

Chiara Bertoncello, Alessandra Buja

Se il consumo di risorse è sproporzionato rispetto al beneficio, ciò che ne risulta è un male arrecato ad altri pazienti e alla comunità. Se, ad esempio, la scelta viene operata tra due trattamenti egualmente efficaci e l'operatore preferisce quello più costoso sottrae risorse che potrebbero essere utilizzate per altri pazienti in quello stesso contesto o in altri. Nel ventesimo secolo, i medici hanno una responsabilità nei confronti della popolazione che servono, nei confronti dei pazienti che non vedono, come di quelli per i quali sono stati chiamati come medico di riferimento o consulente.

“Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure.”
Codice deontologico medico, Art. 6

“L'infermiere contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.”
“L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.”
Codice deontologico dell'infermiere, Art. 10

Le questioni micro-allocative hanno a che fare con le scelte che coinvolgono gli operatori sanitari nel loro lavoro di cura ed assistenza alla persona. Non si tratta di scelte economiche, ma di scelte clinico assistenziali che operano nell'esercizio della loro professione e che hanno ripercussioni in termini di giustizia distributiva. Il principio di giustizia distributiva contiene in sé i principi di non malefficienza e di beneficenza allargandoli oltre la persona che l'operatore sanitario ha di fronte nel momento in cui esercita la scelta, fino a comprendere l'intera popolazione.

Le scelte

L'operatore sanitario rivendica “l'autorità morale di essere esentato dalla considerazione dei costi nella sua azione rivolta alla cura della salute”^[1], ma, nell'assumere una decisione in merito ad una prestazione, inevitabilmente consuma delle risorse (in altri termini si può dire che alloca delle risorse per il beneficio di quel paziente). Se il consumo di risorse è sproporzionato rispetto al beneficio, ciò che ne risulta è un male arrecato ad altri pazienti ed alla comunità. Se, ad esempio, la scelta viene operata tra due trattamenti egualmente efficaci e l'operatore preferisce quello più costoso, sottrae risorse

che potrebbero essere utilizzate per altri pazienti in quello stesso contesto od in altri.

Muir Gray afferma: **“Nel ventunesimo secolo, i medici hanno una responsabilità nei confronti della popolazione che servono, nei confronti dei pazienti che non vedono come di quelli per i quali sono stati chiamati come medico di riferimento o consulente.** I singoli medici, mentre sono concentranti sui bisogni dell'individuo che hanno di fronte nel corso di una visita, stanno assumendo decisioni sull'allocazione e l'uso delle risorse per massimizzare il valore (in termini di salute) per tutte le persone che appartengono alla popolazione che servono”[2].

Va sottolineato che l'operatore sanitario è soggetto a pressioni opposte: le richieste particolari di pazienti, aziende ed altri portatori di interessi, spingono verso il sovra utilizzo delle risorse e per contro, ai fini di contenere questa spinta, le organizzazioni sanitarie mirano al contenimento dell'offerta, con il rischio di sottoutilizzo delle risorse sanitarie. Ma qual è il giusto utilizzo?

In una recente pubblicazione apparsa su *Lancet*, si riassumono le leve che la letteratura rileva come efficaci nell'evitare tanto il sovrautilizzo quanto il sottoutilizzo delle risorse sanitarie[3]. Il lavoro definisce corrette le cure (*Right care*) mirate alla massimizzazione della salute e del benessere, attraverso l'erogazione di ciò di cui si ha bisogno, è voluto, è clinicamente efficace, affrontabile, equitativo, responsabile nell'uso delle risorse[4]. Potremmo quindi dire che il giusto utilizzo è quello adeguato rispetto ai bisogni di salute.

Fra le molteplici azioni che vanno adottate a diversi livelli del Sistema Sanitario, che riguardano l'attività degli operatori sanitari sono:

- Garantisci la sicurezza (vale a dire, non danneggiare).
- Sii efficace.
- Sii costo efficace.
- Sii accorto nel compare spese alternative.
- Garantisci interventi voluti da pazienti informati.[3]

È innegabile che la scelta che gli operatori sanitari compiono, nell'erogazione di prestazioni sanitarie, è il risultato di un processo decisionale articolato e difficile sotto il profilo professionale prima ancora che sotto il profilo deontologico ed etico. Pur rimanendo valido il principio di autonomia, cui consegue la responsabilità individuale dell'operatore sanitario, sono indispensabili strategie e strumenti a supporto del singolo, che garantiscano il raggiungimento del massimo valore in termini di salute condividendo le

responsabilità delle scelte. Alcune strategie sono rappresentate da: lavoro di équipe, adozione / applicazione / monitoraggio di Linee guida e Protocolli, richieste di consulenza al Comitato di etica per la pratica clinica (laddove esista questa opportunità).[1,5] In **Tabella 1** vengono riportate alcune domande e risposte relative al tema della micro-allocazione che possono rappresentare una sintesi, in chiave operativa, di quanto finora trattato.

L'attenzione al consumo di risorse è ormai riconosciuta come responsabilità ineludibile degli operatori sanitari, tanto da essere integrata nei codici deontologici di medici ed infermieri. Il principio di giustizia è applicato in tutti i modelli di Sistema Sanitario, ma la definizione di quale sia l'insieme dei destinatari delle prestazioni cui l'operatore sanitario deve riferirsi deriva dalla definizione dei criteri che condizionano l'accessibilità alle prestazioni stesse, e che differiscono a seconda del modello di Sistema sanitario. All'operatore sanitario viene chiesto di operare scelte assicurando un uso ottimale delle risorse ma la tipologia di prestazioni tra cui può scegliere possono essere molto diverse e non necessariamente fra le opzioni rientrano le prestazioni adeguate ai bisogni di salute della persona che ha di fronte.

Tabella 1. Micro-allocazione delle risorse in sanità: domande e risposte.

DOMANDE

Quali risorse vengono gestite al livello microallocativo?

Chi ha potere discrezionale nel consumo di risorse a livello micro?

Quali criteri devono essere seguiti nell'operare le scelte?

RISPOSTE

Tutte le risorse disponibili che comprendono: farmaci, dispositivi medici, spazi (occupazione della sala operatoria, dell'ambulatorio...), tecnologie (strumenti diagnostici), personale (inteso come tempo impiegato dall'operatore singolo e dall'équipe), etc.

Il singolo operatore nell'impiego delle risorse a lui disponibili.

(le risorse disponibili possono essere definite dal livello gestionale/ organizzativo es. Direttore dell'Unità Operativa, Direzione strategica).

Efficacia

Efficienza

Appropriatezza (clinica, organizzativa, temporale)

Come garantire efficacia, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie?

Acquisire e mantenere conoscenze scientifiche
Acquisire e mantenere abilità tecniche
Acquisire e mantenere abilità personali
Acquisire e mantenere capacità di lavoro in équipe
Contribuire alla corretta informazione ed educazione del paziente in merito al suo ruolo nel contribuire al successo delle cure, attraverso l'adozione di stili di vita sani ed alla autogestione della malattia ("self management")
Conoscere i costi delle risorse impiegate
Conoscere i costi complessivi del percorso del paziente che deriva dalla scelta adottata
Contribuire alla corretta informazione ed educazione del paziente in merito alle "giuste cure"
Applicare linee guida e protocolli clinici secondo i bisogni del paziente
Applicare linee guida e protocolli per la sicurezza dell'operatore e del paziente
Rispettare i codici di comportamento
Partecipare alla valutazione degli esiti dell'attività
Partecipare al processo di miglioramento degli esiti
Partecipare/innescare cambiamenti organizzativi

Il contesto

Gooch e Kahn confrontano l'offerta di prestazioni ospedaliere di Terapia Intensiva (TI) negli USA e in Gran Bretagna, utilizzando come indicatore il numero di posti letto di TI rispetto al numero della popolazione servita[\[6\]](#). Negli USA ci sono 25 posti letto di TI per 100.000 abitanti con una spesa pari a circa 1% del Prodotto Interno Lordo (PIL) per le cure intensive; in Gran Bretagna, 5 posti letto di TI per 100.000 abitanti con una spesa pari a circa 0,1% PIL. Fra i due paesi non ci sono evidenze in termini di peggiori esiti dei trattamenti o di sopravvivenza; ciò che cambia è la tipologia di pazienti ricoverati, in Gran Bretagna la maggioranza dei ricoveri sono appropriati. Gli autori concludono che le scelte esercitate dagli operatori nei due diversi sistemi sono condizionate dalla disponibilità

di posti letto; laddove c'è maggiore disponibilità l'operatore sceglie di ricoverare pazienti che non si giovano di un trattamento intensivo o perché con prognosi comunque infausta o perché non in condizioni critiche. Diventa rilevante il ruolo di quegli operatori che sono coinvolti in scelte nell'ambito della programmazione e organizzazione sanitaria. L'obiettivo di tali scelte dev'essere quello di garantire che l'offerta di prestazioni sanitarie sia adeguata rispetto ai bisogni di salute.

I posti letto che vengono messi a disposizione della popolazione servita devono avvicinarsi il più possibile a quelli necessari per i pazienti che ne traggono

beneficio. Si deve evitare il razionamento, che espone i pazienti che si gioverebbero del ricovero in TI al pericolo per la vita, tanto quanto l'eccedenza, che porta ad un incremento di spesa senza migliorare le condizioni di salute dei pazienti assistiti. Se infatti non traggo ulteriori benefici dall'incremento di posti letto in TI (non aumenta la salute e quindi non cambia l'efficacia dei servizi di Area Critica), il maggior costo comporta una diminuzione delle risorse disponibili per interventi necessari al miglioramento delle condizioni di salute di altre categorie di pazienti. Se consideriamo infine l'intera popolazione i costi del Sistema Sanitario sono più elevato di quanto necessario per ottenere il livello di salute ottimale.

Machado ci racconta il dramma di una scelta: in qualità di responsabile del reparto di TI di un ospedale pubblico brasiliano. Machado deve rispondere alla richiesta di ricoverare in TI ed autorizzare l'ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) per una donna di 32 anni che ha contratto una polmonite e presenta i segni ed i sintomi di una insufficienza respiratoria[7]. A prescindere dalla scelta finale e dagli esiti, fanno riflettere i pensieri che si addensano nella mente del medico di fronte a questa responsabilità:

- il trattamento ha qualche probabilità di salvare la vita alla donna, la probabilità è bassa ma è l'unico trattamento rimasto, tutti gli altri si sono dimostrati inefficaci;
- devo pesare la vita di questa donna rispetto a quella di altri pazienti che si gioverebbero di un trattamento in TI?
- la donna può accedere solo all'assistenza pubblica, se avesse maggiori possibilità economiche potrebbe rivolgersi alla sanità privata, là il ricovero in TI non sarebbe in discussione neppure se avesse novant'anni e fosse affetta da Alzheimer.

“La povertà è scioccante ma la disuguaglianza sociale può esserlo anche di più”, conclude l'autrice. In Brasile coesistono il sistema pubblico e quello privato. La Costituzione definisce la salute un diritto dei cittadini ed un dovere per lo Stato. Ma si tratta di un diritto diseguale: le persone coperte dal sistema pubblico dispongono di servizi più poveri e meno accessibili rispetto alle persone coperte da assicurazioni private[8].

La visione

La società, attraverso le norme dello Stato, pone condizioni di esigibilità nei confronti della giusta risposta ad un bisogno di salute, con ripercussioni su sostenibilità ed equità. Il primo passo per garantire che tutte le istanze dei cittadini siano accolte è aumentare il livello di coscienza collettivo in merito al problema dell'equità e delle giuste cure e non esclusivamente a quello della sostenibilità del sistema sanitario, evitando che il problema diventi una mera questione amministrativa che richiede una soluzione da delegare agli amministratori. Ed è questa una responsabilità che non possiamo eludere come operatori sanitari; potremmo iniziare col porci e porre una domanda: il Sistema Sanitario Nazionale Italiano è sostenuto nelle scelte che si compiono a diversi livelli, dalla programmazione alla macro-allocazione fino alla micro-allocazione? Solo se la risposta fosse affermativa potremo porci la domanda: il Sistema Sanitario Nazionale Italiano è sostenibile?

Chiara Bertoncello, Alessandra Buja. Università degli Studi di Padova

Bibliografia

1. M Iannuzzo. [Microallocazione delle risorse in sanità: dilemmi quotidiani tra etica ed economia](#). (Relazione tenuta nell'ambito dell'VIII Corso di formazione in Bioetica dell'Istituto Italiano di Bioetica Campania: "Introduzione alla bioetica")
2. Gray J. The shift to personalised and population medicine. *Lancet* 2013;382(9888):200-201.
3. Elshaug AG , Rosenthal MB, Lavis JN , et al. Right Care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet* 2017 Jan 6.
4. Comitato Consultivo Regionale di Bioetica. Parere su Riflessioni bioetiche sul rapporto tra economia e sanità. DGRV 4049, 22 dicembre 2004, All C.
5. Comitato Consultivo Regionale di Bioetica. Parere su Criteri di accessibilità in Terapia Intensiva. DGRV 3923, 30 dicembre 2002, All 2.
6. Gooch RA, Kahn JM . ICU bed supply, utilization, and health care spending: an example of demand elasticity. *JAMA* 2014; 311(6):567-8.
7. Machado FR. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. *N Engl J Med* 2016; 375:2420-24.
8. [Conselho Federal de Medicina. Levantamento de UTIs brasileiras](#) [PDF: 59 Kb]. 2016