

Anche per la sanità è tempo di scelte: come individuare le priorità?

Roberto Lala, Francesca Feyles, Valentina Peiretti

SS di Endocrinologia, Ospedale Infantile "Regina Margherita", Città della Salute e della Scienza di Torino

Abstract

Its time of choices also for health care: how to identify priorities?

The demand for health care today does not conform the instance of simply fighting disease and death but it is a continuum of care from the treatment of functional impairment (a need) to the restoration of function (benefit) and the strengthening of functions (ameliorative option). The prolongation of life expectancy, technological changes and economic recession make necessary imperative choices within health care resources. The allocation of resources takes place at institutional levels (macro allocation) but it regards also individuals (micro allocation). It is the moral duty of the physician to consider both the best interest of the individual and of all citizens. The micro allocation is already taking place with implicit and often unconscious strategies. A public debate on the choices and priorities regarding resource allocation is mandatory. This process must meet the requirements of procedural justice: it must be public, realistic and overhauled.

Quaderni acp 2013; 20(4): 175-177

Key words Resource allocation. Health care rationing. Procedural Justice

La domanda di salute oggi non risponde soltanto all'istanza classica di combattere la malattia e la morte, ma si articola in un continuum, dal trattamento dei deficit di funzionamento (bisogno) al ripristino di funzione (beneficio), al potenziamento funzionale (opzione migliorativa). Il prolungamento dell'aspettativa di vita, l'evoluzione tecnologica e la recessione economica impongono scelte indilazionabili nell'ambito delle risorse in sanità. L'allocazione delle risorse si svolge a livello istituzionale (macroallocazione), ma riguarda anche i singoli individui (microallocazione). È dovere morale del medico considerare sia il miglior interesse del singolo che quello di tutti i cittadini. La microallocazione è già in atto con strategie implicite, spesso inconsapevoli. È necessario implementare il dibattito pubblico sulle scelte relative alle risorse in sanità. Questo processo deve rispondere ai requisiti di giustizia procedurale, cioè deve essere pubblico, realistico e revisionabile.

Parole chiave Macroallocazione. Microallocazione. Giustizia procedurale

L'allocazione delle risorse

L'allocazione delle risorse è un processo decisionale e operativo che individua la priorità della destinazione delle risorse finanziarie. In ambito sanitario l'attività di finanziamento è destinata a servizi, prestazioni, strutture. L'allocazione prevede un contesto (*framework*) e dei soggetti interessati (*stakeholders*); in particolare si distingue tra macroallocazione, per la quale intervengono istituzioni pubbliche quali lo Stato, le Regioni, il Servizio Sanitario Nazionale, e microallocazione che riguarda gli operatori e gli utenti. È importante individuare il contesto nel quale si svolge ogni processo decisionale: per esempio, è compito dello Stato individuare le priorità nel suddividere le risorse finanziarie tra sanità, i-

struzione, difesa, infrastrutture, sicurezza e quant'altro sia necessario per la realizzazione della civile convivenza e del bene comune.

L'Italia ha un Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che garantisce assistenza sanitaria universale su tutto il territorio. La responsabilità dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi è attribuita alle 21 Regioni. La definizione dei livelli essenziali di assistenza, dell'allocazione delle risorse, delle strategie e dei piani sanitari è responsabilità del governo nazionale attraverso il Ministero della Salute, con un ruolo sempre più importante svolto dalla conferenza Stato-Regioni attraverso accordi detti "patti per la salute", adottati ogni tre anni. Il governo nazionale mantiene un ruolo strategico e

garantisce la sostenibilità finanziaria del sistema, mentre le Regioni, attraverso una rete di provider pubblici e privati, erogano i livelli essenziali di assistenza (LEA) e sono responsabili di ogni deficit che ne derivi. Il SSN si basa largamente sulle tasse nazionali, regionali e sui contributi dei cittadini per i prodotti farmaceutici e le attività ambulatoriali; a livello regionale le prestazioni sono erogate attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende ospedaliere.

Questo è il contesto generale in cui si svolge l'attività dei medici del SSN. Le scelte macroallocative del sistema, pur coinvolgendo il medico come cittadino e quindi come stakeholder, non lo riguardano direttamente come agente morale. Al contrario la sua responsabilità morale nell'operare le scelte allocative nell'attività quotidiana (microallocazione) deve essere valorizzata e giustificata in base ai concetti della giustizia distributiva [2] (*tabella 1*).

La necessità delle scelte allocative

La salute globale è notevolmente migliorata negli ultimi cinquant'anni: uomini e donne vivono più a lungo che nei decenni precedenti. L'aspettativa di vita dagli anni '60 è aumentata in media di più di

TABELLA 1: COS'È L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE?

- È un processo decisionale/operativo che individua la priorità della destinazione delle risorse finanziarie per servizi, prestazioni, strutture.
- Prevede un contesto (*framework*) e dei soggetti interessati (*stakeholders*).
- La macroallocazione riguarda un contesto sociale ampio (Stato, Regioni, ASL, Aziende ospedaliere).
- La microallocazione riguarda i singoli individui (operatori e utenti).

Per corrispondenza:
Roberto Lala
e-mail: info@malattie-rare.org

undici anni (dati OECD 2011), raggiungendo circa gli 80 anni nel 2009. Un altro importante trend osservato negli ultimi cinquant'anni è stata la stabile ascesa del costo della salute, con una tendenza alla crescita più rapida rispetto al *Gross Domestic Product* (GDP: valore di mercato di tutti i beni e servizi ufficialmente prodotti in una nazione in un periodo di tempo). Nel 1960 la spesa per la salute dava conto di meno del 4% del GDP dei 34 Paesi OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). Dal 2009 questa spesa è salita al 9,6%, con molti Paesi che hanno superato la quota del 10% del GDP. La crescita è stata particolarmente rapida negli Stati Uniti salendo dal 5% nel 1960 al 17% nel 2009. In molti Stati la spesa per la salute rispetto al GDP è salita più rapidamente durante le recessioni economiche, per stabilizzarsi e declinare leggermente nei periodi di benessere. Queste riduzioni sono state di breve durata e, dopo periodi di contenimento del costo, la domanda di servizi sanitari ha condotto a una crescita della spesa progressivamente maggiore rispetto all'incremento del GDP [1]. L'aumento dell'aspettativa di vita crea, quindi, un incremento della domanda di salute e, parallelamente, il progresso tecnologico induce una crescita della richiesta di prestazioni. Questi aspetti, associati all'attuale recessione economica, che causa ingenti tagli nella spesa sanitaria, portano inevitabilmente alla necessità di effettuare delle scelte nell'allocatione delle risorse (tabella 2).

TABELLA 2: QUALI SONO I DETERMINANTI CHE RENDONO NECESSARIA L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE?

- L'aumento dell'aspettativa di vita e il progresso tecnologico determinano un incremento della domanda di salute e di performance.
- Il miglioramento della qualità (appropriatezza delle prestazioni), pur necessario, non può liberare risorse sufficienti per rispondere a ogni aspettativa.
- Il progressivo aumento di richiesta d'investimenti sanitari condurrà inevitabilmente alla necessità di operare scelte allocative.

I diversi bisogni di salute possono essere intesi dall'individuo e dalla società come dei diritti o come dei desideri. Per diritto s'intende una pretesa valida (o un titolo valido) che giustifica la richiesta ad altri di fare una certa azione (diritto positivo) o di astenersi dal farla (diritto negativo) [2]. Il *diritto alla salute* è un diritto "sociale" e, a seconda delle scelte politico-economiche di un Paese, assume diversi significati: in Italia esso è sancito dall'articolo 32 della Costituzione, la quale stabilisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»; non vengono precisate le caratteristiche degli indigenti. Nel nostro Paese, con l'istituzione del SSN e i successivi adeguamenti legislativi, è stato istituito un modello politico nettamente influenzato dall'egualitarismo, per il quale lo Stato garantisce il diritto di tutti alla salute. Come garantire questo diritto a tutti in un momento storico di estrema difficoltà economica, è diventato recentemente un problema di difficile soluzione [2].

La domanda di salute, oggi, non risponde più solamente alle istanze della medicina classica e cioè combattere la malattia e la morte, ma si articola in un *continuum* dal trattamento dei deficit di funzionamento inteso come bisogno di salute al ripristino di funzione inteso come beneficio, al potenziamento della funzione stessa come opzione migliorativa.

La definizione di normale e patologico, salute e malattia è spesso sfumata in quanto determinata socialmente e storicamente [3].

La sanità si è sempre trovata a dover far fronte a diversi tipi di richieste e i principali strumenti, utilizzati finora in Italia per razionalizzare la spesa, sono stati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la cosiddetta *appropriatezza* delle prestazioni [2]. Entrambi questi sistemi sono risultati necessari, ma non sufficienti.

Strategie allocative

I medici praticano quotidianamente scelte allocative: scelte di priorità e razionamento avvengono a ogni livello in tutti i sistemi sanitari del mondo. Molti Paesi con sistemi e risorse completamente differenti si confrontano su come conciliare la crescente domanda di salute con risorse finanziarie limitate o declinanti. Se

razionalizzare le risorse è inevitabile, ciò si dovrebbe fare in maniera trasparente ed efficiente, guidati dai principi di giustizia distributiva, equità e trasparenza. Tali concetti etici, oggetto di approfondimento in ambito teorico, non sono stati implementati sufficientemente a livello della pratica clinica quotidiana.

Studi sistematici su come i medici gestiscono direttamente la limitazione delle risorse al letto dei loro pazienti rivelano che i metodi di razionamento sono variabili, influenzati da fattori contestuali e consistono principalmente in strategie implicite [4].

Il razionamento delle risorse può, infatti, avvenire in modo implicito, cioè le decisioni vengono prese dai singoli medici di fronte al singolo caso, metodo che lascia ampio spazio all'arbitrarietà del curante, oppure in modo esplicito, cioè seguendo delle regole e dei criteri stabiliti dalle istituzioni e dalla comunità scientifica che garantiscono equità e trasparenza.

Le strategie implicite più comunemente applicate sono la diluizione, la dilazione, l'omissione, la deterrenza e la negoziazione: riferire ad altri, ritardare, dimettere precocemente, non fornire informazioni su trattamenti più costosi, manipolare il sistema e negoziare con il paziente o con parti terze.

Tra le strategie esplicite invece troviamo il diniego e la selezione, seguendo regole esplicite di razionamento o coinvolgendo comitati interdisciplinari, autorità politiche, organizzazioni di pazienti/pubblico [4].

Il razionamento è già in atto e ne conseguono diversi conflitti di ruolo per il medico: in primo luogo vi è la tensione tra la figura di difensore del paziente e quella di responsabile dell'ottimizzazione dell'uso delle risorse della società. Inoltre possono essere in contrasto: l'autonomia dei professionisti con le regole delle autorità sanitarie; l'autonomia dei professionisti con l'autonomia dei pazienti; il sostegno dei malati con la scarsità di risorse della società e del sistema sanitario; gli interessi personali con gli interessi dei pazienti.

Oltre ai vari conflitti di ruolo il medico risulta emozionalmente stressato, imbarazzato e frustato dal razionamento, per il peso di dover giustificare al paziente l'impossibilità di eseguire un esame o una terapia per le restrizioni economiche.

Il ruolo del medico nell'allocazione delle risorse

In generale i medici non percepiscono la giustizia distributiva come prima giustificazione nel razionalizzare le cure, mentre mantengono come prima motivazione etica il loro ruolo di promotori del bene dei pazienti. Comunemente si assume che il medico prenda queste decisioni allocative da solo e che le scelte siano dicotomiche. In realtà, nella maggioranza dei casi, il problema viene affrontato negoziando con il sistema, il paziente e la sua famiglia e spesso si individuano alternative piuttosto che negare un trattamento benefico.

Nell'allocazione delle risorse vi sono diversi aspetti etici e pratici che bisogna prendere in considerazione, come l'implicazione dei modelli professionali in medicina. Il ruolo del professionista e le sue responsabilità, infatti, cambiano a seconda dello schema preso in considerazione: nel modello ippocratico, il paziente si lascia guidare nelle scelte che riguardano la propria salute dal medico, il quale agisce "in scienza e coscienza" negli interessi del malato; nella medicina come servizio sociale, il medico fornisce un servizio al proprio paziente, che può decidere se utilizzarlo o meno; nella medicina come mercato, il medico vende la propria prestazione al cliente, il quale vi potrà accedere a seconda delle proprie capacità economiche; infine, abbiamo il modello della medicina come monopolio, attualmente espresso dal SSN, nella quale il medico ha un ruolo pubblico ed è responsabile non solo di fronte al proprio paziente, ma anche nei confronti di tutti gli altri pazienti che beneficiano dell'assistenza pubblica.

La giustizia procedurale

Sotto il profilo etico, la modalità di attuare scelte allocative in una società pluralista consiste nella realizzazione di procedure di scelta democraticamente condivise ed eque. Si tratta di attuare un processo esplicito, realizzando l'emersione della maggior parte delle modalità di

razionamento implicito derivanti dalla mancanza di regole condivise.

Secondo il modello proposto da Daniels le quattro condizioni che garantiscono giustizia procedurale sono la pubblicazione dei processi, la loro rilevanza, le possibilità di appello e di conferma [5]. Perché un processo sia equo le decisioni allocative e il loro rationale devono essere pubblicamente accessibili (pubblicazione); il rationale deve basarsi su informazioni e principi su cui concordano le parti preposte a cooperare nel processo decisionale e che sono rilevanti per decidere sui bisogni della popolazione di riferimento in relazione alla scarsità di risorse (rilevanza); ci deve essere la possibilità di mettere in discussione e criticare le scelte allocative adottate, inclusa la possibilità di rivedere le decisioni alla luce di nuove evidenze (possibilità di appello); vi devono essere delle regolamentazioni volontarie o pubbliche che assicurino il rispetto delle prime tre condizioni (conferma).

Le procedure atte a legittimare l'operato di una istituzione nello stabilire le priorità nell'allocazione delle risorse potrebbero essere:

- costituire una commissione di persone di mentalità aperta, includendo membri dell'organizzazione, pazienti e membri del pubblico;
- realizzare processi che garantiscano la trasparenza delle attività decisionali (divulgazione pubblica) e l'ampia diffusione dei rationale;
- stabilire metodi per dare spazio alle revisioni e per rispondere a ulteriori evidenze e argomenti;
- sviluppare meccanismi di credibilità istituzionale per assicurare che i primi tre punti siano rispettati [5].

Conclusioni

La necessità di scelte allocative è indilazionabile e già in atto. Il miglioramento della qualità assistenziale, pur auspicabile e necessario, non è sufficiente a liberare tutte le risorse richieste per rispondere

a necessità, bisogni e desideri di salute della popolazione. Attualmente infatti la medicina, non configurandosi solamente più come lotta alla malattia e alla morte, ma piuttosto anche come opportunità per migliorare perdite funzionali e potenziare capacità, apre scenari applicativi praticamente infiniti, a fronte di risorse economiche finite e in progressiva diminuzione. In questo contesto ogni medico ha il dovere di contribuire alle scelte allocative operando nel rispetto della propria impostazione morale, dell'autonomia dei pazienti e del diritto di tutti i cittadini a un'equa distribuzione delle risorse disponibili.

Sotto il profilo etico, stante la pluralità d'impostazioni morali, la possibilità di decidere sull'equa distribuzione richiede la realizzazione di giuste procedure decisionali. Tali procedure, condivise ed eque, necessitano del sostegno politico da parte della popolazione, espresso mediante i sistemi rappresentativi vigenti. Nell'ambito di questi sistemi è necessaria la creazione di commissioni di persone di mentalità aperta composte da membri dell'organizzazione sanitaria, da pazienti direttamente coinvolti nelle scelte allocative e da cittadini indirettamente coinvolti.

Non esistendo un confine netto tra bisogno di salute e desiderio di salute, che sono determinati socialmente e in continua evoluzione, la libertà personale di realizzare i propri obiettivi sanitari trova il suo limite nell'accordo sociale sul bene comune da garantire a ogni cittadino. ♦

Bibliografia

- [1] Health at a glance 2011; OECD indicators. Released 23/11/2011; www.oecd.org/health/healthataglance.
- [2] Mori M. Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata. Firenze: Le Lettere, 2010.
- [3] Canguilhem G. Il normale e il patologico. Torino: Einaudi, 1998.
- [4] Strech D, Synofzik M, Marckmann G. How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies. *J Med Philos* 2008;33(1):80-99. doi: 10.1093/jmp/jhm007.
- [5] Daniels N, Sabin J. Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philos Public Aff* 1997;26(4):303-50.