



Commento al Documento dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria sulla competenza decisionale del paziente con compromissione cognitiva: il punto di vista di una giovane geriatra

Premetto che sono assolutamente d'accordo sul fatto che, in tema di salute, ciascuna persona maggiorenne debba avere piena autonomia decisionale. Questo aspetto lo premetto, perché ritengo che troppo spesso noi medici (anzi, soprattutto noi geriatri) tendiamo a non parlare della diagnosi e delle alternative terapeutiche con il soggetto interessato dalle nostre cure, ma ci rivolgiamo ai familiari, considerando il malato alla stregua di un ragazzino per il quale altri sono chiamati a decidere della salute. Ed ovviamente non mi riferisco solo ai soggetti con impairment cognitivo: negli anni ho osservato, sia in corsia (dove forse le condizioni di salute più precarie e la necessità di decisioni rapide possono giustificarlo) sia in ambulatorio/DH, che il nostro atteggiamento rimane sostanzialmente il medesimo e che tendiamo ad interagire ed a proporre le nostre conclusioni a colui che ci ha portato il malato (il più delle volte un figlio o il coniuge) e quasi mai direttamente al malato. Ci riempiamo la bocca del fatto che l'anziano non è un bambino ma poi, nella pratica quotidiana, questa affermazione rimane lettera morta! Probabilmente, ciò deriva almeno in parte da un aspetto culturale legato anche alle caratteristiche dei nostri vecchi, di questa generazione di vecchi, abituati a considerarsi più indietro rispetto alle generazioni successive che, avendo avuto la possibilità di studiare mediamente di più e/o visto più televisione (!), appaiono più idonei, ai loro occhi, a parlare con il medico di turno. Sicuramente sarà più facile farsi (e volersi far) comprendere dalle prossime generazioni, più preparate culturalmente e da sempre abituate a decidere direttamente della propria salute.

Ritengo inoltre che troppo spesso la classe medica in generale sia poco preparata al rapporto con il paziente: spesso non si è pronti né per quanto riguarda l'investimento affettivo né per quanto riguarda la capacità di gestione del rapporto. Il medico impara con il tempo a gestirsi emozionalmente per quanto concerne il coinvolgimento, ma spesso passa da un'eccessiva immedesimazione ad un successivo cinismo di autodifesa. Nessun libro (nessun codice deontologico) è in grado di insegnare a trovare il giusto equilibrio, ma è chiaro che se si è troppo coinvolti emotivamente o, al contrario, troppo distaccati, difficilmente si riuscirà a trasmettere il giusto messaggio all'interlocutore.

C'è poi, secondo me, il problema delle aspettative del medico e del paziente: il paziente (e frequentemente il familiare) tende a riversare nel medico, come è ovvio, aspettative di guarigione; il medico si sente investito di questa responsabilità, a volte compiacendosene (e spesso alimentando il proprio ego, non infrequentemente già ipertrofico per orgoglio professionale) e quindi aumentando ulteriormente la distanza con il malato oppure, quando si è ancora immaturi e non si è consapevoli dei propri limiti (sia in plus che in minus),

rimanendone schiacciati. Spesso così il giovane medico arriva al reale rapporto con il malato senza aver mai pensato che la medicina è anche (anzi soprattutto) interazione/comunicazione con l'altro e, allora, cerca modelli di riferimento ai quali ispirarsi; modelli spesso mutuati dai colleghi più anziani che, essendo ormai ad uno stadio maturativo più avanzato (si legga cinismo), propongono un distacco che disorienta il giovane medico il quale invece spesso, ancora "stordito" dal mito di Ippocrate, avrebbe slanci di pietas verso il paziente... e di fatto non sa come comportarsi, frastornando spesso il malato e suoi familiari. Questo, ovviamente, è un argomento molto più vasto, ma basta vedere come si comportano gli specializzandi nei casi più estremi di comunicazione, ovvero quando si deve assistere un paziente terminale e quando poi si comunica ai familiari il decesso. Nessun corso e nessun collega, infatti, insegna ai nuovi medici ad affrontare la morte!

Tutto ciò comunque per dire che, secondo me, nel rispetto della dignità del soggetto anziano o non anziano, cognitivamente competente o affetto da deficit cognitivi, è fondamentale la capacità del medico di mettersi nelle condizioni di dare al malato la possibilità di scegliere. E questo è possibile solamente possedendo gli strumenti culturali ed emozionali adeguati. Gli strumenti culturali sono rappresentati, ovviamente, dalla conoscenza della malattia e delle alternative terapeutiche, che rende forte il medico nella sua posizione, meritevole di quella fiducia assolutamente necessaria nel rapporto medico/paziente; quelli emozionali sono rappresentati dalla consapevolezza dei propri limiti (non si è onnipotenti solo per il fatto di essere medici e, anzi, in primis bisogna sempre ricordare a noi stessi che siamo sullo stesso piano del paziente) e la capacità di entrare in empatia con il soggetto; capacità che, come ho già detto, nessun libro e nessun codice deontologico possono insegnare! ... per cui sarebbe molto più utile, invece di fare i quiz per entrare in certe scuole di specializzazione "mediche", conoscere le motivazioni che spingono un soggetto a scegliere questa strada e valutare contemporaneamente come è in grado di relazionarsi con l'altro. Sarò drastica, ma tanti colleghi (veramente troppi!), bravissime persone sotto i più svariati aspetti, mostri di bravura per quanto riguarda la teoria, sono una vera e propria calamità quando poi si ritrovano a tu per tu con il paziente. Con questo, non voglio dire che certe persone non do-

vrebbero fare i medici, oppure che dovrebbero fare solo i "ricercatori puri": anzi, sono convinta che, salvo qualche rara eccezione, un'adeguata sensibilizzazione ed una giusta preparazione possano permettere a chiunque di "approcciare" nel giusto modo l'ammalato.

Allora, discutiamo sulla capacità decisionale del soggetto cognitivamente deficitario, costruiamo scale che siano in grado di misurarla, filosofeggiamo sulle differenze tra insight e capacità decisionale, parliamo dell'eticità degli studi clinici, ma sarà tutto inutile se mancano, alla base, la volontà e la motivazione da parte del medico di trovare la strada per comprendere e farsi comprendere.

Entrando nello specifico, nella mia personale (e limitata) esperienza con il soggetto demente, posso dire che ottenere la firma del Consenso Informato (sia da parte del malato che da parte del familiare) è spesso un atto dovuto (premetto che noi attualmente chiediamo il Consenso Informato solo per l'inizio del trattamento con antipsicotici nei soggetti con disturbi cognitivi, con firma sia del paziente sia di un familiare, anche se il paziente non è interdetto). Mi spiego meglio: il rapporto fiduciario che si instaura negli anni è tale che, quando vado a spiegare le motivazioni, per cui è necessario firmare il Consenso Informato per l'inizio del trattamento, spesso mi viene chiesto di non continuare, perché tanto sanno, dicono, che è per il bene del paziente e che non c'è bisogno di altro da aggiungere. Lo sforzo, da parte mia, ogni volta è, però, quello di comprendere realmente le motivazioni che ci sono dietro l'inizio (o la richiesta di eventuali modifiche) di un trattamento antipsicotico. Quando il paziente ed i suoi familiari mi sono noti da tanto tempo, ovviamente è facile orientarsi (spesso trovando anche alternative al trattamento) e riuscire ad interpretare anche il volere del soggetto malato. Più difficile è ovviamente "entrare" nel rapporto quando il soggetto arriva alla diagnosi già in una fase di tale compromissione cognitiva che non si è in grado di capire le dinamiche e le reali motivazioni. In genere, io cerco di prendere tempo, di parlare con quanti più familiari mi è possibile e di trovare il giusto compromesso. Ma, da sempre, mi sembra una violenza inaudita (anche quando il soggetto è violento ed aggressivo e quella terapia è quasi un TSO) la mia pretesa di chiedere al soggetto la sua firma (così, legalmente siamo a posto!) sotto quel Consenso Informato!

Insomma, in queste mie "sgangherate" riflessioni, mi sembra di tornare sempre là: è fondamentale il rapporto medico-paziente, la necessità assoluta da parte del medico di avere rispetto per il soggetto malato che ha di fronte, con la volontà di comprendere e di essere compresi, col fine ultimo del bene del paziente.

Per cui ben vengano documenti, seppur un po' poco pratici, che sensibilizzino i medici su questi aspetti o, quantomeno, gli facciano venire dei dubbi sul proprio comportamento.

Sara Ercolani

Medico specialista in Geriatria, Perugia