

ALLA SERA DELLA VITA



di Salvino Leone

Forse una distratta e superficiale accoglienza di questo documento potrebbe relegarlo al “solito” testo più o meno ripetitivo di quanto negli ultimi anni più volte il Magistero ha prodotto: condanna di eutanasia e accanimento terapeutico, attenzione pastorale al morente, ecc. In realtà a una più attenta lettura compaiono importati elementi innovativi che meritano attenzione e aprono un interessante dibattito.

L'obiezione di coscienza

Il primo di questi riguarda il problema dell'obiezione di coscienza. Se ne ribadisce la doverosità etica di fronte a procedure che si rivelino lesive della vita umana. L'obiezione tuttavia va rettamente compresa.

Innanzitutto su un piano concettuale non andrebbe accolta con quell'entusiasmo con cui molti la invocano di fronte a leggi poco rispettose della vita umana e con cui i “non obiettori” ritengono democraticamente di averla concessa. L'obiezione è pur sempre un falli-

mento. E' prevista, infatti, all'interno di una legge che legittima il rifiuto a un dettato normativo. Un po' come se un genitore dicesse al figlio: “devi tornare a casa a quest'ora ma, se ritieni che non sia giusto, torna quando vuoi”. L'obiezione è una sorta di permanente critica interna alla stessa legge, una dichiarata imperfezione, dato che contraddice alla sua essenza di essere a servizio del bene “di tutti”.

In secondo luogo potrebbe esserci il rischio di un certo “pilatismo” che vuole solo lavarsene le mani rifiutando il coinvolgimento in tali pratiche. In tal senso vi sarebbe solo una valenza soggettiva che esclude il significato testimoniale del gesto. Peraltro si ritiene spesso erroneamente che l'obiezione di coscienza sia solo quella disposta e accolta per legge (IVG, Procreazione assistita, ecc.) mentre il documento ricorda giustamente che il medico è in ogni caso legittimato a non partecipare a procedure che contrastino con la sua coscienza. A questa particolare tipologia (peraltro prevista dal Codice di Deontologia Medica, art. 22) molti danno il nome di “clausola di coscienza” per evitare confusioni con la definizione di “obiezione”. Questa prerogativa, tuttavia, si muove su un terreno delicato perché l'operatore sanitario potrebbe sentirsi sempre e comunque legittimato a rifiutare una determinata procedura. Occorre, allora, che le motivazioni siano forti

e inoppugnabili soprattutto di fronte a un possibile contenzioso che potrebbe derivarne.

A proposito di tale obiezione in strutture sanitarie di ispirazione cristiana è importante ribadire, poi, che, giuridicamente, non esiste un'obiezione di coscienza "istituzionale" ma solo individuale. Questo costituisce, allora, un impegno ancora maggiore perché tutto il personale di tali strutture si dichiari obiettore. Al tempo stesso si dovranno trovare gli adeguati strumenti perché nei rapporti, negli accordi e nelle convenzioni con le Istituzioni civili venga garantita questa prerogativa. Vi è, infine, una criticità insita nel dichiararsi obiettori. Come già detto il fine ultimo di tale gesto non è tanto quello di garantire una coerenza interiore della nostra coscienza quanto piuttosto tutelare il bene dell'altro, in questo caso della vita altrui. Come si è verificato per l'interruzione volontaria di gravidanza purtroppo l'obiettore, per forza di cose, si trova ad essere allontanato dal soggetto che dovrebbe tutelare. In realtà sarebbe la persona più indicata per accompagnarlo, parlargli, stabilire con lui un rapporto empatico ma il fatto stesso di non partecipare a nessuna delle procedure previste (cosa di per sé corretta) lo allontana dal paziente. Occorrerebbe, allora non limitarsi a richiedere l'obiezione ma adoperarsi perché questa non si riveli uno strumento di propria tutela ma di tutela altrui magari trovando più articolati strumenti normativi per farlo.

La cura integrale del paziente

È una delle parti più interessanti del Documento. Innanzitutto perché ribadisce, in chiave moderna, un antico principio al quale non sempre si dà la dovuta attenzione: "fine primario della medicina è il bene integrale del paziente" (n.50). Si tratta delle rivisitazioni di un antico dilemma che veniva espresso in questi termini: *bonum aegroti aut voluntas aegroti suprema lex?* In tempi

moderni, dal Codice di Norimberga in poi, la bilancia pendeva sulla *voluntas* facendo così esplodere il principio di autonomia come primo principio della bioetica. Si tratta di un principio giustissimo che ha dato origine all'istituto del consenso informato, alla donazione d'organo, ecc. ma, al tempo stesso, ha manifestato una sorta di arrogante centralismo occultando che la vera ragion d'essere della medicina è il bene del paziente.

Certamente non è un bene assoluto e oggettivo che cala dall'alto ma di una realtà da costruire insieme in un'adeguata alleanza terapeutica (peccato che il documento non la nomini anche se ne esprime il concetto).

Nella valutazione dei mezzi clinici l'etica tradizionale degli ultimi anni ha sostituito il binomio ordinario/straordinario con quello di proporzionato/sproporzionato. Non si tratta di una pura sostituzione nominale ma concettuale a cui il documento allude chiaramente. Ordinario/straordinario, infatti è un concetto assoluto, oggettivo, immutabile mentre proporzionato/sproporzionato è più rispettoso della coscienza del malato, del suo contesto existen-





ziale, dei suoi desideri.

Ma vi è un altro aspetto da tener presente che, a mia memoria, per la prima volta troviamo in un documento ecclesiale, cioè la rilettura del concetto di proporzionalità con quello di *appropriatezza*. Anche qui non si tratta di una rivisitazione nominale ma di una reinterpretazione concettuale. Se infatti il concetto di “proporzionalità” sembra quasi relegare

il discorso all’aspetto etico non così quello di “appropriatezza” che oggi ha una sua valenza clinica importante. Parlare di appropriatezza, quindi, rende il testo assolutamente moderno e in grado di porsi nell’ambito del dibattito sull’appropriatezza clinica (spesso negata dalla cosiddetta “medicina difensiva”) oggi al centro dell’attenzione sanitaria. E poi, con grande buonsenso, il testo traduce tutto in una semplice e comprensibile affermazione: occorre valutare “se valga la pena effettuare quel determinato intervento terapeutico” (n.53). In fondo, nella sua semplicità formula-tiva, è questa la risposta al problema dell’accanimento terapeutico.

Moderni strumenti di approccio clinico.

Nel realizzare tutto questo il documento, per la prima volta nella storia dei documenti ecclesiali fa ricorso ad alcuni moderni strumenti operativi. Innanzitutto la *Evidence Based Medicine*, (EBM) cioè la medicina basata sulle prove di efficacia. È un riferimento importante perché spazza via decenni di empirismo medico e di valutazioni soggettive del tipo: “a me una volta è capitato”, “spesso questo farmaco fa bene”, ecc. Senza oggettiva evidenza clinica, validata con appositi strumenti riconosciuti dalla comunità scientifica, non c’è medicina e quindi non possono esservi ragionamenti basati su opinioni personali o sentito dire. Questo, anche se il testo non ne fa esplicita menzione, è particolarmente importante nell’epoca dei social e della diffusione della post-verità correlata ad essi.

Una seconda riflessione chiama in causa le *Good Clinical Practice* (n. 60). Si tratta, anche qui, di una dimensione oggettiva della prassi medica strettamente correlata all’EBM. L’invito è quello di operare secondo prassi universalmente validate e non in modo soggettivo, cosa che porterebbe nocimento al paziente.

Mi piace, poi, sottolineare anche alcuni altri ambiti di cura che il documento evidenzia. Innanzitutto nel ribadire il generale obbligo di nutrizione artificiale (argomento complesso del quale abbiamo già dibattuto sulle pagine di questa rivista) ribadisce la possibilità che tale alimentazione in alcuni casi possa rivelarsi inadeguata creando al paziente un’eccessiva gravosità o disagio fisico. In questo si limita a riportare un’affermazione della Congregazione per la dottrina della Fede ma è bene che lo abbia ribadito di fronte a un certo oltranzismo vitalista che si rivela astrattamente rispettoso di un principio ma di fatto contrario al bene del paziente. Inoltre nel trattare delle DAT (n.101) prospetta con sereno

equilibrio che un medico possa adeguatamente rivalutare l'opportunità di tale nutrizione artificiale qualora crei eccessivo danno al paziente. Analogamente viene ribadita la legittimità del ricorso alle *cure palliative* già autorevolmente affermato da papa Francesco della *Samaritanus bonus* e anche della sedazione palliativa se le condizioni cliniche lo richiedono. Potrebbe sembrare, anche in questo caso, un'inutile ripetizione ma è opportuno ribadirlo di fronte a certe ingiustificate remore o mal comprensioni di tali prassi. Contro la generale svalutazione delle cure palliative che appaiono spesso come il trattamento da mettere in atto quando “non c'è più niente da fare” viene ribadito una volta per tutte che “non sono un ripiego ma il meglio che la scienza e la medicina offrono in un particolare stadio di malattia” (n. 46).

Per continuare a dibattere.

Un documento così corposo, ovviamente, non solo non si pone come un testo definitivo e risolutivo (peraltro non è neanche un documento del Magistero) ma può contenere elementi che suscitano un ulteriore dibattito e approfondimento. Mi limito a segnalare quelli che, mio giudizio, sono i principali.

Innanzitutto vi è una distinzione che viene fatta (n.20) tra obbligazione di mezzi e di risultato affermando che la natura professionale della relazione clinica, dato che non sempre può guarire, si pone come obbligazione di mezzi non di risultato. In realtà, anche dal punto di vista medico-legale, questo è vero tranne che per la chirurgia plastica dove l'obbligazione professionale non riguarda solo il mezzo ma anche il risultato. Inoltre rimane totalmente fuori da questo binomio applicativo la “medicina dei desideri” che oggi fa parte a pieno titolo della Medicina. Ovviamente in un documento che tratta del fine-vita

questo non poteva trovare spazio ma, date le molte questioni cliniche che lo stesso pone, sarebbe interessante poterne trattare.

Nella terza parte, quella più propriamente pastorale vi è un'interessante disamina dei rapporti tra sacramenti e salute. Nel parlare del matrimonio viene detto che “per un cristiano sposato la morte del coniuge è anche la fine del proprio Sacramento del Matrimonio” (n.135). Detto così è un macigno, peraltro assai ammorbidito da quanto segue nel paragrafo cioè un invito ad accompagnare il vedovo o la vedova che non avrà più accanto a sé il coniuge. Si tratta di un delicato, e in qualche modo irrisolto, problema al quale Pio XII ha dedicato uno splendido discorso (16.09.57). Indubbiamente sul piano “giuridico” il matrimonio come contratto non sussiste più ma la dimensione sacramentale con la prospettiva escatologica che comporta non solo lo fa sussistere ma lo porta al definitivo compimento per uno dei coniugi. Ma, ovviamente questo ci conduce a una rivisitazione teologica del sacramento che il documento non poteva affrontare. Ma è indubbio merito aver sottolineato l'importanza dell'accompagnamento per il coniuge “superstite”.

Infine è il testo stesso a suggerire il prosieguo di questa riflessione laddove dice, aprendo la porta al futuro, “sono indispensabili nuove grammatiche della relazione terapeutica, all'altezza delle novità concrete in cui essa oggi si realizza” (n.32). Occorre, cioè, avere occhi e orecchi attenti alle dimensioni del cambiamento saper collocare il malato, la relazione terapeutica, gli approcci etici e il sapere teologico nelle coordinate dell'oggi che non era così ieri e non sarà così domani. La Chiesa, lo sappiamo, cammina nel tempo e nel tempo devono camminare le riflessioni che in essa vengono elaborate.