

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2003)

**Heft:** 3

**Artikel:** Geriatria : riflessioni su bisogni emergenti e giustizia distributiva : parole chiavi : geriatria, allocazione delle risorse, etica clinica = Gériatrie : réflexions sur les besoins émergents et la justice distributive (Résumé) = Geriatrie : Gedanken zu ...

**Autor:** Ruggieri, Graziano

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091857>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Lo scenario demografico attuale, con l'espansione di una popolazione sempre più anziana comporterà un acuirsi del dibattito bioetico riguardante la distribuzione delle risorse assistenziali e del concetto stesso di giustizia distributiva. L'anziano «malato cronico» e dipendente potrebbe rappresentare una categoria sfavorita se la riflessione non terrà in debito conto le priorità e i relativi bisogni emergenti con l'attuale tendenza demografica.

Dr.med. G.Ruggieri

## Geriatrica: riflessioni su bisogni emergenti e giustizia distributiva

**Parole chiave:** geriatria, allocazione delle risorse, etica clinica



Dr. G. Ruggieri, Medico internista-geriatra, Capo servizio centro di riabilitazione clinica Hildebrand, Brissago (TI)

### La prospettiva demografica: due teorie a confronto

Secondo dati dell'OMS, a causa dell'invecchiamento costante della popolazione l'Europa si prepara a diventare la regione più anziana del pianeta. Se attualmente la proporzione della sua popolazione anziana è del 20%, essa passerà al 25% entro il 2020<sup>1</sup>. A questa scadenza la nazione più vecchia del globo sarà il Giappone, seguita da Italia, Grecia e Svizzera. Considerata da un'ottica fenomenologica, questa tendenza, ribattezzata «gray epidemic» dai demografi vede, a fronte di una popolazione anziana che invecchia con «successo», che si mantiene indipendente, socialmente attiva e «consumatrice», (il cosiddetto *successful aging*), un'altra proporzione di anziani in precarie condizioni di salute, portatrice degli effetti negativi dell'invecchiamento e di malattie croniche, vulnerabile e dipendente (*frail elderly*). E' fuori discussione, che negli ultimi decenni il progresso socioeconomico e medico ha contribuito ad un miglioramento globale dello stato di salute della popolazione dei paesi sviluppati, aumentandone l'aspettativa di vita alla nascita. Ad avvantaggiarsi di questi effetti è proprio la popolazione più anziana, che in maggioranza continua a vivere in modo indipendente o assecondata da pochi sostegni informali a casa propria. Nel nostro paese, questo vale per il 70% circa dei soggetti fra i 65 e i 79 anni<sup>2</sup>. Inevitabilmente tuttavia, come dimostrato dallo studio longitudinale svizzero che ha seguito prospetticamente una coorte di ottantenni per cinque anni (1994-1999), il grado di dipendenza assistenziale aumenta con l'avanzamento dell'età<sup>3</sup>. Si tratta di aree

di dipendenza assistenziale, che nella popolazione più anziana, emanano direttamente da deficits motori, sensoriali e psicocognitivi e che sfociano frequentemente in handicap, ossia svantaggi a livello della potenziale partecipazione sociale. Secondo la teoria della pandemia delle malattie, la crescita demografica dei soggetti anziani produrrà una vecchiaia «medicalizzata» e funzionalmente dipendente. Al contrario, la teoria della «compressione della disabilità», identifica proprio nel progresso (non solo medico), l'opportunità di allungare la speranza di vita producendo anche un compattamento di tutta la disabilità ingenerabile dalle condizioni patologiche tipiche della vecchiaia, negli ultimissimi anni della vita dei soggetti. Anche se questa seconda teoria sembra ricevere credito dai dati epidemiologici, che documentano un effettivo declino della prevalenza della disabilità fra gli ultrasessantacinquenni e nel settore della lunga degenza, è scontato che le persone anziane dipendenti diventeranno un segmento sempre più importante della nostra società<sup>4</sup>. Questa evidenza, assieme ai dati della ricerca sui meccanismi dell'invecchiamento, con la differenziazione dei suoi effetti fisiologici (senescenza) da quelli patologici, sta imponendo l'avvento di un nuovo paradigma demografico e medico-sociale del fenomeno «vecchiaia» ed un nuovo fondamento teorico per lo studio e la messa in opera di interventi mirati a collegare l'offerta dei servizi con l'ampiezza e l'eterogeneità della domanda sanitaria futura. Una drastica presa di coscienza e un cambiamento di sensibilità della politica sociale, che nel prossimo futuro sarà attuata per assicurare agli anziani servizi sanitari efficaci ed efficienti a garanzia del promovimento della salute e del contenimento delle disabilità dell'età avanzata, sembrano quindi ineludibili. Premesso che da anni i governi dei paesi sviluppati si sono dati l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria per mettersi al riparo da suoi incontrollabili aumenti determinati dalle dinamiche demografiche, lo scenario che si sta spiegando davanti ai nostri occhi è quello della riduzione dei servizi al cittadino, ed in particolare di quelli sanitari. Un esempio pratico tratto dalla mia vita quotidiana di geriatra clinico attivo nella riabilitazione potrà servire da esempio: un'anziana di 86 anni affetta da una demenza di Alzheimer di grado moderato è stata ricoverata per le cure di riabilitazione dopo un'osteosintesi per una frattura del femore avvenuta a casa dove viveva quasi indipendente aiutata dalla figlia. L'assicuratore malattia ha consentito 10 giorni per cure riabilitative ospedaliere, un periodo assolutamente insufficiente per rieducare il cammino di una paziente affetta da turbe cognitive e per questo con patenti difficoltà di apprendimento

psicomotorio. In un recente studio randomizzato, il dato relativo alla lunghezza media della degenza riabilitativa per questo tipo di pazienti (demenza e frattura del collo femorale) è stato di 47 giorni con il ripristino dell'indipendenza funzionale nel 63% dei soggetti<sup>5</sup>. Come altri, crediamo che la validità e la qualità di un sistema sanitario sia evidenziata dai suoi risultati clinici, dalla sua efficienza globale e dalla soddisfazione del paziente<sup>6</sup>. Negli ultimi 2 anni si sono susseguite raccomandazioni specificamente indirizzate ai principi qualitativi che dovrebbero reggere l'erogazione delle cure mediche e sociali a favore degli anziani (tab 1)<sup>7,8</sup>. Anche il gruppo di studio dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha recentissimamente emanato, a scopo consultivo per il corpo medico, una proposta di raccomandazioni medico-etiche in linea con le prime, per patrocinare i bisogni dell'anziano dipendente<sup>9</sup>. Queste iniziative dimostrano come sia viva la preoccupazione e l'interesse delle figure professionali sanitarie al riguardo delle scelte e delle iniziative di politica medico-sanitaria e sociale, che investiranno gli anziani nell'immediato futuro.

- Coinvolgimento dell'anziano nelle scelte e nel «management» della malattia e nelle decisioni concernenti le cure future da adottare;
- Promuovimento della salute – *anche* – in età avanzata;
- Prevenzione della malattia;
- Contenimento e riduzione della disabilità;
- Incremento dell'indipendenza funzionale;
- Supporto dell'anziano a casa sua;
- Preservazione della dignità, dell'autonomia e del rispetto

Tab 1. Principi qualitativi nelle cure mediche e sociali per gli anziani indicati dalla British geriatric society

### La prospettiva politico-economica: decidere fra giustizia e razionamento.

Per causa dell'incremento di una popolazione sempre più anziana e longeva i paesi industrializzati hanno da tempo il problema del controllo di una domanda di cure e di «benessere sanitario» potenzialmente illimitata e costosa. I costi, proporzionalmente più elevati per le persone anziane, stanno generando riflessioni politiche e socioeconomiche profonde sul sistema da adottare per assicurare il futuro finanziamento dei servizi sociosanitari. Ne discende che il mantenimento di un accettabile standard di prestazioni a garanzia della

salute e della qualità di vita che gli anziani potranno usufruire negli anni a venire, dipenderà dai criteri che le società civili si sceglieranno e adatteranno per riformare 1) le possibilità d'accesso dei propri cittadini «seniors» alle prestazioni, 2) il loro finanziamento e 3) la ripartizione delle risorse umane, infrastrutturali e tecnologiche che dovranno garantirle. Va da sé, che il dibattito «tecnico» e politico-economico su queste pressanti riforme non potrà fare astrazione dalle altrettanto pressanti questioni etiche che ad esse si accompagnano. Queste saranno incentrate sulla scelta dei criteri che presiederanno alla definizione delle priorità, nonché sulla trasparenza e sulla democraticità del processo decisionale. Due sembrerebbero indicati come gli elementi di «razionalità» che monopolizzeranno in modo bipolare il dibattito: l'elemento economico e quello medico, fondati rispettivamente sul paradigma dell'utilizzazione efficiente delle risorse il primo e sull'efficacia clinica delle prestazioni distribuite il secondo<sup>10,11,12</sup>.

La storia della geriatria testimonia, che nel passato recente l'accesso ai servizi sanitari è stato esplicitamente regolato basandosi sull'età anagrafica dell'utenza e sul suo grado di disabilità. Nel passato si assumeva come dato di fatto, che i bisogni dell'anziano erano meno importanti di quelli dei soggetti più giovani e che gli anziani beneficiavano in modo minore dei trattamenti medici. Questo assunto non considerava la natura eterogenea della popolazione anziana e si basava su fatti di scarsa evidenza clinica<sup>4</sup>. Ai nostri giorni si vanno accumulando prove che sostengono l'efficacia di trattamenti precedentemente negati anche per soggetti grandi anziani. Riscontri esemplificativi si possono avere dai risultati di grandi trials, che hanno studiato interventi di prevenzione cardiovascolare secondaria. Ne discende, che se per una patologia acuta è possibile giungere ad un'accurata diagnosi ed è a disposizione un trattamento potenzialmente efficace risulta inopinabile, che un razionamento delle risorse in base al solo criterio anagrafico è eticamente ingiusto. Ancora oggi, una certa cultura teorizza l'esigenza di porre limiti aprioristici all'assistenza agli anziani. Il modo più incisivo di arginare la diffusione di questi modelli di pensiero è la contrapposizione precisa dei risultati raggiungibili in termini concreti e quindi non basati su affermazioni teoriche riguardo al valore della vita umana, che sono soggette a valutazioni ideologiche spesso contrastanti.

A questo proposito è interessante citare uno studio di popolazione britannico che ha analizzato retrospettivamente le cartelle cliniche ospedaliere del servizio sanitario nazionale relative al sud dell'Inghilterra per

i 15 anni precedenti il 1991. L'utenza ospedaliera è stata suddivisa per gruppi di età dai 45 fino ai 94 anni. Sui 18524 decessi complessivi è stato analizzato il tempo medio speso in ospedale dall'utenza prima dell'exitus. Alla fine, la differenza della media del soggiorno nelle due classi indicate era quantificabile in una mezza giornata di degenza ospedaliera supplementare per anno trascorso oltre il 60mo anno d'età. I ricercatori concludono, che nonostante l'incremento del consumo di servizi sanitari aumenti con l'avanzamento dell'età, il tempo «speso» in un letto ospedaliero non si accumula uniformemente nei 15 anni che precedono il decesso ma la sua distribuzione varia ampiamente per ogni classe d'età. Senza rispettare classi anagrafiche, solo una minoranza è catalogabile come «consumatrice accanita» di cure ospedaliere. Circa un quarto di tutti i soggetti ad ogni età, spende poco tempo o non muore in ospedale durante il periodo più prossimo alla fine della vita. Questi dati suggerirebbero ancora l'erroneità di un razionamento delle risorse ponderato soltanto secondo l'età cronologica. I soggetti più anziani, sarebbero dunque degli «heavy users» di servizi ospedalieri, in gran parte per un fatto di dinamica demografica: una larga proporzione dell'intera popolazione anziana oggi muore in età molto avanzata<sup>13</sup>.

### Razionamento delle risorse: approcci etici contemporanei

Secondo Howe, la bioetica contempla due tipologie di valori. I primi sono di ordine deontologico. Sono i valori che non si basano sulle conseguenze di un'azione, ma sul rispetto della dignità della persona e sul suo equo trattamento. Gli individui possono essere trattati equamente secondo il principio che prevede una risposta ai loro bisogni. In questo caso le cure verrebbero erogate proporzionalmente a questi ultimi. Secondo questo principio i pazienti più anziani, in stato di cronica dipendenza, dovrebbero essere fatti oggetto della massima priorità. Un secondo tipo di valori è quello di stampo utilitaristico. Vi facciamo riferimento implicito al momento in cui insinuiamo, che a parità di trattamento, i benefici fruibili dalle persone anziane sarebbero minori rispetto a quelli degli individui più giovani. Questi valori contemplano quindi solo le conseguenze di una data azione. Privilegiando questo approccio si abbraccia una filosofia che contempla il massimo dei benefici per i più, di conseguenza, se esso prevale, si annetterà maggiore peso ai bisogni della maggioranza anche se una minoranza, con tipi differenti di bisogni

verrà sfavorita. Un'eccezione alla regola utilitaristica enunciata, sarebbe quella che contempla la scelta di rispondere ai bisogni di una minoranza al fine di ottenere un beneficio per la maggioranza dei soggetti<sup>12</sup>.

Questa premessa ci aiuterà a capire alcune contraddizioni nelle scelte sul razionamento delle misure assistenziali per gli anziani. Attualmente, quando si tratta di razionare i costi dell'assistenza medica si paventa l'idea, che una riduzione di prestazioni nei confronti degli anziani malati sia giustificabile e eticamente sostenibile per alcune ragioni. La prima evoca il ribaltamento del principio di solidarietà intergenerazionale affermando che il «vecchio» avrebbe l'obbligo di rinunciare alle cure mediche poichè troppo onerose nel periodo finale della vita. Esso chiama in causa la società, che dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani per poterne destinare di più a vantaggio della salute dei più giovani. Altre due ragioni, più filosofiche, rimandano al senso umano che l'anziano dovrebbe attribuire alla sua esistenza, accettandone naturalmente la fine come accadeva in epoca passata, accontentandosi del fatto che la morte lo ha risparmiato non essendo arrivata prematuramente. Secondo questo modello di pensiero, per essere equo, un razionamento delle risorse sanitarie non può che rifarsi all'età cronologica dell'assistito. Quanti si oppongono a queste argomentazioni lo fanno ricordando l'estrema eterogeneità di quella proporzione di utenza, che con troppo pressapochismo chiamiamo «gli anziani» e argomentando, che pazienti in età avanzata, anche se portatori di polimorbilità, possono beneficiare di interventi sanitari ad alto contenuto tecnologico, che potranno tutelarli da un surplus di disabilità funzionali, dalla spirale della dipendenza da terzi e garantiranno loro una qualità di vita soggettivamente accettabile, anche nel periodo finale dell'esistenza.

La persona anziana «fragile» è per definizione maggiormente a rischio di contrarre malattie acute e accumulare costose disabilità secondarie. Va da sé, che per questa sottopopolazione di anziani, il principio del bisogno, sarebbe il criterio migliore per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Al contrario, il principio del razionamento su base anagrafica, oltre che iniquo e inaccettabile per tutti gli anziani, assumerebbe un colorito sessista, discriminando di fatto la popolazione anziana femminile, che anche nel nostro paese risulta essere la più longeva. Inoltre, il razionamento secondo l'età non legittimerebbe automaticamente un più oneroso dispendio sanitario nei confronti della popolazione più valida e giovane per garantirle cure migliori e più appropriate delle attuali. Il dibattito etico contemporaneo sul razionamento delle risorse coinvol-

gerà oltre che l'intera società civile adulta (che, in potenza, non rappresenta altro che l'utenza geriatrica del prossimo futuro), la classe politica dirigente e i tecnici nei panni di fornitori di cure e di amministratori-finanziatori. Le decisioni che emaneranno dal dibattito non potranno fare astrazione da una riflessione anche sul retaggio culturale, ancora presente, di rappresentazioni sociali distorte dell'anzianità fra le generazioni più giovani. Consapevole o meno, chiunque sia chiamato a dare un giudizio sul problema del razionamento dei costi sanitari, sia esso un politico, un economista, una figura professionale sanitaria o un semplice cittadino, esprimerà un qualche tipo di «distorsione» culturale legato al dato generazionale. Spesso, «l'anziano» è ancora oggi, oggetto di pregiudizi, stereotipi e stigmatizzazioni ingiustificate.

### Il medico e l'emergenza dell'«impresa medico-sanitaria»

Sulla scorta delle riflessioni esposte, non ci si può stupire, che molti operatori sanitari e i medici in particolare, confrontati con le varie sfaccettature che emanano dalla dottrina del managed care, proposta per sanare quella che il gergo politico-economico chiama l'intera «impresa medico-sanitaria», vi intravedano una seria minaccia alla loro dignità professionale. In effetti, nella pratica quotidiana è sempre più presente il rischio di tradire la professione, che per storia, vocazione profonda e deontologia, non si è mai considerata solo al servizio di un'impresa, bensì di singoli individui malati. Nella sua complessa e articolata regia, il contemporaneo management del «valore sociale salute», sollecita grandemente una sola parte della «risorsa medico» (quella del suo braccio altamente tecnocologizzato) per erogare dei servizi. Attraverso questa parte del medico, essa persegue quasi esclusivamente solo efficacia ed efficienza non curandosi affatto della inarrestabile e inaccettabile deriva filosofica e culturale alla quale espone l'intero (la professione dell'arte medica), da sempre animata, proprio nel suo agire specializzato, da intrinseci valori etici e deontologici. Anche nel nostro paese la gestione dei finanziamenti è sempre più manovrata con i metodi e gli strumenti del managed care, che con dispositivi filtro discutibili, sempre più controlleranno sia la fase «acuta» di accesso alle cure che quella successiva, con una gestione rigida dei percorsi di cura<sup>10</sup>. Anche se indirettamente, con questo sistema si ambisce al controllo del medico: monitorandolo attraverso una certificazione della sua «dignità», fondatezza intellettuale e tecnica di

fornitore di cure, si controllerà la sua «economicità», convertendolo acriticamente ai dettami della «Evidence Based Medicine», lo si costringerà a stratificare i suoi pazienti in più o meno rigidi e meglio controllabili algoritmi diagnostico-terapeutici.

### Medicina palliativa e medicina geriatrica: una visione comune

Influenzata dalle scoperte scientifiche degli ultimi decenni, l'esercizio della medicina è profondamente mutato. A questo mutamento, che ha assunto ritmi rapidissimi e raggiunto le potenzialità che conosciamo, non è conseguita una riflessione altrettanto profonda e articolata sull'impatto indesiderato, che l'applicazione non sufficientemente ponderata delle acquisizioni tecnologiche possono avere sul soggetto. Grazie alla crescente riflessione culturale ingaggiata dalla bioetica, la medicina e ultimamente il «modello biocentrico», che essa condivide con altre discipline biologiche, sono stati prepotentemente trascinati nel dibattito pubblico che riguarda questioni etiche emanate direttamente dalla loro moderna pratica quotidiana. In questa prospettiva va riconsiderata anche la relazione medicina-vecchiaia, che purtroppo ancora oggi si caratterizza per una grande ambiguità. Da una parte, una non ponderata «medicalizzazione» del fenomeno vecchiaia, rischia di snaturare la vocazione originaria della disciplina medica: curare, lenire il dolore, prevenire i danni della disabilità progressiva e della iatrogenesi. Dall'altra, continuando a basarsi sul suo modello classico e non calibrando gli interventi secondo gli effettivi bisogni dell'utenza anziana, continua ad esporre quella più fragilizzata agli inevitabili effetti della iatropatogenesi da essa stessa indotta, annichilendo in questo modo sia l'intervento curativo che «il senso» che lo aveva mosso. Per questi motivi, le questioni etiche che investono la medicina geriatrica sono per molti aspetti parallele a quelle della medicina palliativa. La principale missione della medicina palliativa è quella di aiutare le persone prossime alla morte perché affette da gravi malattie incurabili, a vivere questa tappa della vita serenamente, morendo nella dignità. Le persone anziane sono a maggior rischio di ammalare che gli individui più giovani. Se già affette da patologie croniche e progressivamente invalidanti, esse sono più facilmente colpite dalle sofferenze determinate dai loro stadi più avanzati e sono più inclini a perdere la capacità decisionale proprio quando la criticità della situazione medica lo richiede. Investendo campi che sono comuni, medicina palliativa e geriatria

convergono più spesso che altre discipline mediche, verso quella «via finale comune» che le sollecita a interrogarsi sul cosa fare di fronte a una situazione di grave malattia che solleva scelte «critiche».

In entrambi questi campi, il medico si confronta spesso con i dilemmi etici e le scelte umane, che tipicamente accompagnano il malato terminale in età adulta con la differenza, che nel caso della geriatria, i dilemmi non si limitano necessariamente al periodo finale dell'esistenza del malato. C'è un «giusto momento» per contemplare un ricovero in casa per anziani? Quando istituire delle misure di interdizione e/o di protezione giuridica? Il supposto beneficio di un intervento chirurgico vale i suoi effettivi rischi? Quanto «forzare» le misure di nutrizione enterale o il trattamento delle infezioni broncopulmonari negli anziani affetti da demenza avanzata? Proprio questa piattaforma comune di approccio curativo rischia oggi di svanire, diluendosi nell'enorme complessità dell'offerta diagnostica e terapeutica. Assecondato dalle potenzialità terapeutiche offerte dalla «tecnomedicina» più spinta, il medico si ritrova sempre più ad operare nella dimensione «dell'agire». Per una situazione clinica data, anche il ricorso alla dimensione del pensiero (del ragionamento clinico) è anch'esso sempre più «automatizzato» e quasi delegato a strategie predefinite di problem solving, che oggi come accennato, emanano sempre più frequentemente da protocolli clinico-terapeutici, linee guida, diagrammi di flusso. Ostaggio quasi inconsapevole di queste dimensioni, il medico moderno può facilmente trovarsi in grosse difficoltà ogniqualvolta a sollevare la decisione medica, vi siano aspetti che trascendono il bene salute o la «sola» corporeità dell'uomo, e riguardino i valori che il soggetto realizza esistendo come persona, secondo l'orientamento del suo essere e quindi non catalogabili alla sola luce di impersonali schemi di trattamento. Come ben ha sintetizzato Spinsanti il «saper come fare» (to know how) non può rispondere alla domanda dell'etica, che ci conduce nel «regno dei fini», non dei mezzi<sup>14</sup>. Il modello spesso distorto della pratica medica di punta ha richiamato l'attenzione di molti, che come Fenstein postulano la necessità di convergere verso una nuova coniugazione fra la moderna scienza medica e l'etica clinica, con lo scopo di riconferire a medici e pazienti un potere nuovo sia sulla scienza medica che sulle sue applicazioni tecniche. Per i motivi che sommariamente ho tratteggiato sopra, la sfida più ardua per il medico odierno e del prossimo futuro, sarà quella di riappropriarsi degli aspetti umani più profondi che animano la professione, mirando a obiettivi umani, rispondendo ad aspirazioni umane<sup>15</sup>.

Proprio fra i pazienti in età avanzata non è raro, che la complessità clinica generale sia da gestire assieme a problematiche di ordine etico e che il medico debba affrontare dubbi, incertezze, o conflitti di valori che inevitabilmente affiorano da e con essa. Si tratta di una realtà ineludibile, che oggi più che mai, coinvolge e investirà le figure di ogni specialità medica e infermieristica. Queste ultime quindi, dovranno essere sempre più preparate a identificare questo tipo di situazioni, ad analizzarle e a decifrarle in modo che proprio da esse scaturisca una decisione coerente e adattata alla situazione globale e alle aspirazioni del paziente.

#### REFERENZE:

1. WHO facts Sheets. Population ageing-a public health challenge [www.who.int/inf-fs/en/fact](http://www.who.int/inf-fs/en/fact) (consultato il 2.02.03)
2. Höpflinger F, Stuckelberger A. Alter Anziani Vieillesse.Principaux résultats du programme national de Recherche PNR32. Berne 1999
3. Spini D. La vie après 80 ans: une brève présentation de cinq années d'étude sur les situations et trajectoires de vie et de santé des octogénaires (étude SWILSO-O).In: Schneider Y (Ed) CIG Spécial recherche n.5 septembre. Université de Genève 2000
4. Chevrolet J.-Cl. Pourra-t-on soigner tout le monde? In: Etre soigné demain: qui, par qui, où et comment Schlegel R, Bailly AS, Mirimanoff P.(Eds).Méd & Hyg (numéro spécial) 2001; 17-19
5. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R: Randomised, clinically controlled trial of intensive rehabilitation in patient with hip fracture subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ* 2000; 321: 1007-1011
6. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 56 from 1982 to 1999. *Nat Acad Sci USA*, 2001;98: 6354-6359
7. \* British Geriatric Society. Standards of care for specialist services for older people. [www.bgs.org.uk](http://www.bgs.org.uk) (consultato il 10.05.03)
8. Wenger NS,Shekelle PG and teh ACOVE investigators.Assessing care of vulnerable elders:ACOVE project overview. *Ann Intern Med*.2001; 135: 642-646
9. \*\* Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance. Directives medico-éthiques et recommandations de l'Académie des Sciences Médicales. Bollettino dei medici svizzeri 2003; 84 :1292-1302
10. Domenighetti G, Maggi J. Definizione di priorità sanitarie e razionamento. Efficacia, efficienza verso equità e compassione. [www.fondazioneismithkline.it/tendenze/0201](http://www.fondazioneismithkline.it/tendenze/0201) (consultato 8.02.03)
11. WHO New horizons in health. Quality of life in later years [www.wpro.who.int/public/policy](http://www.wpro.who.int/public/policy) (consultato il 2.02.03)
12. Howe EG, Lettieri C. Health care rationing in the aged. *Drugs and Aging* 1999; 15(1): 37-47
13. Hinsworth RI, Goldacre MJ. Does time spent in hospital in the final years of life increase with at death. A population based study. *BMJ* 1999; 319: 1338-1339
14. Spinsanti S. Etica bio-medica. Edizioni Paoline Torino 1987
15. Fenstein AR. The intellectual crisis in clinical science: medaled models and muddled mettle. *Persp Biol Med*;1987;30: 215-23

Dr Graziano Ruggieri

## Gériatrie: réflexions sur les besoins émergents et la justice distributive

(Résumé)

A partir de la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, grâce au développement des connaissances technologiques et médicales, on enregistre une augmentation considérable de la durée de la vie humaine et un accroissement de la population âgée. Il n'est pas étonnant que les services dispensés aujourd'hui par la médecine répondent aux besoins créés par les pathologies chroniques et dégénératives des personnes âgées.

Dans les prochaines années nous assisterons à une constante augmentation du nombre de personnes fragilisées par les «syndromes handicapants» propres au grand âge. Cette tendance donne inévitablement naissance à des conflits de fond qui vont augmenter dans les prochains décennies.

Un conflit concernera l'allocation et la distribution des ressources sanitaires et le modèle idéologique de référence du principe éthique de justice distributive. En effet, si dans notre société un consensus existe sur la nécessité d'une distribution équitable et juste des ressources, il n'existe pas d'accord unanime sur la conception de justice. Par ailleurs, en conflit flagrant avec des ressources économiques toujours plus limitées, les développements de la science et de la technologie médicale des dernières décennies alimentent chez les usagers une demande de soins toujours plus performants tant du point de vue qualitatif que quantitatif. En outre et paradoxalement, la spirale des progrès de la médecine aiguë, avec sa spécialisation sur les systèmes d'organes, va dans une direction qui n'est nullement appropriée à répondre à la complexité des besoins cliniques et d'accompagnement des personnes âgées les plus vulnérables.

La gériatrie, elle, se différencie de cette approche. Elle est une discipline relativement jeune, à bas contenu technologique, mais avec une haute vocation de réhabilitation. Elle vise à l'interconnexion des problématiques organiques, psychiques et sociales du patient. Elle cherche une réponse la plus globale possible qui puisse permettre la continuité des soins dans tout cadre de vie.

A l'avenir, cette «philosophie des soins» pourrait être pénalisée par le problème nouveau de la limita-

tion des ressources sanitaires et par le résultat du débat sur leur répartition. En particulier, le débat idéologique portera sur la nécessité de répondre non seulement aux questions telles que «quand», «combien» et «comment» distribuer, mais plus concrètement «à qui» et «qui devra en décider».

Une société qui veut assurer sa place à la personne âgée devra réfléchir de manière critique aux priorités cliniques et éthiques émergentes liées à la nouvelle tendance démographique. Elle devra aussi repenser l'offre sanitaire afin que la complexité de la situation du patient âgé le mette à l'abri de l'application indifférenciée des règles et des formules à caractère uniquement technique. Si l'offre devra être plus efficace et moins coûteuse, elle n'aura pas comme objectif seulement de soigner les différentes maladies, mais elle devra intégrer les aspects d'assistance inhérents à la chronicité et au handicap que l'on rencontre dans la population âgée.

Pour garantir cela il faut: une protection des droits sociaux, politiques et culturels de la personne âgée malade chronique ainsi qu'une garantie pour l'accès à des soins efficaces en fonction de ses véritables besoins d'assistance, indépendamment du critère d'âge.

Dr. Graziano Ruggieri

## Geriatric: Gedanken zu den zukünftigen Bedürfnissen und zur distributiven Gerechtigkeit

(Zusammenfassung)

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts konnte, dank den Fortschritten der technologischen und medizinischen Kenntnisse, eine beträchtliche Verlängerung der Lebenserwartung und eine Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung festgestellt werden. Daher erstaunt es nicht, dass ein grosser Teil der medizinischen Dienstleistungen für die Bedürfnisse von Personen mit chronisch-degenerativen Pathologien eingesetzt wird, wie sie häufig im Alter entstehen. In den kommenden Jahren ist damit zu rechnen, dass die Zahl von Personen mit altersbedingten «Behinderungssyndromen» konstant zunehmen wird. Diese Tendenz wird unvermeidbar zu einigen grundsätzlichen Konflikten führen, die sich in den nächsten Jahrzehnten noch verschärfen dürften. Wir sind immer stärker mit Fragen konfrontiert bezüglich der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, sowie bezüglich des verwendeten Modells der Verteilungsgerechtigkeit. Wenn nämlich die heutige Gesellschaft der Notwendigkeit einer ausgeglichenen und gerechten Verteilung der Ressourcen zustimmt, heisst das noch nicht, dass eine einstimmige Auffassung bezüglich Gerechtigkeit herrscht. Ausserdem fördern die Fortschritte in Wissenschaft und Technologie die Nachfrage für quantitativ und qualitativ verbesserte Dienstleistungen, was im offenkundigen Gegensatz zur zunehmenden Einschränkung der finanziellen Mittel steht. Zusätzlich und paradoxerweise führt die Entwicklungsspirale der Akutmedizin mit der Spezialisierung auf Organsysteme in eine Richtung, die den komplexen Bedürfnissen von älteren Personen gar nicht angemessen ist.

Dem gegenüber steht die Geriatric, eine relativ junge Disziplin, die einen niedrigen technologischen Aufwand betreibt, aber der Rehabilitation einen wichtigen Platz einräumt und ihre Aufmerksamkeit auf die Zusammenhänge zwischen den organischen, psychischen und sozialen Problembereichen richtet, um umfassende Lösungen zu suchen und eine angemessene Behandlungskontinuität in den verschiedenen settings zu gewährleisten. In nächster Zukunft könnte aber diese «Behandlungsphilosophie» von der zu-

nehmenden Einschränkung der Ressourcen und vom Ausgang der Debatte über die Ressourcenzuteilung benachteiligt werden. Die ideologische Debatte führt direkt dazu, dass nicht nur Antworten gefunden werden müssen zum «wann», «wie viel» und «wie» der Verteilung, sondern viel konkreter «für wen» sowie «wer» entscheiden soll.

Eine Gesellschaft, die auch zukünftig den älteren Personen angemessen sein soll, muss fortwährend die klinischen und ethischen Prioritäten, die von der aktuellen demographischen Tendenz beeinflusst werden, kritisch reflektieren. Ferner muss sie auch das Angebot des Gesundheitswesens überprüfen, damit ältere Patienten in ihren komplexen Situationen geschützt sind vor undifferenzierten Herangehensweisen und Regeln sowie Anwendungen technischer Art. Wenn das Angebot effizienter und weniger kostspielig sein soll, darf das Ziel nicht nur auf die momentane Heilung von Krankheiten ausgerichtet sein, sondern muss alle Aspekte einbeziehen, die durch chronische Krankheiten und Behinderungen bei der älteren Bevölkerung entstehen. Um dies zu gewährleisten, braucht es folgende Voraussetzungen: den Schutz der sozialen, politischen und kulturellen bürgerlichen Rechte auch für alte, chronisch-krank Menschen und die Sicherstellung des Zugangs zu Dienstleistungen, welche als wirksam und wirtschaftlich tragbar gelten, gemäss den eigentlichen Bedürfnissen und unabhängig vom Alter.