

Il Marketing per la Salute

Il medico: servo di tre padroni?

Sandro Spinsanti

Direttore della rivista "Janus (Medicina: cultura, culture)"

"Non si può servire a due padroni". La sentenza evangelica è stata utilizzata da un illustre clinico per dar forma all'atteggiamento dei medici nei confronti dei sistemi di finanziamento delle prestazioni sanitarie introdotti negli anni '90 dalle leggi di riordino del Servizio sanitario nazionale. Intendeva affermare che l'unico "padrone" del medico è il paziente, al cui migliore interesse è finalizzato l'intervento del sanitario. La formula è retoricamente efficace, tanto da assicurarle un'ampia circolazione nel mondo medico. Senza mettere in discussione l'intenzione di chi l'ha applicata alla sanità, bisogna tuttavia precisare che il principio secondo cui non si può servire due padroni, se può essere sacrosanto nelle questioni di fede, non si applica invece alle scelte che deve fare il medico. Perché i "padroni" che deve servire non sono solo due, ma almeno tre.

Proviamo ad accantonare la metafora dei padroni e ad affrontare la questione da un'altra angolatura. Per esempio, quella proposta da A.S. Relman in un editoriale del *New England Journal of Medicine* per periodizzare l'evoluzione della medicina nella seconda metà del XX secolo (Relman, 1988). A suo avviso, dopo l'epoca dell'espansione dei servizi sanitari a fasce sempre più ampie della popolazione e l'epoca del necessario contenimento della spesa, ha avuto luogo la terza rivoluzione: quella della "valutazione e del comportamento responsabile" (in inglese: *assessment and accountability*). Il secondo termine è particolarmente difficile da tradurre. L'*Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità* riporta sotto "accountability" la pungente osservazione di Indro Montanelli: "Parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è stata ancora tradotta" (Morosini, Ferraro, 1999). Indica il dovere di documentare, di fornire un rendiconto di ciò che si è fatto a chi ci ha dato l'incarico (e ci paga lo stipendio o ci mette a disposizione le risorse). Quando questa rivoluzione ha luogo, il sistema della rendicontazione si arricchisce di una voce in più. Delle proprie scelte il medico deve rendere conto, oltre che a se stesso - nel foro interno della coscienza - anche a tre altre istanze: la scienza, il paziente e la società. Sono questi i tre "padroni" da servire.

L'obbligo del medico di rendere conto alla scienza non è nuovo. Già William Osler, il riformatore dello studio della medicina all'inizio del XX secolo, affermava che il medico non deve fare per il malato tutto ciò che è umanamente possibile, ma solo ciò che è scientificamente corretto. Si tratta di offrire i trattamenti efficaci, escludendo quelli dannosi o inutili. Il movimento della medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence based*) non ha fatto che dare un giro di vite a un'esigenza che già esisteva da sempre nell'impianto della medicina ippocratica. La dimostrazione dell'efficacia va fatta a priori, non a posteriori, come avviene quando si escludono dei trattamenti di cui è risultata l'inappropriatezza clinica (per amore di concretezza, pensiamo alla rinuncia alla tonsillectomia, per lungo tempo eseguita quasi di routine sul maggior numero possibile di bambini). Per mutuare una formulazione incisiva di Gianfranco Domenighetti, oggi "qualunque prestazione deve essere considerata inefficace, finché non si è dimostrato il contrario" (Domenighetti, 1996). È una profonda innovazione nel comportamento di molti medici che adottano procedure diagnostiche e terapeutiche in modo autoreferenziale, ovvero semplicemente perché "funzionichiano"...

L'irruzione della modernità in medicina ha portato l'esigenza di rendere conto anche al paziente di quanto si sta facendo a suo beneficio. Non basta fornire i servizi di provata efficacia: bisogna anche che ciò sia fatto "nel modo giusto". Ciò implica il rispetto dei valori soggettivi del paziente, la promozione della sua autonomia, la tutela della diversità culturale, intesa come un diritto rivendicabile. Rispetto a un passato anche molto recente, in cui la medicina era organizzata in modo autoritario e gestita con stile paternalistico, oggi si richiede un coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni che lo riguardano (cfr. Comitato Nazionale per la bioetica: *Informazione e consenso dell'atto medico*, 1992). Buona medicina è quella che, oltre all'appropriatezza clinica, valutata dal professionista sanitario, considera auspicabile e rende possibile che il paziente partecipi alle decisioni che si ripercuotono sul suo benessere.

Nell'ambito della sanità intesa come pubblico servizio sta diventando quanto mai attuale il rendere conto delle scelte mediche alla comunità. Quanto si è speso, ma soprattutto come si è speso. La sanità pubblica, infatti, nasce da un "patto per la salute", come l'ha chiamato il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 - 2000. L'attenzione dei sanitari e dei cittadini è stata deviata sugli accordi strategici tra i medici e il management delle aziende sanitarie per contenere la spesa, come se fosse questo l'obiettivo della nuova sanità. L'obiettivo è piuttosto quello di combattere sprechi e diseconomie per poter utilizzare al meglio le risorse comuni.

Si tratta di mettere i servizi sanitari a disposizione di tutti quelli che ne hanno diritto e bisogno, contrastando le sperequazioni e le iniquità nell'accesso, che stanno creando un razionamento occulto sotto forma di liste di attesa. Un obiettivo che i vertici delle aziende sanitarie, anche i più illuminati, non potranno mai raggiungere senza la collaborazione dei medici. Potrebbero, sì, raggiungere il pareggio di bilancio operando dei tagli nei servizi erogati, ma mai sarebbero in grado di mettere in piedi una sanità equa, qualora i medici decidessero che questo non è un loro compito.

Come si fa a "servire tre padroni" contemporaneamente? È la domanda legittima che sintetizza efficacemente il problema con cui si trova confrontata la medicina dei nostri giorni. Dovremo forse cercare di dare diritto di cittadinanza al compromesso. La parola ha pessima fama: i moralisti lo aborriscono (qualificandolo abitualmente come "sporco") e gli eticisti lo combattono, perché sospettano che indebolisca i principi. Eppure sembra l'unica via percorribile per chi in sanità deve imparare a vivere con soluzioni buone, anche se non ottimali.

La via del compromesso ci conduce alla stessa conclusione a cui giunge E. Haavi Morreim nell'articolo dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1995) dedicato al conflitto di interessi. Mentre una volta il dovere che nasceva dalla fiducia che il paziente riponeva nel professionista consisteva soprattutto nell'astenersi dallo sfruttamento volgare, oggi l'obbligo di porre gli interessi del paziente prima dei propri non può più essere per il professionista un obbligo senza limiti: "Una delle più importanti e difficili sfide della nuova economia che regola la medicina consiste nel considerare non solo ciò che i sanitari sono obbligati a dare ai loro pazienti, ma anche i limiti di questi obblighi". In altre parole, i conflitti di interesse obbligano a riscrivere le regole del gioco tra tutti coloro che sono coinvolti nel sistema di erogazione delle cure: ricercatori, professionisti sanitari, amministratori pubblici, divulgatori scientifici, cittadini. Se è impossibile eliminare i conflitti di interesse presenti pervasivamente nell'ambito della medicina, molto si può fare per aumentare la trasparenza, favorendo l'*empowerment* dei consumatori.

L'etica e la qualità quali riferimenti nella formulazione degli obiettivi di un'azienda no-profit

L'innovazione linguistica è stata introdotta dalla Carta dei servizi pubblici sanitari (1995), dove si indica "la tutela dei diritti degli *utenti*" quale obiettivo della Carta dei servizi e si

individua la *mission* del servizio pubblico: "fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti". Da paziente a utente: il percorso - già preparato dai decreti di riordino del Ssn, che parlano di "diritti" dei cittadini e orientano verso indicatori della qualità del servizio che ricevono, dal punto di vista di tali diritti: D. L. 517/1993, art. 14 - implica il superamento del rapporto tradizionale tra sanitari e malati, in cui questi sono considerati esclusivamente come "pazienti". Da utenti a "*clienti*", il passo è breve. Anche se la dizione non appare nei documenti ufficiali che definiscono il profilo della nuova sanità, è il modo sempre più frequente di qualificare i rapporti tra coloro che erogano i servizi sanitari e coloro che li ricevono. Il manuale di J. Ovretveit: *La qualità del servizio sanitario*, EdiSES, 1996 - tanto per fare un esempio - parla senza esitazione della qualità valutata "dal punto di vista del cliente".

Nel mondo sanitario si registra una esplicita avversione ad adottare la nuova terminologia. Il rifiuto è motivato dalla oscura percezione di una profonda trasformazione che verrebbe introdotta nel rapporto tra professionista sanitario e malato. Bisogna riconoscere, tuttavia, che il cambiamento che ciò implica non è uguale per tutti. Chi pratica la medicina su base privatistica - lo specialista nel suo studio privato o la clinica convenzionata - sa già bene che il paziente va trattato *come un cliente*, della cui soddisfazione si deve tener conto: un paziente insoddisfatto è un cliente perso (e una pessima pubblicità per la propria struttura).

Completamente diversa è la posizione di chi offre servizi in un regime di monopolio o comunque nell'ambito di un servizio pubblico al quale, fino alla recente "riforma della riforma", non veniva richiesta l'efficienza e il suo correlato, vale a dire il consolidamento dell'utente e la sua fedeltà alla struttura; a queste condizioni la soddisfazione di colui che riceve il servizio è un "optional", lasciato per lo più alla sensibilità dell'operatore e ai suoi sentimenti umanitari. In una posizione intermedia si collocano i medici di medicina generale. Non possono permettersi di ignorare la soddisfazione/insoddisfazione dei loro iscritti, per la buona ragione che questi hanno la facoltà di cambiare medico. La discussione tra medici di medicina generale avviata in un sito di *Internet* relativa alla misura di compiacenza tollerabile nei confronti di un paziente che chiede giorni di malattia non giustificati dal suo stato clinico (cfr. *Occhio clinico*, settembre 1996) riflette con esattezza tale posizione.

Considerare il paziente come un cliente - con il corollario inevitabile di prendere a cuore la sua soddisfazione - comporta indubbiamente un cambiamento nella pratica della medicina. I timori relativi al pericolo che in questo passaggio possono andar persi dei valori tradizionali e si introducano elementi deformanti non sono giustificati. Prima, tuttavia, di considerare tale via non percorribile, proviamo a vedere quale scenario si apre se introduciamo il correttivo della "giusta" soddisfazione. Scopo della medicina non è di ottenere una qualsiasi soddisfazione da parte del paziente/utente/cliente, ma solo quella soddisfazione che possa essere qualificata come "giusta". Possiamo prendere come punto di partenza una fenomenologia della soddisfazione che, coniugata con ciò che la rende giusta o ingiusta, dà luogo a quattro posizioni di base:

IL QUADRILATERO DELLA SODDISFAZIONE

<i>giustamente</i> soddisfatto	<i>giustamente</i> insoddisfatto
<i>ingiustamente</i> soddisfatto	<i>ingiustamente</i> insoddisfatto

Lo schema può avere una utilizzazione di tipo intuitivo. Visualizza, infatti, un ridimensionamento della soddisfazione o insoddisfazione del paziente, da considerare non come l'ultimo criterio della qualità, ma come il penultimo. Devono essere rapportate a dei valori che possono rendere tanto la soddisfazione quanto l'insoddisfazione giusta o ingiusta. Soddisfazione e insoddisfazione devono essere, in altre parole, misurate con l'etica. La soddisfazione del paziente non può diventare un assoluto, ma va confrontata con alcune esigenze imprescindibili. I modi di ottenere una soddisfazione ingiusta possono essere molti: alcuni a danno del paziente (si può arrivare anche a dargli delle informazioni inesatte, fino al vero e proprio imbroglio), altri a danno di terzi (è chiaro che il paziente a cui faccio, per un privilegio o un favoritismo, saltare la lista d'attesa è soddisfatto; ma è ingiustamente soddisfatto in rapporto con le esigenze dell'equità, la quale richiede che tutti siano considerati con uguale considerazione e rispetto).

Non mancano neppure situazioni nelle quali, intuitivamente, possiamo catalogare come ingiusta l'insoddisfazione eventualmente espressa dal paziente. E' il caso, ad esempio, del paziente che va dal medico con la sua richiesta di un farmaco (magari quello che ha fatto tanto bene al suo vicino di casa o di cui ha sentito la pubblicità...) e che si vede respinta la sua richiesta; oppure vuole un trattamento di compiacenza, come un certificato falso di malattia.

Per essere pienamente apprezzato, lo schema richiede che si passi da una impressione sulla giusta /ingiusta soddisfazione elaborata in maniera intuitiva a un giudizio argomentato, riferito a dei modelli espliciti di etica. O piuttosto di etiche, al plurale. Perché nell'ambito delle decisioni di natura sanitaria possiamo riconoscere la presenza di *tre modelli etici*, orientati secondo valori diversi. Il più tradizionale è il modello paternalista, che ha sostanzialmente l'etica medica di stampo ippocratico. Buona medicina è quella che procura il *maggior beneficio* al paziente. Si assume implicitamente che il paziente si affidi al medico, lasciando a lui il compito di scegliere - "in scienza e coscienza" - la via diagnostica e gli interventi terapeutici che vanno a suo vantaggio. Il modello etico della modernità, diffuso ai nostri giorni soprattutto dalla bioetica, ha invece come valore centrale l'autonomia del paziente e la sua partecipazione alle decisioni che lo riguardano. La domanda centrale è: quale trattamento rispetta maggiormente i *diritti del paziente* e promuove *l'autonomia delle sue scelte*? Secondo questo modello, non si può fare il bene del paziente "contro" le sue preferenze o ignorando tutte quelle procedure informative che possono metterlo in grado di essere protagonista del processo di cura.

Il terzo modello di buona medicina è quello che nasce nell'orizzonte di una sanità che si confronta seriamente con l'era dei limiti che è la nostra. Il valore dominante è quello dell'*uso ottimale di risorse limitate*, che permetta una vera solidarietà con i soggetti più fragili e una ripartizione equa di oneri e benefici. Quello che possiamo fare per un malato, anche se valutabile con un punteggio alto sul parametro dell'appropriatezza clinica e su quello delle preferenze personali, potrebbe collocarsi molto in basso rispetto al criterio del buon uso delle risorse.

La qualità dell'intervento sanitario sta nella sua capacità di integrare i tre elementi rispetto ai quali va valutato: ciò che la scienza medica ritiene provato - *evidence based medicine* - e raccomandabile (da questo punto di vista non si potrà mai accettare in medicina una logica del "cliente che ha sempre ragione"...); la conciliabilità con le esigenze dei diritti umani e con l'autodeterminazione del paziente; la sostenibilità dell'intervento con le esigenze di efficienza e di ottimizzazione delle risorse.

Infine vale la pena di sottolineare che il "quadrilatero della soddisfazione" ci propone una visione dinamica dell'etica. Troppo spesso l'etica è identificata con una istanza che giudica i comportamenti - buono o cattivo, giusto o ingiusto, appropriato o non appropriato - ma meno adatta a ottenere delle trasformazioni significative dei comportamenti. La prospettiva cambia se, tenendo in mente il quadrilatero, ci domandiamo: quale intervento dobbiamo

mettere in atto affinché un paziente, che nel grafico si trova in un quadrante inferiore, passi a uno superiore? L'obiettivo ideale è che si collochi nel primo a sinistra, tra coloro che sono giustamente soddisfatti; ma se ciò non è possibile, almeno nel secondo, vale a dire che il paziente sia almeno giustamente insoddisfatto. Quest'ultima possibilità - di una insoddisfazione insanabile - ci libera da un complesso di onnipotenza: non possiamo far sì che tutti siano soddisfatti, ma possiamo evitare almeno che lo siano ingiustamente...

Sandro Spinsanti

Il caso

Il servizio di diabetologia di un ospedale di provincia ha un numero di prestazioni che eccede la pur notevole disponibilità personale dei medici e delle infermiere che vi lavorano. Le richieste aumentano e il personale non riesce a farvi fronte. Volendo modellarsi su un ideale di massima accessibilità, gli operatori non hanno voluto introdurre né filtri, né sistemi di prenotazione: chiunque può recarsi nell'ambulatorio e richiedere la visita. La sala di attesa è sempre affollata. Sono per lo più persone anziane, per le quali qualche ora di attesa non è pesante; anzi, utilizzano il tempo per chiacchierare con altri pazienti, scambiare racconti di malattia, interagire con le infermiere. Nell'insieme i pazienti diabetici che frequentano il servizio sono soddisfatti; ma si può dire che siano *giustamente soddisfatti*?

L'interrogativo sorge quanto l'analisi della distribuzione delle visite nel corso di un anno - resa facile dal fatto che tutta la documentazione dell'attività del servizio è informatizzata - mostra che il numero maggiore delle visite, assoluto e percentuale, è dedicato ai pazienti nella fascia di età compresa tra 60 e 80 anni. Questi pazienti ricevono in media 4 visite per anno. La stessa percentuale di visite per anno tocca ai pazienti più giovani, ventenni e trentenni. Ma i pazienti giovani, affetti da diabete di tipo I e trattati con insulina, dovrebbero avere - secondo i protocolli di buona pratica clinica - almeno 6 visite l'anno, mentre per gli anziani, con diabete di tipo II e non insulinodipendente, viene assunto un fabbisogno medio di due visite l'anno (cfr. *Il diabete*, vol. 6, Suppl. al n. 1, marzo 1994). Secondo queste linee-guida, dunque, gli anziani sono sovratrattati e i giovani sottotrattati. Le condizioni in cui viene offerto il servizio incidono sulla diversità di accesso: l'assenza di prenotazione, infatti, dissuade i giovani - con attività lavorativa - a fare le numerosi ore di attesa, che sono invece gradite agli anziani. Considerando l'*indicazione clinica* (ovvero la risposta alla domanda: "Qual è il miglior beneficio per il paziente?") e l'*appropriatezza sociale* ("Come ottimizzare l'uso delle risorse?"), la soddisfazione/insoddisfazione dei vari gruppi di pazienti riceve una diversa connotazione morale: i pazienti sovratrattati, per quanto *soddisfatti*, lo sono "*ingiustamente*" (in quanto utilizzano a proprio vantaggio in misura eccessiva la risorsa scarsa costituita dal tempo professionale dei sanitari); i pazienti sottotrattati, se sono soddisfatti - magari perché non informati correttamente del numero di visite necessario per seguire in modo appropriato il decorso della malattia - sono "*ingiustamente*" *soddisfatti*; se sono invece insoddisfatti, perché l'organizzazione del servizio non rende loro agevole usufruirne senza sacrificare troppo tempo nell'attesa di una visita, lo sono giustamente.

La soddisfazione/insoddisfazione degli utenti del servizio - considerati in questo caso come "clienti" -, qualora sia correlata con la preoccupazione di fare "la cosa giusta", diventa lo stimolo a introdurre dei cambiamenti che migliorino la qualità del servizio.