FINE VITA | LA PROPORZIONALITÀ DELLE CURE | di M.CALIPARI

Prosegue con questo terzo contributo la serie di riflessioni per accrescere la conoscenza e la consapevolezza circa gli aspetti problematici del fine vita. Tema di questo focus: la proporzionalità delle cure.

Continuiamo ad approfondire le tematiche legate al fine-vita, dedicando una più attenta riflessione alla questione della proporzionalità delle cure.
Le nuove e crescenti possibilità tecniche d'intervento medico, oltre che assicurare maggiori chances di vita e/o migliori condizioni di salute per tanti, talvolta, possono comportare per il paziente stesso un ulteriore aggravio della sua sofferenza personale, senza che vi sia, per contro, una reale prospettiva di beneficio.

Che fare in questi casi? Quali criteri adottare per discernere la giusta modalità d'intervento, anche in rapporto alle reali esigenze e alla volontà del paziente?
In verità, all'interno di una relazione paziente-medico vissuta da entrambi in maniera costruttiva e rispettosa, ci si aspetta che **essi affrontino di comune accordo il percorso della necessaria modulazione delle cure, assumendone la responsabilità e l'onere del discernimento etico.**

Ma quali sono gli elementi che entrano in gioco in questo dinamismo? E quali i criteri di riferimento, tanto per il medico quanto per il paziente?

Abbiamo già avuto modo di sottolineare, in un precedente articolo, quale sia il valore della vita umana e del bene della salute, da tutelare e promuovere in ciascun individuo, soprattutto nel momento della malattia. Proprio **la**

salvaguardia di quel valore rimane il criterio primo che muove i due "alleati" (paziente e medico) ad agire fattivamente con finalità terapeutica o, più in generale, curativa. Spostandoci poi sul piano pratico, appare di tutta evidenza il fatto che, per ogni intervento medico-sanitario, frutto della cooperazione tra paziente e medico, sono in realtà due le prospettive da comporre, per poterne verificare correttezza ed eticità.

Una prima dimensione riguarda senz'altro la valutazione dell'"appropriatezza clinica" di un intervento medico-sanitario (diagnostico, terapeutico o di sostegno vitale), ovvero l'adeguatezza o inadeguatezza tecnico-medica del suo uso in un determinato caso clinico ("hic et nunc", qui e ora), in relazione al raggiungimento di un determinato obiettivo di salute per il paziente.

Tale valutazione, com'è ovvio, spetta esclusivamente al medico (operatore sanitario), in forza della sua specifica competenza professionale. Nel mettere in pratica questo processo valutativo, il medico terrà presenti alcuni criteri generali: dovrà sempre impiegare, nei limiti della loro disponibilità attuale, quei mezzi che, secondo le acquisizioni scientifiche più aggiornate, risultano essere i più efficaci per la patologia da diagnosticare o da curare, più adatti alle particolari condizioni cliniche del paziente in questione, meno rischiosi per la sua salute/vita, il più possibile esenti da effetti collaterali gravosi o dannosi.

C'è poi un'altra fondamentale dimensione che riguarda il punto di vista del paziente. Egli ha il dovere morale di conservare la propria vita e, nei limiti del possibile, recuperare una buona condizione di salute. Ma trattandosi di beni – la vita e la salute – non assoluti, tale dovere lo obbligherà moralmente solo all'impiego di interventi di cura "clinicamente appropriati"

(secondo il giudizio del medico) che, nella data situazione,

risultano per lui “ordinari”, secondo il suo stesso prudente giudizio. Possiamo anche aggiungere che, data l’importanza dei beni in gioco, in linea di principio tale “ordinarietà” può essere presunta, fino al momento in cui il suo uso concreto non comporti per il paziente (secondo il suo stesso prudente giudizio), almeno un elemento significativo che renda l’intervento medico “straordinario” per lui.

Ma quali sono i fattori che possono rendere straordinario per il paziente un intervento di cura?

Ad esempio, lo sperimentare, in diretta connessione con l’intervento, un dolore fisico ingente o insopportabile, refrattario ai trattamenti disponibili; oppure, costi economici legati all’intervento, che gravino eccessivamente sul paziente o sui suoi congiunti; o ancora, sperimentare una tremenda paura o una forte ripugnanza nel sottoporsi all’intervento; oppure, una probabilità ragionevolmente alta di gravi rischi per la vita o la salute del paziente, legati all’intervento, valutati da lui stesso in relazione alla gravità della sua condizione clinica attuale. Ed altri simili. Più in generale, si tratta di fattori attuali, che “hic et nunc” sono in grado di causare al paziente una “quasi impossibilità” (fisica o psicologica) di sottoporsi a quell’intervento.

Di conseguenza, si può concludere che **ciascuno di noi è moralmente tenuto a conservare la propria vita e curare la propria salute, ricorrendo a quegli interventi medici necessari, che risultino, nella data situazione, clinicamente appropriati (per il medico) e ordinari (per il paziente). Se invece questi risultassero straordinari, per il paziente sarà facoltativo sottoporvisi.**

Ovviamente, tale dinamismo valutativo, che prevede l’integrazione di queste due dimensioni (valutazione medica e giudizio del paziente), per essere attuato efficacemente, necessita di un clima di costante e franco dialogo tra

paziente e medico, protagonisti di un’alleanza finalizzata a perseguire il miglior bene del paziente, cui spetta, in ogni caso, la sintesi finale del giudizio sull’intervento di cura ipotizzato.

1 marzo 2017 | AgenSIR