la responsabilità sia degli organi istituzionali nazionali e regionali deputati alle decisioni sulle macroallocazioni, sia dei vertici strategici delle Aziende Sanitarie, sia dei singoli operatori nella comune pratica clinica.

Là dove poi, (Terapia Intensiva, Neonatologia, Oncologia, Malattie rare, etc) vengono trattate patologie di elevata gravità con terapie particolarmente costose la cui utilità è statisticamente accertata solo in una modica percentuale dei casi, il problema diventa drammatico ed entra con maggior spinta emotiva nel campo d'interesse della bioetica.

Sorgono quindi inevitabili alcune domande alle quali dovremo cercare di dare possibili risposte, consci del fatto che ogni risposta a sua volta apre ulteriori argomenti di discussione.

E' questo il motivo che ci ha spinto a rimarcare, mediante una stesura costruita con domande aperte, il carattere problematico della nostra riflessione: presupposto, questo, e contemporaneamente stimolo per ulteriori contributi di quanti sono interessati al problema.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

P.zzo Molin - S. Polo. 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

Allegato alla dgr

n. 4049 del 22 DIC. 2004



PRIMA DOMANDA

Il tema "Rapporto tra Sanità ed Economia" ha rilevanza bioetica oppure è di sola pertinenza della sfera politico - istituzionale? Oppure ancora è da considerarsi un fattore squisitamente e puramente economico e come tale soggetto alle leggi di mercato? Oppure?

La difficoltà economica del Servizio Sanitario ha cause molteplici e complesse: tra le altre vanno ricordate l'insufficienza del finanziamento, l'invecchiamento della popolazione con i conseguenti mutamenti epidemiologici, l'aumento del numero delle prestazioni pro-capite, l'incremento dei costi delle attrezzature e del personale e, tenuta per ultima ma in realtà centrale, la non sufficiente attenzione all'individuazione delle priorità.

Alcuni di questi fattori hanno ampia rilevanza bioetica, soprattutto se considerati alla luce del criterio di giustizia (dare a ciascuno ciò di cui necessita rimuovendo le disuguaglianze e le ingiustizie nell'erogazione delle cure).

La limitatezza delle risorse disponibili, infatti, ci impone di fare "scelte difficili": va privilegiata la prevenzione del danno, o la sua rimozione? Lo Stato deve garantire tutte le terapie, oppure deve selezionarle privilegiando quelle necessarie ed efficaci rispetto a quelle che derivano da preferenze individuali o volte ad un miglioramento dell'immagine di sé? E se deve selezionarle quali saranno le esclusioni, ed entro che limiti, e da chi? E, di conseguenza, a quali soggetti sarà garantita un'assistenza sanitaria completa?

D'altra parte, poiché la spesa privata per la Sanità è in Italia una delle più alte d'Europa e la tendenza negli ultimi decenni è stata ad un suo aumento (in controtendenza rispetto alla maggior parte dei paesi Europei), la riallocazione della spesa dal pagatore pubblico al pagatore privato potrebbe creare potenziali problemi di equità nel caso in cui le prestazioni acquistate dal pagatore privato non fossero solamente integrative, ma si ponessero come sostitutive o alternative rispetto a quelle garantite dal pagatore pubblico.

SECONDA DOMANDA

In Italia sono già stati formulati documenti sul tema?

Tra i pareri espressi sull'argomento spicca per importanza e vastità delle argomentazioni quello approvato nel 1998 dal Comitato Nazionale per la Bioetica ed intitolato "Etica, Sistema Sanitario e Risorse"¹.

Nell'impossibilità di riassumerlo, sia nel testo che nei contributi allegati, se ne segnala tuttavia da una parte il carattere volutamente aperto e non conclusivo, come esplicitamente dichiarato nella presentazione, e dall'altra l'affermazione dell'importanza della valutazione etica nelle scelte di politica economica sanitaria.

¹ L'ultimo documento del Comitato Nazionale per la bioetica è del 14 dicembre 2001, dal titolo "Scopi limiti e rischi della medicina". Riprendendo alcuni temi del rapporto conclusivo dell'Hastings Center sulla ricerca transnazionale "The Goals of the Medicine" (1997) e del libro del bioeticista Callahan "False Hopes", anche il Comitato Nazionale sembra mettere in guardia, da una parte, dalle tre principali false speranze individuate da Callahan, ossia l'idea di dominare la natura, il proporsi orizzonti illimitati (compreso l'evitare la morte) e la tendenza ad espandersi invadendo e medicalizzando ogni aspetto della vita umana; dall'altra, secondo il succitato rapporto, dall'errore di fare dell'autonomia un obiettivo fondamentale della medicina e di erigere a scopo primario della medicina il benessere complessivo della società.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

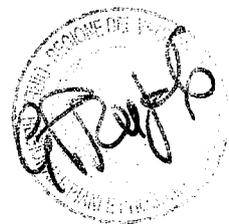
Pizzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel 041/2793500-3441 fax 041/2793599

Allegato alla del

nr. 4049 del

22 DIC. 2004



Viene infatti scritto nel documento: " Non è discutibile l'eticità di un'appropriata allocazione delle risorse nel sistema di cura della salute", ed ancora: "è fondamentale il problema di minimizzare le disuguaglianze e le iniquità della cura della salute"; tali concetti sono poi rafforzati negli allegati: " non esiste alcuna decisione in campo sanitario che non abbia conseguenze relative alla distribuzione delle risorse a livello di sottogruppi della popolazione, e dunque implicazioni etiche".

TERZA DOMANDA

Quali sono i principi bioetici ed i valori condivisi cui richiamarci nel trattare questo tema?

I Principi Bioetici cui richiamarci per costruire un ragionamento e ricavare poi delle modalità pratiche di comportamento sono quelli universalmente condivisi di "beneficialità" e di "giustizia".

Per quanto riguarda gli aspetti attinenti il tema in questione, la "BENEFICIALITÀ" si sostanzia nell'azione che è volta al bene complessivo dell'individuo e che utilizza al meglio tutti i mezzi che, tra quelli dimostrati efficaci, siano ritenuti utili al singolo caso in questione.

Secondo il principio di "GIUSTIZIA" l'utilizzo delle risorse va fatto tenendo sempre presente il criterio di uguaglianza e di pari dignità di tutti i soggetti senza discriminazioni ed esclusioni di sorta. Eventuali differenze nell'assegnazione delle risorse sono giustificate solamente dalle diverse necessità individuali intendendo per esse sia quelle emergenti ex novo in caso di patologie sopravvenenti, sia quelle derivanti da eventuali disuguaglianze nelle condizioni di partenza: quello che è da considerare infatti è l'accessibilità e la fruizione di fatto delle prestazioni sanitarie e non solo il generico diritto alle stesse, eventuali differenze nell'assegnazione delle risorse essendo giustificate solamente dalle diverse necessità individuali. Sempre in base a questo principio l'allocazione delle risorse (sia in termini macro che micro) deve evitare qualsiasi spreco in ogni settore: il risparmio ottenuto in un campo può essere utilizzato per finanziare l'acquisizione di mezzi in un altro, essendo comunque unico l'obiettivo (la salvaguardia della salute) ed unico il quantum spendibile.

Se tutti sono d'accordo su questi principi, la loro applicazione alla realtà appare sicuramente più problematica e fonte di un dibattito che deve essere necessariamente continuo e pluralista, così come continuo e mosso da una pluralità di fattori è il divenire oggettivo; e pur tuttavia il fatto di essere immersi nel reale e quindi coscienti della relatività del momento e delle posizioni non può e non deve impedirci di orientare l'azione secondo valori condivisi che dai principi discendono e che evolvono col maturare della società civile. Tra questi valori vanno annoverati senz'altro la "solidarietà" e la "responsabilità": là dove per SOLIDARIETÀ si intende la condivisione sociale delle situazioni di disagio individuale e/o di gruppo cui si accompagnano idonei interventi riequilibratori; e per RESPONSABILITÀ va intesa l'accezione positiva del termine, nel senso che è compito ed interesse di tutti i cittadini, a qualunque livello operino, contribuire al buon funzionamento e al continuo miglioramento dell'intero sistema.

Alla luce di quanto detto la tutela della salute si configura da una parte come rientrante nella sfera dei DIRITTI (poiché tutte le persone sono uguali ed hanno lo stesso diritto ad usufruire delle risorse sanitarie, queste vanno ripartite fra tutti assegnando ad ognuno la stessa quota fruibile); dall'altra rientra a buon diritto nella sfera dei BISOGNI (che sono differenti tra l'una e l'altra persona secondo una gamma che può andare dall'assenza al massimo di bisogno e che, se non adeguatamente supportati, farebbero correre il rischio di abbandonare le parti più deboli della cittadinanza).

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Allegato n. 4049 del 22 DIC. 2004 P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

n. 4049 del

22 DIC. 2004



Così per altro verso dal primitivo concetto di EFFICIENZA (permeato di spirito contabile e che, se preso come unico parametro, ridurrebbe l'uomo a poco più di una variabile all'interno del processo produttivo), passando per le tappe intermedie dell'EFFICACIA (che introduce una valutazione qualitativa dell'operato) e dell'EVIDENZA SCIENTIFICA (che ci dà una sicurezza di utilizzo, se pur di sicurezza si può parlare in un campo in cui la variabilità è la regola), si è giunti ad individuare nell'APPROPRIATEZZA (dare la cosa giusta alla persona giusta nel momento giusto) uno dei canoni cui attenersi nella distribuzione delle risorse.

Eppure anche quello dell'appropriatezza, pur basilare nel contesto oggettivo in cui si opera e prerequisito per ogni ulteriore sviluppo, corre il rischio di essere un valore riduttivo se considerato chiuso all'interno di una visione di una Sanità statica che si limiti alla gestione di una situazione ristretta nello spazio e limitata nel tempo. Se noi vogliamo superare questi limiti e siamo disposti ad assumerci una responsabilità di tipo storico, dovremo andare oltre e prospettare una Sanità che sia oltre che SOSTENIBILE anche DURATURA.

A questo punto appare evidente che non sono più sufficienti degli accorgimenti tecnici di razionalizzazione dei budget e delle spese, ma vanno compiute delle SCELTE SOCIALI sulle priorità da perseguire e sulle modalità con cui finanziarle. Luogo naturale in cui queste scelte sociali (obiettivi) vengono tradotte in norme (risorse umane, finanziarie, culturali, etc.) è la POLITICA che da una parte ha il compito di definirle e dall'altra di cercare, spinta da sempre nuove istanze, di ampliarle spostando oltre il confine del realizzabile.

Spetterà poi agli OPERATORI SANITARI, facendo ricorso alla loro autonomia professionale nell'elaborare parametri di appropriatezza, utilizzare quelle risorse per raggiungere quegli obiettivi, consci che la realizzazione pratica si espletterà attraverso atti concreti la cui correttezza sarà da valutarsi non solo in termini di deontologia (rivolti all'interno della categoria), ma anche di assunzione di responsabilità esterna (verso la collettività).

Il "qui ed ora" a questo punto non è più chiuso in se stesso, ma diventa tappa di un percorso che tutti sono chiamati ad individuare e condividere.

QUARTA DOMANDA

Come si pone il "rapporto Economia/Sanità" rispetto al dettato giuridico?

L'art. 32 (Tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività) e l'art. 3 (...rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza, impediscono il pieno sviluppo della persona...) della Costituzione vanno contestualizzati alla situazione reale e trovano limiti oggettivi nel problema della disponibilità di risorse (così come previsto da sentenze della Corte Costituzionale 356/92 e 267/98); in altri termini il diritto giuridicamente tutelato va combinato con la disponibilità dei beni realmente esistenti. Indubbiamente vi è discrasia tra l'enunciazione teorica di un principio assoluto e la sua attuazione pratica che viene ad essere oggettivamente limitata dalle condizioni in essere; a questo punto si può rispondere (usando una metafora) che il principio teorico può essere paragonato alla stella polare su cui impostare la direzione complessiva di marcia, lasciando poi la scelta pratica del sentiero da percorrere a quelle che sono le condizioni locali del terreno. Fuori di metafora, comunque, è indubitabile che alcune situazioni presuppongono decisioni che, pur avendo carattere etico,

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Pizzo Molin - S. Polo. 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

Allegato alla dgr

Al. 4049 del 22 DIC. 2004



sono di competenza prevalentemente Politica (intendendo con questo termine l'accezione nobile di "governo della città").

Da quanto sopra deriva che, se è pur vero che la salute è un "valore a tutela assoluta", è tuttavia compito della Politica coordinare sotto il profilo organizzativo ed economico il diritto soggettivo alla stessa con la salvaguardia di alcuni altri valori cui si può fondatamente attribuire pari dignità (difesa, giustizia, istruzione) e che devono avere un grado di soddisfacimento maggiore rispetto ad altri che, pure costituzionalmente protetti, siano diversi da quelli poc'anzi elencati.

Ne discende che nulla può essere rimproverato ad alcuno nel caso le risorse, pur correttamente ripartite secondo i criteri di cui sopra, si rivelino nei fatti insufficienti per tutelare tutte le esigenze sanitarie della popolazione; nel caso invece i criteri di priorità non vengano rispettati la responsabilità giuridica è attribuibile ai soggetti cui normativamente è data la potestà decisionale nel merito dell'allocazione delle risorse, e non già agli operatori sanitari che, nella realtà quotidiana, si trovino per carenza di risorse nell'impossibilità pratica di assicurare nei fatti tale tutela con tutti i mezzi scientifici e tecnologici teoricamente utilizzabili.

La suddivisione e l'individuazione delle responsabilità non implicano tuttavia una deresponsabilizzazione di alcuno relativamente al proprio status: corretta allocazione delle risorse e costante appropriatezza nell'utilizzarle sono parimenti doverose nell'ambito dei ruoli ricoperti dagli amministratori e dagli operatori.

QUINTA DOMANDA

Il problema del rapporto Economia /Sanità è affrontato nei Codici Deontologici degli Operatori Sanitari?

Il tema è affrontato, anche se con sfumature diverse, nei codici Deontologici sia dei Medici che degli Infermieri.

Per quanto riguarda i primi, il codice, nell'ultima versione approvata nel 1998, prevede tra l'altro all'art. 12 "La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del Medico e non può che far seguito ad una diagnosi circostanziata o, quanto meno, ad un fondato sospetto diagnostico. Le prescrizioni ed i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente". Da quanto esposto appare esplicita la preoccupazione di risparmiare risorse limitando le indagini e le terapie a quelle ritenute strettamente necessarie ed attinenti al quadro clinico considerato, evitando esami a tappeto e trattamenti non giustificati. Un secondo aspetto che merita di essere sottolineato è che non dovrebbero essere poste a carico del già risicato fondo sanitario pubblico trattamenti che non siano supportati da prove di efficacia metodologicamente validate (cosa che, ad esempio, si intreccia strettamente con il dibattito in corso e con le iniziative legislative sulle pratiche mediche non convenzionali).

Per quanto concerne gli Infermieri, il Codice del 1999 all'art. 2 prevede: "L'Infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base dei criteri condivisi dalla comunità professionale". Nel testo sono intuibili dei passaggi ulteriori rispetto al Codice dei Medici, quanto meno problematici e meritevoli di discussione approfondita. Da una parte infatti si passa dalla dizione "uso appropriato" (che va considerato in relazione al

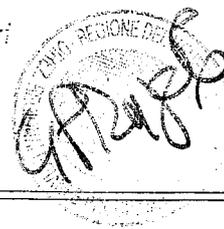
Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax 041/2793599

Allegato alla dgr

4049 del 22 DIC. 2004



singolo paziente che fruisce del trattamento) a quella di "uso ottimale" (che potrebbe presupporre invece una comparazione tra più pazienti e/o gruppi che usufruiscono di trattamenti diversi); e dall'altro si prospetta la possibilità che siano gli operatori stessi ad individuare la priorità sulla base di criteri condivisi dalla categoria e non invece discendenti da indicazioni sociali tradotte in decisioni di politica sanitaria.

SESTA DOMANDA

Qual è il compito della bioetica sul tema?

In Italia, ma non solo, c'è stata finora poca attenzione nel considerare gli effetti qualitativi che derivano dalle decisioni economiche in tema di sanità: sappiamo, in altre parole, abbastanza sui numeri grezzi (spese, numero di prestazioni, numero di ricoveri, etc.) ma molto poco sull'effettiva ricaduta in termini di miglioramento/peggioramento del livello di salute (anche perché è più facile misurare il dato quantitativo che quello qualitativo).

Compito della bioetica non è quindi quello di indicare matematicamente la cifra da spendere globalmente in sanità e come distribuirla poi tra i vari settori, ma di proporre dei criteri metodologici da seguire nell'allocazione delle risorse, a livello sia generale sia particolare.

Bisognerebbe, in altri termini, stabilire delle regole comuni ed accettate su ciò che le istituzioni devono garantire e sulle priorità da rispettare e poi su queste costruire la spesa tenendo conto del disponibile.

Se da una parte è infatti utopistico pensare di poter arrivare a conciliare compiutamente contenimento dei costi, qualità delle cure, equità d'accesso e libertà di scelta, dall'altra è ragionevole ricercare un percorso prospetticamente migliorativo basato sull'adeguatezza della tecnologia, sul suo uso appropriato e sulla valorizzazione delle risorse umane.

Considerando quanto detto nei punti precedenti, compito della bioetica è anche richiamare costantemente da una parte quanti ai vari livelli hanno potestà nell'allocazione delle risorse a tener conto della graduazione dei valori da tutelare, e dall'altra ricordare agli utilizzatori delle risorse che l'appropriatezza nel loro utilizzo è un imperativo etico prima ancora che normativo e giuridico - contrattuale.

Altro compito è infine favorire e mantener vivo un dibattito all'interno della società su questi temi per approfondire da una parte quanto ed in che modo effettivamente lo stato possa e debba soddisfare la tutela dei bisogni, e dall'altra limitare il ventaglio delle aspettative dei cittadini a quelle realmente essenziali.

SETTIMA DOMANDA

Fino a che punto delle deduzioni concettuali sul macrosistema possono essere applicate nei casi concreti del microsistema? Le motivazioni economiche possono intersecare e contrapporsi all'alleanza terapeutica tra operatore sanitario e paziente?

Premessa indispensabile è che, essendo le risorse limitate, queste vanno impiegate solo con criteri di appropriatezza e sono da riservarsi a terapie la cui utilità sia dimostrata in modo scientificamente provato.

Il progresso della scienza e della tecnica ha permesso (fino ad ora e quantomeno nei paesi occidentali) di rispondere alle esigenze di base di tutta la popolazione con buoni risultati e con costi sostenibili; al

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

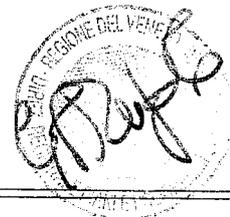
Pizzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

Allegato alla dgr

4049 del 22 DIC. 2004

nr.



momento attuale vengono invece proposte terapie sempre più dispendiose, rivolte al trattamento di relativamente poche persone (basti pensare per esempio a certi pazienti oncologici, di Terapia Intensiva, affetti da gravi patologie infettive o da malattie rare, etc.), con l'esito finale incerto per quanto riguarda i benefici del singolo caso, ed il cui costo, se non finanziato con ulteriori investimenti, fa correre il rischio di una diminuzione sostanziale di cure per il resto della collettività.

In questi casi è eticamente doveroso rispondere esclusivamente al bisogno immediato del singolo, oppure preoccuparsi maggiormente delle ricadute di una diminuzione di assistenza sugli altri? (casi già documentati, per es. in Inghilterra e negli U.S.A.)

Se anche nel campo della sanità vanno fatte delle scelte, probabilmente queste dovrebbero tener conto del criterio di "maggior beneficiabilità possibile nei confronti della maggioranza" così come, però, delimitate nel punto III (d'altra parte questa è una pratica già implicitamente accettata nei "Triage" in caso di maxiemergenza cui si debba far fronte con risorse limitate).

Posto che la razionalizzazione delle prestazioni e la loro eventuale limitazione si avvera dunque nei fatti necessaria, sorge il problema su chi ne debba essere il protagonista o se non si tratti anche in questo caso di una pluralità di attori che, ognuno per la sua parte, collaborino al risultato finale.

E' compito di chi ha responsabilità di tipo macroeconomico, e quindi dei Politici in quanto rappresentanti eletti dai cittadini, da una parte adeguare le risorse economiche ai fini che si vogliono perseguire, e dall'altra limitare questi fini sulla base delle risorse che si hanno a disposizione. E' essenziale tuttavia che il tutto venga fatto con chiarezza, trasparenza e motivando le decisioni prese (ad esempio la decisione su quanti e quali Ospedali mantenere attivi in un determinato territorio ha ricadute evidenti sia sul livello globale della spesa sia sulla quantità e qualità del servizio reso nei singoli Ospedali in attività).

Per quanto riguarda il Singolo Medico, la sua posizione è particolarmente delicata in quanto, nella sua funzione clinica, è tenuto ad assicurare il "meglio" al suo paziente venendo quasi a far prospettare livelli etici differenti nel momento in cui si ipotizza "un'etica clinica" separata dall'"etica politico-programmatoria". Questo "meglio" tuttavia che egli deve assicurare non va inteso come la cosa migliore in assoluto teoricamente disponibile, ma come la "cosa migliore per questo determinato paziente, in questo determinato caso, in questo determinato momento". Questo concetto di appropriatezza, semplice in teoria ma di difficoltosa applicazione nella pratica, deve trovare elementi fondanti nelle conoscenze scientificamente validate, temperate però da un sentimento di compartecipazione e da una consapevolezza dell'umana soggettività in modo che il rigore intellettuale spinto all'estremo non cancelli con false certezze la pietas, lo spirito critico e l'umiltà di chi dovrebbe invece esser aperto al continuo confronto. Per il medico clinico la ricerca dell'appropriatezza non significa lesinare ciò che è necessario mettendo così in crisi il rapporto di fiducia, bensì utilizzare, facendone partecipe il paziente, il metodo che, a parità di risultato, risulta più economico.

Altro discorso invece va fatto per la Comunità Medica che, in quanto tale ed in quanto inserita nella pluralità del contesto delle forze sociali, ha il diritto/dovere (per esempio attraverso l'Ordine Professionale) di esprimere il proprio motivato parere negli ambiti istituzionali là dove le decisioni generali vengono assunte.

Grande importanza infine è da attribuirsi all'opinione pubblica ed in particolar modo a tutti coloro che sono in grado di comunicare con essa ed influenzarla. Un'informazione oggettiva, scevra da sensazionalismi generatori di infondate speranze, improntata alla realtà che è sempre complessa e mai univoca, svincolata da interessi economici evidenti o nascosti, è elemento indispensabile per promuovere e far crescere la riflessione dei cittadini su questo tema.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

Allegato alla dgr

n. 4049 del 22 DIC. 2004



E' chiaro che, a costo di essere ripetitivi, va ribadita la necessità di allargare il più possibile, attraverso un insieme di strumenti che agiscano in modo estensivo e continuativo, l'attività di informazione rivolta ai cittadini e di formazione indirizzata agli operatori. Senza una diffusa presa di coscienza di questi problemi, ogni tentativo di soluzione calato dall'alto verrà recepito infatti come imposizione restrittiva e non invece come decisione condivisa.

OTTAVA DOMANDA

La ricerca di nuovi presidi implica dei costi molto elevati che poi vengono scaricati sul prezzo dei presidi stessi una volta immessi sul mercato. Posto che si decida di non utilizzare questi presidi a causa del loro costo, che ripercussioni potrebbero esserci per la ricerca?

La ricerca di nuovi presidi/tecnologie non deve essere arrestata: tra gli altri motivi eticamente rilevanti che supportano questa tesi vi è la responsabilità verso le generazioni future ed il fatto che il costo di gran parte delle tecnologie, superato il periodo iniziale, tende a ridursi col tempo ampliando così la possibilità di offerta a parità di spesa globale.

In determinati campi poi (ricerca di base, malattie rare il cui possibile mercato è di per sé limitato e quindi poco remunerativo, etc.) essa non solo risulterebbe bloccata, ma non verrebbe neppure avviata per mancanza del prevedibile ritorno economico.

Benché esuli dall'interesse specifico dell'argomento in trattazione, va rilevato come notevoli siano le pressioni, esplicite e non, esercitate dall'Industria sui medici per far lievitare la spesa sanitaria condizionando il loro atteggiamento diagnostico/terapeutico. Tali pressioni, esercitate spesso per imporre nuovi farmaci che presentano solo lievi benefici rispetto a quelli tradizionali in campi di largo consumo quali le patologie cronico-degenerative, sono in grado di spostare elevate masse di denaro distogliendole dal finanziamento di farmaci e/o tecnologie innovative.

Come ricaduta pratica di quanto detto, si dovrebbe anche in Italia (come già avviene in altri Paesi Occidentali) stabilire un finanziamento aggiuntivo rispetto a quello storico riservato al trattamento coi nuovi presidi dei pazienti che lo richiedono. Sarà compito della Politica in sede di programmazione, sulla base di scelte condivise, e all'interno di questo finanziamento aggiuntivo comune, decidere quali particolari settori siano da privilegiare rispetto ad altri e quale percentuale del fondo complessivo sia da destinare ad ognuno di essi; sarà compito degli Operatori, posto che criterio base per l'accesso al trattamento è quello dell'appropriatezza, cercare di massimizzare i vantaggi modulando, sulla base delle risorse assegnate, le indicazioni per l'ammissione al trattamento.

Non si può non rilevare che, operando in questo modo e posto che le risorse messe a disposizione sono predefinite, si verrebbe a sottoporre a trattamento un numero di pazienti inferiore a quello che risulterebbe se non ci fossero vincoli e i criteri di ammissione fossero più larghi. Ciò da una parte comporta il rischio che qualche malato meno grave possa incorrere in un aggravamento della propria patologia per il fatto di non essere stato posto anticipatamente in trattamento; d'altra parte però si tratterebbero nello stesso modo tutti i pazienti che si trovano nelle identiche determinate condizioni, cosa che appare più rispettosa del principio di giustizia.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Pizzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

Allegato alla dgr

n. 4049 del 22 DIC. 2004



NONA DOMANDA

Nel caso esistano sul mercato per il trattamento della stessa patologia tecnologie/presidi di costo diverso e di diverse caratteristiche, va sempre ed in ogni caso usato quello con le caratteristiche migliori e dal prezzo superiore?

Anche nel caso di presidi/tecnologie già presenti sul mercato ed aventi le caratteristiche di cui sopra, va ogni volta ponderata la scelta su quale utilizzare considerate le caratteristiche individuali del paziente. Posto che comunque tutti i mezzi utilizzati debbano parimenti essere atti allo scopo, l'impiego di quelli più sofisticati e costosi va riservato a casi selezionati secondo criteri che siano obiettivi nei confronti di tutti i pazienti.

Va evidenziato che è insita nel criterio di giustizia anche ogni iniziativa volta a limitare ed annullare gli sprechi e l'uso inappropriato di farmaci e tecnologie. Così ad esempio nella catena che va dalla prescrizione all'effettivo utilizzo dei farmaci vi sono tappe intermedie (trascrizione, dosaggio, confezionamento, somministrazione, compliance del paziente, scorte che vanno a scadenza, etc.) che, se non attentamente seguite, portano a sprechi che non sono solo dannosi dal punto di vista economico, ma sono anche eticamente riprovevoli. Analogo discorso deve essere fatto nei riguardi di indagini di laboratorio o strumentali richieste ad abundantiam e non giustificate sul piano dell'effettiva ricaduta clinica, così come di ogni altro spreco riferibile ai settori amministrativi e gestionali di attinenza sanitaria.

DECIMA DOMANDA

E' eticamente corretto utilizzare incentivi di carattere economico per indurre gli operatori sanitari ad un più stretto contenimento dei costi?

Nel passato anche recente scarsa attenzione è stata posta dagli operatori sanitari ai costi delle prestazioni erogate e quindi alla rilevanza delle conseguenze economiche derivanti dalle scelte diagnostico-terapeutiche; nel contempo gli stessi modelli amministrativi, gestionali ed organizzativi percorrevano sostanzialmente la stessa strada, concentrati prevalentemente sull'obiettivo primario di "curare al meglio il malato" anche prescindendo dai costi. In un simile contesto lo strumento gestionale del budget o, più in generale, una maggior attenzione agli aspetti economico/organizzativi possono assumere un significato anche eticamente positivo nel momento in cui inducono ad utilizzare al meglio le risorse evitando le inefficienze. Questo giusto contenimento dei costi richiede operativamente l'utilizzo di meccanismi, anche incentivanti che, date le finalità per cui vengono impiegati, sono basati su variabili legate al momento economico del servizio sanitario e dotate della caratteristica di essere facilmente quantificabili e verificabili: quantità dei servizi erogati, riduzione delle giornate di degenza, rispetto di un determinato budget di spesa, etc.

Non si può negare tuttavia che l'utilizzo di incentivi che premiano comportamenti atti a contenere la spesa sanitaria sia però potenzialmente pericoloso per i pazienti dato che il solo raggiungimento del risultato economico, se questo è considerato interesse prioritario rispetto agli altri, può andare a diretto discapito della qualità del servizio erogato. Il rischio di uno scadimento qualitativo dovuto ad una eccessiva pressione dal lato del contenimento della spesa è infatti particolarmente rilevante in materia sanitaria sia per la "delicatezza" del servizio e sia perché la misurazione della qualità del servizio erogato risulta essere

Allegato alle dgr

n. 4049

22 DIC. 2004

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Pizzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599



particolarmente complicata e molto spesso, per motivi di fattibilità pratica, deve essere svolta col metodo del campionamento.

Il fatto poi che gli incentivi siano di tipo economico può aggravare ulteriormente il problema rendendo, anche inconsapevolmente, l'operatore sanitario più un raziatore che non un razionalizzatore di risorse. D'altra parte il sapere che il proprio medico è incentivato economicamente a ridurre la spesa sanitaria può causare un crollo della fiducia del paziente verso di lui, con tutte le conseguenze che ne derivano sia sul piano strettamente sanitario che di rivalsa legale nel caso in cui non tutto, nello sviluppo della patologia e del trattamento, vada secondo le aspettative del paziente.

Da questo punto di vista è quindi necessario sottolineare che nella definizione degli incentivi un'ottica meramente economicistica può essere "pericolosa": è necessario non solo garantire l'efficienza del servizio ma anche un adeguato livello qualitativo dello stesso. In definitiva l'utilizzo di incentivi per premiare il contenimento dei costi può essere accettabile solo se il risultato finale non va a detrimento della qualità del servizio o se, in altri termini, lo stesso risultato viene raggiunto a costi più bassi. Apparirebbe più lecito tuttavia legare gli incentivi non al mero raggiungimento di un obiettivo finale, quanto al rispetto di percorsi concordati tendenti allo stesso.

Quali poi siano gli obiettivi ed i parametri in grado di misurare la qualità del servizio, così come chi siano i titolari del diritto/dovere di misurarlo, questo esula dal presente parere; la cosa tuttavia che appare assodata fin d'ora è che essi vadano individuati col comune accordo delle parti in causa (amministratori, personale sanitario, cittadini).

In ogni caso si ribadisce che, all'interno di una legittima e necessaria razionalizzazione dell'uso delle risorse, l'appropriatezza diagnostico-terapeutica dell'atto medico deve costituire l'obiettivo comune a cui tutte le componenti politiche - gestionali - professionali e sociali devono mirare, salvaguardando nel contempo rigore scientifico, autonomia professionale e diritti del cittadino.

In effetti, nelle condizioni attuali, dal punto di vista bioetico non è lecito né il comportamento acritico del "pagamento a piè di lista", né quello supercritico del "puro economicismo"; il problema è trovare un giusto equilibrio tra queste esigenze.

IL PRESIDENTE DEL COMITATO
Prof. Paolo Benciolini

Paolo Benciolini

L'ESTENSORE
Dott. Fabiano Turetta

Fabiano Turetta

Allegato alla dgr Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
Ezso Molin - S. Poio, 2514 - 30125 Venezia

n. 4049

22 DIC. 2004

tel. 041/2793500-3441 fax: 041/2793599

