

Chiara Mantovani

Medico-chirurgo. Membro dei Comitati Etici della ASL dell'Azienda ospedaliera e dell'Ordine dei medici di Ferrara. Direttore del "Centro consulenza bioetica" del servizio di accoglienza alla vita di Ferrara.

Che cosa pensa di una norma che sancisca il testamento biologico?

Sono molto preoccupata e diffidente nei confronti di norme che vogliano definire e/o regolamentare il cosiddetto "testamento biologico", per due motivi fondamentali.

Il primo è la persuasione che ogni invocazione, personale o sociale, di norme nuove e aggiuntive è una ammissione implicita di "eticità debole": poiché non so più/ho paura di pensare/non ho fondamenti per giudicare che cosa sia giusto e che cosa ingiusto, invoco una legge che mi sollevi da responsabilità personali. Di questo tipo mi appare oggi la corsa alla compilazione di disegni di legge più o meno condivisi: il tentativo di mettersi con le spalle al sicuro, evitando la difficoltà degli interrogativi etici e gli eventuali "guai" giudiziari.

Il secondo motivo è un profondo disagio verso l'espressione stessa "testamento biologico", che mi appare già semanticamente fuorviante. Il testamento è un atto amministrativo redatto al fine di disporre pienamente delle cose in proprio possesso: la vita è un valore (non una cosa!) che non ci appartiene pienamente, è nostra ma è indisponibile. Inoltre, ridurre al "biologico" la vita umana mi sembra un'operazione culturale pericolosa, un riduzionismo inaccettabile.

Dal punto di vista medico, se un testamento biologico avesse [e non si vede come potrebbe non averla, dato il nome] la stessa rilevanza e cogenza giuridica di un testamento patrimoniale, si causerebbe la sostanziale identificazione del medico con un esecutore testamentario: funzione nobile, ma certamente inadeguata alla professione sanitaria.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

Con "accanimento terapeutico" intendo una gamma variegata di comportamenti medici, sia terapeutici che diagnostici, causata in buona sintesi da due motivazioni, talvolta confliggenti tra loro, a volte insieme combinati, fondata su giudizi antropologici non corretti, su differenti valutazioni del valore della persona umana. Da un lato c'è la visione della malattia come sfida alla competenza e alla tecnica medica: non mi arrendo, indifferente o quasi a colui che della malattia è soggetto, continuo i tentativi (quando non gli esperimenti) terapeutici o diagnostici anche quando essi siano palesemente inutili alla guarigione, addirittura gravosi per le condizioni del paziente. Dall'altro c'è la visione della morte come male assoluto da procrastinare quanto più possibile, nella non accettazione dell'umano limite e nella convinzione che esista un diritto ad accedere ad ogni tipo di cura: è questa una visione più frequente nei parenti della persona ammalata, che non si rassegnano a perdere il proprio congiunto e che chiedono ai medici di continuare gli sforzi per prolungare il più possibile la vita.

Ma al di là di una seppure frettolosa esemplificazione delle motivazioni, resta un dato oggettivo sul quale poter basare, a mio avviso, una definizione di accanimento terapeutico che faccia chiarezza tra questo e le cure sempre dovute ad ogni persona ammalata: è accanimento tutto ciò che ha in mira un impossibile miglioramento prognostico dello stato di malattia, che è indifferente ai costi non economici bensì di sofferenza fisica e psicologica, che è illusorio nei confronti delle aspettative di vita di pazienti e loro familiari, che prolunga inutilmente lo stato agonico.

Non è accanimento accompagnare l'ammalato con tutte le cure necessarie al benessere (seppure relativo) fino agli ultimissimi istanti della vita; non è accanimento tutto ciò che in altre circostanze della vita è considerato necessario (al neonato è necessario bere, mangiare, stare al caldo ed essere cullato amorevolmente: perché mai non dovrebbe essere necessario tutto ciò a chi sta per "nascere" ad un altro modo di vivere?); non è accanimento applicare terapie inutili alla guarigione ma utili, quando non necessarie, ad un migliore stato di sopportazione della malattia.

Da tutto ciò fin qui detto, è chiaro che rigetto l'idea che nutrizione e idratazione possano essere ritenute pratiche di accanimento terapeutico; se così fosse, ciascuno di noi, neonato destinato certamente alla morte prima o poi, avrebbe felicemente subito il suo più importante accanimento terapeutico alla nascita.

Che cosa intende per eutanasia?

Sarò icastica: qualsiasi atto che abbia in animo, che si prefigga, che realizzi la temporalizzazione voluta e programmata della morte. Quale che sia il motivo, la nobiltà dell'intento, la drammaticità della situazione, eutanasia significa preferire la morte alla vita, pensare che una certa morte sia meglio di una certa vita.

Non è eutanasia accettare che il limite di ciò che si poteva fare per guarire sia stato raggiunto, non è eutanasia sedare un dolore e una sofferenza accettando che questo accorci la durata della vita, ma quando questa vita è già — per ciò che ne sanno medici competenti dei problemi annessi e connessi al fine vita — giunta al capolinea.

Spesso ciò che differenzia l'atto eutanasiaco dalla cessazione di un accanimento è solo l'intenzione di chi lo compie e/o lo richiede: se ciò che cerco di ottenere è morire e far morire, ecco, quella è eutanasia. Se ho come unico scopo quello di alleviare una sofferenza, non è eutanasia. Se il modo di alleviare la sofferenza è morire, è eutanasia.

Mi rendo conto di spostare così tutta l'attenzione sull'intenzionalità più che sugli atti, ma sono davvero persuasa che molte delle perplessità intorno al tema siano causate dal fatto che spesso si confonda la cessazione di terapie inutili con l'eutanasia: "lasciar morire" è profondamente diverso da "far morire".

Nel codice deontologico ci sono le risposte necessarie a questa problematica?

Ancor prima che nel codice deontologico, nel quale comunque sono ancora contenute indicazioni preziose al proposito, sono persuasa che esistano in quella che oggi si chiama "buona pratica clinica", nel mai abbastanza lodato "buon senso" del medico. Ma poiché non vivo nel mondo delle favole, sono preoccupata per lo scomparire dei principi antropologici che hanno guidato la preparazione e la crescita delle generazioni umane. Non si tratta di sterile nostalgia dei "tempi andati", è la constatazione della perdita di una cultura di rispetto per la preziosità della vita umana, che inevitabilmente si riflette nella preparazione dei medici.

Eutanasia e accanimento terapeutico sono risposte sbagliate, una per difetto e l'altra per eccesso, alla domanda sul senso e sul valore della vita umana: non saranno risposte imposte per legge a colmare il vuoto esistenziale, è necessario svolgere una efficace opera educativa delle coscienze. Come non si va in Paradiso con i carabinieri, così non si creano codici di comportamento o leggi che possano sostituire la fatica dell'etica. E, come dice un grande teologo morale, l'etica non la si impone e neppure la si insegna: la si può solo suggerire.

C'è e in che cosa consiste il conflitto tra volontà espresse in precedenza dal paziente e posizione di garanzia del medico?

Se intendo bene la domanda, è possibile che disposizioni espresse da un paziente quando era sano confliggano con ciò che in un successivo momento, in presenza di patologie, un medico giudica adeguato: ma il paziente non è più in grado di comunicare se ciò che ha deciso rispecchi ancora la sua intenzione. Questo è un altro dei motivi per cui non approvo il cosiddetto "testamento biologico" che, formalizzato in tempi magari lontani da quello della malattia, può mettere in serio imbarazzo il medico: una terapia oggi ritenuta gravosa e inusuale, domani può rientrare nella routine terapeutica, un trattamento che in piena salute appariva insopportabile, visto "da vicino" nel momento della malattia non sembra poi così insopportabile. E se il medico comprende con la sua sensibilità che sta accadendo questo, come può agire senza ripercussioni giuridiche sul suo operato?

Dovrà scegliere se finire in tribunale o fare il migliore interesse del suo paziente? Dobbiamo forse prevedere l'eroicità tra i requisiti per l'esercizio della professione?

Ma il pericolo maggiore, nella ratificazione di norme che stabiliscano volontà di trattamenti sanitari, mi sembra quello di introdurre una mentalità che favorisca piuttosto l'abbandono terapeutico e la deresponsabilizzazione: tant'è, il paziente ha già deciso come si deve comportare il medico, perché mai quest'ultimo dovrebbe farsene carico psicologico e etico?

Nel corso della sua professione ha mai avuto problemi, nel senso di denunce legali, nel caso di interventi contrari alle indicazioni del paziente che pur hanno consentito di salvare la vita o di ristabilire un equilibrio di salute o di sospensione di terapie sproporzionate da cui è derivata la morte del paziente?

Non mi è mai capitato perché non tratto, nella mia professione, problemi di questo tipo.

Può indicare la differenza tra testamento biologico e pianificazione dei trattamenti, contestualizzata nella relazione medico-paziente?

Ogni persona umana ha il diritto di decidere, debitamente informato, sulla entità delle terapie che un medico di sua fiducia gli propone. Ma nessuno ha il diritto di imporre ad un medico un comportamento terapeutico scelto dal paziente stesso. Il medico, cioè, non può essere ridotto ad un prestatore d'opera su richiesta. D'altra parte, è unanime l'accordo sul fatto che io possa indicare all'architetto e al capomastro il tipo e le dimensioni della casa che stanno per progettare su mio mandato, ma altrettanto è chiaro che non saranno i miei calcoli o le materie prime di mio gusto quelle che saranno impiegate nella costruzione.

La relazione medico-paziente è un rapporto tra due competenze e due libertà: nessuna prevaricazione delle une sulle altre presuppone che entrambi i soggetti pensino al loro rapporto dando per scontato che entrambi hanno uno stesso scopo: la salute e il prendersi cura dell'altro. Oggi si dice che la medicina ippocratica ha esaurito il suo compito per il doveroso rispetto dell'autonomia del paziente, ma credo che della medicina ippocratica sia da recuperare il senso profondo dell'interesse del paziente salvaguardato dalla competenza del medico: un tempo era scontato che la missione del medico fosse il maggior interesse del suo paziente. Ecco che in questo contesto il parere del paziente è importante, ma non può essere obbligante per il professionista. Il testamento biologico vincola l'agire medico fino a sollevarlo dalla sua responsabilità umana e professionale: trovo questo inaccettabile. La cosiddetta "alleanza terapeutica" mi pare che descriva anche semanticamente un corretto rapporto: entrambi, medico e paziente, lavorano insieme con il rispetto delle legittime aspettative e competenze. Pianificare i trattamenti significa ascoltare ciò che è importante per il paziente, accorgersi che una cura o un esame diagnostico possono essere vissuti in modo molto diverso da quello che il medico immagina; d'altra parte il paziente può essere tranquillizzato e comprendere l'importanza di certi trattamenti che gli erano sembrati inutili o poco efficaci. Dialettizzare il rapporto significa sempre mettersi in un mare di guai!

L'implementazione delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare, delle strutture di lungodegenza e degli Hospice possono essere una risposta all'eutanasia e all'abbandono terapeutico? Come si presenta la sua realtà geografica da questo punto di vista?

Credo che possano, e dunque debbano, essere l'unica risposta efficace e persuasiva, quella di cui le persone davvero sentono il bisogno. A nessuno piace pensare al momento della sofferenza come ad un momento di solitudine. Quando penso a queste problematiche mi viene sempre in mente il primo derelitto che fu accolto da Madre Teresa di Calcutta: egli la ringraziò non per averlo fatto vivere di più, ma per averlo fatto morire con la dignità che spetta ad ogni uomo.

Anche nella mia regione inizia a muoversi qualcosa, dal punto di vista degli Hospice. Credo che sarà fondamentale l'atteggiamento che le pubbliche amministrazioni avranno nei confronti

dell'assistenza al malato cronico e/o in fine vita: se dovesse prevalere una logica assistenzialista, se il privato fosse penalizzato come accade, ad esempio, per l'educazione, se il ruolo del pubblico fosse ritenuto per definizione migliore e più "giusto", sarebbe l'ennesima occasione persa per applicare correttamente il principio di sussidiarietà.

Inoltre è fondamentale che uno Stato — consapevole del suo ruolo di servizio alla società umana che lo costituisce e che è l'unica ragione della sua esistenza — non giudichi inutile una allocazione delle risorse che si faccia carico delle esigenze delle malattie croniche, invalidanti e dello stadio terminale della vita. Anche se ha perso la sua produttività sociale, anche se non possiede le caratteristiche della salute, della bellezza e della prestanza fisica, anche se "pesa" e "costa" agli altri, un uomo è sempre un uomo, prezioso e affidato com'è alla responsabilità dei suoi fratelli in umanità.