

# BIOETICA DEL QUOTIDIANO

SANDRO SPINSANTI

Docente di Bioetica, Direttore dell'Area di Giano, Roma

## Etica medica come etica dei medici

Noi oggi, alla fine del XX secolo, cerchiamo una "buona" medicina per rispondere ai nostri problemi di salute, non meno di quanto abbiano fatto i nostri antenati o i nostri padri, soltanto una generazione fa. Ma la nostra idea di ciò che corrisponde a buona o cattiva medicina è cambiata, così come sono cambiate le nostre attese nei confronti di un ospedale o del servizio sanitario pubblico. Più precisamente possiamo dire che ci troviamo presi in un processo storico che ha visto il susseguirsi di almeno tre grandi modelli di buona medicina, ognuno dei quali prospetta, in modo coerente ma sotto una diversa luce, come si devono comportare i diversi protagonisti del sistema delle cure: i medici, i malati, le varie professioni sanitarie, la società nel suo insieme. I tre modelli rappresentano tre diverse stagioni dell'etica in medicina.

Per illustrare queste trasformazioni dell'idea di "buona" medicina, ci serviremo di uno schema (Tabella I). Come ogni schema, introduce una certa semplificazione nella realtà delle cose, ma ha il vantaggio di concentrare l'attenzione sui punti nevralgici del cambiamento.

Il primo modello presentato dallo schema può essere chiamato premoderno. Ha caratte-

ristiche di grande antichità (risale almeno a Ippocrate) e di forte tenuta nel tempo. Ma anche la sua forza è notevole, in quanto non c'è stato in tutta la tradizione occidentale un modello culturale che abbia resistito tanto a lungo.

L'Occidente ha cambiato una quantità di cose nell'organizzazione sociale (l'economia, la famiglia, la religione, il diritto, la politica) dall'antichità greco-romana a oggi. La medicina stessa si è profondamente modificata nel corso del tempo, sia nei modelli teorici che nel modo di fornire aiuto ai malati. Tra il medico seguace di Galeno (che interpreta le malattie secondo la teoria degli umori), il medico scienziato dell'Ottocento (che ricorre al metodo della scienza sperimentale per spiegare come funziona l'organismo sano o malato) e il medico della nostra epoca (che è capace di ricondurre le malattie a un difetto del corredo genetico ed è in grado di prevederne l'insorgenza con anni di anticipo), le differenze sono enormi. Per l'etica, invece, non è avvenuto così.

Le convinzioni su cosa è bene fare o cosa è male, sui comportamenti giusti o ingiusti nei confronti del malato, sono rimaste relativamente stabili per secoli. Praticamente si tratta di una tradizione che si è tramandata ininterrottamente per più di 25 secoli, dall'epoca di Ippocrate fino ai nostri giorni: in tutto questo tempo non abbiamo mai sentito il bisogno di modificare il substrato concettuale che fonda

STAGIONI DELL'ETICA IN MEDICINA

	Epoca premoderna <b>Etica medica</b>	Epoca moderna <b>Bioetica</b>	Epoca Post-moderna <b>Etica dell'organizzazione</b>
<b>La buona medicina</b>	"Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?"	"Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte?"	"Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente - cliente soddisfatto?"
<b>L'ideale medico</b>	Paternalismo benevolo (scienza e coscienza)	Autorità democraticamente condivisa	Leadership morale, scientifica, organizzativa
<b>Il buon paziente</b>	Obbediente (compliance)	Partecipante (consenso informato)	Cliente giustamente soddisfatto e consolidato
<b>Il buon rapporto</b>	Alleanza terapeutica (il dottore con il Suo paziente)	Partnership (professionista-utenti)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente); Contratto di assistenza: Azienda/popolazione

Tabella I

l'attribuzione di valore alle pratiche indirizzate alla salute, substrato condiviso da medici e pazienti.

Abbiamo detto che ci possiamo riferire a quest'epoca come alla stagione premoderna dell'etica in medicina. Sinteticamente la denominiamo etica medica. L'aggettivo è giustificato: l'etica a cui ci riferiamo, infatti, è sostanzialmente l'etica "del medico". È il medico che la determina, e la professione medica che se ne fa garante. In questa etica sono prescritti comportamenti per i malati, per i familiari, per le professioni che collaborano con il medico; tutti svolgono, tuttavia, funzioni subordinate e sono chiamati a modellarsi sulle richieste che provengono dai medici, che hanno un ruolo decisivo nello stabilire che cosa sia "buona" medicina. La qualifica di "paramedici" data a coloro che esercitano professioni sanitarie non mediche rispecchia bene questa situazione di centralità del medico. Anche l'etica dei non medici in questa stagione è un'etica "paramedica".

La domanda fondamentale a cui risponde la medicina di qualità dell'epoca premoderna è: "Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?". Troviamo questa preoccupazione già nel giuramento di Ippocrate, nella cosiddetta clausola terapeutica:

*«Prescriverò agli infermi la dieta opportuna che loro convenga per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni e li difenderò da ogni cosa ingiusta e dannosa».*

Tutta l'azione del medico è diretta a procurare il bene del paziente, identificato con la risoluzione dei problemi posti dalla patologia.

Le risorse che il medico utilizzerà saranno ovviamente quelle che le conoscenze del tempo gli mettono a disposizione, ma qualunque sia la scienza di riferimento, il modello rimane tuttavia lo stesso: il medico si impegna a fare il bene del paziente.

Questa accentuazione è presente anche in altre tradizioni mediche che afferiscono al filone ippocratico. Pensiamo, ad esempio, alla medicina omeopatica. Il libro fondamentale di Samuel Hahnemann. L'*Organon dell'arte di guarire* inizia con una frase che pone il fondamento etico di tutta l'impresa terapeutica:

*«L'unico compito del medico è guarire presto, dolcemente, durevolmente».*

Finché un medico può rispondere a chi gli chieda perché fa quello che fa, dicendo che lo fa per il bene del paziente, sa che può contare sul sostegno dell'etica medica a legittimare il suo operato.

I principi fondamentali di questa etica, riconducibili all'imperativo di fare il bene del paziente, presuppongono un modello ideale del medico fondamentalmente paternalista: il medico è colui che sa qual è il bene del paziente e vuole realizzarlo, mettendovi tutto il

suo impegno e tutta la dedizione. È la scienza in continuo progresso che lo guida nel percorso della terapia, mentre la coscienza gli impedisce di trarre profitto dalla debolezza del paziente (per esempio, strumentalizzandolo ai fini di ingiusto lucro o di fama). Questa duplice guida è riassunta da una formuletta, molto amata e citata dai medici, quando rivendicano a se stessi l'obbligo di prendere le decisioni "in scienza e coscienza". Nel linguaggio della bioetica americana si parla a questo proposito di una medicina ispirata al principio della *beneficence*, ovvero di "beneficità". Il malato contribuisce alla buona medicina impegnandosi a essere docile e osservante delle prescrizioni, in un rapporto di affidamento fiduciario. Egli non ha, di per sé, nulla da dire in merito all'atto terapeutico, che rimane affidato a quanto il medico stabilisce per il suo bene. Tutto quello che il malato ha da fare è di diventare "paziente", in tutti i significati del termine (anche in senso morale, in quanto la pazienza è la principale virtù che è chiamato a esercitare). Il buon paziente è il paziente "osservante". A lui si richiede di entrare nel trattamento mediante la compliance. Come affermava l'illustre spagnolo Gregorio Maranon, che ha rappresentato nella prima metà del secolo il permanere dell'ideale ippocratico:

*«Il malato che non sa essere paziente diminuisce le sue possibilità di guarire. Obbedire al medico è incominciare a guarire».*

In questo modello il buon rapporto è l'alleanza terapeutica tra colui che si dedica all'opera della guarigione e chi riceve questo servizio. Il termine "alleanza" fa parte della tradizione religiosa. Il rapporto medico-paziente ha, di fatto, una connotazione fortemente religiosa, in quanto, allo stesso modo dell'alleanza che è il pilastro centrale della religione ebraico-cristiana, mette in relazione due fondamentali diseguaglianze. Nell'alleanza religiosa si tratta del legame che si instaura tra la potenza della divinità, in quanto fonte di forza e di salvezza, e la situazione di necessità propria del popolo che ha bisogno di redenzione. L'unione dei due mediante l'alleanza fa salvezza. Analogamente, la guarigione in medicina si ottiene, nel modello tradizionale, mediante l'unione tra la scienza/coscienza del medico e la volontà del paziente di mantenersi dentro questo rapporto di alleanza.

Il "seguire la prescrizione medica" è la condizione essenziale perché l'alleanza possa esplicare i suoi effetti benefici, e quindi procurare la guarigione. Il contraente dell'alleanza, cioè il malato, si deve affidare e accettare le condizioni che gli vengono poste per la guarigione; il medico, che concede l'alleanza, lo guida verso il suo proprio bene.

Questo modello continua ancora a strutturare i nostri comportamenti sociali, sia come

medici che come pazienti. Soltanto quando diventiamo "moderni", il modello entra in crisi.

## La stagione della bioetica

Quando comincia l'epoca moderna? I manuali di filosofia e di storia generalmente fanno iniziare la modernità con l'Illuminismo, nel XVIII secolo. Ci dicono che nella storia è avvenuto un cambiamento profondo, una di quelle fratture che hanno ripercussioni generalizzate su tutta la struttura dell'esistenza. L'Illuminismo ha progressivamente modificato l'insieme della vita politica e sociale; solo in un ambito non è entrato: in medicina.

Nei rapporti sociali che si stringono attorno a chi somministra e a chi riceve le cure sanitarie, l'epoca moderna non è incominciata fino a pochissimo tempo fa. Soltanto da una ventina di anni sono diventati visibili i segni di una frattura che indica che la medicina è entrata nell'epoca moderna. Rinunciando a una descrizione approfondita, ci limitiamo, seguendo lo schema, a mettere delle parole chiave attorno ai cambiamenti avvenuti.

Lo scopo generale della medicina non è più soltanto quello di portare il maggior beneficio al paziente: perché un trattamento medico abbia un carattere di qualità, ci dobbiamo anche domandare se tratta il malato da adulto, rispettandolo nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte. Nell'epoca moderna, infatti, il malato va fondamentalmente considerato come una persona autonoma, capace di autodeterminazione.

L'autonomia della persona è principio fondamentale dell'epoca moderna. Così lo ha espresso Immanuel Kant nel famoso saggio *Risposta alla domanda: che cos'è l'Illuminismo?* L'Illuminismo comincia quando si decide di uscire dallo stato di minorità dovuta all'uomo stesso, intendendo per minorità "l'incapacità di servirsi del proprio intelletto senza la guida di un altro". Il primo paragrafo dello scritto, che sintetizza il programma di vita dell'uomo moderno, termina con l'esortazione: *Sapere aude*: abbi il coraggio di servirti dell'intelletto come guida. L'epoca moderna comincia in medicina quando il programma generale dell'emancipazione si estende anche a quella "minorità non dovuta" che vige tra il medico e il paziente.

Il malato dell'epoca moderna è quello che ha la capacità e il coraggio di non farsi trattare come una persona eterodeterminata, ma assume il peso e la responsabilità delle decisioni che lo riguardano. Ciò mette in crisi il modello secondo cui nella medicina tradizionale il malato è per definizione uno che non si può determinare se stesso. Nella concezione tradizionale possiamo riconoscere l'influenza

di concezioni antiche, come quelle espresse da Aristotele quando affermava che il malato, proprio per la sua condizione, non è capace di dare giudizi razionali, in quanto è turbato dalle passioni (ad esempio la paura per la propria vita). Nello stato di malattia deve quindi subentrare una struttura paternalistica di contenimento: qualcun altro prende le decisioni per il bene del malato, dal momento che questi non lo può fare. Dire che la medicina entra nell'epoca moderna significa prima di tutto rimettere in discussione questo paradigma profondo, che presuppone una fondamentale diseguaglianza tra le persone autonome e quelle che non lo sono.

Nell'epoca moderna i valori del malato, intesi come quadro di riferimento che guida l'autonomia delle sue scelte, diventano un momento fondamentale del fare "buona" medicina. La potente ed efficace medicina che la scienza, abbinata alla tecnologia, ci mette oggi a disposizione si apre su scenari diversi. L'arsenale medico è potente e vario, e ci mette di fronte ad alternative dipendenti dai valori soggettivi. A seconda della valutazione soggettiva di cosa sia una "buona" vita, di ciò che vogliamo fare della nostra vita, un intervento medico può essere appropriato o no.

Perché si abbia buona medicina non ci si può quindi limitare a rispondere alla domanda: "Questo intervento porta oggettivamente un beneficio al paziente?". Non basta stabilire, per esempio, che l'atto medico ha di fatto prolungato la vita del paziente. Se quanto il medico intraprende va contro i suoi valori e le sue decisioni, non possiamo parlare di buona medicina.

L'autodeterminazione del paziente, in quanto articolazione fondamentale dei suoi diritti (per capire la differenza del paradigma, basti pensare che nel modello tradizionale si parla solo di doveri del medico e non di diritti del paziente), diventa un criterio di qualità. L'intervento sanitario non può essere più deciso unilateralmente dal medico, che si basa sul sapere della sua professione, ma deve essere individuato insieme al paziente, spesso con un faticoso processo di contrattazione.

Superato il paternalismo benevolo, l'ideale medico in questo modello diventa un'autorità democraticamente condivisa; il buon paziente è un paziente partecipante alla decisione. Il cardine di questa strutturazione concettuale è il consenso informato, che possiamo rileggere alla luce delle considerazioni precedenti.

L'idea di qualità dell'atto medico si arricchisce di una nuova componente: è "buono" l'intervento sanitario che ha anche una correttezza formale, vale a dire il rispetto delle procedure volte a far partecipare il paziente alle scelte diagnostiche e terapeutiche che lo riguardano. Questa specificazione ci permette

di dissociarci dall'idea di consenso informato che si va diffondendo anche in Italia, concepito per lo più in funzione difensiva del medico, e non finalizzato a promuovere l'autonomia del paziente.

Nella prospettiva che abbiamo adottato, il paziente non ha più solo diritti ma anche dei doveri. La sua posizione non è solo di privilegio, ma anche di scomoda responsabilità, in quanto deve partecipare al processo decisionale. E non possiamo escludere che talvolta il paziente possa preferire piuttosto di delegare la decisione e di demandarla al medico: "Faccia quello che è necessario: il dottore è lei, non io!".

Il paziente partecipante nelle scelte ha comunque il compito di diventare un buon paziente. Per diventarlo non basta che si limiti a non far storie, non porre troppe domande, essere docile e seguire le prescrizioni mediche; il buon paziente ha anche un compito etico: deve realizzare tutto quello che è necessario per essere un buon paziente. Il buon rapporto è una partnership, che si instaura tra professionista e utente.

Il termine "utente" può suscitare delle associazioni che sembrano fuori luogo in sanità. Per ricondurlo entro l'ambito appropriato, occorre rifarsi al senso etimologico della parola. L'utente è colui che "usa" la competenza del medico; in quanto utente, ha il dovere di usarla bene, responsabilmente, per fare insieme al professionista le scelte appropriate.

L'idea di qualità, dunque, include il concetto di partecipazione. Il termine "bioetica", usato per designare questo modello di qualità dell'atto medico, è un neologismo, appropriato ad un modello di qualità veramente inedito in ambito medico. La buona medicina, appropriata per la stagione dell'etica medica, è quella che vogliamo chiamare etica moderna.

Sentiamo infatti il bisogno di segnalare con un cambio terminologico la fine della centralità della figura del medico: non ci troviamo più nell'ambito dell'etica medica, cioè del medico, concentrata sul medico, elaborata dalla professione medica a beneficio anche del malato. La bioetica implica uno spostamento dell'accento, per cui la qualità viene stabilita in modo dialogico, insieme al paziente, che è chiamato a partecipare alle decisioni con i suoi valori, nell'ambito del consenso sociale. Nella stagione della bioetica entra la società, incontriamo un'etica civile, e l'accordo viene ottenuto trasversalmente alle diverse comunità morali di appartenenza.

Questo modello di qualità, che nella nostra cultura non abbiamo nemmeno ben cominciato ad articolare, si diffonde con estrema difficoltà. Lo contrasta una profonda resistenza sia da parte del mondo medico sia da parte dei cittadini. Sarà necessario accrescere le

conoscenze e mobilitare tutte le energie concettuali e morali per riuscire a realizzare questo modello. Tanto i professionisti della sanità quanto i pazienti saranno obbligati a cambiare modelli di riferimento che hanno una lunghissima tradizione: possiamo dire che stiamo assistendo all'inaugurazione di una nuova epoca della qualità e dell'etica nella medicina.

## **Quando l'ospedale si organizza come un'azienda di servizi**

Mentre proviamo ancora tanta difficoltà a entrare nella stagione della medicina moderna, forti spinte ci stanno già indirizzando verso l'epoca post-moderna. Ci stiamo muovendo, infatti, secondo quanto prescrivono sia lo spirito che la lettera della più recente riforma sanitaria, verso l'introduzione dello "stile azienda" in sanità. Sommarariamente possiamo dire che non solo il paziente deve essere informato, ma deve essere considerato come un "cliente": deve essere "soddisfatto".

Soddisfare i pazienti diventa un'esigenza strategica per la sopravvivenza dell'azienda stessa. Il paziente, infatti, spostandosi da una struttura all'altra, porta con sé la sua capacità di spesa, rappresentata dalla sua quota capitaria. Se l'azienda perde i pazienti, perché questi preferiscono un'altra struttura, rischia di uscire dal mercato.

Il modello di qualità post-moderno comporta delle variazioni anche in tutte le altre articolazioni fondamentali del sistema di rapporti entro cui si svolge l'azione sanitaria. Innanzitutto l'interrogativo fondamentale che deve porsi chiunque abbia delle responsabilità, è inevitabilmente legato a elementi di carattere gestionale: quale trattamento ottimizzerà l'uso delle risorse e produrrà un paziente/cliente soddisfatto? La fisionomia stessa dell'interrogativo etico viene modificata.

Nell'etica medica il registro per valutare la qualità è quello della "bontà" (l'azione è buona in quanto porta il beneficio della guarigione, lenisce i sintomi dolorosi); la bioetica si colloca entro la tradizione etica, originaria del mondo anglosassone, che valuta se l'azione sia giusta o ingiusta in rapporto ai diritti e nel rispetto delle procedure; la nuova stagione che si è aperta ci obbliga a interrogarci se l'azione sia appropriata rispetto ai fini da conseguire, che comportano sia una più acuta sensibilità per il bene comune e l'equità sociale sia l'acquisizione di un atteggiamento che abbinati la soddisfazione del cittadino/cliente con l'attenzione agli interessi dell'azienda.

Valutare la qualità, ovvero il valore etico di un intervento sanitario, oggi è un'operazione molto complessa. I criteri più recenti non devono sostituire quelli precedenti, ma integrarsi

ad essi. La "buona" medicina è sempre quella che, come diceva Hahnemann, deve mirare a guarire in maniera rapida, efficace e duratura. Ma questo non basta più: deve anche preoccuparsi di essere "giusta", rispettando i diritti del malato e promuovendo la sua autonomia. Inoltre deve saper essere "appropriata", in accordo a valutazioni di giustizia che regolino l'accesso ai servizi e l'equa distribuzione delle risorse.

La buona medicina, quella dotata di qualità, nasce dall'integrazione delle esigenze che nascono dall'etica medica, di quelle della bioetica, e delle esigenze, infine, di quella nuova stagione dell'etica in medicina che sentiamo incombere, sotto la spinta delle nuove condizioni sociali e della pressione dell'economia, e che possiamo chiamare etica dell'organizzazione. Per la precisione, da tutt'e tre contemporaneamente: le stagioni dell'etica in medicina, con le rispettive esigenze riguardo a ciò che è giusto e appropriato nell'assistenza sanitaria, non vanno viste come modelli conclusi che si succedono nel tempo, ma come esigenze contemporanee e contestuali. Lo schema che abbiamo proposto, ponendo le scelte in uno spazio tridimensionale, può ben visualizzare la complessità della situazione attuale (Figura 1).

Finché la qualità dell'intervento sanitario sul paziente si misurava esclusivamente con il metro del beneficio del paziente, maggiore era il beneficio che il malato riceveva da quello che si poteva fare per lui (nella figura viene

indicato simbolicamente con una retta numerata da 0 a 15), maggiore era la qualità, anche etica, dell'atto medico. La modernità, con l'introduzione dell'autonomia del paziente, ha introdotto un altro parametro, indicato nello schema come asse delle preferenze. La buona scelta medica dovrà, a questo stadio, tenere conto temporaneamente dei due fattori: il beneficio da procurare al paziente, e il suo consenso a ciò che il medico ha individuato e scelto come suo bene. La scelta si realizza sul piano orizzontale di una contrattazione, che spesso produce un compromesso (non è detto, infatti, che ciò che costituisce dal punto di vista clinico il maggior beneficio per il paziente corrisponda alle sue preferenze, o inversamente, ciò che il paziente informato vuole per sé può non coincidere con quanto la medicina sarebbe in grado di fare per lui).

A queste due dimensioni oggi dobbiamo aggiungere una terza, così che la decisione clinica ci appare collocata in uno spazio tridimensionale. Dobbiamo considerare, infatti, anche l'appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva che tenga conto dell'uso ottimale di risorse limitate, della solidarietà con i più fragili, dell'equità. Quello che possiamo fare per il 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 "buona" medicina ci appare così come il frutto di una contrattazione molteplice, che deve tener conto dei tre diversi parametri: l'indicazione clinica (il "bene" del paziente), le preferenze e i valori soggettivi del paziente (il "consenso informato") e infine l'appropriatezza sociale. L'assistenza sanitaria, dovendo conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talvolta contrastanti senza minimamente rinunciare alle esigenze della scienza, ci appare più che mai un'arte.

L'ideale medico dell'epoca post-moderna è quello di una leadership morale. Non ci possiamo più basare su una divisione dei compiti di tipo burocratico. Soltanto chi ha quella che la cultura del management chiama la "vision", cioè la visione strategica degli obiettivi e dei mezzi, sviluppa una forza morale capace di trascinare gli altri membri dell'équipe.

Il buon paziente è il cliente soddisfatto e consolato; ma bisogna subito aggiungere che il nostro obiettivo non è il cliente soddisfatto e consolato in qualsiasi modo, bensì il cliente giustamente soddisfatto. Il buon rapporto è la stewardship, che implica un atteggiamento non centrato sul professionista, ma sugli standard di qualità del servizio.

Il terzo modello, quello che abbiamo chiamato "aziendale" o post-moderno, è partico-

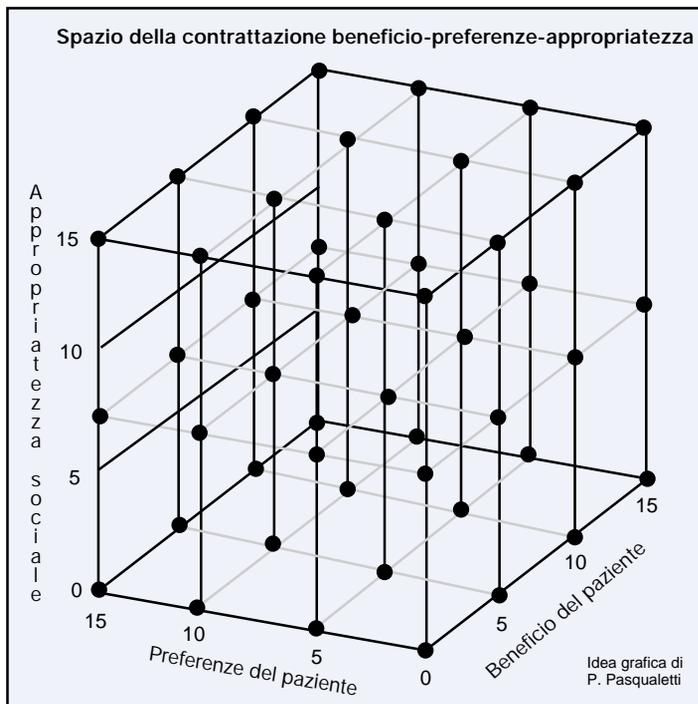


Figura 1

larmente insidioso. Quando portiamo nella sanità lo stile azienda e consideriamo il paziente come un cliente, dobbiamo essere consapevoli che abbiamo anche messo le premesse per affossare quei valori importantissimi che ci sono stati trasmessi in 25 secoli di medicina, come l'orientamento al bene del paziente. Promuovendo il paziente cliente, non dobbiamo dimenticare che la soddisfazione del paziente non è un imperativo assoluto, sciolto cioè da vincoli morali. Qualsiasi azienda, ma soprattutto l'azienda sanitaria, deve essere sottoposta alle esigenze dell'etica. Il paziente non va soddisfatto in qualsiasi modo, ma solo in un modo giusto.

Un supporto sistematico per visualizzare i problemi della soddisfazione in rapporto con le esigenze dell'etica può essere fornito da un altro schema (Tabella II).

Le ragioni dell'insoddisfazione possono essere diverse.

È ovviamente insoddisfatto il paziente a cui, per incuria o incompetenza, non sia stato diagnosticato e trattato il suo male: egli ha diritto che, secondo il modello dell'etica medica, sia messo in atto tutto ciò che gli procura il beneficio che è autorizzato ad aspettarsi.

Ma sarà insoddisfatto anche il paziente diabetico, per fare un esempio, che venga "messo in insulina" d'autorità, senza che gli sia spiegato il significato e la necessità della decisione terapeutica, i vantaggi che ne ricava e le esigenze di compliance.

La soddisfazione del paziente non può diventare un assoluto, ma va confrontata con alcune esigenze imprescindibili, in base alle quali possiamo dire che il paziente è giustamente soddisfatto. Per portare un esempio tratto dal "nursing": come fanno gli infermieri che lavorano in ambito geriatrico, gli anziani spesso non sentono lo stimolo della sete e rifiutano di bere. Sarebbe soddisfatto, ma ingiustamente, l'anziano che fosse lasciato semplicemente alle sue preferenze e non trattato secondo le esigenze della scienza infermieristica. In questo caso ciò che determina se la soddisfazione soggettiva del paziente sia giusta o ingiusta, è il sapere che è proprio del professionista.

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, saltare la lista d'attesa è soddisfatto; ma è ingiustamente soddisfatto se considero le esigenze di equità).

Se la soddisfazione non è l'ultimo criterio di qualità, ma va piuttosto misurata con le esigenze dell'etica, la stessa cosa possiamo dire dell'insoddisfazione. Ci sono casi in cui il paziente è ingiustamente insoddisfatto. Questo è il caso del paziente che va dal medico di medicina generale con la sua richiesta di un farmaco (magari quello che ha fatto tanto bene al vicino o di cui si parla di più...), oppure vuole un trattamento di compiacenza, come un certificato falso di malattia. Se questo paziente non viene soddisfatto, cioè gli si nega ciò che richiede in modo illegittimo, allora è ingiustamente insoddisfatto.

La prospettiva interessante che apre il "quadrilatero della soddisfazione" è di proporre una visione dinamica dell'etica. Troppo spesso identifichiamo l'etica con una istanza che giudica i comportamenti, buono o cattivo, giusto o ingiusto, appropriato o non appropriato; una istanza valutativa così ridotta non è adatta a ottenere delle trasformazioni significative dei comportamenti.

La prospettiva cambia se, tenendo a mente il quadrilatero della soddisfazione, ci domandiamo: quale intervento dobbiamo mettere in atto affinché un paziente, che nella tabella si trova in un quadrante inferiore, passi in uno superiore?

L'obiettivo ideale è certo che si collochi nel primo a sinistra, tra coloro che sono giustamente soddisfatti; ma se ciò non fosse possibile, almeno dovremmo riuscire a farlo passare nel secondo, vale a dire rendere il paziente giustamente insoddisfatto.

La possibilità che esista una insoddisfazione insanabile ci libera forse da un errato complesso di onnipotenza: non possiamo far sì che tutti siano soddisfatti, ma possiamo fare in modo che, chi debba rimanere insoddisfatto, lo sia giustamente.

L'etica ci appare così come uno strumento operativo: ci stimola a fare qualcosa per modificare una situazione; diventa un insieme di interventi dinamici, tesi a raggiungere un risultato. La qualità dell'intervento sanitario, infine, deve ricercarsi come integrazione dei diversi elementi: ciò che la scienza medica ritiene assodato e raccomandabile (da questo punto di vista non si potrà mai accettare in medicina una logica del "cliente" che ha sempre ragione...), ciò che è conciliabile con le esigenze dei diritti umani e con l'autodeterminazione del paziente, ciò che promana dall'orizzonte all'ottimizzazione delle risorse che ha inaugurato l'era delle aziende sanitarie.

**IL QUADRILATERO DELLA SODDISFAZIONE**

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

Tabella II