

Lucia De Pascalis

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE ED EUTANASIA ECONOMICA

1. *L'inviolabilità del diritto alla vita: brevi cenni*

1.1 «Non sempre nel corso della storia il diritto alla vita è stato riconosciuto e/o tutelato; anzi si può dire che la linea sinusoidale ascendente, con la quale tale corso può essere graficamente rappresentato, implica un rapporto fra il diritto alla vita e il suo riconoscimento e/o la sua tutela oppure fra il diritto alla vita e il suo mancato riconoscimento e/o la sua mancata tutela; è questo un rapporto cioè che permea di sé e caratterizza diversamente le diverse epoche storiche»¹.

Si può dire, quindi, che i diritti fondamentali dell'uomo siano sempre stati condizionati dal riconoscimento o dalla negazione dell'uomo come persona. Senza questa considerazione, il problema politico-giuridico dei diritti dell'uomo, come noi oggi lo discutiamo, non può porsi.

A sostenere che ogni uomo è titolare di diritti, prima del Cristianesimo, è stato lo Stoicismo. Lo Stoicismo, infatti, specie nel periodo della *Media Stoa*, può essere considerato come il pensiero filosofico che ha preparato l'avvento del pensiero cristiano, appunto per il suo rispetto della vita dell'uomo e della sua dignità.

Con l'avvento del Cristianesimo vi fu una forte rivendicazione del valore della vita umana, in qualsiasi suo stadio di sviluppo e in qualun-

¹ A. Tarantino, *Eutanasia e diritto alla vita: problemi etico-sociali*, in AA. VV., *Eutanasia e diritto alla vita*, a cura di A. Tarantino e M.L. Tarantino, Lecce 1994, p. 76.

que sua condizione esistenziale e, sempre grazie al riconoscimento del Cristianesimo, i "diritti naturali", originari dell'uomo, hanno cominciato, anche se lentamente, ad avere un riconoscimento da parte dello Stato. Ciò nella prospettiva del superamento di ogni discriminazione sociale, in nome di un'uguaglianza universale.

E' un graduale riconoscimento dei diritti che ha avuto un'ulteriore affermazione con il passaggio dallo Stato "assoluto" allo Stato "di diritto", cioè con l'indicazione di precisi limiti al potere indiscusso dello Stato. Si può dire, cioè, che tale riconoscimento sia il risultato della lotta per il riconoscimento dei diritti fondamentali, portata avanti da individui che, fino a quel momento, si erano trovati in una posizione di sottomissione, rispetto al potere assoluto dello Stato.

Con la conquista dei loro diritti fondamentali essi, da sudditi, ebbero l'opportunità di diventare cittadini e, per questo, titolari di diritti; in tal senso, si può affermare che gli uomini, da semplici oggetti, divennero soggetti di diritto e così, i diritti "naturali" umani furono riconosciuti almeno in parte. Di conseguenza, nelle diverse *Dichiarazioni* venne proclamato che questi diritti non sono concessioni dello Stato agli individui ma sono elementi costitutivi della natura stessa dell'uomo in quanto persona.

Tale affermazione va considerata certo come una grande conquista nella storia del progresso umano, ma è una conquista che ha bisogno di essere completata; non è sufficiente, cioè, il riconoscimento dei diritti, ma è necessario che gli stessi siano giuridicamente protetti al fine di preservarli da ogni possibile violazione, sia da parte di altri individui, sia da parte dello Stato stesso.

Tale tutela trovava una giustificazione nella convinzione accennata che i diritti non sono concessi ma riconosciuti dalla società e dallo Stato agli individui, in quanto sono costitutivi dell'essenza individuale. E' una giustificazione della tutela dei diritti, questa appena accennata, la quale ha sollecitato non solo una forte opposizione all'aborto e all'eutanasia eugenetica, propri dell'antichità classica greco-romana, ma anche una decisa opposizione all'infanticidio e all'omicidio. Questa opposizione, a sua volta, ha la sua giustificazione nel fatto che l'ordine individuale umano non sta autonomamente a sé, ma ha un collegamento con un ordine superiore, metaumano.

1.2 Dai cenni appena compiuti, si deduce che, sia quando l'uomo adegua il suo vivere ad un ordine metaumano, del quale egli riflette una

piccolissima parte in se stesso, sia quando riflette in sé un'infinitesima parte dell'ordine del creato, non è possibile ammettere né l'aborto, né l'eutanasia; essi, infatti, si manifesterebbero come forme di violenza contro l'ordine naturale o contro l'ordine trascendente.

In entrambe le concezioni, quella stoica e quella cristiana, tali atti stanno a significare la ribellione dell'uomo ad un disegno universale, sia esso di natura immanente o trascendente. Infatti, il "diritto alla vita" è un principio che vale tanto per coloro che ne considerano come fondamento la Natura, quanto per chi quel fondamento lo ritrova in Dio. Trovano così giustificazione l'etica naturale e l'etica religiosa; etiche che hanno come denominatore comune il principio della inviolabilità della vita.

Negare l'inviolabilità del diritto alla vita, come dei diritti fondamentali in genere, significa predisporre un grave pericolo per l'umanità intera; infatti, venendo a mancare qualsiasi rapporto con un ordine superiore, l'uomo diventa l'unico depositario del diritto di vivere e di morire, potendo, così, a suo piacimento, disporre della propria vita nonché di quella altrui. E' questa una visione condivisa dalle concezioni neoempiristiche e da quelle materialistiche, per cui i riferimenti in tali casi non sono ad un ordine superiore, o comunque metaumano e l'uomo dispone di sé come di una qualsiasi altra cosa.

1.3 Oggi si verifica che diversi Stati, accettando la concezione materialistica e/o consumistica della vita non tutelano più i diritti fondamentali della persona. In breve, le democrazie, dopo aver sconfitto i sistemi autoritari, si ritrovano oggi vuote di contenuti rispettosi della vita umana. Si impone una nuova necessità che ci rende più attenti all'etica, riavvicinandoci al personalismo, e ci richiede la ripresa di una politica della responsabilità².

«E' questo il drammatico problema di fondo del nostro tempo, il problema di un assetto costituzionale che realizzi i nuovi compiti della democrazia e che sia garante di questi nuovi diritti umani senza, al tempo stesso, negare o comunque "porre tra parentesi" i diritti, le libertà personali, civili, politiche dell'individuo»³.

Il problema non consiste, quindi, nel fare una scelta tra diritti personali o diritti sociali e viceversa, bensì è quello, quanto mai difficile, di

²Cfr. H. Jonas, *Principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica* (1979), a cura di P.P. Portinaro, Torino 1993.

³D. Pasini, *I diritti dell'uomo*, Napoli 1981, p. 46.

salvaguardarli entrambi, privilegiando e dichiarando inviolabili quelli fondamentali. «E questo è un problema però di fronte al quale l'umanità intera si trova politicamente, culturalmente divisa, mentre un'autentica, consapevole comunità internazionale presupporrebbe, quale sua condizione imprescindibile e preliminare, una precisa tavola di valori e di principi regolativi»⁴.

2. *L'allocazione delle risorse e l'eutanasia economica*

A - L'allocazione delle risorse

2.1 Uno degli aspetti caratteristici del problema dell'allocazione delle risorse è quello dell'eutanasia economica. La riprova di questa affermazione si ha se si considera che con eutanasia economica si intende «l'eliminazione indolore dei malati incurabili, degli invalidi, dei vecchi per alleggerire la società dal peso dei soggetti economicamente inutili»⁵. È chiaro, quindi, il motivo per cui il problema dell'eutanasia economica vada collegato con quello dell'allocazione delle risorse; perciò non è sbagliato dire che il problema dell'eutanasia economica vada affrontato scegliendo come approccio quello dell'allocazione delle risorse⁶.

È questo un tema che trova la sua naturale sede più nell'ambito dello Stato sociale che in quello delle altre forme di Stato; Stato sociale che è in crisi, per cui è stato messo in discussione anche il "progetto" organizzativo-assistenziale dei cittadini, tanto da procurare una situazione di pericolo per tutte le persone bioeticamente "deboli"⁷.

La crisi dello Stato sociale, a ben considerare, si è avuta anche perché i valori stessi sui quali esso si reggeva non sono stati più condivisi e non lo sono stati perché le risorse non erano sufficienti per risolvere le esigenze delle popolazioni e delle nazioni povere. Si è determinato così un duplice fenomeno: da una parte i poveri, le popolazioni povere hanno chiesto di avere soddisfatti i loro diritti al pari dei ricchi e delle po-

⁴ *Ibidem*.

⁵ Sull'eutanasia economica si veda per tutti l'articolo di F. Mantovani, *Aspetti giuridici della eutanasia*, in «Rivista Italiana di diritto e procedura penale», 1988, p. 449. Si veda inoltre E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, Milano 1988, pp. 461-499.

⁶ E. Sgreccia, A.G. Spagnolo, *Etica e allocazione delle risorse in sanità*, Milano 1996.

⁷ Si veda: P. Vineis, S. Capri, *La salute non è una merce*, Torino 1994, pp. 85-103.

polazioni ricche; dall'altro le nazioni ricche si sono opposte a mettere a disposizione di quelle povere una parte delle loro risorse, anche perché queste da tempo cominciano ad assottigliarsi persino nelle stesse nazioni ricche. Di conseguenza, la caduta del senso della socialità ha portato gli uomini verso l'individualismo.

2.2 Volendo tentare di accennare ad un'analisi obiettiva sui Paesi ricchi e sviluppati, ci si accorge che essi sono caratterizzati dall'alto numero di diritti riconosciuti, tanto che a volte anche i capricci e le velleità dei singoli sono riconosciuti come "diritti", anzi questi, a volte, vengono ad avere una prevalenza su quelli fondamentali. La conseguenza è che lo Stato, date queste premesse, è chiamato in causa ogni qual volta si deve assicurare "qualcosa" per la "felicità" di qualcuno, qualsiasi sia la natura della stessa, mentre i reali diritti della persona, spesso anche quelli fondamentali, vengono disattesi. Si pensi in tal senso al diritto della donna ad abortire, indipendentemente da motivi riconducibili alla sua salute e alla contemporanea soppressione della vita dell'embrione o del feto. Si prefigura così un senso non etico della vita che permea di sé tutta la società. La crisi della moralità, infatti, non è circoscrivibile soltanto all'ambito individuale e dei rapporti intersoggettivi, ma si diffonde in ogni settore della sfera pubblica, divenendo, in tal modo, crisi della moralità politica, crisi della moralità amministrativa e crisi della moralità economica, ecc. Conseguenzialmente la politica è gestita in modo da fare di essa lo strumento per il soddisfacimento di interessi clientelari ottenuto attraverso l'infiltrazione della politica anche nel momento strettamente esecutivo dei programmi politici; la politica ha perso, cioè, la sua originaria funzione ed è divenuta lo strumento primo della frantumazione dell'idea di "bene comune".

La dipendenza degli amministratori dalla classe politica ha sicuramente ridotto l'imparzialità dell'azione amministrativa, riuscendo ad eludere gli stessi sistemi di controllo. È stato così possibile, sul piano economico, manipolare e deviare una grande quantità di risorse, dirottandola per sostenere gli interessi clientelari.

2.3 I cenni svolti precedentemente sono forse sufficienti a far comprendere che l'attuale dibattito sulla riduzione della spesa pubblica, in particolare di quella sanitaria, dipende sì da scelte economiche e politiche, ma ha anche, e soprattutto, implicazioni socio-culturali.

Da un'attenta analisi della situazione dell'allocazione delle risorse, infatti, ci si accorge che le soluzioni proposte nel suo contesto sono rap-

portabili alle diverse concezioni della vita. Sono comunque soluzioni la cui causa va cercata nel fatto che negli ultimi decenni è emerso il problema della scarsità delle risorse da destinare alla sanità⁸.

Negli Stati Uniti questo problema è stato affrontato, già da diversi anni, ed è stato scelto come soluzione il principio del razionamento delle risorse sanitarie.

È un problema questo dell'allocazione delle risorse biomediche, meno semplice di quanto si possa pensare ad un primo approccio. Per una sua buona impostazione comunemente è ritenuta necessaria una prima distinzione: la macroallocazione e la microallocazione. La macroallocazione si riferisce a quanto debba essere destinato ai diversi settori della sanità; la microallocazione, invece, riguarda più direttamente la selezione dei pazienti che debbano o meno ottenere specifici trattamenti sanitari, qualora questi non possano soddisfare le esigenze di tutti.

Così impostato, il problema dell'allocazione delle risorse, perché ci dia una sua corretta soluzione, deve far ricorso alla equità, che interessa la Bioetica nella misura in cui è inserito nel contesto riguardante "l'etica sociale" globalmente considerata. Giustamente il Prof. Bompiani al proposito osserva che «L'adozione di questo concetto di "equità", in sanità, è intuitivamente sottoposto al vincolo delle risorse disponibili [...]; poste

⁸ L'interesse per le tematiche etiche connesse con le scelte economiche in campo sanitario è fortemente sentito; sull'argomento si veda l'*Encyclopedia of Bioethics*, in cui P.T. Menzel vi dedica un articolo intitolato: *Economic concepts in health care*. Nell'articolo vengono passate in rassegna le principali posizioni etiche al riguardo che sono rappresentate da due orientamenti: gli "incompatibilisti" (*incompatibilist*) e i "riconciliazionisti" (*reconciliationist*). I primi affermano che la domanda di efficienza sociale non possa conciliarsi con le obbligazioni etiche dei medici «*those who think that the demands of societywide efficiency cannot be reconciled with the ethical obligations of practitioners*» mentre i secondi ritengono possibile superare il conflitto «*and those who think they can be*».

La maggiore varietà di posizioni si riscontra tra i "riconciliazionisti"; tra essi ci sono coloro i quali ritengono che il medico non debba decidere in merito alle strategie allocative «*the separation of roles position*» e coloro che, al contrario, affermano che il medico sia la componente più qualificata in grado di determinare le strategie suddette per una società equa e giusta e che, quindi, debba partecipare attivamente alle strategie allocative in sanità «*a condition that then enables the clinician to participate in rationing with a clean conscience when it is based on considerations of fairness and justice*». Cfr. P.T. Menzel, *Economic concepts in health care*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, (2nd ed.), New York 1995, p. 654.

queste premesse, sembra opportuno approfondire, alla luce dei principi di equità, i problemi della acquisizione delle risorse stesse e le modalità necessarie a conseguire efficacia/efficienza nella spesa sanitaria»⁹.

B - Allocazione delle risorse ed eutanasia economica

2.4 Tornando al problema centrale di queste mie riflessioni, cioè al rapporto fra allocazione delle risorse ed eutanasia economica, va precisato che esso va riferito più alla macroallocazione delle risorse; se le spese previste ed i risparmi considerati nei macrosettori, infatti, incidono sul bilancio statale, lo stesso non può dirsi delle spese e dei risparmi previsti nel campo delle microallocazioni.

Sorge allora la domanda riguardo a quali debbano essere i parametri atti a stabilire la corretta allocazione delle risorse in rapporto a quelli che sono i reali bisogni dei vari settori sanitari. A questo proposito torno a ribadire che la questione attorno a cui ruota la complessa vicenda dell'allocazione delle risorse dipende da quale sia la concezione di un Paese riguardo alla "giustizia sociale".

«La questione primaria della giustizia sociale - ricorda Possenti - viene intercettata sotto un doppio profilo:

1. la quota da destinare alle spese sanitarie in rapporto ad altri settori della vita sociale;
2. i criteri in base a cui stabilire se ed a chi spetti l'assistenza sanitaria»¹⁰.

Il problema proposto, cioè, è quello del pluralismo delle concezioni della giustizia sociale su cui si fondano le diverse proposte di allocazione delle risorse in campo sanitario. Problema di grande attualità e anche di grande interesse, perché dal diverso tipo di tali proposte deriva il diverso modo di tutela della vita dei "deboli".

Le concezioni di giustizia sociale emerse nel corso della storia, che costituiscono il più impegnativo rilievo etico, grosso modo sono quattro: a- la concezione dell'utilitarismo sociale, b- quella individualistico-libertaria, c- quella dell'egualitarismo (o contrattualismo), d- la concezione personalista.

⁹ A. Bompiani, *Relazione all'Incontro fra il Gruppo degli Esperti di Bioetica dell'Unione Europea e il Comitato Nazionale per la Bioetica*, Roma, 20-22 maggio 1996.

¹⁰ V. Possenti, *Relazione al corso di aggiornamento in Bioetica su "Etica e allocazione delle risorse in campo sanitario"*, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma 17-19 giugno 1994.

a - «L'utilitarismo sociale propone, quale criterio etico per l'allocazione delle risorse, il calcolo costi/benefici (*cost/benefit analysis*) finalizzato all'utilità collettiva. In altri termini, i costi che la società investe nell'ambito sanitario andrebbero commisurati ai benefici realizzabili, rapportati alla stessa società nel suo insieme e non al singolo individuo»¹¹.

Quando si guarda all'utilità sociale e si fa di essa la misura del giusto e dell'ingiusto, è chiaro, di conseguenza, che gli individui "deboli", quelli colpiti da patologie che costano alla società molto più di quanto essi non siano in grado di produrre, vengano a trovarsi in una grave situazione di pericolo. La massimizzazione del loro benessere, infatti, finisce per entrare in conflitto con la massimizzazione del benessere collettivo. La conseguenza di questo conflitto è che nella società del benessere, l'ammalato inguaribile è considerato scomodo; essa, piuttosto che dedicargli assistenza, propone l'eutanasia, spacciandola per un'azione benevola, tesa a raggiungere il bene di chi soffre. In realtà, la concezione di tale società secolarizzata e consumistica indica, come elementi di disturbo, tutte le persone socialmente passive, ciò perché essa guarda all'uomo socialmente considerato in chiave di costi e profitti.

Considerare l'uomo dall'angolazione della sua utilità per la società significa considerarlo non come essere umano con propria dignità, ma considerarlo in chiave patrimoniale, come entità produttrice di profitto. In tale ottica anche la malattia viene valutata economicamente dalla società e per essa si interviene, si investe solo nella misura in cui in futuro tale investimento può produrre ricchezza per la società. Non va dimenticato, però, a tal proposito, come ricorda Giovanni Paolo II, che al momento in cui la malattia viene valutata in termini di utilità, l'uomo «cessa di avere in sé un significato assoluto ed un valore inviolabile e diventa, come tutte le altre cose, manipolabile, anzi strumento di produzione e di consumo»¹².

Le motivazioni appena accennate sul principio costi-profitti come criterio fondamentale dell'allocazione delle risorse hanno sollecitato alcune frange culturali a proporre l'eutanasia economica. Trova così giu-

¹¹ L. Palazzani, V. Mele, E. Sgreccia, *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncologia: considerazioni etiche*, in «Medicina e Morale», 1992/6, pp. 1098-1099.

¹² Giovanni Paolo II, *Discorso del Papa ai membri dell'Associazione Cattolica degli Operatori Sanitari*, in «L'Osservatore Romano» del 25/10/1986, ripreso in «Medicina e Morale», 1987/1-2, p. 169.

stificazione la sollecitazione, a carattere generale, di praticare l'eutanasia economica «avendo come punto di riferimento i costi ed i profitti che il mantenimento in vita di un essere vivente gravemente malato comporta»¹³. Sollecitazione generale che ingloba in sé tutte le sollecitazioni particolari in tema di eutanasia economica, fra le quali ricordo quella di praticare tale forma di eutanasia nei confronti degli anziani come "eutanasia passiva allo scopo di evitare cure intensive ai pazienti di età superiore ai 70-80 anni"¹⁴.

Nel contesto di un tal modo di concepire la persona umana per la soluzione del problema dell'allocazione delle risorse sanitarie, autori come D. Callahan, N. Daniels, D. Brock, T. Beauchamp e R.M. Veatch, esponenti dell'etica secolarista, propongono non solo che non si somministrino cure intensive ai pazienti compresi fra i 70 e gli 80 anni, ma propongono anche che non si contribuisca alla salute dei pazienti "cronici" con alcun mezzo medico costoso.

Si verifica così che «con l'eutanasia sociale (economica) un essere umano vivente è soppresso non per sua decisione, non perché giunge il momento della sua naturale morte, ma perché è di peso alla società»¹⁵. Per cui ogni qual volta l'essere umano è considerato un peso per la società, a causa dell'età o per malattia, diventa dovere della stessa la sua eliminazione perché solo così i programmi della società consumistica possono realizzarsi al meglio.

A questo proposito è necessaria una considerazione che ritengo non di poco conto: mentre nell'età classica l'eutanasia economica si giustificava con la mancanza di mezzi di sostentamento per i non prodotti-

¹³ A. Tarantino, *Eutanasia e diritto alla vita: problemi etico-sociali*, op. cit., p. 84.

¹⁴ «Negli Stati Uniti d'America è stata proposta la teoria del "capitale umano" che tende a valutare la vita e la salute umana sulla base del reddito atteso dall'uomo, considerato come elemento produttore, nel quale bisogna investire risorse per allevarlo e istruirlo finché non giunga all'età lavorativa e poi mantenerlo sano e produttivo fino alla pensione [...]. La teoria del capitale umano non è in grado di apprezzare il valore della vita dei neonati, per i quali l'investimento fatto si riduce al tempo di lavoro eventualmente perso dalla madre per la gravidanza, e neppure dei disabili e dei pensionati che non producono nulla: sono proprio queste due le categorie a più alto bisogno di servizi sanitari, il cui soddisfacimento, secondo la teoria, sarebbe un mero consumo improduttivo». Cfr. C. Hanau, *Risorse. L'allocazione delle risorse in sanità*, in F. Compagnoni, *Etica della vita*, Cinisello Balsamo 1996, pp. 218-219. Per un maggiore approfondimento si veda anche: E. Pierantoni, *Analisi economica della vita umana: i metodi di valutazione empirica*, 2 voll., ISR-CNR, Roma 1989.

¹⁵ A. Tarantino, *Eutanasia e diritto alla vita: problemi etico-sociali*, op. cit., p. 85.

vi, nei nostri giorni la loro dolce eliminazione si giustifica col fatto che essi non produrranno altra ricchezza in una società che si caratterizza per essere opulenta, finalizzata, prevalentemente, alla produzione di ricchezze sempre maggiori.

b - La prospettiva della teoria individualistico-libertaria «nella distribuzione delle risorse sanitarie applica la regola del libero mercato (*free market rule*): si enfatizza il privato anziché il pubblico, la competizione individuale (intesa anche come "capacità di pagare") anziché l'utilità sociale e il pubblico interesse»¹⁶. Partendo da tale presupposto è evidente che l'esaltazione dell'individualismo non può condurre che al riconoscimento del "bene comune" e del ruolo dello Stato.

Una tale ipotesi di soluzione del problema dell'allocazione delle risorse ha una sua giustificazione che oggi trova la sua base dottrinale nel pensiero di R. Nozick. Secondo il senso che R. Nozick attribuisce alla giustizia, infatti, i singoli non sono obbligati a contribuire al benessere della collettività; «di conseguenza, le imposte statali per finanziare programmi di sviluppo e di assistenza sociale rappresentano dei furti, dal momento che non possono essere pretese in nome della giustizia distributiva, la quale per l'appunto non esiste»¹⁷. Secondo questa teoria sarebbe giustificata la tendenza verso l'attuazione dell'eutanasia; sarebbe giustificato, cioè, l'aiuto a morire che addirittura dovrebbe essere considerato un nuovo servizio offerto dall'ospedale, e gli stessi scienziati, sempre secondo tale teoria, dovrebbero mettere appunto macchine per l'auto-esecuzione¹⁸. È questa appena accennata tendenza pro-eutanasia che è la teorizzazione del concetto di "vite senza valore" la quale fa da sfondo ideologico ad una concreta attuazione dell'eutanasia sotto le diverse forme. Ma, a ben considerare, questa teoria è la conseguenza inevitabile di una cultura edonistica e nichilistica oggi tanto diffusa che spinge l'uomo a sostenere una tendenziale inutilità della vi-

¹⁶L. Palazzani, V. Mele, E. Sgreccia, *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncologia: considerazioni etiche*, op. cit., p. 1100.

¹⁷V. Possenti, *Relazione al corso di aggiornamento in Bioetica su "Etica e allocazione delle risorse in campo sanitario"*, op. cit.

¹⁸Cfr. R.J. Lifton, *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio* (1986), trad. it. di L. Sosio, Milano 1988.

ta umana, quando questa non avesse più la possibilità di soddisfare bisogni e pulsioni legati al piacere psico-fisico.

Questo modo di concepire la vita è iniziato a partire dagli anni Sessanta; su tali basi, con un progressivo intensificarsi del fenomeno, la civiltà occidentale è stata investita da una forte idea di liberazione etica, che ha toccato i più disparati ambiti, dalla morale sessuale alla famiglia, dall'autorità in generale al rispetto della vita.

Proprio tale liberazione etica ha determinato un'espansione delle libertà e dei diritti, negando contemporaneamente il diritto come "forma ontologicamente necessaria" della società, per cui si è giunti al totale asservimento delle norme alle decisioni del soggetto individuale.

Le "esasperazioni di libertà" hanno condotto, oltre al nichilismo etico, anche a pericolose conseguenze, soprattutto nel rapporto tra il bene della libertà ed il bene della vita, causando un indebolimento molto marcato della protezione in generale del bene giuridico della vita¹⁹.

Perciò, contro le tesi di R. Nozick ci sentiamo di affermare che, sebbene la libertà costituisca il presupposto della qualificazione morale di ogni azione umana, essa invoca ed esige come suo *pendant* inevitabile e necessario il principio di responsabilità, a cui l'uomo è tenuto proprio in ragione della sua libertà di scelta²⁰.

Libertà, quindi, e responsabilità che suggerisce all'uomo di non abbandonarsi alla libertà senza limiti, aprendo così la strada all'arbitrio e all'autodistruzione²¹.

c - All'estremo opposto della posizione di R. Nozick e dell'assunto liberale si collocano la concezione di J. Rawls e la teoria egualitaria²².

Secondo la teoria egualitaria la distribuzione della cura sanitaria deve essere uguale per tutti ed è compito della collettività il provvedervi. La giustizia, infatti, è qui interpretata in senso distributivo e «ogni deviazione dall'assoluta uguaglianza nella distribuzione è ingiusta. In

¹⁹ M. Romano, *Secolarizzazione, diritto penale moderno e sistema dei reati*, in AA. VV., *Cristianesimo secolarizzazione e diritto moderno*, a cura di L. Lombardi Vallauri e G. Dilcher, Milano 1981, p. 1305.

²⁰ Si veda, H. Jonas, *Principio responsabilità*, op. cit.

²¹ Si veda, A. Bausola, *Libertà e responsabilità*, Milano 1980, ancora molto attuale.

²² Cfr. J. Rawls, *Liberalismo politico*, Milano 1994.

tale prospettiva la scarsità delle risorse non giustifica le differenze nella distribuzione»²³.

Risulta, pertanto, un egualitarismo garante di una minima giustizia sanitaria, poiché, secondo la teoria egualitaria, l'allocazione dovrà seguire il criterio del "livello minimo". Così, nell'intento di garantire a tutti un minimo di cura, non si considerano le singole esigenze delle persone nel contesto sociale, qualora necessitino di più alte prestazioni.

Eppure il bene sociale deve essere bene di tutti, in quanto bene di ogni singolo, e allora, ferma restando la necessità di porre ed affrontare in termini sociali il problema, sarà in ordine ad un criterio personalistico che la società dovrà trovare le più opportune soluzioni.

d - La prospettiva del personalismo, ponendo al centro della sua riflessione la persona come valore primario, propone un'adeguata concezione di giustizia sociale che coordini mezzi e risorse in base al principio di socialità e di sussidiarietà. «Si può intuire - precisa a tal proposito Possenti - che una rigorosa giustizia sociale non consiste nell'assegnare a tutti la stessa quantità di assistenza sanitaria, erogata dallo Stato indistintamente secondo una concezione egualitaria che non tenga conto delle differenti condizioni di reddito degli assistiti»²⁴. È opinione condivisa infatti che, sul versante sanitario, i criteri da applicare all'accesso alle cure debbano avvenire secondo il criterio di urgenza e, la loro erogazione, secondo la proporzionalità del trattamento.

L'urgenza medica è il primo criterio da seguire nel trattamento medico-chirurgico e, nel caso esistano parità di urgenza fra i pazienti, si deve disporre secondo il parametro della priorità nella lista d'attesa. È un'ipotesi di soluzione, questa personalistica, la quale, oltre che all'accennato principio di socialità-sussidiarietà, fa riferimento anche al principio di proporzionalità. Per quest'ultimo principio, che specificamente va indicato come principio di proporzionalità del trattamento, va ricordato che ad esso si deve far riferimento per evitare da un lato l'accanimento terapeutico²⁵ e dall'altro le carenze assistenziali.

²³ L. Palazzani, V. Mele, E. Sgreccia, *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncologia: considerazioni etiche*, op. cit., p. 1100.

²⁴ V. Possenti, *Relazione al corso di aggiornamento in Bioetica su "Etica e allocazione delle risorse in campo sanitario"*, op. cit.

²⁵ Per accanimento terapeutico si intende:

a) il ricorso ad un trattamento di sicura inefficacia, b) che comporta un grave rischio per il paziente, c) dal momento che esiste una marcata sproporzione tra i mezzi adoperati

3. Necessità di un corretto razionamento delle cure sanitarie

3.1 Quanto precedentemente accennato sui criteri di giustizia sociale e sui complessi rapporti tra il diritto alla salute e l'allocazione delle risorse sanitarie attualmente è punto di riferimento di un intenso dibattito bioetico. Sull'onda dell'interesse per tale dibattito, lo scorso 20-21-22 maggio si è tenuta a Roma una riunione della Commissione europea di bioetica - gruppo dei Consiglieri per l'Etica delle biotecnologie. In tale occasione il Prof. Bompiani ha svolto una relazione su *Economia ed etica nello sviluppo del sistema sanitario italiano*, molto interessante anche ai fini del nostro discorso²⁶. La scelta di questo tema va cercata nell'esigenza di appurare se, nel prossimo futuro, in Italia il problema dell'allocazione delle risorse in campo biomedico dovrà attestarsi sul principio di socialità e di sussidiarietà, così come sancito dalla Costituzione repubblicana del 1948.

Socialità e sussidiarietà sono dei principi presenti anche nelle direttive internazionali e condivisi, pur se non sempre, quando si formulano i piani di assistenza sanitaria. Essi esprimono bene il problema della socializzazione della medicina e, quindi, la tutela sanitaria della persona. L'importanza di riferirsi a tali principi deriva dalla considerazione che «il principio di socialità esprime la realizzazione del bene comune attraverso il bene delle singole persone» e « il principio di sussidiarietà giustifica la rilevanza di "spendere di più laddove il bisogno e la malattia sono più gravi" »²⁷.

Sono principi, cioè, che hanno una perfetta sintonia con la *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (1948) e con le successive *Dichiarazioni* alla stessa rapportabili.

Proprio in occasione dell'ora ricordato incontro romano, il Prof. Bompiani ha richiamato l'attenzione su un altro problema che in questi anni si va proponendo con forza specie in Italia. È il problema della rivendicazione delle «varie popolazioni (comunità) locali di definire esse

in relazione all'obiettivo. Cfr. C. Manni, *Accanimento terapeutico: definizione e aspetti scientifici*, Atti del Convegno AMCI-ACOS: *Accanimento terapeutico. Un concetto da precisare*, svolto a Crema il 9 giugno 1990.

²⁶ Ringraziamo il Prof. Bompiani per averci inviato cortesemente copia di tale relazione.

²⁷ L. Palazzani, V. Mele, E. Sgreccia, *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncologia: considerazioni etiche*, op. cit., p. 1101.

stesse l'ammontare dei prelievi di risorse e le aliquote da destinare alla sanità». A tal proposito egli ha ricordato che «si discute, attualmente, se all'economia generale della gestione del Servizio Sanitario Nazionale sia utile un'ulteriore "spinta" alla Regionalizzazione, attraverso la realizzazione di un sistema sanitario-federalista basato sulla cosiddetta "federazione fiscale"»²⁸.

Su questo problema si sono verificate diverse discussioni che ancora non hanno dato una soluzione equa. Proprio sotto il profilo dell'equità la soluzione è controversa; infatti, precisa Bompiani che, se «permanesse l'attuale criterio di formazione del fondo, si deve ritenere che la distribuzione secondo una *quota capitaria uniforme* non risponda ai principi di equità sostanziale, ove si consideri il diverso contesto demografico delle Regioni»²⁹.

Per cui egli opportunamente suggerisce di correggere «l'assegnazione secondo il criterio delle *aliquote ponderate*, in rapporto alle caratteristiche della popolazione residente»³⁰.

3.2 La cultura solidaristica, presente sul piano legislativo italiano nella Legge 833/1978, pare che sia entrata in crisi all'indomani dell'approvazione dei Decreti Delegati nn. 384 e 502³¹. Sembra che tale crisi, «come

²⁸ A. Bompiani, *Relazione all'Incontro fra il Gruppo degli Esperti di Bioetica dell'Unione Europea e il Comitato Nazionale per la Bioetica*, op. cit.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ «Il principio di solidarietà nel finanziamento della sanità viene realizzato mediante il passaggio dalla contribuzione di natura mutualistica alla fiscalizzazione totale: nel nostro sistema la fiscalità generale è progressiva, nel senso che non soltanto l'imposta, ma anche l'aliquota aumenta progressivamente all'aumentare del reddito, in quanto si ammette che i percettori di redditi più elevati facciano minori sacrifici privandosi di una data somma (le utilità marginali decrescono all'aumentare del reddito).

Prima ancora che la sua normativa trovi reale applicazione, anche nel campo del finanziamento, la riforma sanitaria (L. 833/78) è stata caricata delle colpe del passato regime, che a ben vedere non è mai tramontato, dato che il legislatore, dopo aver approvato la riforma, non ha avuto poi il coraggio di attuarne la parte più significativa sul finanziamento. Da quanto detto sopra deriva che soltanto attraverso la fiscalizzazione completa e definitiva dei contributi assistenziali potrebbe essere risolto il problema del finanziamento del S.S.N. con un sufficiente livello di equità e di efficienza». Cfr. C. Hanau, *Risorse. L'allocazione delle risorse in sanità* in F. Compagnoni, *Etica della vita*, op. cit., pp. 222-223. Riguardo al rapporto fiscalizzazione-equità si veda: Aa. Vv., *Equità nel prelievo, equità nell'erogazione dei servizi: un parametro di misura dell'efficienza del S.S.N.*, a cura di V. Ghetti, Milano 1985.

denunciato da E. Gorrieri, uno dei "padri" dello Stato sociale in Italia», sia stata determinata dal pericolo «di creare due mercati, uno per i ricchi e uno per i poveri»³².

Nel tentativo di risolvere tale problema, prendendo esempio dagli altri Paesi industrializzati dell'Europa occidentale e dagli Stati Uniti, anche in Italia si è proposto di informare la politica sanitaria, seguendo le teorie di A. Enthoven, al concetto di *managed competition*.

Sono teorie queste che, considerate nella loro istanza propositiva, appoggiano la creazione di strutture concorrenziali all'interno del sistema pubblico, nonché tra pubblico e privato; esse dovrebbero essere portatrici di quei criteri di competizione nel sistema sanitario che stimolano l'innovazione e la managerialità, riducendo i costi e l'inefficienza. Ma non tutti, in Italia, sono d'accordo sull'efficacia dell'introduzione di tali criteri di mercato³³.

A parte le accennate riserve, tale proposta, nel contesto della politica sanitaria italiana, va letta come «un tentativo di superare la disfunzione di un sistema sanitario, qual è l'attuale, mettendo a repentaglio la tutela della salute che la Costituzione configura come diritto di ciascuno e interesse della collettività»³⁴.

È innegabile, però, che, nonostante i risvolti negativi, che pure sono presenti e molto preoccupanti, questa riforma presenti alcuni aspetti positivi quali il maggiore decentramento dello Stato alle regioni e la riduzione del numero delle UU.SS.LL.

L'aspetto positivo della spinta alla regionalizzazione, come precisa il Prof. Bompiani, va colto nella "federazione fiscale", che essa presenta;

³² A. Puca, *Economia e politica come ideologia. Il problema del razionamento delle cure sanitarie*, in «Medicina e Morale», 1993/2, p. 313.

³³ «Il calcolo dei costi economici è molto complesso, non è alla portata dei dirigenti dei servizi sanitari e quindi solitamente si preferisce utilizzare i costi a bilancio, i prezzi correnti, secondo le regole della contabilità industriale che sono state recentemente introdotte nella sanità pubblica italiana: per ogni centro di responsabilità, come potrebbe essere un reparto ospedaliero, un ambulatorio od un laboratorio, si compila un bilancio delle spese corrispondenti a tutte le differenti risorse consumate, a prezzi correnti. Questa semplificazione, seppure ragionevole, non deve fare dimenticare che i conti risultanti sono conseguenze della scelta più o meno etica del "mercato"». Cfr. C. Hanau, *Risorse. L'allocazione delle risorse in sanità* in F. Compagnoni, *Etica della vita*, op. cit., p. 217.

³⁴ A. Puca, *Economia e politica come ideologia. Il problema del razionamento delle cure sanitarie*, op. cit., p. 314.

ad essa dovrebbe ubbidire un sistema sanitario federalista di tipo regionale. Questo sarebbe, a ben riflettere, sollecitato da un malcontento che nasce dal fatto che nel Mezzogiorno d'Italia vengono destinati notevoli trasferimenti di risorse risparmiate al Nord, in quanto è proprio nel Sud del nostro Paese che risiedono il maggior numero di disoccupati e di lavoratori con minor reddito. «Da ciò - precisa il Prof. Bompiani - deriva la proposta che ciascuna regione provveda a procurarsi i mezzi che desidera vadano alla sanità»³⁵.

La polemica si rivolge, quindi, soprattutto sul versante della spesa sanitaria; essa in molti casi è considerata eccessiva, in altri anche mal distribuita.

Il discorso accennato sulla regionalizzazione, che si riflette sul problema dell'allocazione delle risorse, deriva da un disagio che porta a preoccupazioni di non poco conto. La preoccupazione è che, introducendo elementi di competizione nel sistema sanitario italiano, possa accadere che i privati, al fine di massimizzare i profitti, selezionino le patologie più remunerative, scaricando quelle che a loro non danno un consistente profitto sulle parti meno protette del sistema. In tal modo, verrebbe annullato il principio dell'inviolabilità della vita umana³⁶.

Il non comprendere o non voler accettare questo principio fondamentale, cioè il rispetto della vita umana indipendentemente dalla situazione fisiologica o patologica, di debolezza o di forza del suo titolare, significa perdere di vista la verità piena sull'uomo; significa giustificare discriminazioni tra le più ingiuste e delitti abominevoli.

3.3 Possiamo dire, concludendo le considerazioni svolte in questo lavoro, che occorre trovare delle soluzioni, sia riguardo al problema dell'allocazione delle risorse, sia riguardo al problema del razionamento delle cure. Non pensiamo che la soluzione si possa trovare nella scelta di un sistema liberistico o in quella proposta dallo Stato sociale permeato da un solidarismo che predica di dar tutto a tutti ma, in realtà, finisce col dare poco o niente. Sono necessarie altre soluzioni che non devono

³⁵ A. Bompiani, *Relazione all'Incontro fra il Gruppo degli Esperti di Bioetica dell'Unione Europea e il Comitato Nazionale per la Bioetica*, op. cit.

³⁶ Sulla sofferenza e il dolore come aspetti costitutivi dell'esistenza, cfr. U. Poletti, *Il valore della vita*, in AA. VV., *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia*, «Atti del 54° corso di aggiornamento culturale dell'Università Cattolica, Roma 2-7 settembre 1984», Milano 1985, pp. 230-232.

neanche essere frutto di compromessi. Le soluzioni, cioè, per essere valide devono rispettare la natura dell'uomo, per cui possiamo dire che se esse non sono prese nel rispetto dell'uomo integralmente considerato e nel rispetto delle sue effettive esigenze non sono soluzioni valide, rispettose della dignità umana.

Perciò, avverso la situazione sanitaria che si presenta controversa e caotica bisogna ricordare che «in una buona società l'etica guida l'economia e non viceversa»³⁷. In breve, specificando il nostro pensiero, diciamo che l'economia richiama l'etica e l'etica richiama l'antropologia; questa però deve tener conto di tutte le dimensioni della persona umana e far sì che lo Stato garantisca e tuteli la vita, anche quella dei più deboli, dal momento che la vita è il valore più importante per la società stessa³⁸.

³⁷ A. Puca, *Economia e politica come ideologia. Il problema del razionamento delle cure sanitarie*, op. cit., p. 328.

³⁸ «L'economia non è una scienza neutra e astratta come la matematica, ma tende ad applicare alla realtà sociale i suoi strumenti nel più razionale dei modi per il raggiungimento delle finalità che una scelta etico-politica ha precedentemente stabilito», cfr. C. Hanaou, *Risorse. L'allocazione delle risorse in sanità* in F. Compagnoni, *Etica della vita*, op. cit., pp. 211-212.