



QUALE BIOETICA PER LA PERSONA ANZIANA?

## La gestione delle risorse in medicina tra etica e discriminazioni

### Resource management in medicine between ethics and discriminations

D. SACCHINI

Istituto di Bioetica, Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**The article deals with the delicate matter of the resources management in geriatric healthcare, between ethics and discriminations, beginning from the assumption that seniority is a complex universe, healthcare aspects enclosed. Then, a synthetic review of the demographic and epidemiological data around the elderly is showed.**

**Secondly, the different criteria and tools of the economic science used for establishing the allocative priorities in health are critically analysed: the targets of health, the burden of disease, the QALYs; the avoidable death, and the pertinence.**

**Finally, the ethical value of the management of the healthcare resources in geriatrics is argued, trying to settle two fundamental issues: the pertinence of the ethics/economics relationship and the choice of the priority-value on the scenario of the ethical perspective assumed by decision-maker.**

**Key words:** Economics • Healthcare resources allocation • Ethics • Geriatrics

### L'uso delle risorse socio-sanitarie per la persona anziana: la necessaria assunzione della complessità

Affrontare la riflessione sulla interfaccia posta tra riflessione etica e dinamica allocativa in campo geriatrico significa anzitutto evitare una indebita semplificazione dello scenario. Si tratta, cioè, di operare un primo importante passaggio: assumere la realtà delle cose così come si presenta, senza deprecabili derive, sia nei suoi aspetti quantitativi sia in quelli, non meno rilevanti, di ordine qualitativo. In altri termini, si vuole evitare un duplice "riduzionismo": quello economicistico, per cui tutto sarebbe riducibile ad esigenze di bilancio e risolvibile in termini tecnici, e quello moralistico, che svilisce l'etica ad un mero esercizio teoretico, facendo torto alla sua natura fondamentalmente pratica di orientamento delle scelte concrete.

Tenendo ferma questa impostazione metodologicamente ancorata al "principio di realtà", si sceglie, pertanto, di procedere secondo una triplice scansione. In un primo tempo, si cercherà di rilevare lo scenario demografico attuale, segnato dalla "transizione demografica" verso l'invecchiamento e il relativo impatto



sulla scena socio-sanitaria. Successivamente, verranno illustrati gli strumenti tecnici attualmente a disposizione dei cosiddetti “decisori” per stabilire le priorità allocative. Da ultimo, si proverà a mettere in evidenza le questioni valoriali sottese.

## Anziani, medicina e sanità: i “numeri”

“L’insostenibile pesantezza dei numeri ...”. Così, potremmo sintetizzare da subito lo scenario che ci si presenta dinanzi. Ed in effetti gli studi di settore demografico e sanitario non danno adito a dubbi. Rimanendo al solo Vecchio Continente, la longevità rappresenta la cifra emblematica dei Paesi sviluppati. L’aspettativa di vita nel 2000 era di 74,7 aa. per gli uomini e di 81,1 aa. per le donne. La quota di ultrasessantacinquenni europei, pari al 16,1% nel 2000, si stima che aumenterà al 27,5% nel 2050, mentre gli over80, che nel 2000 rappresentavano il 3,6% della popolazione, nel 2050 dovrebbe toccare il 10%. Inoltre, tra il 1970 e il 1998, si registra un aumento dell’aspettativa di vita alla nascita di 5,5 aa. per le donne e di quasi 5 aa. per gli uomini, per lungo tempo “in buona salute” e senza disabilità<sup>1</sup>.

Il fenomeno “longevità” (da intendersi in termini individuali come il lasso di tempo compreso tra la nascita e la morte) risente, inoltre, di alcuni indicatori<sup>2</sup>: l’aspettativa di vita (calcolata convenzionalmente in corrispondenza di diverse soglie temporali: alla nascita, a 65 e ad 80 aa.), rappresentando l’indicatore più utilizzato; la massima durata di vita (età della persona più anziana deceduta in un dato anno solare); la durata mediana (età alla quale sopravvive solo il 50% di una generazione); la durata modale (età alla quale si registra la più elevata mortalità in un determinato anno); la durata della vita (età ove il 90% di soggetti di una determinata coorte è deceduta). Peraltro i fattori determinanti la longevità sono di diverso tenore: biologici; socio-economici (reddito ed alfabetizzazione); forma fisica, attività sportiva e nutrizione; consumo di alcool e di tabacco.

Gli indicatori demografici relativi all’Italia<sup>2</sup>, mettendo a confronto gli ultimi due censimenti della popolazione (1975 e 2000) mostrano che il rapporto 15-64enni/> 65enni è passato da 5,34 a

3,76. Il numero di > 65enni/100 abitanti è balzato da 11,93 a 17,97, mentre l’età media della popolazione è incrementata da 34,50 a 40,86 aa. Anche gli indicatori di longevità dicono che, fra il 1975 e il 2000, l’aspettativa di vita alla nascita ha registrato un incremento di quasi 8 aa. (da 72,6 a 78,6 aa.), mentre di cinque anni (da 76,0 a 81,0 aa.) è l’aumento dell’età di sopravvivenza del 50% di nati in un certo anno. Significativo, infine, che l’età di sopravvivenza del 10% di una generazione è aumentato da 88,0 a 92,5 aa.

Passiamo adesso a qualche dato generale sulla situazione di morbilità e disabilità nella popolazione anziana italiana<sup>3</sup>: relativamente alla prima, la suddivisione per lustri di età mostra che problemi di patologia accertata riguardano solo il 16% della popolazione fra i 65 ed i 69 aa., con percentuali che si incrementano soprattutto dalla seconda metà della settima decade di età: 40% (70-74 aa.), 52% (75-79 aa.), 66% (80-84 aa.) e 80% per gli ultraottantacinquenni. Problemi di disabilità (da lieve a severa) affliggono il 46% dei soggetti nella fascia 65-69 aa.; il 51% fra i 70 ed i 74 aa.; il 59% fra i 75 ed i 79 aa., il 67% fra gli 80 e gli 84 aa. e più dell’80% sopra gli 85 anni.

Dal profilo demografico appena delineato, non vi è dubbio che sono molte le sfide che attendono fin da ora la sostenibilità economica dei servizi di sicurezza sociale, tra i quali, emblematicamente, quello socio-sanitario. Sebbene gli studi di settore rilevino una forte correlazione fra età e spesa sanitaria<sup>3</sup>, tuttavia la spesa sanitaria non sembra relata solamente all’età ed al processo di invecchiamento, in ragione del fatto che altri importanti fattori ne influenzano l’andamento: il progresso medico-tecnologico, le politiche sanitarie e le condizioni economiche strutturali<sup>4</sup>.

Inoltre, se consideriamo la spesa sanitaria come il risultato fra domanda ed offerta, l’invecchiamento costituisce un fattore rilevante sul versante della domanda, in ragione proporzionale allo scadimento delle condizioni di salute (segnatamente per situazioni di non-autosufficienza e di demenza), che genera richiesta di prestazioni socio-sanitarie (soprattutto servizi di lungo-degenza, molto più che assistenza acuta ospedaliera). Viceversa, un buon stato di salute dovrebbe far decrescere la domanda di servizi in tempi medio-lunghi.

<sup>1</sup> I dati sui problemi di salute provengono da uno studio condotto su un campione di 140.000 soggetti (nel biennio 1999-2000), mentre quelli sulla disabilità su una popolazione di 62.000 (nel 1994), sempre in *European Community Household Panel Survey (ECHP), Health Conditions and Use of Health Services, 1994 & 2000*, in: [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm) (accesso del 10.5.2006).

In Italia, nonostante una spesa sanitaria finanziata decisamente rilevante <sup>b</sup>, la domanda di servizi è in aumento. Ad esempio, un recente studio <sup>5</sup> mostra che solo per la spesa farmaceutica gli anziani (16% degli assistiti) assorbono il 49,7% delle confezioni e il 46,9% della spesa farmaceutica lorda. La spesa è indotta, in particolare, dai malati cronici, che assommano al 52,7% dei pazienti. Nell'ambito delle malattie croniche (che spiega il 63,8% di tutta la spesa), l'ipertensione assorbe le maggiori risorse (38,5%), seguita dal diabete (14,9%) e dalle neoplasie (12,3%) <sup>c</sup>. Inoltre, tenuto conto di un incremento dell'1,4% della popolazione nel decennio 2000-2010 e dell'1,8% nella frequenza degli utenti, la spesa farmaceutica lorda aumenterebbe del 9,4%. Nell'ipotesi di un peggioramento delle condizioni di salute, la crescita della spesa raddoppierebbe ulteriormente (+ 18,4%). Il maggiore impulso verrebbe, però, dall'aumento della propensione ai consumi (+ 33,3%) e dall'incremento dei prezzi medi (+ 83,9%). Sommate così tutte le variabili si arriverebbe allo scenario più pessimistico: un aumento della spesa totale del 142,7%.

In generale, la spesa per la sanità nella gestione della cronicità è costituita da una prevalente quota pubblica e da una privata. L'incremento della spesa sanitaria si è avuto sostanzialmente per la parte pubblica fino al 2000, anno dal quale si è verificata una crescita notevole anche della spesa privata, quest'ultima sostenuta dagli e per gli anziani e dalle persone con disabilità, cioè dalle persone più colpite dalla malattia. A questo punto, si pone una questione di politica sanitaria: la non autosufficienza o la disabilità sono rischi privati? Oppure rischi sostenuti dalla collettività? Nel primo caso, intendendo per "privati" quei rischi che corrono l'individuo o i membri della sua famiglia, essi dovrebbero essere coperti sempre più dal singolo individuo con mezzi appositi (assicurazioni private, risparmi personali, solidarietà informali ...). Si innesca, però, un ulteriore problema: persone anziane in età particolarmente avanzata o a basso reddito o deficitarie di informazioni non riuscirebbero comunque ad affrontare da sole la non autosufficienza protratta. Nel secondo caso, rischi sostenuti dal-

la collettività, essi rientrano in qualche modo nella fiscalità generale attraverso la costituzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza al fine di sostenere le famiglie alle prese con la disabilità grave.

### Quali priorità assumere per allocare risorse nel socio-sanitario: gli strumenti "tecnici" del decisore

È nota l'accezione di scienza "triste" (*dismal science*) attribuita all'economia politica, ovvero al braccio operativo della scienza economica. La ragione è facilmente intuibile: al momento di scegliere cosa fare è imprescindibile confrontarsi con le risorse concretamente disponibili. Ciò rende spesso ingrato il compito del decisore, tanto a livello "macro", quanto "micro".

Gli strumenti tecnici attualmente disponibili per fissare le priorità sono <sup>6</sup>: la fissazione dei *target di salute*; gli *studi di costo* della malattia; le tavole dei *QALY*; l'*urgenza* (morte evitabile) e la *pertinenza*. Passando ad una breve rassegna, diremo anzitutto che la *fissazione dei target di salute* - usato classicamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - è basata sui bisogni totali di cure di una popolazione, cioè sulla presenza di malattie in una determinata popolazione. Dunque, più alto è il livello di malattie, altrettanto sarà il bisogno di cure. Le priorità vengono pertanto fissate sulla base del criterio epidemiologico, a prescindere dalle possibilità di riuscita. Il limite di tale approccio sarebbe rappresentato dal favorire lo *status quo* perché non indica né l'attribuzione di responsabilità né le fonti cui attingere le risorse.

Gli *studi di costo della malattia* (o *burden of disease*) si fondano sull'assunto per il quale se i costi di una particolare patologia (le spese dirette di cura più quelle indirette attribuibili all'esperienza di malattia, ad esempio i costi da assenza dal lavoro) sono più elevati di quelli di un'altra, allora la nosologia a più alto costo deve avere la priorità. Il limite dell'approccio è di non tenere conto né dei benefici degli interventi di cura né dei *costi margi-*

<sup>b</sup> A titolo esemplare, nel 2006 la legge finanziaria dello Stato ha determinato 91.173 milioni di euro di cui 87.702.770.000 per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza (cfr. Parlamento Italiano, Legge 23 Dicembre 2005, n. 266 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 302 del 29 dicembre 2005, Suppl. n. 211), in: <http://www.camera.it/parlam/leggi/05266l.htm> (accesso del 29.7.06).

<sup>c</sup> Va notato che l'abolizione o l'istituzione dei "tickets" non rappresenta un elemento decisivo dal punto di vista della variazione dei consumi, dal momento che l'elasticità (ossia la reattività alle variazioni di prezzo) si è dimostrata piuttosto bassa: in altri termini, il grosso della spesa farmaceutica è a *domanda rigida*. (Mapelli, op. cit.).

*nali* (ovvero la spesa necessaria a produrre una unità supplementare di prodotto/servizio) guardando solo al costo totale.

Per i *Quality Adjusted Life Years* (anni di vita guadagnati con una determinata qualità o QALY) <sup>7</sup> l'idea di fondo è che le risorse sanitarie vadano impiegate in modo da produrre il maggior beneficio possibile, assicurando le cure e l'assistenza primaria a molti anziché garantire l'incerto esito di cure sofisticate a pochi. Così i QALY rappresenterebbero una misura del bene prodotto da una cura, i cui risultati attesi e prevedibili sono due: il prolungamento della vita e/o il miglioramento della sua qualità (qdv). Con tale strumento, si intende per l'appunto combinare questi due benefici (vita e qdv) in una misura singola. Il loro limite è che nulla dicono sull'equità delle cure da riconoscere ai cittadini, tema invece decisivo in termini allocativi. In altre parole, è accettabile negare a qualcuno una chance di vita allo scopo di impiegare risorse per migliorare la qdv di altre persone?

L'*urgenza* (morte evitabile) afferma che il criterio di discernimento allocativo è rappresentato dalla severità delle condizioni di malattia, cioè hanno la precedenza quelle cure che, se applicate in tempo, evitano la morte. Va da sé che la priorità "urgenza" è funzione della tecnologia di cura in essere in un determinato luogo e tempo: dunque si parla di morte evitabile in quanto si disponga di tecnologie efficaci. Tale metodo traduce l'idea secondo cui l'urgenza di una necessità conta più del "maggior bene". Anche qui riscontriamo dei limiti. Nella pratica avremo infatti l'indesiderabile risultato per il quale a seconda della fascia d'età della popolazione presa a riferimento, tale criterio "seleziona" certe patologie piuttosto che altre. Conseguentemente, o si dispone di una meta-teoria giustificativa delle scelte oppure si rischiano manipolazioni pericolose. Inoltre, la prossimità della morte costituirebbe ragione sufficiente perché questa situazione venga giudicata prioritaria, a prescindere dai livelli di costo e dal grado di efficacia dell'intervento (cioè assumendo che i trattamenti praticati avranno tutti il medesimo grado di efficacia, il che è evidentemente falso).

Infine, abbiamo la *pertinenza* <sup>8</sup>. Dal momento che qualsiasi trattamento produce sempre un qualche effetto positivo su qualcuno pur risultando inefficace su molti altri, e stante il primato del principio deontologico dell'"alleanza terapeutica", è impossibile arrivare a rendere esecutivi pacchetti di prestazioni sanitarie sulla base dei precedenti metodi. Pertanto, si ricorre ad un altro criterio: in un sistema sanitario pubblico (o misto) sono considerate

*pertinenti* quelle prestazioni che, a causa delle loro caratteristiche congiuntamente considerate (necessarietà, asimmetria informativa, incertezza), non sarebbero erogabili per mezzo di normali transazioni di mercato. Al momento di fissare le priorità essenziali, dunque, la *pertinenza* prescinde sia dai giudizi di efficacia sia di efficienza. Gli uni e gli altri verrebbero utilizzati al secondo livello decisionale, cioè alla ripartizione delle risorse disponibili tra le prestazioni giudicate pertinenti.

## Anzianità e risorse socio-sanitarie: la dinamica etica

A questo punto della riflessione, parlare di valori relativamente al binomio anziani-risorse socio-sanitarie si fa materia particolarmente delicata per le ragioni esposte in chiave di premessa, come anche sottolineato in un recente documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB): "... una bioetica con gli anziani è ormai assolutamente opportuna, in quanto suscettibile di coinvolgere diversi soggetti (individui, famiglie, istituzioni, associazioni del volontariato, ecc.) e capace di favorire una riflessione ad ampio raggio su una questione sociale urgente che va affrontata secondo diverse prospettive: medico-sanitaria, psico-sociale, etico-normativa e in definitiva antropologica, sia sul versante delle persone interessate che sul versante pubblico" <sup>9</sup>. Occorre allora dirimere due questioni a nostro avviso fondamentali: la pertinenza del rapporto etica-economia e la scelta del valore prioritario, avendo sullo sfondo la prospettiva etica generale assunta.

Sulla prima, tenendo conto di una importante letteratura specialistica alla quale si rimanda <sup>10</sup>, non sembrano esservi dubbi sulla legittimità del rapporto tra i due saperi, a partire anzitutto da un reciproco riconoscimento epistemologico e metodologico, tenendo inoltre presente che alle radici dell'economia - come ricorda A. Sen <sup>11</sup> - sta proprio l'etica, ovvero il sapere che individua i fini ultimi individuali e collettivi, e - a questa coordinata - l'ingegneristica, cioè l'insieme degli strumenti a disposizione dell'economista per raggiungere concretamente i fini individuati dalla riflessione morale. Dunque, la separazione fra etica ed economia consumatasi a cavallo del XIX e XX secolo è il risultato di una temperie storica, sociale e filosofica del tutto superata da una riflessione economica che, senza indulgere a moralismi, ha riaffermato la ineludibilità, anzi la necessità di un inter-relazione efficace ed efficiente fra i due saperi.

In riferimento alla seconda questione, risulta essenziale chiarire i seguenti punti sotto forma di questioni.

1. *Quale priorità etica di riferimento assumere?*

E, a monte, *quale prospettiva etica di fondo?*

Dunque, quali potrebbero essere le linee di indirizzo per una allocazione delle risorse per la popolazione anziana eticamente informata, cioè improntata a criteri di giustizia?

Il panorama delle posizioni è “plurale”: devono prevalere i diritti individuali di libertà? Quelli di utilità sociale? Un approccio egualitarista <sup>12</sup>? In realtà, pur tenendo conto della diversità di orientamenti, l’espressione più elevata di tutela pubblica della salute della popolazione, e prima ancora della medicina in quanto tale, è rappresentata storicamente da una prospettiva universalistico-solidale, con la persona malata al suo centro. Va da sé, allora, che se si intende mantenere tale valore al centro, occorre chiarirsi ancora una volta che ciò ha un costo indubbio in termini sociali ed economici, ma senz’altro meritevole di essere mantenuto. A partire dalle scelte macro-allocazione, che andranno informate ai principi di *socialità* e di *sussidiarietà*, per i quali il *bene-salute* individuale riverbera socialmente ed è promosso e sostenuto dalla collettività, soprattutto quando il soggetto non riesce a soddisfare da sé i bisogni di salute. In nome di ciò, non è da rigettare – proprio pensando all’anziano non autosufficiente – anche ad una profonda reingegnerizzazione/razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a favore, poniamo, dell’assistenza domiciliare e delle istituzioni residenziali non ospedaliere per gestire le riacutizzazioni di (poli)patologie croniche; al potenziamento della Medicina e della formazione specialistica in Geriatria <sup>13</sup>; al raffinamento delle modalità di rimborso a prestazione (DRG) maggiormente calibrato sulle peculiari caratteristiche della morbilità geriatrica (si pensi, ad esempio, al *Disease Staging* <sup>14</sup> o ai *Resource Utilization Groups* – RUG <sup>15</sup>). Lo stesso razionamento dei servizi, termine spesso “insidioso”, potrebbe rappresentare una soluzione “eticamente possibile” ai problemi di ristrettezze di risorse, a condizione – e solo a questa – che se ne consideri la sua accezione di “distribuzione di risorse limitate secondo specifici criteri laddove le necessità dei fruitori sono equamente uniformi e predicabili”, non certo quale “accesso deliberatamente ristretto di risorse necessarie e potenzialmente benefiche sulla base del solo costo” <sup>16</sup>.

2. *Fra i diversi modi di individuazione delle priorità, qual è lo strumento dal profilo etico più appropriato?*

Stante il progresso della scienza economica, il criterio della pertinenza potrebbe rappresentare il criterio di maggiore interesse. In questo caso, tale predicato qualitativo (la pertinenza) è attribuito alle prestazioni sanitarie in nome del contestuale soddisfacimento di alcune caratteristiche che fanno di esse un caso particolare fra le attività necessarie all’autoperfezionamento individuale, al punto che andrebbero sottratte alle pur legittime logiche di mercato. Non sfugge, tuttavia, che il soggetto cui l’attività sanitaria si riferisce è sempre la persona umana, anziana e con problemi di salute. Dunque, il criterio della pertinenza, pur non rappresentando l’ultima parola in chiave di criteriologia identificativa delle priorità allocative, costituisce al momento – alla luce del valore-persona – una interessante base di partenza. Sempre in chiave etica, occorre aggiungere che le stesse valutazioni economiche in sanità, peraltro strumento prezioso a disposizione del decisore, non sono moralmente neutre né sul piano teorico né su quello applicativo. Riguardo al primo, la letteratura mostra che gli strumenti economici non sono semplici veicoli di risultati. Essi costituiscono, direttamente o indirettamente, vettori di filosofie del mondo e strumenti di modificazione degli assetti esistenti di cui – i QALY ad esempio – sono una emblematica rappresentazione. D’altra parte, la stessa posizione del decisore non è neutrale: egli compie atti umani, dunque a valenza etica, e lo fa assumendo sempre, seppur talvolta implicitamente, una prospettiva etica che egli ritiene valida.

I QALY sono, ci pare, la dimostrazione di quanto appena affermato. Costituiscono, infatti, una misura di *utilità*, termine – com’è noto – filosoficamente individuato, rinviante all’orientamento etico di matrice utilitaristica <sup>17</sup>, che coglie in chiave aggregata i bisogni individuali e, pertanto, “non vede” l’identità e la separatezza dei soggetti, peraltro decisivi nella vita civile e, soprattutto, in campo sanitario.

Inoltre, sul piano applicativo, per qualsiasi analisi economica si può affermare che: *a.* il valore (strumentale) della valutazione economica è “secondo” ai valori di riferimento (sostanziali) cui lo strumento si applica, in ordine di importanza crescente: la giustizia distributiva, la giustizia commutativa, la persona umana (con bisogni di salute); *b.* ne consegue che la valutazione di accettabilità etica di uno strumento tecnico muo-

ve anzitutto dalla salvaguardia della sua natura di supporto strumentale (e non di fine) alla decisione; c. successivamente si deve aver cura, nell'applicazione di qualunque valutazione economica, di confrontare valori tra loro omogenei privilegiando sempre, in caso di disomogeneità valoriale, il primato della persona.

In particolare, per i QALY: a. essi sono adeguati per trattare solo questioni di efficienza allocativa e non di stato di salute, atteso che gli *outcomes* non sono "solo" i risultati di salute; b. nulla dicono sull'equità delle cure da riconoscere ai cittadini; c. una possibile accettabilità etica si potrebbe dare se, e soltanto se, si considerassero trattamenti alternativi a favore di uno stesso paziente: sarebbe allora lecito scegliere quello per lui maggiormente benefico in termini di QALY.

3. Sempre in chiave di valore prioritario assunto, è *ininfluente spostare l'asse della Medicina, e della sanità che ne rappresenta la modalità organizzativa sociale, dal malato ad "altro"?* Non potrà sfuggire la difficoltà, anche in chiave micro-allocativa oltre che macro-, di modificare l'orientamento del vettore principale della prassi medica verso la ricerca della mera efficienza. La stessa letteratura, benché abbia registrato qualche tentativo di riformulazione del ruolo medico in chiave di "allocatore esplicito" di risorse o "duplice agente" <sup>18 19</sup>, cioè di colui che decide la cura non solo in base al beneficio atteso ma anche, e soprattutto, in relazione al relativo onere economico, non ha mancato di riaffermare il primato dei criteri medici - dunque della beneficenza/non maleficenza, in ultima analisi del malato - quale "*golden standard*" etico per microallocare le risorse immediatamente disponibili <sup>20 21</sup>.

## Conclusioni

A questo punto, si può concludere la riflessione guardando al trend che non solo i singoli Paesi, ma anche gli organismi sopranazionali stanno imprimendo in relazione alla materia. A tal proposito, risulta emblematica una Comunicazione della Commissione europea nel 2001 su "*Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria*" <sup>22</sup>. In questo documento, gli obiettivi indicati sono tre:

1. *l'accessibilità*, dal momento che l'accesso all'assistenza sanitaria, pur essendo un diritto sancito dalla *Carta dei Diritti fondamentali* dell'UE, spesso è però condizionato dalla posizione sociale degli individui. È necessario dunque garantire l'accesso all'assistenza da parte dei gruppi svantaggiati e delle persone meno abbienti, attraverso tre misure: lo sviluppo della prevenzione e dell'educazione sanitaria (protezione della maternità e dell'infanzia, medicina scolastica, medicina del lavoro); il rafforzamento dell'assunzione delle spese fino alla gratuità per le persone a basso reddito; la realizzazione di misure destinate ai gruppi svantaggiati (ad esempio le persone che soffrono di disturbi mentali, i migranti, le persone senza fissa dimora, le persone affette da dipendenza);
2. *la qualità*. Per fornire un'assistenza sanitaria di qualità i governi nazionali devono ottenere il migliore rapporto possibile tra i benefici per la salute e i costi dei prodotti e delle cure. Questo approccio alla qualità è reso complesso da due elementi: la diversità delle strutture e dei livelli di offerta di cure che determinano la domanda di assistenza e quindi il livello delle spese; l'eterogeneità delle pratiche terapeutiche;
3. *la sostenibilità finanziaria*. La disponibilità di un'assistenza di qualità per un maggior numero di persone richiede un certo livello di finanziamento. La pressione all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria si fa sentire, indipendentemente dalle forme di organizzazione dei sistemi di assistenza degli Stati membri, che hanno attuato riforme utilizzando due leve principali: la regolazione della domanda (aumento dei contributi o della quota dei costi a carico del consumatore finale) e la regolazione dell'offerta (fissazione di bilanci o di stanziamenti chiusi per i prestatori di assistenza, "contrattualizzazione" dei rapporti tra acquirenti e fornitori di assistenza).

È interessante notare, infine, che anche a livello istituzionale sopranazionale, come nel caso della Commissione europea, sempre molto attenta agli aspetti amministrativi ed economici delle materie trattate, non sia sfuggita la priorità del "cosa" (l'accessibilità e la qualità) sul "come" (la sostenibilità finanziaria). Ciò rappresenta un'importante conferma, ci sembra, a quanto declinato in chiave di riflessione etica a cavallo fra sanità ed economia in campo geriatrico.

L'articolo prende in esame la delicata questione della gestione delle risorse in campo geriatrico, tra etica e discriminazioni, secondo una scansione che – assumendo l'indubbia complessità dell'universo anzianità, inclusi gli aspetti socio-sanitari ad esso correlati – muove da una sintetica rassegna dei dati demografici ed epidemiologici intorno alla terza età.

In un secondo momento sono analizzati criticamente i diversi criteri e strumenti di cui si avvale la scienza economica per stabilire le priorità allocative in sanità: la fissazione dei target di salu-

te; gli studi di costo della malattia; le tavole dei Qaly; l'urgenza e la pertinenza.

Da ultimo, viene argomentata la valenza etica della gestione delle risorse in campo geriatrico, cercando di dirimere due questioni ritenute fondamentali: la pertinenza del rapporto etica/economia e la scelta del valore prioritario sullo sfondo della prospettiva etica assunta dal decisore/allocatore.

**Parole chiave:** Economia • Allocazione delle risorse • Etica • Geriatria

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Cfr. ad esempio: Commissione Europea, Comunicazione su *Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: Garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria* (5.12.2001) (in: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/cha/c11310.htm> (accesso del 10.5.2006)).
- <sup>2</sup> European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI), *Research Report n.1. Bio-demographic Aspects Of Population Ageing*, 2004 (in: <http://www.enepri.org> (accesso del 10.5.2006)).
- <sup>3</sup> European Commission, *Budgetary challenges posed by ageing population*, Brussels: Economic Policy Committee, 1991.
- <sup>4</sup> ENEPRI, *Research Report n. 2. Use of health and nursing care by the elderly*, 2004 (in: <http://www.enepri.org> (accesso del 10.5.2006)).
- <sup>5</sup> Mapelli V. *Invecchiamento e consumo di farmaci*. Milano: Il Sole 24 Ore, 2005.
- <sup>6</sup> Zamagni S. *Equità, razionamento, diritto alle cure sanitarie*. *Medicina e Morale* 2005;2:335-73.
- <sup>7</sup> Torrance GW. *Measurement of health state utilities for economic appraisal*. *J Health Econom* 1985;5:1-30; Williams A. *The value of QALY*. *Health and Social Service Journal* 18.7.1985.
- <sup>8</sup> New B, Le Grand J. *Rationing into the NHS: principles and pragmatism*. London: King's Fund 1996.
- <sup>9</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica e diritti degli anziani* (20.1.2006) in: <http://www.governo.it/bioetica/> (accesso del 31.7.2006).
- <sup>10</sup> Sacchini D, Refolo P. *Per un rapporto di buon vicinato tra economia sanitaria e bioetica*. *Medicina e Morale* 2006;4:759-93.
- <sup>11</sup> Sen A. *On Ethics and Economics*. Oxford: Basil Blackwell (trad. it. *Etica ed economia*. Bari: Laterza, 1988) 1987:9-11.
- <sup>12</sup> Cfr. Spagnolo AG, Sacchini D, Pessina A, Lenoci M. *Etica e giustizia in sanità. Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*. Milano: McGraw-Hill 2004.
- <sup>13</sup> American Geriatrics Society Core Writing Group of the Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *Caring for older americans: the future of Geriatric Medicine*. *JAGS* 2005;53:S245-56.
- <sup>14</sup> Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. *Staging of disease: a case-mix measurement*. *JAMA* 1984;251:637-44.
- <sup>15</sup> Fries BE, Cooney LM Jr. *Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care*. *Med Care* 1985;23:110-22.
- <sup>16</sup> World Medical Association (WMA). *Discussion document on the ethical aspects of the allocation of health care resources*. Geneva: WMA 1996.
- <sup>17</sup> Singer P. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- <sup>18</sup> Callahan D. *What kind of life? The limits of medical progress*. New York: Simon & Schuster 1990.
- <sup>19</sup> Morreim EH. *Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's Economics*. Boston: Kluwer Academic Pub 1991.
- <sup>20</sup> American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. *Ethical Considerations in the Allocation of Organs and Other Scarce Medical Resources Among Patients*. *Arch Int Med* 1995;155:29-40
- <sup>21</sup> Angell M. *The Doctor as Double Agent*. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1993;3:279-86.
- <sup>22</sup> Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni - Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria* (5.12.2001), in: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/cha/c11310.htm> (accesso del 10.5.2006).