

APPROFONDIMENTO/2

Fine vita: la relazione paziente-medico come incontro tra due coscienze

25 febbraio 2017

Maurizio Calipari

Prosegue con questo secondo contributo la serie di riflessioni per accrescere la conoscenza e la consapevolezza circa gli aspetti problematici del fine vita. Tema di questo focus: la relazione medico-paziente



Nell'intento di continuare ad approfondire i principali temi legati all'ambito del fine-vita, è senz'altro opportuno dare spazio ad una riflessione sulla relazione paziente-medico.

L'esperienza della malattia – cioè della perdita del bene della salute – mette la persona che la sperimenta in una situazione di bisogno profondo, poiché in genere, essa non ha competenza e strumenti per curarsi da sola. Eccola, allora, rivolgere una domanda d'aiuto, indirizzata al medico (o, più in generale, all'operatore sanitario), ovvero a colui che – per la propria competenza professionale – è in grado di dare una risposta specifica a quel bisogno di salute.

L'accoglienza di questa richiesta d'aiuto da parte del medico segna l'inizio di un percorso comune e, auspicabilmente, condiviso.

Contenuti correlati

APPROFONDIMENTO/1

Fine vita: il bene della vita umana e la salute

Dunque, siamo di fronte all'incontro tra due persone – il paziente bisognoso d'aiuto, il medico in grado di offrirglielo – che, agendo congiuntamente per il raggiungimento di un fine comune (il recupero del bene della salute del paziente), instaurano

una "relazione d'alleanza", orientata alla cura.

In qualche modo, quindi, i due protagonisti – paziente e medico – stringono una sorta di alleanza per la vita!

Ma perché questa relazione sia realmente sostenibile ed efficace, lungo tutto il tempo necessario, devono trovare adempimento alcune importanti condizioni. Anzitutto la scelta reciproca di dare fiducia all'altro e al suo operato: il paziente verso il medico, tanto sotto il profilo delle sue scelte operative, quanto sotto il profilo umano, ovvero della sua capacità di "prendersi cura" del paziente stesso; ma anche fiducia del medico verso il paziente, confidando nella sua fattiva collaborazione con le iniziative di cura condivise.

Fiducia reciproca, quindi, che richiede di essere corroborata da una sostanziale "fedeltà" di entrambi all'alleanza instaurata, attraverso il mantenimento degli impegni liberamente concordati e assunti da ciascuno dei due. Ma non basta...

Perché mantenere questo patto virtuoso, è necessario anche che ciascuno dei protagonisti riconosca e rispetti pienamente la dignità personale dell'altro, evitandone ogni possibile strumentalizzazione. Il paziente, infatti, non può considerare il medico come un mero esecutore tecnico delle proprie volontà, quasi come fosse un "distributore a pagamento" di servizi sanitari di proprio gusto. Al contrario, egli ne deve costantemente considerare e valutare le proposte di cura, formulate in "scienza e coscienza" (come prevede il plurisecolare dna dell'arte medica), per giungere a decisioni operative condivise. Il medico, dal canto suo, non può mai pensare di strumentalizzare in alcun modo il paziente e la sua sofferenza, utilizzando il proprio "ruolo forte" (a causa del bisogno del paziente) per il raggiungimento di scopi diversi dalla sua guarigione o, magari, per puro interesse personale.

Realizzare e mantenere questo clima costruttivo nella relazione paziente-medico richiede, poi, la messa in atto di uno strumento privilegiato: la pratica di un continuo e franco dialogo tra i due, che ovviamente tenga conto della naturale "asimmetria" di questo rapporto. Ciascuno di loro, infatti, vi partecipa col proprio indispensabile contributo. Il paziente, con la "narrazione" attuale del proprio vissuto di malattia, aiuta infatti il medico a comprendere meglio la reale situazione e pianificare le sue proposte di cura; il medico, con adeguato linguaggio, spiega al paziente la sua malattia e le ipotesi di intervento, per metterlo in condizione di poter dare/negare il proprio assenso. Ma perché tutto ciò non resti solo una buona intenzione, occorre che il medico spenda sufficiente tempo col paziente, non solo quindi per operare i necessari interventi, ma anche per parlare con lui, ascoltarlo e farsi capire.

Questo modo di fare, può far nascere un'ulteriore strumento di gestione comune (pur nel rispetto dei propri ruoli specifici) del percorso terapeutico:

la pianificazione terapeutica condivisa.

Essa, potrebbe segnare l'inizio di ogni tappa della cura, oltre che essere di continuo sottoposta a verifica e adeguamento, in base alle reali condizioni del paziente. Ma siccome questo

sodalizio si sviluppa attraverso scelte e atti che hanno per oggetto il bene della vita umana e della salute, paziente e medico – oltre che condividere la necessaria pianificazione “tecnico-operativa” degli interventi – devono anche confrontarsi e convergere sui valori etici implicati nel loro agire, perché ogni scelta concreta risulti rispettosa e coerente verso questi. Naturalmente, tale sforzo di “convergenza valoriale” non potrà mai travalicare il limite della coscienza morale di entrambi.

Mai, infatti, si potrà pretendere da uno dei due che agisca contro i dettami della propria coscienza.

Dunque, nell’evenienza di un conflitto valoriale insanabile, la soluzione più corretta sarà quella di interrompere “l’alleanza terapeutica” stipulata, mantenendo il rispetto reciproco e dando al paziente la possibilità di costruire un nuovo patto d’aiuto con un altro operatore sanitario.

In ogni caso, la responsabilità di assumere la decisione ultima sugli interventi di cura grava certamente sulla coscienza del paziente “competente” (capace di intendere e di volere) e adeguatamente informato, in quanto “titolare” del bene della vita e della salute, espressione della propria persona.

Argomenti FINE VITA POLITICA Luoghi ROMA

25 febbraio 2017

© Riproduzione Riservata

Società per l’Informazione Religiosa - S.I.R. Spa — Copyright © 2017 - P.Iva 02048621003 - Via Aurelia 468 · 00165 Roma - tel. 06.6604841 · fax 06.6640337