

IGNAZIO SCHINELLA

ACCANIMENTO E ABBANDONO: UNA LETTURA TEOLOGICA

1. *L'ermeneutica/etica del travaglio e del parto*

Già l'ermeneutica della crisi¹ ci chiamerebbe al dovere urgente del discernimento, dell'impegno, della valorizzazione delle opportunità, per leggere e costruire la novità emergente dalla storia. Infatti, il senso etimologico del termine *crisi* esige la capacità di discernimento e di decisione in riferimento alle condizioni mutate del tempo. Soprattutto siamo chiamati all'elaborazione del "principio ecumenico" che nasce e si condensa dall'/nell'etica della relazione e del dialogo², fondato, teologicamente, sulla rivelazione biblica quale evento dialogico e storico tra Dio e il popolo. Il mistero quale iniziativa divina di *essere/con l'uomo e per l'uomo*³, proprio della fede ebraico/cristiana/musulmana, parte da Dio e nel caso specifico della fede cristiana da una rilettura della comprensione di sé in forma trinitaria che fa pensare⁴. Intendiamo, perciò, posizionarci sull'ermeneutica/

1 Per il suo significato profondo, cf. P. GILBERT, *La crise du sens*, in *Nouvelle Revue Théologique* 116 (1994), 76-96; C. VOLPINI e M.C., *Tempo di crisi, fame di spiritualità*, in *Famiglia et vita* 17 (1-2/2013), 123-136.

2 Cf. la voce da me curata, I. SCHINELLA, *Religioni e pluralismo multiculturale*, in G. Russo (a cura di), *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, LDC-Velar, Leumann-Bergamo, 2004, 1494-1499.

3 Molto penetranti le riflessioni di F. JACQUES, *Avec. Intersubjectivité ou réciprocité interpersonnelles? Implications d'un changement de paradigme, Intersubjectivité et théologie philosophique. Textes réunis par M. M. Olivetti*, Biblioteca dell'«Archivio di Filosofia», CEDAM, Padova, 2001, 61-78, specie 59-62: «Trouvaille de Dieu: un jour il vient joindre l'homme. Il l'appelle à se dégager du devenir et à s'élever vers Lui avec un cœur nouveau» (p. 59). Cf. H.U.VON BALTHASAR, *Esperienza di Dio nella bibbia dei Padri*, in *Communio* (1976), 4-15; R. GUARDINI, *L'esistenza del cristiano*, Vita e Pensiero, Milano, 1985, 35-78; M. NARO, *Prima viene l'Ultimo. Un'intuizione per comprendere l'escatologico cristiano*, in *Filosofia e teologia* 24 (2010/2), 245-263, specie 249-253.

4 Cf. P. RICOEUR, *L'attribution de la mémoire a soi-même, aux proches et aux Autrui: une schème pour la théologie philosophique?*, in *Intersubjectivité et théologie philosophique*, 21-29, qui 23.

etica del “travaglio” e/o del “parto”⁵, per contribuire alla nascita del nuovo e porci nella prospettiva giusta dell’accoglienza della novità della vita, in collaborazione con tutti gli uomini, consapevoli di non possedere la verità (*Gaudium et spes*, 16 e 43) per cercare, insieme, ragioni e risposte all’inquieto cuore dell’uomo. Tale, del resto, è l’immagine paolina del *parto e del travaglio* della lettera ai Rom 8,19-23. La Commissione Teologica Internazionale, nel suo studio su *Fede e cultura*, aveva affermato che la Chiesa, in riferimento alla cultura, «si trova nel *travaglio*. In essa e mediante essa, le creature di questo mondo sono in grado di vivere la loro redenzione e la loro trasfigurazione» (n.30: *Enchiridion Vaticanum* 11,1395).

Benedetto XVI, in *Caritas in veritate*, n. 21, fa emergere, di fronte alla «complessità e gravità dell’attuale situazione», il dovere di «assumere con realismo, fiducia e speranza le nuove responsabilità a cui ci chiama lo scenario di un mondo che ha bisogno di un profondo rinnovamento culturale e della riscoperta di valori di fondo su cui costruire un futuro migliore». Se di crisi si tratta siamo chiamati a «riprogettare il nostro cammino, a darci nuove regole e a trovare nuove forme di impegno, a puntare sulle esperienze positive e a rigettare quelle negative». Facendo della crisi, un’«*occasione di discernimento e di nuova progettualità*». In questa chiave, fiduciosi piuttosto che rassegnati, conviene affrontare le difficoltà del momento presente». In modo da non scadere nella durezza dell’ideologia e dell’apologetica tanto peggio nel manicheismo sia in campo *cattolico* che cosiddetto *laico*, persuaso, come sono, che sia gli uni che gli altri siamo mossi dalla volontà del rispetto della vita e dalla sua difesa.

2. *L’igiene del linguaggio: prendersi cura è più che potere guarire l’altro*

Poiché l’uomo si dà nel linguaggio, fondamentale ci sembra essere l’educazione alla parola e all’uso della parola. Bisogna evitare che il linguaggio diventi una trappola e subisca dei veri e propri scivoloni semantici, «en culpabilisant ceux qui ne seraient pas dans cette modernité langagière»⁶.

5 Cf. A. SCOLA., *Il travaglio della cultura contemporanea*, in IDEM, *Una nuova laicità. Temi per una società plurale*, Marsilio, Venezia, 2007, 69-78; anche il compianto Pompeo Piva si esprime in termini di «travaglio che rischia di portarci a distorsioni nella concezione dell’essere umano e della vita» (P. PIVA., *Testamento teologico: problema teologico-etico*, in *Rivista di Teologia Morale* [2009]162, 211-228, qui 218).

6 T. ANATRELLA, *Le Lexique et les enjeux de la sexualité*, in *Familia et vita* X (2005/2), 107-111, qui 109.

Mascherando la realtà attraverso la manipolazione del linguaggio, processo in atto nelle nostre società, al quale bisogna opporsi per ripristinare il corretto impiego concettuale quale «passo indispensabile per recuperare libertà per l'opinione pubblica e freschezza di giudizio non pilotato»⁷. Grande battaglia di civiltà è lottare contro il processo di mistificazione che può operare il linguaggio artefatto.

2.1. *Accanimento/eccesso terapeutico o tecnologico (diagnostico, farmaceutico, di sostegno vitale, tecnologico)?*

Più che di *accanimento/eccesso terapeutico* – espressione in sé contraddittoria perché connota negativamente la terapia che per sua natura è sempre buona – è più proprio dire *accanimento/eccesso tecnologico* – che può essere diagnostico, farmacologico, di sostegno vitale o tecnologico strettamente inteso –, figlio dell'imperativo tecnologico che comanda che tutto ciò che è possibile conoscere e fare è moralmente lecito, se non proprio doveroso. Altri ricorrono all'espressione *trattamento inappropriato per eccesso*, in quanto non denota una connotazione morale negativa intrinseca al termine e sottolinea concretamente i criteri di *appropriatezza clinica ed etica*⁸. L'ingresso della tecnica, sempre più massiccia, nella cura delle persone ammalate permette una cura migliore dei pazienti, ma apre anche la porta ai rischi della dimenticanza del malato come uni/totalità personale. Parlare, però di rischi non vuole assolutamente opporre *tecnica e umanesimo* tanto meno *demonizzare la macchina o l'artificiale*⁹. Si tratta, invece, come specificherò meglio, di sapere ponderare le conseguenze dell'irruzione della tecnica nella cura offerta ai malati in

7 V. POSSENTI, *Il Principio-persona*, Armando, Roma, 2006, 139.

8 Cf. il *Documento della Società Italiana di cure palliative sulle Direttive anticipate*, Società Italiana di cure palliative, versione internet del 9.11.2007.

9 Le tecniche che si presentano come un aiuto «non sono da rifiutare in quanto artificiali. Come tali esse testimoniano le possibilità dell'arte medica, ma si devono valutare sotto il profilo morale in riferimento alla dignità della persona umana, chiamata a realizzare la vocazione divina al dono dell'amore e al dono della vita» (*Dignitas personae*, 12). Le più recenti e straordinarie tecnologie biomediche non vanno considerate immediatamente come vere e proprie forme di manipolazione violenta e innaturale della vita, «minimizzandone indebitamente la straordinaria valenza terapeutica, che ha loro consentito di salvare tante vite umane e trascurando così di ricordare che la manipolazione non va condannata perché innaturale (se così fosse sarebbe da condannare perfino la cottura dei cibi), ma solo quando sia non coerente col bene umano» (F. D'AGOSTINO, *Pietà e chiarezza*, in *L'Osservatore Romano*, 29 dicembre 2006, 1).

condizioni molto fragili: il sostegno e la terapia tecnica progressivamente messi in opera divengono talvolta tali da non sapere valutare e discernere la *proporzionalità delle cure*. L'antico dibattito sull'*accanimento/eccesso terapeutico* è così quanto mai superato: il mantenimento in vita di un paziente dipende spesso dalla logica tecnica dispiegata cosicché diviene più difficile discernere il confine oltre il quale il terapeutico non lasci il posto all'*accanimento/eccesso*, sapendo rifiutare l'inizio di tali cure o di rinunciarvi una volta messe in opera o, certamente, limitarli¹⁰. La tecnica è capace di protrarre la sopravvivenza a una vita in via di spegnimento con l'uso di *diagnostiche sempre più invasive*, di *protesi* o di *sperimentazione di nuovi farmaci*. Perciò possiamo intendere per *accanimento/eccesso tecnologico*: «il ricorso a pratiche mediche che, per prolungare la vita, utilizzano strumenti di alta tecnologia, fortemente invasivi, straordinari e sproporzionati alla situazione del paziente: tale è, ad esempio, la ventilazione forzata in soggetti che, se essa venisse a cessare, non respirerebbero più autonomamente. Sono queste le pratiche mediche “sproporzionate”, tali cioè che impongono alla persona ulteriori gravi sofferenze che non giovano alla cura della malattia, ma servono soltanto a prolungare una vita destinata inesorabilmente a morire appena viene a mancare il sostegno dei mezzi artificiali straordinari. L'accanimento/eccesso terapeutico va quindi respinto ed evitato, in quanto pretende di posticipare la morte in un essere umano giunto alla sua fine naturale».

Il rischio insito nell'impiego massiccio della tecnica è la possibile riduzione dell'uomo solo a produttore/consumatore, senza cogliere il senso profondo di mistero che circonda la vita e la morte¹¹. L'atteggiamento scientifico contemporaneo ha creato una società affetta dal mito gnostico che consiste nel trasportare nell'universo morale ciò che si crede di trovare nell'universo sperimentale. Non è che la deriva e la caduta nello *scientismo*, ovvero l'«affidare le scelte etiche al progressivo ampliamento delle applicazioni scientifiche, come se la scienza fosse in grado, di per sé, di conferire valore etico alle operazioni che compie, valore che poi sarebbe in qualche maniera trasmesso agli individui»¹². L'*imperativo tecnologico* sostiene «che si deve fare tutto ciò che si può fare», correndo il rischio di incorrere nella fallacia naturalistica e di sostituire l'etica con

10 Era proprio questo il messaggio della lettera del card. Carlo Maria Martini sul caso Welby, oltre che il caldo invito ad un'umanizzazione degli ospedali.

11 Mi permetto di rinviare al mio contributo, I. SCHINELLA, *Antropologia e mistero dell'uomo*, in *Studi storici e religiosi* 5 (1996), 177-222.

12 A.R. DíAZ, *Il principio di autonomia in Umberto Scarpelli*, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare* 11 (2003/4), 704-728, qui 716.

la gnosi. Il male e la violenza non provengono dalla mente dell'uomo, dal suo intimo, dalle sue scelte, ma dall'ignoranza in cui si pone attualmente l'umanità. Il male non è che questione di un difetto che le soluzioni tecniche elimineranno. La conseguenza antropologica immediata è la riduzione dell'uomo a un fenomeno, votandosi così a curare degli effetti piuttosto che cogliere le strutture interiori e la causalità antropologica. Non sarà certo la scienza che potrà fornire all'uomo il senso del male e delle sue relazioni. Inoltre, si registra la medicalizzazione e salute totalitaria, che costituisce la deriva possibile della medicina di oggi, così descritta da Gori e Del Volgo: «le pratiche mediche attuali, nella loro subordinazione estrema alla tecnica, all'economia e al sociale, conducono a considerare la natura e l'umano come fondi economici e sociali sfruttabili all'infinito»¹³.

Va, infine, previamente detto che finora il tema dell'accanimento/eccesso terapeutico è stato pensato e rifiutato – giustamente – in riferimento al fine/vita, mentre è stato sempre più propugnato per l'inizio/vita. Basti pensare al tema della riproduzione sostituita più che assistita. Anche per l'inizio/vita andrebbe pensato e applicato il rifiuto dell'accanimento/eccesso terapeutico, atteso che per potere ottenere un figlio si prova e riprova con grave ricaduta psicosomatica sulla persona e sulla coppia e, spesso, con esito negativo.

2.1.1. Criteri di discernimento

Il terapeutico attiene a un programma finalizzato a restituire al paziente il miglior grado possibile di salute, di autosufficienza, di inserimento sociale e, ove fosse possibile, lavorativo; o in ogni caso di migliorare stabilmente e significativamente la condizione patologica del paziente. L'accanimento/eccesso tecnologico non è volto al mantenimento terapeutico, perché nell'accanimento/eccesso tecnologico il mantenimento non è l'attesa delle condizioni favorevoli di un'inversione di tendenza, ma attesa della morte inevitabile o procrastinazione della morte. Se l'accanimento/eccesso fosse terapeutico, bisognerebbe parlare più propriamente di *sollecitudine terapeutica*.

13 R. GORI, M.J. DEL VOLGO, *La Santé totalitaire. Essai sur la medicalisation de l'existence*, Denoël, 2005; cf. M.-J. THIEL, *Le mouvement de médicalisation de l'existence humaine*, in *Revue d'Ethique et de Théologie morale* (2006) 241, 87-118.

Tra i criteri oggettivi secondo cui definire il cosiddetto *accanimento/ eccesso tecnologico* sembra opportuno ricordare:

1. *l'inutilità o inefficacia sotto il profilo della terapia* (a tale criterio si riconnette, contenutisticamente, quello dell'irreversibilità o della morte cerebrale, peraltro concetto attualmente criticato¹⁴). Già alla luce di questo primo criterio risulta contraddittoria la stessa espressione di "accanimento/ eccesso terapeutico", precisamente perché non conduce alla terapia.

2. *La penosità o gravosità sotto il profilo del malato*, che rischia d'essere posto in condizioni di ulteriori sofferenze o anche di umiliazione profonda. Alla luce di questo criterio il termine di "accanimento/eccesso terapeutico" svela la triste realtà d'essere un accanimento/eccesso non sulla malattia, bensì sul malato. In questo senso, alcuni parlano di "violenza" terapeutica.

3. *L'eccezionalità degli interventi e/o mezzi terapeutici*: sono quei mezzi che i moralisti del passato qualificavano come "straordinari" e che oggi si preferisce definire "sproporzionati".

È evidente che questo terzo criterio è soggetto di fatto all'evoluzione in rapporto al tempo e allo spazio: mezzi un tempo e in certi paesi "sproporzionati", oggi e da noi (Paesi sviluppati) sono da definirsi mezzi "proporzionati". Comunque questo terzo criterio precisa meglio quello dell'inutilità: il trattamento risulta inutile nonostante la sua eccezionalità. Con grande precisione lo chiariva già Pio XI: «La ragione naturale e la morale cristiana insegnano che l'uomo e chiunque abbia l'ufficio di assistere il prossimo, ha il dovere e il diritto, in caso di malattia grave, di adottare le cure necessarie per conservare la vita e la salute. Tale dovere, che egli ha verso Dio e verso la società umana, e, il più possibile verso determinate persone, deriva dalla ben ordinata carità, dalla sottomissione al Creatore, dalla giustizia sociale e

14 Il 40° anniversario del Rapporto di Harvard del 1968, della definizione di morte encefalica, riapre la discussione scientifica in ambito cattolico, al cui interno l'accettazione dei criteri di Harvard ha costituito un tassello decisivo per molte questioni bioetiche sul tappeto. La Pontificia accademia delle scienze, che negli anni Ottanta si era espressa a favore del Rapporto di Harvard, nel 2005 è tornata sul tema con un meeting su *I segni della morte*: buona parte dei testi critici si trovano in R. DE MATTEIS (a cura di), *Finis vitae. La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2007. Cf. anche P. BECCHI, *La posizione della Chiesa cattolica sul trapianto di organi da cadavere*, in *Asprenas* 52 (2005), 389-401; IDEM, *La position de l'Église catholique sur la transplantation d'organes à partir de cadavres*, in *Revue d'éthique et de théologie morale* (2007), 247, 93-107, in cui l'Autore riprende l'articolo apparso in *Asprenas* alla luce degli ultimi interventi di Giovanni Paolo II; L. SCARAFFIA, *A quarant'anni dal Rapporto di Harvard. I segni della morte*, in *L'Osservatore Romano*, 3 settembre 2008, 1. Per lo stato della questione, cf. A. PUCA, *Morte cerebrale è vera morte*, LER Editore, Marigliano (NA), 2009.

anche dalla stretta giustizia, come dalla pietà verso la propria famiglia. Ma esso non obbliga, generalmente che all'impiego dei mezzi ordinari (*secondo le circostanze di persone, di luoghi, di tempo, di cultura*), ossia di quei mezzi che non impongono un onere straordinario»¹⁵.

4. Il terzo criterio *normalità/straordinarietà* (*proporzionalità/sproporzionalità*) ci introduce anche alla chiarificazione del contenuto del concetto di *legge morale naturale*, che spesso divide la fondazione cattolica da quella cosiddetta laica. In generale, si può affermare che a fronte delle crescenti possibilità di prolungare la vita, bisognerà prima o poi astenersi dall'utilizzo dei mezzi e dei macchinari che lo consentono, a motivo di un concetto di naturale «come fondamentale normalità antropologica» basilare, valida per ogni vita e «sottratta alla problematizzazione argomentativa specificamente culturale, non solo di fatto ma in via di principio»¹⁶. Proprio il riconoscimento di una normalità costitutiva comune a ogni vita permette di delimitare la differenza tra la volontà di uccidere e il lasciare morire con dignità: differenza di grande rilievo per la nostra civiltà sempre più medicalizzata.

2.2. La distinzione tra «cure» e «terapie»

Quanto detto va completato con una distinzione tra cure (*to care*) e terapie (*to cure*). *Le cure* sono interventi che non mirano ad impedire o a prevenire processi patologici, ma a soddisfare bisogni fisiologici più o meno elementari e comuni anche a soggetti perfettamente sani. Esse comprendono i comportamenti che provvedono alle condizioni necessarie o utili allo svolgimento di funzioni quali la respirazione, l'idratazione, l'alimentazione ecc. *Le terapie*, invece, comprendono trattamenti che si propongono di impedire o prevenire fenomeni che meritano di essere classificati come malattie.

Le prime, ovvero le cure, appartengono proprio alla *normalità costitutiva e basilare e perciò naturale*, mentre le *terapie* attengono anche al dominio dell'autodeterminazione argomentativa della persona. Perché appartiene «alla natura dell'uomo, alla nicchia ecologica in cui è insediato, che egli debba bere per vivere, e che il bambino».

Nella dialettica tra curare (*to cure*) e prendersi cura (*to care*) occorre non sottovalutare come i progressi della medicina hanno fatto in modo che, tec-

15 PIO XII, All. *La Neuvième Congrès Nationale*, in F. Angelini (a cura di), *Discorsi ai medici*, Ed. Orizzonte Medico, Roma, 1960, 581.

16 R. SPAEMANN, *Naturale e innaturale sono concetti moralmente rilevanti?*, in AA. VV., *La tecnica, la vita, i dilemmi dell'azione*, Annuario di filosofia 1998, 183-201, qui 197.

nologie sempre nuove e che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano, riguardino sempre più esplicitamente l'ambito del prendersi cura. Questo porta con sé da una parte il problema di un'eccessiva medicalizzazione della vita e del processo del morire e dall'altra la difficoltà di distinguere, relativamente alle tecniche a disposizione, l'ambito del curare e del prendersi cura.

2.2.1. *L'alimentazione e l'idratazione*

L'alimentazione e l'idratazione anche assistite vengono considerate, in linea di principio, cure obbligatorie e non trattamenti facoltativi. Ma non sono sempre dovute. Ad esse non si può rinunciare sempre. In alcuni casi, specie nella fase terminale della vita, quando il corpo non assorbe l'alimentazione e l'idratazione assistita, è sempre doveroso interromperle. Un *responsum* della Congregazione per la Dottrina della Fede, afferma, in primo luogo, che la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita anche per i pazienti in "stato vegetativo": «Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente». Si precisa, in secondo luogo, che tale mezzo ordinario di sostegno vitale va assicurato anche a coloro che versano nello "stato vegetativo permanente", in quanto si tratta di persone, con la loro dignità umana fondamentale¹⁷. In una *Nota di commento*, si specifica ulteriormente: «Nell'affermare che la somministrazione di cibo e acqua è moralmente obbligatoria *in linea di principio*, la Congregazione della Dottrina della Fede non esclude che in qualche regione molto isolata o di estrema povertà l'alimentazione e l'idratazione artificiali possano non essere fisicamente possibili, e allora *ad impossibilia nemo tenetur*, sussistendo però l'obbligo di offrire le cure minimali disponibili e di procurarsi, se possibile, i mezzi necessari per un adeguato sostegno vitale. Non si esclude neppure che, per complicazioni sopraggiunte, il paziente possa non riuscire ad assimilare il cibo e i liquidi, diventando così del tutto inutile la loro somministrazione. Infine, non si scarta assolutamente la possibilità che in qualche raro caso l'alimentazione e l'idratazione artificiali possano comportare per il paziente un'eccessiva gravosità o un rilevante disagio fisico legato, per esempio, a complicanze nell'uso di ausili strumentali. Questi casi eccezionali nulla tolgono però al criterio etico generale, secondo il quale la somministrazio-

17 *L'Osservatore Romano*, Sabato 15 settembre 2007, 1.

ne di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenta sempre un *mezzo naturale* di conservazione della vita e non un *trattamento terapeutico*. Il suo uso sarà quindi da considerarsi *ordinario e proporzionato*, anche quando lo “stato vegetativo” si prolunghi»¹⁸.

In relazione all’ultima considerazione di complicanze che derivano al soggetto dall’uso di ausili strumentali, quale il sondino e la Peg, possiamo argomentare che «non sussiste un dovere assoluto di imporre sempre idratazione e nutrizione. Si potrà pensare ad un collegio etico-medico-familiare, che esamini e decida, non ad un obbligo assoluto. Il criterio di una relativa autodeterminazione in capo al soggetto in rapporto alle cure e alla fine della vita non potrebbe comportare dunque l’imposizione di un tubo o sondino contro l’espressa volontà del soggetto, ma suggerisce nella situazione e circostanze date una co/decisione in cui contino la volontà del paziente, il medico, la famiglia e altre eventuali figure abilitate a ciò. Alludo all’assistenza di un fiduciario/amministratore di sostegno che, partendo dalla predisposizione scritta del rifiuto/rinuncia del soggetto a cure e trattamenti e valutandole ancora attuali, faccia valere la volontà di chi gli ha conferito la fiducia nominandolo suo fiduciario»¹⁹. In ogni caso, «alimentazione e idratazione artificiali» ci offrirebbero l’occasione per ribadire la necessità di una relazionalità dialogante nel rapporto paziente-medico e la necessaria continuità tra il processo della cura e del prendersi cura.

In particolare, nel varo di una legge civile, che riveste altro ambito da quello etico, sull’idratazione e nutrizione sarà opportuno distinguere «tra soggetti già ora in coma vegetativo persistente, che non hanno espresso alcuna volontà, e soggetti che entreranno in futuro in tale condizione. La mia idea è che ai primi non si debba sottrarre il sostegno vitale, mentre ciò può essere possibile per i secondi in rapporto a precise garanzie sulla loro volontà anticipata. La linea qui schizzata non coincide con quella proposta varie volte da H. Jonas secondo il quale, sulla scorta della distinzione tra lasciar morire e uccisione attiva, sostiene che “vi sono casi clinici ben definiti di coma irreversibile, di perdita della coscienza, in cui lasciar morire è l’unica azione veramente umana e interrompere la terapia è un imperativo”»²⁰.

18 *Ivi*.

19 V. POSSENTI, *Personalismo e fine della vita*, in *Paradoxa*.

20 R. SPAEMANN si esprime come segue: «Così come contravviene al diritto naturale uccidere un uomo su sua richiesta, allo stesso modo contravviene ai suoi diritti naturali obbligare a vivere mediante un’alimentazione forzata chi, in piena consapevolezza e libertà, rifiuta di nutrirsi» («Naturale e innaturale sono concetti moralmente rilevanti?», 197).

2.3. Malati «incurabili» o malati «inguaribili?»

Si parla spesso, per non dire solo, specie nei mass-media, di malati incurabili quando invece l'esatta descrizione è quella di malati inguaribili e guaribili²¹. Il *Codice deontologico dei medici italiani* impiega un vocabolario molto preciso. Al CAPO V, parla propriamente di «Assistenza ai malati inguaribili». Già all'articolo 20,3 afferma che (cors. mio) «Il medico non può abbandonare il malato ritenuto *inguaribile*, ma deve continuare ad *assistarlo* anche al solo fine di lenirne la sofferenza *fisica e psichica*». All'articolo 39,1, dove il Codice si occupa, secondo la titolazione, dell'«Assistenza ai malati inguaribili»: «In caso di malattie a prognosi sicuramente *infausta* o pervenute alla *fase terminale*, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza *morale* e alla *terapia* atta a risparmiare inutili sofferenze. Fornendo al malato i *trattamenti appropriati* a tutela, per quanto possibile, della *qualità della vita*». Ancora più esplicite sembrano essere le affermazioni tratte dal *Codice deontologico dell'infermiere*: «4.15. L'infermiere assiste la persona qualunque sia la sua *condizione clinica* fino al *termine* della vita, riconoscendo l'importanza del conforto *ambientale, fisico, psicologico, relazione, spirituale*».

2.4. Le aporie della modernità

A partire da Platone, la trilogia classica era la seguente: essere – vita – coscienza. «[...] l'anima dell'essere umano è un'anima intellettuale, anche quando di fatto non è in grado di pensare. L'essere dell'uomo non è pensare, ma vivere: “*Vivere viventi bus est esse*”»²². La coscienza è lo sviluppo e la manifestazione della vita, ma non la esaurisce. La modernità ha cancellato la vita, ovvero il corpo, e ha assunto, in una visione strettamente razionalista, l'essere con la coscienza. Assurgendo a una concezione paradossalmente angelica e spiritualista dell'uomo, svalutando la corporeità, che quando manifesta i segni della debolezza diviene “indegna” dell'uomo.

È avvenuto uno scambio e/o scivolone semantico significativo: si è identificato “*il morire con dignità*” con “*la qualità della vita*”. Si è operata una confusione indebita; non è la “qualità della vita” che fonda la dignità dell'uomo, ma viceversa la vita è il fondamento della dignità umana, che spetta a ogni uomo solo per il fatto che esiste. Vi è qui assunta la sovrapposizione tra

21 Un tale linguaggio è invalso più nel vocabolario giornalistico che squisitamente e strettamente medico.

22 R. SPAEMANN, *La morte cerebrale è la morte dell'essere umano? Il dibattito in corso*, 347.

l'autonomia e la dignità: la dignità dell'uomo non si confonde né si identifica con l'autonomia; la dignità rimane intera nel grande handicappato, nel soggetto demente, nel soggetto comatoso. Questo per dire che il ruolo del medico e della medicina non è assimilabile a quello del costruttore di ponti o del restauratore di edifici da imbracare. L'uomo è molto di più delle sue funzioni vitali, è un tu che invita all'alleanza con altri: spesso l'accanimento/eccesso tecnologico è la risposta tecnica difensiva di chi cura.

E così la modernità ha operato la schizofrenia tra *amore di desiderio* e *amore agapico*. Il primo è mosso dalle qualità dell'altro in un movimento di appropriazione prometeica dell'altro, che rimane tale finché permangono le sue qualità, e spira al momento della scomparsa *attuale delle sue manifestazioni*, il secondo esce da sé per andare verso l'interiorità dell'altro e affermarlo nella sostanzialità dell'essere, donando consistenza all'esistenza dell'altro, riversandosi anche su cose non belle e buone, conferendo loro bellezza, bontà e verità²³. *Esistere è esistere davanti a qualcuno, esistere per qualcuno, esistere con qualcuno*.

Queste prospettive sulla filosofia dell'amore spiegano meglio la relazione tra autonomia ed eteronomia. Dopo Kant, è divenuto un luogo comune assegnare accezione solo negativa alla seconda, e vedere congiunte personalità e autonomia. Eppure nella relazione d'amore l'interiorità si fa ekstatica e pone il proprio centro nell'altro, nell'amato, facendosi autonomamente (ossia liberamente) eteronoma. «La soggettività, in quanto responsabile, è una soggettività che è di colpo comandata: in qualche modo l'eteronomia è qui più forte dell'autonomia»²⁴.

2.5. L'etica della cura

Allora “prendersi cura” è *più che* “decidere di guarire l'altro”²⁵ e diviene il compito non solo della medicina, ma di tutta la comunità, facendo

23 Cf. per un ulteriore approfondimento, V. POSSENTI, *Il Principio-persona*, 58-67. Il PosSENTI cita insieme Tommaso e Lutero: «Amor Dei est infundens et creans bonitatem in rebus» (I, q. 20, a. 2); a queste parole dell'Aquinate fa eco Lutero: «Amor Dei non invenit sed creat suum diligibile, amor hominis fit a suo diligibili. Et iste est amor crucis ex cruce natus, qui illuc sese transfert, non ubi invenit bonum quo fruatur, sed ubi bonum conferat malo et egeno» (Lutero, WA 1, 365: le sue parole sono tratte dalla *Disputa di Heidelberg* (1518), tesi 28).

24 E. LÉVINAS, *Filosofia, giustizia e amore*, in *Aut-Aut*, n. 209-210, settembre-dicembre 1985, 10. Sulla filosofia dell'amore cf. anche VL. SOLOVIEV, *Il significato dell'amore e altri scritti*, La casa di Matriona, Milano, 1988.

25 Cf. la fondamentale meditazione di Heidegger sul *prendersi cura* quale caratteristica essenziale dell'uomo, cioè «La Cura come essere dell'Esserci»: M.

dialogare tra loro i quattro pilastri o principi della bioetica: il principio di autodeterminazione e quello di vulnerabilità, ormai dimenticato o volutamente tralasciato²⁶, il principio di beneficenza, il principio di equità, che riguarda non solo le risorse da allocare ma le relazioni dentro cui inserire la cura della vita e della salute di sé e degli altri dentro l'umanizzazione di tutto il creato.

Ci sembra quanto mai arricchente, per l'elaborazione di un'etica della cura, il concetto di persona, che ci proviene dalla tradizione trinitaria e cristologica della fede cristiana. Nella Trinità, il concetto di persona si arricchisce della categoria di *relazione* in cui costitutivamente è posta la persona: come nella Scrittura, in Dio *persona* «è la pura relatività dell'essere-rivolti-l'uno-all'altro, essa non si ritrova sul piano della so-

HEIDEGGER, *Essere e tempo*, Utet, Torino, 1994, §§ 39-44, 57, 60, 65. Rifarsi a questi testi del dopo Heidegger è divenuto un luogo comune fino all'ubriacatura, ma bisogna osservare che la cura in Heidegger è neutrale o impersonale; manca, infatti, del rapporto io/tu, viene specificato l'essere/con, l'essere/per, ma sono categorie che si fermano al generico. È assente la categoria del volto, come in Lévinas (cf. M. BUBER, *La dottrina di Heidegger*, in IDEM, *Il problema dell'uomo*, Elle di ci, Leumann, Torino 1983, 79'89). «Nel momento in cui il pensiero cerca un adeguato ingresso al mistero ontologico che è la persona umana, esso avverte che una definizione dell'uomo in base al suo essere nel Mondo o al rapporto col Mondo o al con-essere (vita nella comunità) non ne raggiunge ancora il nucleo più originario. Il rapporto della persona con l'Essere e con la Verità è più radicale e universale del suo rapporto con il Mondo: con la sua interiorità essa sporge oltre la storia e il cosmo. Là dove l'uomo è fondamentalmente compreso a partire solo dall'essere nel Mondo, è immanente il rischio di una filosofia del Neutro». Secondo E. Lévinas un disguido del genere potrebbe valere per il pensiero heideggeriano: «In Heidegger il mondo è molto importante. Nel Feldweg c'è un albero: non s'incontrano uomini» (E. LEVINAS, *Filosofia, giustizia, amore*, cit., 15). Per alcune riflessioni illuminanti sulla cura, cf. M. BIZZOTTO, *La cura*, in *Camillianum* 27, 2007, 457-474.

- 26 Mi permetto di rinviare al mio contributo, I. SCHINELLA, *Il principio di autonomia: paziente, medico, società ovvero la pericorese dei principi*, in CENTRO INTERUNIVERSITARIO DI RICERCA BIOETICA, Quaderno n. 1 *Etica della salute e "terapie non convenzionali"*, Giannini Editore, Napoli, 2002, 35-57, ripreso e ampliato in *Autonomia* (voce), in G. Russo (a cura di), *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, LDC-Velaz, Leuman-Bergamo, 2004, 262-267; cfr. anche PH. BORDEYNE, *La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé: défis et chances pour la foi chrétienne*, in *Revue d'éthique et de théologie morale* (2006), 239, 45-75; M. BOTHON-BAUM, *The Necessary Articulation of Autonomy and Vulnerability*, in J. RENDTORF-P. KEMP (ed.), *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw*, II, Copenhagen, Centre for Ethics and Law / Barcelone, Institut Borja de Bioètica, 2000, 57-64.

stanza – la sostanza è *una sola* –, ma sul piano del dialogo, della relatività reciproca»²⁷, quale appare nella Scrittura, specie nel Vangelo di Giovanni con chiaro risvolto squisitamente cristologico e antropologico. In Giovanni, soprattutto, Gesù appare come l'apertura dell'esistenza nell'«essere da e per qualcuno, la schietta apertura dell'esistenza. Realtà antropologica che la testimonianza della fede esprime, affermando che in Cristo vi sono due nature ed una persona. Ovvero nella persona del Logos vi è in forma radicale *l'essere presso l'altro*, che, prima di ogni forma di coscienza, è l'elemento portante della sua esistenza, e «non sostituisce l'essere-presso-di-sé; porta invece al pieno compimento di sé»²⁸. Al di là della terminologia *una persona – due nature*, che è contingente e non senza problemi, il concetto di persona viene qui arricchito: «in Cristo, l'uomo che è pienamente accanto a Dio, non viene annullato l'essere umano, ma giunge invece alla sua più alta possibilità, che consiste nell'andare oltre se stesso, verso l'Assoluto e nel raggiungere, da parte della sua relatività, l'assolutezza dell'amore divino»²⁹. Attraverso la cristologia, il concetto di persona si arricchisce ulteriormente, perché inserisce il principio dialogico io-tu nel grembo del noi. In Cristo, il vero e ultimo uomo, «il noi degli uomini si raccoglie per rivolgersi al Padre», al tu di Dio. Nel cristianesimo, il principio dialogico io-tu viene trasceso e arricchito. Tale principio io-tu non può registrarsi né da parte dell'uomo, che ha inizio nell'individualità dal dialogo zigotico del noi maschile/femminile ed ha la sua collocazione anche genetica nella continuità filogenetica e storica del popolo di Dio, «nel vasto noi storico che lo sostiene, né da parte di Dio, che, per quanto lo riguarda, non è un semplice io, ma il noi di Padre, Figlio, Spirito. Da *ambidue* le parti non esiste né il puro io né il semplice tu, da tutti e due i lati, l'io è nascosto dentro un noi più grande»³⁰. Nella cura dell'altro, possiamo dire che l'uomo è persona proprio nella capacità di essere sempre presso l'altro, senza mai dimenticare il possesso di sé, mai trascurando il contesto del noi dentro cui con responsabilità ogni azione si iscrive nella responsabile costruzione di istituzioni giuste.

In questo contesto, il *cosiddetto accanimento/eccesso tecnologico* può avere rilevanza etica proprio per la famiglia o la comunità: si pensi a una

27 J. RATZINGER, *Il concetto di persona nella cristologia*, in IDEM, *Dogma e predicazione*, Brescia, 1974, 179.

28 *Ivi*, 187.

29 *Ivi*.

30 *Ivi*, 187-188.

giovane vita giunta in pronto soccorso in fase realmente terminale, che viene sottoposta *inutilmente* a terapia respiratoria o chirurgica, ben consapevoli che l'intervento ha un margine di esito positivo quasi a tasso zero. In realtà, l'accanimento/eccesso tecnologico metabolizza il lutto dell'improvvisa morte e dona quel tempo necessario all'essere umano di elaborare la perdita e il lutto. Come pure, la notizia ritardata della morte di un *leader* politico e/o religioso può mitigare o del tutto estinguere l'inizio di una guerra civile e di altre considerazioni squisitamente umane che potrebbero configurarsi in tale contesto.

3. *Le tre dimensioni del morire*

Il morire non è solo una necessità biologica. Esso presenta tre dimensioni fondamentali, che anche il morente può sperimentare e di cui ogni altro che entri in relazione con la persona malata deve tenere debitamente in considerazione per il suo agire:

- la dimensione biografica, rispetto alla quale «il modo di porsi di una persona di fronte alla morte determina, di sottofondo, il senso della propria vita»;
- la dimensione sociale, che non implica solo il fatto che «ogni uomo muore per le persone che gli sono prossime e, però, totalmente per se stesso da solo», ma anche che ogni decisione tesa a determinare *ester-namente* il processo vitale della morte coinvolge direttamente la responsabilità della comunità umana dentro la quale il morente ha vissuto e ora vive l'evento del morire;
- la dimensione religiosa: nonostante che un numero sempre crescente di persone pensi che «con la morte finisce tutto», ogni uomo che muore è confrontato con il mistero che avvolge la vita e lo spinge oltre la vita, chiamando in causa altri referenti in grado di aiutare l'elaborazione del senso del vivere e del morire.
- «Globalmente queste tre dimensioni – biografica, sociale e religiosa – sottolineano l'incomparabile serietà del morire umano. All'essere uomo appartiene il morire non meno del vivere. Come parliamo della dignità e dell'inviolabilità di ogni vita umana, così dobbiamo riconoscere la stessa dignità anche al morire umano e affrontarlo con lo stesso rispetto»³¹.

31 VESCOVI SVIZZERI, *La dignità del morire*, in *Il Regno-documenti* 47 (2002/15), 490.

4. Un luogo comune sui Cattolici: il dolore espiazione dell'uomo?

Sulla questione del dolore, un luogo comune vuole che per i "cattolici la sofferenza è vissuta come un acquisto di meriti sulla terra per vivere bene in cielo".

Va tenuto presente che Prometeo che resiste agli dei fino a rubare loro il fuoco è un mito greco, mentre il modello cristiano è il Figlio di Dio, che nell'orto del Getsemani chiede il risparmio della sofferenza nella misura in cui è possibile in coerenza con gli impegni della sua vita. Lo stesso Figlio di Dio dinanzi all'amico Lazzaro morto piange non solo per l'affetto che lo legava all'amico, ma per la paura della morte, che sarà decisa proprio dai responsabili della comunità ebraica dopo tale evento e a motivo di tale evento. Egli ha paura della morte, che presagisce imminente a seguito delle sue decisioni e del suo agire a favore dell'amico Lazzaro³².

Pio XII, nel contesto della situazione dei moribondi e delle situazioni terminali della vita (parlava di tumori, di malattie inguaribili) si schierava – traduco io – contro l'accanimento/eccesso tecnologico. Insegnava, infatti, che era lecito somministrare analgesici in grado di lenire il dolore anche se ciò dovesse effettuarsi «a spese della durata della vita che ne viene racciata». E spiegava che l'eventuale accettazione del dolore quale motivo di carità, di perfezione e comunione di vita a Cristo, riguarda però il *principio di autodeterminazione della persona e non certo costituisce una specie di terapia cristiana del dolore da somministrare a tutti*³³.

5. Cosa si intende a scanso di possibili fraintendimenti?

Di fronte a tali argomentazioni il papa insegna che «l'aumento dell'amore di Dio e dell'abbandono alla sua volontà, non proviene dalle sofferenze accettate in sé, ma dall'intenzione volontaria sostenuta dalla grazia; questa intenzione in molti moribondi può rafforzarsi e divenire più viva, se si attenuano le loro sofferenze, perché queste aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell'anima e logorano le forze morali, invece di sostenerle».

La mitigazione o la soppressione del dolore è tale da aiutare la persona nel suo stesso rapporto con Dio, con i doveri che ancora incombono al

32 Cf. il mio contributo, *La felicità senza limiti di chi sa amare. Prospettive etiche nella cura del dolore e dei morenti*, in *Ricerca di senso* 2 (2004/2), 201-215.

33 Pio XII, All. *Le Neuvième Congrès Nationale*, cit., 576.

paziente (disposizioni testamentarie, ecc.), con i propri familiari, che forse desiderano ancora vedere e salutare.

Cristianamente parlando, l'ossequio all'ordine del Creatore (Gn 1, 29) chiama a gestire il dolore ponendolo nelle mani della signoria dell'uomo, che può avvalersi delle acquisizioni della scienza e della tecnica, e l'annuncio/partecipazione della stessa risurrezione come ricerca del Risorto non più solo e necessariamente nella tomba vuota, dove sembrava possibile trovare ormai e definitivamente il Crocifisso, ma altrove – «Non è qui, è Risorto» (Lc 24,6) – nella luce della vita riuscita.

La sofferenza è il frutto del peccato dell'uomo e non punizione di Dio³⁴. Perciò il primo sforzo del credente è quello di lottare contro la sofferenza per restituire integrità e salute al corpo con cui Dio ci ha creato. Agendo così il credente, molto responsabilmente, lavora con Dio creatore che anima e fa vivere i corpi; con Dio redentore che nutre il nostro corpo con la sua carne eucaristica; con la madre Chiesa, che ha solo preghiere di richiesta di salute del corpo, come nella messa per i malati. Mai dimentichi che la stessa Unzione degli infermi è un sacramento che primariamente è una celebrazione di richiesta della salute del corpo oltre che una domanda che tutto l'uomo si salvi, anche nel caso di morte.

Andrebbe detto infine che la vera sofferenza cristianamente intesa è quella che nasce dal compimento del proprio dovere e per il suo adempimento. Solo questa non può essere evasa. Ma questo sarebbe un altro capitolo³⁵. Qui basti richiamare quanto scrivevo a commento dell'enciclica di Benedetto XVI, *Spe salvi*: «Tale ancoraggio dell'esistenza relativizza ogni realtà creata, conferendole il suo reale e ontologico statuto. Il processo di relativizzazione che attiva la fede/speranza/carità va inteso non nel senso che renda la realtà creaturale e umana e l'impegno nella storia secondari o di nessuna importanza. Tutt'altro. L'innesto di un tale dinamismo crea delle nuove relazioni dentro un processo cibernetico dell'esistenza, volto

34 Il peccato, contrariamente a quanto comunemente si pensi, non è solo una categoria del pensiero teologico e religioso. Una delle principali fonti d'ispirazione di Karl Marx è, forse, è la sua critica dei peccati della borghesia del XIX secolo. In F.W. Nietzsche c'è un odio e una critica dei peccati delle masse, In ogni caso, il peccato è un differenziale umano e sociale che dà a pensare anche e soprattutto in riferimento alla responsabilità del dolore e della sofferenza che gli uomini infliggono agli altri uomini. Inoltre, per una spiegazione profonda del legame peccato/sofferenza, dal punto di vista della tradizione cristiana, cf. R. SPAEMAN, *La concezione cristiana della sofferenza*, in IDEM, *La diceria immortale. La questione di Dio e l'inganno della modernità*, Cantagalli, Siena 2008, 177-187.

35 Rimando per questo tipo di riflessione, al mio contributo «“VII Domenica di Pasqua (4 maggio 2008)», in *Temi di predicazione* ns 108 (2008/2), 138-140.

a mettere insieme tutte le parti e ad assegnare a ogni cosa il suo giusto posto. Inoltre, lo rende secondo, ovvero a servizio del bene e dell'amore, mentre ordina le relazioni (*ordo charitatis*) e i beni (*ordo bonorum*), non permettendo mai che la piramide si capovolga e i beni materiali abbiano il sopravvento sulle relazioni dentro cui debbono iscriversi e a servizio dei quali essi si donano e hanno significato. In una dinamicizzazione di una gerarchia che non permetta nessun processo di idolatria, a partire dal dono della vita a quello dell'ordine degli affetti, assunti nell'importanza di una gerarchizzazione/guida dell'esistenza quotidiana in grado di affrontare i grandi temi del vivere e del morire. Specifica Benedetto XVI: «Ma anche la capacità di accettare la sofferenza per amore del bene, della verità e della giustizia è costitutiva per la misura dell'umanità, perché se, in definitiva, il mio benessere, la mia incolumità è più importante della verità e della giustizia, allora vige il dominio del più forte; allora regnano la violenza e la menzogna. La verità e la giustizia devono stare al di sopra della mia comodità ed incolumità fisica, altrimenti la mia stessa vita diventa menzogna. E infine, anche il "sì" all'amore è fonte di sofferenza, perché l'amore esige sempre espropriazioni del mio io, nelle quali mi lascio potare e ferire. L'amore non può affatto esistere senza questa rinuncia anche dolorosa a me stesso, altrimenti diventa puro egoismo e, con ciò, annulla se stesso come tale» (*Spe salvi*, 38)»³⁶.

6. *L'immagine di Dio, la corporeità e l'identità dell'uomo*

Già san Tommaso poteva affermare: «[...] homo naturaliter desiderat salutem sui ipsius, anima autem cum sit pars corporis hominis, non est totus homo, et anima mea non est ego; unde licet anima consequatur salutem in alia vita, non tamen ego vel quilibet homo»³⁷. *La persona umana è un corpo*. L'anima non è il sé, ma solo una parte del corpo. Tutto l'uomo o l'uomo *simpliciter* desidera essere salvato. Se il corpo non continua a vivere nella gloria, ma solo l'anima, allora il sé non è salvato, perché una parte della persona è salvata. Ma ciò non può accadere, perché, come continua san Tommaso, «homo naturaliter desideret salutem»; se solo l'anima è salva «frustraretur naturale desiderium».

36 I. SCHINELLA, *Temi di etica teologica nella Spe salvi*, in *Asprenas* 55 (2008/1), 109-122, qui.

37 *Comment. In 1 Cor XV, lectio 2, in fine.*

La fede si fonda su una visione olistica della vita, dell'«uomo integrale, nell'unità di corpo ed anima, di cuore e coscienza, di intelletto e di volontà» (GS 3: EV 1/1322), collegato intimamente all'universo dalla sua corporeità (cfr. GS 14: EV 1/1363). Visione che l'Incarnazione del Verbo di Dio avvalorata e approfondisce (cfr. GS 22: EV 1/1386; *Dominum et vivificantem*, 50: EV 10/574-576), aprendo la vita alla risurrezione della corporeità e conferendo alla corporeità l'identità personale o mantenendo la corporeità della persona. Noi non siamo mai angeli o fantasmi, ma sempre corporei.

Nella tradizione cristiana, l'uomo non perde mai la sua dignità di persona umana, nemmeno nelle condizioni peggiori di vita e di salute. Il corpo è l'uomo in una costituzione unitaria di spirito e corpo, che sempre mantiene la sua dignità spirituale, anche quando il corpo viene "trasformato" da condizioni di vita dolorose e gravemente deficitarie e precariezzate. È chiaro che se la libertà e la volontà vengono pensate in chiave materialistica come un prodotto della materia e come funzioni biochimiche e neuroniche, quando la persona umana è seriamente colpita nel suo corpo e nella sua capacità relazionale, non ha senso più parlare di vita umana. Ma se, come nella concezione personalistica umana e cristiana, la persona umana mantiene la sua capacità umana e spirituale anche quando i *signa personae*, cioè le sue capacità intellettive e volitive, si presentano deficitarie o gravemente colpite nella loro funzionalità e il corpo necessita di aiuto per svolgere le sue funzioni essenziali, non viene meno la dignità della persona umana e la sua vita è degna di essere vissuta. Anzi, nella concezione cristiana, proprio allora l'appello della persona diviene cogente per l'umanità, che non vale per le sue qualità, ma invoca la sua ultima dignità, quello di essere uomo. Come si esprime Edipo, in *Edipo a Colono*: «È quando io non sono niente che divento veramente un uomo». Sofocle raggiunge qui il servo sofferente di Isaia, che non ha più figura di uomo e che nell'uomo Gesù del venerdì santo trova la riduzione divina all'essere umano considerato il reietto e l'ultimo come forma squisitamente umana del divino. Vi è qui il riconoscimento della dignità della persona 'indegna' quale novità che rivoluziona la storia e il mondo e quale contributo della fede di allargamento della razionalità scientifica e tecnologica. Allora la persona viene come affidata dalla sua condizione alla sollecitudine degli altri. Come un altro sé, ovvero in quella condizione in cui ciascuno di noi potrà e verrà a trovarsi. L'umanità troverà nella figura del samaritano, in questo curvare sull'altro e nel prendersi cura, non l'abbassamento della sua dignità, ma l'esaltazione più grande della parabola umana. La richiesta di non procedere per CASI/LIMITE da parte del mondo cattolico è richiesta di una civiltà della cura e della sollecitudine di coloro che non hanno più figura umana, non traco-

tanza di giudizio di una tradizione ritenuta soffocante. Invito alla comunità civile a inserire, così come era all'inizio della nascita della bioetica, ai tre principi: autonomia, beneficenza, equità, la vulnerabilità³⁸, come componente essenziale dell'autonomia che solo insieme con la vulnerabilità definisce compiutamente ed esistenzialmente l'umano-che-è-nell'uomo o che è l'uomo. La cultura europea, ancora oggi, sembra volersi attenere a questi quattro principi, compresa la vulnerabilità, che la cristologia, soprattutto quella del venerdì santo, assicura quale contributo della fede per una antropologia autentica e piena e quale contributo proprio alla riflessione filosofica, molta della quale sembra non volere più definire l'uomo attraverso il principio di vulnerabilità.

*7. La corporeità e la struttura della libertà: essere-da, essere-con, essere-per Autodeterminazione/eterodeterminazione, ovvero il senso pieno dell'alleanza terapeutica*³⁹

Un'analisi ben ponderata ci conduce ad affermare che la libertà è un bene, ma lo è solo insieme ad altri beni, coi quali costituisce un'unità inscindibile e sistemica. In particolare, il principio "corpo" e "corporeità", luogo per eccellenza di incontro della libertà del paziente, delle persone significative per lui e per le quali è significativo, della libertà del medico, della libertà della comunità cui appartiene, ci aiuta a comprendere la struttura della libertà umana. In quanto corporeità, in cui si esprime la dimensione personale del suo essere, l'uomo è, per dirla col Piovani, "un volente

38 Mi permetto di rinviare al mio contributo, I. SCHINELLA, *Il principio di autonomia: paziente, medico, società ovvero la pericorese dei principi*, cit., 35-57, ripreso e ampliato in *Autonomia* (voce), cit., 262-267; cf. anche PH. BORDEYNE, *La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé: défis et chances pour la foi chrétienne*, cit., 45-75; M. BOTHON-BAUM, *The Necessary Articulation of Autonomy and Vulnerability*, cit., 57-64; P. D'ORNELLAS, *Vulnérabilité et technique. Le témoignage de l'Église en bioéthique*, in *Nouvelle Revue Théologique* 132 (2010), 543-562.

39 «Occorre riconoscere l'alleanza terapeutica tra paziente e personale sanitario come l'alveo naturale di riferimento per una comprensione adeguata della questione, oltre che elemento fondante la relazione di cura. Infatti, come reazione al "paternalismo medico" un tempo diffuso, nel pendolarismo che spesso caratterizza la storia, oggi frange della società civile spingono per un'autonomia assoluta del paziente, che quasi prescinda dal medico o ne faccia un semplice esecutore testamentario. Entrambe le visioni — quella del "paternalismo medico" e quella dell'autonomia assoluta — rischiano di dimenticare l'imprescindibile relazionale nel processo del prendersi cura, dove la fiducia è un elemento irrinunciabile».

non volutosi»⁴⁰, perché «io che voglio, non mi sono voluto»⁴¹: ovvero la sua libertà nasce da un movimento di passività, di accoglienza e di dipendenza. Il corpo, in quanto figura estesa nello spazio e circoscrivitiva, separa ogni uomo dall'altro, presentandosi come un principio dissociativo, affermandosi la individualità. Dall'altra parte, il corpo presenta ostensibilmente l'uomo come quell'essere, che è in grado di esistere in quanto deriva da un altro e mantenendosi sempre nella aspirazione ad un rapporto di dialogica comunionalità. Ciò significa che è un essere legato essenzialmente e universalmente alla relazione, ovvero all'autonomia e alla dipendenza quale *solitudine comunionale*: il corpo fa esistere l'uomo come coesistente. Cosicché l'essere se stesso dell'uomo è in modo radicale un essere dall'altro, mediante l'altro, e con l'altro: e ciò appare visibilmente, storicamente e fisicamente nel bambino; mentre l'essere dell'altro, come possono essere il padre e la madre, da cui veniamo originati assume la connotazione dell'essere-per. Appare allora chiara la figura antropologica in cui si dà la persona e la figura della sua libertà: libertà/da/libertà/con-libertà/per, in cui si iscrive la libertà/di, che costituisce l'infima forma della libertà. Si evidenzia così la correlazione strutturale tra le diverse libertà. L'orizzonte della libertà umana è l'incontro tra le libertà, che non è determinata primariamente dagli oggetti tra cui scegliere, ma inclusione nella propria libertà di tutte le altre libertà. In questo contesto, la libertà dell'uomo non avverte e vive la libertà di altri come concorrente o limitante. Ovvero non vive la mia libertà in prospettiva di concorrenza, ma di reciproco sostegno. La persona e la comunità, che si dà nel volto degli altri o dei diversi agenti morali (dal medico a chiunque altro) non sono valori antagonisti, tanto meno sono gerarchizzabili tra loro. In quanto tali, la persona e la comunità sono le coordinate della traduzione esistenziale e storica della libertà. È quello che accade in una famiglia, in cui la libertà è parte della filosofia di amore, in cui ciascuno (figlio/a) è considerato come unico quanto al suo irriducibile valore, ma in cui nessuno oscura il valore degli altri e della famiglia nel suo insieme. La libertà così intesa si identifica con il valore dell'amore di sé e dell'amore dell'altro. In una parola, essa assume il carattere proprio della responsabilità, come libertà capace di rispondere ad ogni altra libertà. *In una parola, vi è una dipendenza originaria dentro la quale «l'uomo impara a disporre di se stesso»*, in ogni fase della sua esistenza.

40 P. PIOVANI, *Principi di una filosofia della morale*, Morano Editore, Napoli, 1972, 34.

41 *Ivi*.

Si comprende allora come il principio di autodeterminazione, che certamente resta prioritario ma non assoluto, è chiamato a dialogare con il principio di vulnerabilità che definisce la persona quale corporeità, il principio di beneficenza e quello di equità. Esso costituisce il quarto principio della bioetica europea.

Mai dimentichi, peraltro, dell'avvertimento del compianto Scarpelli, che invita a non disattendere il valore simbolico delle azioni individuali, che comprimono il principio di autonomia: «Il secondo svantaggio del laicismo – scrive Scarpelli – è quello che, insistendo sull'autonomia dell'individuo e comprimendola solo quando possa derivare danno per gli altri, si muove con difficoltà su un terreno dove ogni scelta individuale ha implicanze simboliche intense e rilevanti conseguenze nazionali»⁴².

Allora, qualsiasi problema terapeutico, va declinato dentro l'ambito della relazione terapeutica, «che si configuri quale alleanza terapeutica tra paziente/famiglia del paziente/personale sanitario/il principio dell'equità e dove l'agire con prudenza potrebbe essere garantito dalla pluralità delle voci in una decisione partecipata». In modo da non cadere dal *paternalismo medico* al *paternalismo del paziente*.

8. Né l'accanimento/eccesso (diagnostico, farmaceutico, di sostegno vitale e tecnologico) né l'eutanasia

In questo contesto comincia a illuminarsi il tema e il problema delle cure cui l'essere umano è tenuto per curare la sua vita. La tradizione etica cattolica assume la distinzione tra cure ordinarie o proporzionate *obbligatorie* e cure straordinarie o sproporzionate *facoltative*⁴³. *Evangelium vitae*

42 U. SCARPELLI, *Bioetica laica*, Baldini e Castaldi, Milano, 1998, 27.

43 Cf. *Catechismo della Chiesa cattolica* 2295 e 2278-2279. I testi urgono al rispetto della vita umana e della sua cura e del rifiuto dell'accanimento/eccesso terapeutico. La tradizione morale cattolica, come l'insegnamento del magistero, impiega due diadi terminologiche circa i mezzi di cura e di conservazione della vita quale connotazione di obbligo morale di ricorrere ad essi: tradizionalmente, la diade «ordinario/straordinario» e, in linguaggio più recente, la diade «proporzionato/sproporzionato». Alcuni assumano le diadi quali equivalenti o alternativi. A me pare, invece, che le diadi concorrano, entrambe secondo la specificità di queste due espressioni, ad arricchire la valutazione etica dell'uso *in situazione del mezzo*, e mai del mezzo in quanto tale, in riferimento alla centralità della persona nelle sue coordinate biografiche, spatio/geografiche e temporali per l'elaborazione del «principio di adeguatezza etica nell'uso dei mezzi di cura e di conservazione della vita»: cfr. l'ottima e studiata elaborazione proposta di M. CALIPARI, *Il principio di*

di Giovanni Paolo II insegna che l'accanimento/eccesso va rifiutato sia dal medico che dal paziente⁴⁴.

Due categorie di fede illuminano il problema del cosiddetto "accanimento/eccesso terapeutico" (farmaceutico e tecnologico):

- la vita è un bene assoluto/relativo: nella visione giudeo-cristiana, la cosiddetta *sacralità della vita* significa semplicemente che la vita è il bene prioritario e basilare per eccellenza: senza di esso nessun altro bene può essere esercitato dall'uomo; inoltre è sottratto all'arbitrarietà dello stato, della famiglia e del singolo e perfino di Dio; infine, è un bene però che dialoga con altri beni e perciò è relativo all'armonia dei beni o valori in gioco. In una parola, diciamo che l'uomo, ogni uomo (nel mondo antico solo il re era a immagine di Dio e perciò lo rappresentava nel mondo) è *immagine di Dio*, e ciò significa che è dato all'uomo un'etica dell'infinito. L'uomo non è immagine di se stesso, ma di un Altro, verso cui è chiamato ad andare uscendo da se stesso senza riuscire mai ad afferrarlo perché Dio è un Nome e ha una storia. E così facendo somma alla sua debolezza la forza, al tempo l'eternità, alla sua mortalità ed ambiguità la verità eterna dell'autentico amore che è Dio. Viene così rifondata la dignità dell'uomo, che attinge alla radice stessa di Dio la sua dignità non colta solo nella *razionalità* che, nella modernità, restringe la dignità dell'uomo in orizzonti più angusti, e stabilisce arbitrariamente che è umano e universale solo chi è razionale, per cui chi non lo è non fa parte della «comunità morale».
- Il *mistero centrale della risurrezione* immette nella bioetica due dinamiche, una di relativizzazione e una di stima affermativa: la vita attuale non è il tutto della vita umana; la morte biologica non è l'unico statuto della vita umana perché viene rivelato uno statuto di esistenza differente. Si spiega allora perché l'accanimento/eccesso tecnologico non ha senso per un credente. Assieme porta con sé un movimento di conferma del corpo e della vita corporea, in quanto annuncia l'audace speranza che questo stesso corpo riceverà uno statuto di vita differente.

Per cui la fede è *biofila*, ma non *biolatrica*. Spiega molto bene il compianto Pompeo Piva: «Il personalismo cristiano si concretizza in un forte amore per la vita prima ancora che nella sua difesa. Anzi questa nasce da

adeguatezza etica nell'uso dei mezzi di conservazione della vita: tra eccesso terapeutico e abbandono del paziente, in PONTIFICIA ACCADEMIA PRO VITA, *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici e operativi*. Atti della quattordicesima assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita, E. Sgreccia, J. Lafitte (a cura di), LEV, Roma, 2009, 154-172.

44 Cf. *Evangelium Vitae* 65: *Enchiridion Vaticanum* 14/2384-2385.

quello. Ne deriva il complesso normativo sull'inviolabilità e la tutela della vita dal concepimento fino alla fine naturale, nonché la legittimazione di tutti gli interventi finalizzati alla sua promozione, negando liceità a quelli che la sopprimono o la negano. È, tuttavia, indispensabile affermare che proprio il Cristianesimo insegna che la vita è un valore primario, ma non assoluto; è un valore penultimo non ultimo, subordinato in una scala gerarchica che non è solo ontologica ma anche storica, in relazione ad altri valori che possono essere superiori come il bene del prossimo o il proprio bene spirituale. Questo criterio dev'essere tenuto presente, quando si parla di difesa, tutela e rispetto della vita; diversamente si cade in una forma di *biolatria* a matrice paganeggiante. È il pericolo che oggi corre la riflessione bioetica, specialmente di estrazione cattolica, quello di perdere di vista il complesso di valori della vita umana, come pure la sua stessa definizione, ritenendo che sia dovere del cristiano andare a caccia dell'ultimo gemito esistenziale, trascurando la totalità psico-fisica della vita umana conforme, peraltro, all'insegnamento biblico. Tutto questo va non solo contro il buon senso ma anche contro l'insegnamento tradizionale della Chiesa cattolica circa l'uso dei mezzi proporzionati, sul principio del duplice effetto, sull'adeguatezza criteriologica della morte cerebrale per eseguire il trapianto, ecc. Dalla sintesi tra βίο e ψυχή nasce l'ἄνθρωπος. Privilegiare una delle due parti significa negare l'unità che contraddistingue l'essere umano»⁴⁵.

9. Diritto di morire?

L'impegno a custodire la vita, che Dio dona all'uomo, non significa che egli debba ricorrere a tutti i mezzi immaginabili per ritardare la morte; potrebbe anzi affiorare in un simile atteggiamento una *pretesa di autonomia*, rapportabile a quella che si afferma nella decisione opposta di togliersi la vita.

Tenuto a curare la propria salute con *cure proporzionate o ordinarie*, l'eventuale rifiuto del paziente deve essere necessariamente considerato dal medico. Tale rifiuto può riguardare anche «un trattamento che può salvargli la vita quando questo vada contro profonde convinzioni religiose, o quando comporti menomazioni fisiche permanenti al cui prezzo il paziente non intende proseguire la vita, o quando comporti spese o disagi che il

45 P. PIVA, *Testamento teologico: problema teologico-etico*, cit., 219.

paziente non vuol far gravare sulla famiglia»⁴⁶. Il rifiuto di diagnosi o di terapie non equivale ad eutanasia: «il rifiuto di una terapia perché è *quella terapia* non è il rifiuto di terapie perché sono *terapie*»⁴⁷. Tenuto a curare la propria salute con *cure proporzionate*, il paziente può rifiutare *quelle sproporzionate*: la cura sproporzionata va intesa, appunto, come eccessivamente gravosa per il paziente in termini di sofferenza, di rischio, di costo, di conseguenze gravi permanenti. Questa decisione è legata alle convinzioni e alla sensibilità del paziente e a condizioni concrete esterne che pesano sulla responsabilità del soggetto. Il medico, per parte sua, deve tuttavia cercare di fare sempre il bene del paziente, favorendo la maturazione di un consenso consapevole e responsabile. In questa direzione si è espresso il Cnb: «È lecito e degno di rispetto da parte dei terapeuti il rifiuto di sottoporsi alla terapia, purché *libero, attuale, e consapevole*».

Alla luce di questi criteri, si può concludere in modo retto a un *diritto a morire*. Quando le cure proporzionate sono state esaurite senza che si sia avuto un'apprezzabile miglioramento nella condizione ormai irrimediabilmente compromessa del paziente (a maggior ragione se si è già fatto ricorso inutilmente anche a delle cure sproporzionate), l'ulteriore insistere nella somministrazione di nuovi farmaci o nel tentativo di qualche più rischioso intervento chirurgico può risultare chiaramente irragionevole. In tale posizione si può cogliere che in realtà tale diritto di morire non si configura come il riconoscimento incondizionato alla persona di una richiesta diretta dell'esistenza di un 'diritto di morire' che darebbe luogo ad un assurdo 'dovere di uccidere', quanto piuttosto il riconoscimento di un *diritto a non curarsi e a lasciarsi morire*. Così la persona non viene spogliata della possibilità di decidere in merito alla sua esistenza: viene dato non di scegliere la morte, ma di limitare fino a interrompere il trattamento anche se è prevedibile l'effetto della morte. Così la vita non viene medicalizzata, perché non viene totalmente sottratta alla persona, passando fatalmente e completamente nelle mani di altri, il che sarebbe contro/intuitivo e ingiusto.

La cosa acquista particolare evidenza quando il perdurare della vita, magari soltanto umana vegetativa, dipendesse ormai esclusivamente dall'apporto esterno dei moderni mezzi di rianimazione.

L'insegnamento della morale cristiana a questo riguardo è bene espresso già dal papa Paolo VI, il quale, dopo essersi domandato se «in tanti casi non sarebbe una tortura inutile imporre la rianimazione vegetativa nell'ul-

46 E. CHIAVACCI, *Consenso informato*, in G. CINÀ ET ALII (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino, 1997, 247.

47 Ivi.

tima fase di una malattia inguaribile», afferma con decisione: che il dovere del medico consiste piuttosto nell'adoperarsi a calmare la sofferenza, invece di voler prolungare più a lungo possibile, con qualunque mezzo e a qualunque condizione, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso la sua conclusione»⁴⁸.

In tale evenienza, si realizza il *desiderio di morire*, che rimane sempre cristiano e umano, ma non l'*intenzione*. Il *desiderio* e l'*intenzione* sono due forme umane del volere. Per comprendere la qualità antropologica diversa dell'uno e dell'altra ci viene in aiuto il vocabolario filosofico di Aristotele, secondo cui bisogna distinguere tra *desiderare* e *intendere*: il *desiderare* è un tipo di volere che si estende a quello che noi non possiamo *fare* con la nostra azione perché sfugge anche al nostro potere – come desiderare di morire o porre l'atto coniugale con il desiderio di avere un figlio –; l'*intenzione*, invece, è un tipo di volere che *conduce* a cercare mezzi e ad agire fino a raggiungere lo scopo.

E ciò vale tanto più per il credente, per il quale la morte non è un salto nel buio, ma il fiducioso abbandonarsi nelle mani di un Padre, che «non è il Dio dei morti, ma dei viventi» (Mc 12, 27) quale partecipazione alla vittoria di Cristo, al suo vivere definitivamente presso il Padre nella risurrezione della carne. Bisognerebbe riprendere il senso cristiano dell'*addio*, che vale non solo per colui che è già morto, ma anche morente. Così il Catechismo della Chiesa Cattolica: «L'*addio* («a-Dio») al defunto è la sua «raccomandazione a Dio» da parte della Chiesa. È «l'ultimo saluto rivolto dalla comunità cristiana a un suo membro, prima che il corpo sia portato alla sepoltura». La tradizione bizantina lo esprime con il bacio di addio al defunto: «Con questo saluto finale “si canta per la sua dipartita da questa vita e la sua separazione, ma anche perché esiste una comunione e una riunione. Infatti, morti, non siamo affatto separati gli uni dagli altri, poiché noi tutti percorriamo la medesima strada e ci ritroveremo nel medesimo luogo. Non saremo mai separati, perché vivremo per Cristo, e ora siamo uniti a Cristo, andando incontro a lui [...] saremo tutti insieme in Cristo”» (n. 1690).

48 Lettera del Segretario di Stato alla Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche, 3 ottobre 1970, in: *Civiltà Cattolica* 1970, IV, 27. Vi fa eco La Congregazione della Dottrina per la Fede, in un documento del 5 maggio 1980: «Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare (limitare) a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo» (*Jura et bona*, 5 maggio 1980).

10. Conclusione. L'agire di Dio movimento di umanizzazione della cura

Nella mia posizione, legata all'impianto personalistico e teologico, la persona umana non è un sé che possiede e utilizza un corpo. Noi siamo *corpo* – siamo razionali, senzienti, organici corpi. La persona è e rimane uno speciale genere di corpo⁴⁹. *Habeas corpus* è la cifra fondamentale del riconoscimento delle persone come soggetti di libertà dalla nascita alla morte, quando la corporeità smette di essere un tutto coordinato, e «dunque viene meno quell'identità corporea individuata, che è l'aspetto più oggettivabile della persona. I caratteri essenziali di un ente non posseggono un più o un

49 Per un approfondimento della mia posizione, mi permetto di rinviare al mio articolo, I. SCHINELLA, *La corporeità "luogo di solidarietà"*. *Fondazione etica dei trapianti di organo*, in *Bioetica e cultura* 6 (1997/11), 93-102. Sostanzialmente dualista è la posizione classica moderna, anche in alcuni linguaggi teologici: «Classical modern philosophy substituted a radical dualism for the substantial unity of man. In Descartes, man is a thinking subject – cogito ergo sum – and the body is consigned to the objective world. In Hume, man is a momentarily unified consciousness-personal identity is continuity by memory over time-and the body is merely one set for phenomena among others. In Kant, man is an autonomous moral self-Will which in its noumenal reality is principle of moral value and of human dignity-and the body is left to nature, that is, o the phenomenal word from which moral value (and all value) is banished. In Hegel, man is the final moment in the self-relativization of the Idea-Geist uniting the in itself and the for itself, the process and the product, the infinite and the finite-and any particular body is merely a contingent datum of no ultimate meaning and no ultimate value.

Post-Hegelian philosophy has tried to restore the unity of man, but it has failed. Some speak of man as "incarnate spirit". The very expression reveals the conviction that man is spirit; the person is not the body. The theological word "incarnate" is used to conjure up the phantasm that a person, already complete as spirit, somehow assumes a body of nature other than that of the intending subject. Others, perhaps more influenced by Kant, try to reinsert Geist into the world. The very fact that Geist is considered by itself from the outset shows that the reality of the person as a special sort of body is negated. Some analytic philosophers still debate the problem of "other minds"; others still assume a dichotomy between language users-who determine the meaning of words by using then is particular contexts-and objects such as which can be given proper names by ostensive definition. Even Marxists and pragmatists, who exclude any reality beyond the dialectic of nature or the interaction of organism and environment, separate the human person who masters nature from the natural world in itself. For both Marxists and pragmatists, the human body and its natural biological processes belong to the natural world, which is matter, instrument and condition for the achievement of meanings and values which, in the end, are located in human consciousness alone» (G. GRISEZ, *Dualism and the new morality*, in *Tommaso d'Aquino nel suo settimo centenario*. 5. *L'agire morale*, EDI, Napoli, 1974, 323-330, qui 324-325).

meno. Ci sono o non ci sono. Infatti, se il possesso attuale della coscienza fosse una proprietà necessaria per attribuire a un soggetto la natura umana, la privazione della coscienza renderebbe quell'individuo non solo *non persona*, ma anche *non uomo*, tesi difficilmente sostenibile. Se invece si vuole distinguere entro il genere uomo una specie persona e si vuole ascrivere a quest'ultima i soli individui umani coscienti, si deve ammettere che l'uomo in stato vegetativo permanente non ha coscienza, anche se accidentalmente può averla e dirsi allora persona. Invece l'uomo non più cosciente fa scandalo proprio perché non riesce a pervenire all'espressione delle sue qualità naturali»⁵⁰.

Anche per questi motivi «l'*attitudine di cura* che abbiamo nei confronti della persona malata va estesa ai suoi stati marginali, anche incoscienti. E anche in questi casi va rivolta alla complessità del suo essere e non ridotta alla tutela di aspetti parziali, ad es., biologici, della sua esistenza. Avere cura dell'altro non coincide con il prolungarne a ogni costo la vita, né con il toglierne a ogni costo il dolore, né con il preservare l'equilibrio metabolico che l'inanizione minaccerebbe. Può coincidere con questi atti determinati, ma può anche non coincidere con essi, poiché nessuno di essi costituisce un valore supremo. I gesti parziali (di sostegno vitale o di lenimento del dolore) hanno valore nella misura in cui esprimono quell'attitudine di cura e lo perdono nella misura in cui la tradiscono. Portare rispetto alla persona malata come un fine, cioè incondizionatamente, significa dunque trattarla in modo che dischiuda al massimo la dignità, i valori propri. Così, quando il corpo che vive non è più attraversato da coscienza, la persona non ha perso valore in sé. Ciò che tuttavia, in certe situazioni, potrebbe aver perso valore è il durare di quel corpo, il suo essere trattenuto a ogni costo nella vita. Lasciare *morire* un corpo a causa di un'inguaribile malattia può significare consentirgli di vivere, fra le diverse alternative biografiche che si aprono, quella in cui il valore della persona si dispiega maggiormente, quella più carica di senso alla luce dei valori, dello stile di vita che quel soggetto ha fatto suoi. Come si vede, solo una prospettiva simbolico-narrativa, che consenta di siglare un'alleanza con gli effettivi desideri di un malato e nella fedeltà del suo stile biografico (se credente, dell'itinerario di fede) consente di discernere le valenze personali delle decisioni cliniche. Trattare tutti con la stessa dedizione non significa compiere materialmente gli stessi gesti perché diverso è il senso che assumono entro il contesto di un'esistenza volta in maniera originale e irripetibile a un bene incondizionato»⁵¹.

50 P. PIVA, *Testamento biologico: problema teologico-etico*, cit., 227.

51 *Ivi*, 227-228.

L'agire stesso di Dio, che è a fondamento dell'etica credente, è narrato dalla vicenda umana di Dio in Gesù Cristo, che nascendo e morendo ci ha insegnato l'arte di vivere e di morire. Ci ha insegnato che «la misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e con il sofferente» (*Spe salvi*, n. 38). Tutto ciò ci convince che la sofferenza, parte ineludibile della finitezza umana e frutto delle responsabilità degli uomini, trova in Dio non la causa ma l'amore che decide di condividere la sofferenza dell'uomo, dal nascere al morire. La vita diviene, per chiunque, vocazione di condivisione della sofferenza altrui, che viene penetrata «dalla luce dell'amore. La parola latina *con-solatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine» (n. 38). Questa speranza della sofferenza è il tratto più alto dell'umanità cui i credenti sono invitati quale testimonianza per l'uomo di oggi, quale memoria all'uomo dell'umano/comune/all'uomo. Cosicché il consenso informato deve sempre più divenire *consenso condiviso*, in modo che gli uomini non abbiano ad essere curati solo da medici (leggi: uomini) schiavi ma da medici liberi e liberanti, che sappiano sempre interloquire con/dentro l'uomo.