

SINTESI DELLE LINEE PROPOSITIVE SULLA RELAZIONE DI CURA¹

¹ Questa sintesi introduce il documento « Linee propositive sulla relazione di cura », elaborato dal Comitato Scientifico della Fondazione Cortile dei Gentili. Hanno partecipato attivamente ai lavori membri della Siaarti e della Sicp.

Ciascuno di noi, quando diventa paziente, da un lato ha diritti che vanno salvaguardati, dall'altro si trova affidato ad altri, ed in primis ad uno o più medici. Ciò può indurre ad impostare e quindi a leggere la relazione di cura alla stregua del classico rapporto dialettico fra libertà e autorità.

La relazione di cura – è questo l'asse portante del nostro documento – va vista e vissuta come un dialogo costante fra paziente e medico, nutrito da flussi reciproci di informazioni e di valutazioni e rivolto alla medesima finalità. Ciò consente al medico di calibrare le cure in funzione dei caratteri non solo fisici del paziente e allo stesso paziente di far valere i suoi diritti non come delle aprioristiche ed ignare prese di posizione, ma come scelte consapevoli, maturate attraverso il dialogo.

È su questa premessa che il documento definisce e chiarisce i tre principi ai quali le cure devono ispirarsi: appropriatezza, proporzionalità e consensualità.

La cura è appropriata non solo quando soddisfa i parametri di oggettiva validità scientifica, ma quando è in sintonia con il sentire del paziente rispetto al suo bene e riscuote così la sua fiducia, anche perché se ne sente coinvolto e rispettato.

La cura è proporzionale quando tiene conto insieme dei benefici e della sofferenza della persona curata, con la conseguenza che nasce per il medico il dovere di interromperla e rimodularla, ove risulti non proporzionata sotto l'uno o sotto l'altro profilo.

La cura è infine consensuale, perché consensuale è tutta la relazione di cura, un processo che deve portare alle decisioni terapeutiche in modo commisurato alle condizioni del paziente, alla sua capacità e disponibilità ad acquisire informazioni, a valutare il proprio stato e ad assumere la responsabilità del proprio futuro. In questa chiave la sua autodeterminazione va sempre sostenuta, anche quando si esprime nella scelta di affidarsi puramente e semplicemente al medico. E nel caso in cui le sue condizioni fisiche e psichiche non gli consentono di prendere parte attiva alle decisioni terapeutiche, il medico farà comunque il possibile per osservare i principi di appropriatezza e di proporzionalità e sarà sempre pronto a riconsiderare la propria valutazione per rispettare la volontà del malato.

Quali sono i principali strumenti per attuare questi principi? Il primo, quando la cura non sia esaurita da singoli atti medici o da trattamenti di modesto rilievo, è la pianificazione condivisa delle cure. Essa consente al medico e al paziente di prevedere situazioni probabili o possibili ed ipotesi di trattamento preferite o rifiutate. Garantisce quindi una proiezione al futuro del consenso, che si estende, se il paziente lo richiede, anche oltre una sua perdita di capacità.

Il secondo strumento è il fiduciario, cioè la persona dalla quale il paziente può decidere sia di essere affiancato, sia, in caso di incapacità, di essere rappresentato e tutelato nella relazione di cura.

Il fiduciario è essenziale ove sia utilizzato il terzo strumento, le dichiarazioni anticipate del paziente. Esse sono volte al rispetto dell'identità dello stesso paziente e servono a realizzare, nei limiti del possibile, una eguaglianza di trattamento tra persone attualmente capaci e persone che non lo sono più. Naturalmente non vanno considerate un onere per la persona, che deve essere libera di giovarsene o meno in base alle proprie esigenze e convinzioni. Quando esse vi siano, rivolte come sono a situazioni ipotetiche future, rimarranno affidate alla collaborazione fra il medico e il fiduciario, che dovranno attualizzarle e concretizzarle in vista del miglior rispetto delle preferenze e della volontà del dichiarante nella situazione data, in una sorta di perdurante continuazione della relazione terapeutica.

Nella relazione terapeutica va anche collocato il rifiuto di cure, che è un risvolto necessario della loro consensualità e della loro stessa appropriatezza, in relazione al beneficio che ne percepisce il paziente. Questi, se capace, non può non esserne l'ultimo interprete, anche là dove si tratti di cessare la lotta per il prolungamento della sopravvivenza, interrompendo i trattamenti in atto e rimodulando le cure in senso palliativo. Nei casi di legittimo rifiuto o di non proporzionalità delle cure – sottolinea il documento – l'astensione e l'interruzione sono condotte che adempiono a un dovere deontologico e come tali devono essere sottratte a sanzione, sia civile che penale. Per converso, ove l'interruzione esiga l'intervento del medico e possano insorgere in ciò i presupposti per l'obiezione di coscienza, il medico potrà legittimamente sottrarsi all'intervento, nel rispetto tuttavia del dovere deontologico di assicurare altrimenti la continuità di assistenza.