

GIAN MARIA COMOLLI

FLASH DI BIOETICA



“IL PUBBLICO
HA UN’INSAZIABILE CURIOSITÀ DI CONOSCERE TUTTO,
TRANNE CIÒ CHE VALE LA PENA CONOSCERE”.
(OSCAR WILDE)

INDICE

Premessa

Perché la bioetica?

Quale modello di riferimento porre alla base delle nostre scelte o opinioni bioetiche?

Principio di Solidarietà e Bene Comune

Sacralità, dignità e qualità della vita: un trionomio inscindibile

PREMESSA

La bioetica, disciplina fino a pochi decenni fa nota prevalentemente agli specialisti, oggi è sempre più presente nel dibattito pubblico, configurandosi come ambito che riguarda varie “questioni civili” – come le chiamò Agostino d’Ippona nel “De Rhetorica” -, cioè quelle questioni che “(..) ci si vergogna di non sapere” (IV, f. 14. c.5).

*Questo rinnovato interesse per la bioetica, basti vedere i dibattiti pubblici degli ultimi anni su molteplici argomenti: dalla procreazione medicalmente assistita alle varie “pillole abortive” (Ru 486, Norlevo, Elle One), dalle Dichiarazioni Anticipate di Testamento all’Eutanasia, è senz’altro positivo, ma pone un notevole criticità: la **formazione** delle persone, in particolare dei vari opinion leader che trattano argomenti bioetici. E’ anti-educativo e irrispettoso degli ascoltatori o dei lettori che “tutti” (dalle showgirl alle soubrette) trattino questi temi carenti di un’ adeguata competenza trasformandosi in “tuttologi”. Delicatissime questioni riguardanti la vita sono affrontate prevalentemente sulla base di un semplice sentire emotivistico e pietistico che facilmente fa presa sulla pubblica opinione, tralasciando per incapacità il rigore logico e soprattutto la ricerca della verità oggettiva.*

E a farne le spese, il più delle volte, è l’ascoltatore impreparato che “beve” tutto ciò che viene detto o che legge!

Mi ha impressionato alcuni anni fa una coppia di laureati che discutendo con loro del caso di Eluana Englaro mi hanno detto: “La scelta fatta nei confronti di Eluana è stata giusta altrimenti quella povera giovane avrebbe dovuto per sempre vivere attaccata alle macchine”. Un giudizio erroneo che si erano formati seguendo i vari dibattiti massmediatici, poiché la giovane di Lecco in “stato vegetativo permanente” non dipendeva da nessun dispositivo medico; gli organi vitali e l’attività respiratoria funzionavano autonomamente. Era unicamente collegata, di notte, ad un sondino naso-gastrico per nutrirsi ed idratarsi.

La diffusione di informazioni errate, inoltre, porta anche a valutare erroneamente anche il pensiero della Chiesa cattolica sugli

argomenti etici come ricordato dalla Nota Pastorale: “Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la Pastorale della Salute” (2006). Si legge: “Spesso manca un’informazione corretta, e da ciò conseguono giudizi e opinioni avventati e scarsamente fondate. Si nota soprattutto un’insufficiente conoscenza delle posizioni sostenute dalla Chiesa, che sono spesso riportate in maniera impropria o sono giudicate inadeguate al tempo presente” (n. 16).

Vogliamo con questi “flash” supportare “l’uomo pensante” a formarsi una opinione corretta sui singoli fatti, non proponendo un inesistente “prontuario operativo” ma evidenziando come forgiare un “opinione personale” edificata su un solido rigore logico e razionale immune da manipolazioni.

Essendo questi unicamente “flash” sui “fondamenti” della bioetica, rimandiamo il lettore per un approfondimento dei singoli argomenti al Manuale di Bioetica presente in questo blog.

PERCHÈ LA BIOETICA?

*“Il più grande nemico della conoscenza non è l’ignoranza,
è l’illusione della conoscenza”
(Daniel J. Boorstin)*

Nella seconda metà del XX° secolo, lo sviluppo biomedico, incrementò progressivamente e rapidamente le tecniche diagnostiche e terapeutiche ma diminuì la capacità di sintesi atrofizzando le competenze etiche.

Nel passato, i problemi di etica medica, si risolvevano seguendo esigue regole; con il trascorrere del tempo si presentarono sempre più complessi, svincolati da “precedenti” cui riferirsi e accompagnati da drammatiche urgenze. Scaturì, perciò, l’esigenza di un approfondimento sistematico.

Il vocabolo “bioetica”

Il vocabolo “bioetica” fu proposto nel 1970 dall’oncologo statunitense V. Rensselaer Potter (1911-2001), ed interseca due realtà rilevanti della medicina e della cura: la βίος (vita) e l’ ἦθος (carattere, comportamento, consuetudine).

Affermò Potter: “Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l’azione, di sapere come usare la conoscenza per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della sopravvivenza, la bioetica, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita”¹.

L’oncologo americano, cogliendo nella spaccatura tra “sapere scientifico” e “sapere umanistico” interpretato come l’insieme dei valori etici, un rilevante pericolo per la sopravvivenza dell’ecosistema, anche a seguito delle affascinanti scoperte scientifiche, propose la bioetica come una “scienza globale” che non si limitasse al “campo medico” ma coinvolgesse tutti i settori riguardanti l’uomo, coniugando le “scienze della vita” con l’ “etica della vita”.

Ma la sua visione universalistica di “bioetica globale” non ebbe seguito, e il termine si indirizzò verso il campo biomedico originando una riflessione morale sulle scienze della vita come fece ostetrico olandese E. A. Hellergers (1926-1979). Egli, propose la bioetica come una branca dell’etica dedita allo studio e alla ricerca nella biomedicina, considerandola un nuovo aspetto del dialogo socratico idoneo a far interloquire la medicina, la filosofia e l’etica nella ricerca di verità condivise. E, W.T. Reich, pubblicò nell’ “Encyclopedia of Bioethics” la definizione che riteniamo più completa di bioetica: “è lo studio sistematico delle

¹ V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971, tr. It *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina 2000, pg. 26.

dimensioni morali – comprendente visioni morali, decisioni, condotte, politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare”².

Le difficoltà nel “condividere” la bioetica

In molti, negli ultimi decenni, hanno proposto altre definizioni del vocabolo bioetica, come pure hanno discusso sulle sue finalità; poiché alcuni la considerano una scienza, altri una generale branca del sapere; per taluni è una disciplina autonoma, per certuni una diramazione dell’etica tradizionale... Inoltre, qualcuno, la ritiene superflua, convinto che l’etica medica possa fornire adeguate risposte ai problemi morali della pratica assistenziale. Infine, per altri, la bioetica è troppo influenzata da fattori religiosi, morali e culturali.

Però, la difficoltà maggiore, come sottolineò il “Comitato Nazionale per la Bioetica” nel testo “Bioetica e formazione nel sistema sanitario” (1991)³, ha origine dalla “diversità dei modi di pensarla nel pluralismo culturale” (n. 21). “Per questa complessità dovuta allo stesso carattere multidisciplinare della riflessione in oggetto, risultano imprescindibili una consapevolezza epistemologica specifica e, con tale consapevolezza, un confronto sul piano epistemologico delle diverse posizioni culturali di fronte ai molteplici problemi che la bioetica pone” (n. 23).

I settori di azione della bioetica

I quesiti che investono la bioetica nella sua accezione più ampia riguardano: la procreazione medicalmente assistita, l’identificazione dell’inizio della vita e di conseguenza lo statuto dell’embrione, la clonazione umana, le diagnosi pre-impianto e pre-natali e l’aborto.

Fanno riferimento alla bioetica anche le sperimentazioni cliniche, il controllo dei disturbi psichiatrici e dell’handicap fisico-mentale oltre le malattie sessualmente trasmesse.

Rientrano in questa disciplina le discussioni di casi clinici complessi e tutte quelle attività che si prefiggono l’ accrescimento del benessere psico-fisico mediante la farmacologia e la psicofarmacologia, la chirurgia estetica, la manipolazione genetica di animali e di piante e le allettanti possibilità, sebbene per lo più futuristiche, offerte dalla neurobioetica, dal transumanesimo e dal post-umanesimo.

² W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, pg. XXI, Introduction.

³ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 7 settembre 1991, n. 21.

Non tralascia, la bioetica il “termine della vita”, cioè il trattamento palliativo dei morenti, l’accanimento terapeutico, il testamento biologico e l’eutanasia.

Infine, sempre la bioetica, si interessa delle attività che potrebbero migliorare le condizioni generali dell’umanità sofferente affetta dallo squilibrio socio-economico del nostro pianeta.

Conclusione

Per formarsi “giudizi obiettivi ed oggettivi” riveste enorme importanza la conoscenza dei modelli di riferimento presenti nel contesto societario odierno, la dimestichezza con i prioritari principi etici e la comprensione dei due paradigmi presenti nei vari dibattiti: la visione cristiana e quella laico-secolare della vita e della sua qualità. E’ ciò che vedremo inseguito.

Ma quello che maggiormente importa è si percepisca l’importanza e il rilievo della bioetica per l’oggi ma soprattutto per il futuro come ricordato da papa Benedetto XVI nell’Enciclica “*Caritas in veritate*”: “Campo primario e cruciale della lotta culturale tra l’assolutismo della tecnicità e la responsabilità morale dell’uomo è oggi quello della bioetica, in cui si gioca radicalmente la possibilità stessa di uno sviluppo umano integrale. Si tratta di un ambito delicatissimo e decisivo, in cui emerge con drammatica forza la questione fondamentale: se l’uomo si sia prodotto da se stesso o se egli dipenda da Dio”⁴.

L’uomo pensante “cristiano”, inoltre, ha un input in più per “studiare la bioetica”, poiché, continua Benedetto XVI: “Le scoperte scientifiche in questo campo e le possibilità di intervento tecnico sembrano talmente avanzate da imporre la scelta tra le due razionalità: quella della ragione aperta alla trascendenza o quella della ragione chiusa nell’immanenza. Si è di fronte a un aut aut decisivo. La razionalità del fare tecnico centrato su se stesso si dimostra però irrazionale, perché comporta un rifiuto deciso del senso e del valore. Non a caso la chiusura alla trascendenza si scontra con la difficoltà a pensare come dal nulla sia scaturito l’essere e come dal caso sia nata l’intelligenza. Di fronte a questi drammatici problemi, ragione e fede si aiutano a vicenda. Solo assieme salveranno l’uomo. Attratta dal puro fare tecnico, la ragione senza la fede è destinata a perdersi nell’illusione della propria onnipotenza. La fede senza la ragione, rischia l’estraniamento dalla vita concreta delle persone”⁵.

⁴ BENEDETTO XVI, Enciclica *Caritas in veritate*, n. 74.

⁵ *Caritas in veritate*, op. cit. n. 74.

QUALE MODELLO DI RIFERIMENTO PORRE ALLA BASE DELLE NOSTRE SCELTE O OPINIONI BIOETICHE?

*“Colui che conosce solo il suo proprio lato della questione,
ne conosce ben poco”.*
(John Stuart Mill)

Nella nostra società “plurale”, come l’ha definita il cardinale A. Scola, sono presenti varie correnti di pensiero riguardanti la vita e di conseguenza la “visione di uomo” che spesso “respiriamo acriticamente”.

Le evidenzieremo con la finalità di comprendere perché alcune sono inaccettabili da chi ama la vita e vuole onorare l’uomo anche se malato o fragile affinché, come ripetuto più volte da papa Francesco, non sia ritenuto “uno scarto” della società ma possa anch’esso, accanto a noi e con il nostro supporto, vivere una degna qualità di vita.

Tre modelli problematici: soggettivista o liberalista, sociologico-utilitarista, scienziata-tecnologico.

Un modello rispettoso e riverente dell’uomo: il personalismo ontologico.

Esaminiamoli.

Modello soggettivista o liberalista

La visione soggettivista dove troviamo il “liberalismo etico” (cfr.: K. Popper, P.R. Nozick, R. Dworkin), “l’emotivismo morale” (cfr.: A.J. Ayer e K. Stevenson), “l’esistenzialismo nichilista” (cfr.: J.P. Sartre) e il “libertarismo” (cfr.: H. Marcuse), “esaspera il principio di autonomia”, esaltando la libertà individuale interpretata come valore unico e assoluto, svincolata dalla legge naturale e da ogni normativa etico-morale considerate oppressive e repressive.

Il modello, perciò, propone legittimo ciò che è liberamente accettato, voluto e compiuto!

Concependo la libertà come “totale affermazione di sé”, il modello, esalta il diritto dell’uomo a non essere ostacolato nelle proprie azioni e nella realizzazione dei propri desideri, separando “la libertà” dal suo costitutivo legame con “la verità” e con “la responsabilità”.

Ma, la libertà, privata della responsabilità è dimezzata, distruttrice di se stessa e disgregatrice della convivenza sociale poichè, esaltando i diritti soggettivi, dimentica i doveri dell’ “io personale” verso il “tu comunitario”. Rammentava il filosofo J. F. Malherbe che “il paradosso dell’autonomia è che l’autonomia non è

niente, se non è reciproca. In altre parole, non c'è autonomia possibile al di fuori di un contratto sociale che ne garantisca l'esercizio. Da solo, infatti, non potrei garantirmi nessun diritto"⁶. E, Malherbe, continua affermando che, ad esempio, il diritto al rispetto della vita precede quello della libertà, non potendo dimenticare che per "essere liberi" è indispensabile "essere vivi". Perciò, la vita, precede la libertà!

Il modello, applicato alla bioetica, manifesta che quando un uomo fragile o bisognoso di cura, turba i propri equilibri, la soppressione è stimata legittima ed anche "una scelta di libertà". Chiari esempi sono l'aborto e l'eutanasia.

Modello sociologico-utilitarista

Il modello radicato nel "principio di utilità" (cfr.: J. Bentham, H. Kuhse, J.Rachels, J. S. Mill, M.Tooley, P. Singer), fa "equivalere il bene all'utile", giudicando l'azione esclusivamente sulla base delle conseguenze prodotte. Rispetto al precedente, questo compie il passaggio dall'individualismo al soggettivismo della maggioranza, utilizzando come criterio valoriale e di giudizio la cultura di un popolo o di un'epoca. Inoltre, determina il valore della singola azione prevalentemente sulla base del "rapporto costo-beneficio", oppure dal vantaggio derivante al maggior numero di individui.

Da ciò si comprende "il rischio" per il futuro del malato se il rapporto costi-benefici fosse l'elemento di valutazione nel settore socio-assistenziale o costituisse la base del concetto di "qualità della vita". Molti, potrebbero essere privati di assistenza e quindi avviati alla morte, essendo ritenuti "troppo onerosi" per la società.

Modello scienziata-tecnologico

E' il modello societario della "manipolazione dell'uomo" mediante l'equazione tra "possibilità tecnica" e "liceità morale" (cfr.: C. Darwin, M. Weber, H. J. Heisenk, E.O Wilson).

All'interrogativo: "Ciò che è tecnicamente attuabile è anche moralmente lecito?", il modello risponde affermativamente, essendo quella scientifica l'unica verità verificabile e dimostrabile empiricamente mentre l'etica, la bioetica, come pure il diritto, sono unicamente espressioni culturali modificabili nelle varie epoche. Partendo dal presupposto che tutto è in divenire, lo scientismo definisce positivo ciò che è "tecnicamente fattibile". Di conseguenza, di fronte all'evoluzione scientifica, biologica e sociologica, i valori si devono adeguare senza porre limite alla ricerca e alla scienza.

⁶ J.F. MALTHERBE, in AA VV, *I Comitati Etici in ospedale*, Paoline, Cinisello Balsamo - Mi 1988, pg. 44.

Comprendiamo la pericolosità dell'impostazione constatando le particolari enfasi delle società attuali nei riguardi della salute e delle immense possibilità prodotte dalle scoperte scientifiche e dalle loro applicazioni sulla vita, riconoscendo, inoltre, le difficoltà nel superare le tentazioni d'intervenire nel "gioco del caso", imponendo regole non sempre dettate dalle migliori intenzioni, dove il coinvolgimento degli esseri umani è ritenuto semplicemente un "passo necessario".

Osservando gli ultimi periodi, il modello, si è attuato nelle ricerche applicate all'editing genetico, alla procreazione medicalmente assistita, alla maternità surrogata, al cambio di sesso... fino a giungere al folle progetto della clonazione umana.

Modello personalista ontologico

La "centralità dell'uomo" come valore assoluto, e di conseguenza, "l'approccio integrale" alla persona sono le basi della corrente di pensiero denominata "personalismo". Tutti i filosofi personalisti concordano che l'uomo è il centro del creato e il soggetto primario dell'universo (cfr.: E. Mounier, J. Maritain, A. Rosmini).

"Il personalismo – scrisse Mounier – è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità"⁷. "Uomo", interpretato come "una tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona"⁸

Quello presentato da Mounier è anche un "personalismo comunitario"; nel suo pensiero la persona non è un'entità giuridica da difendere nei confronti della collettività, ma un soggetto impegnato fin dalla nascita in una comunità. Per questo, sottolineava l'apertura dell'uomo alla trascendenza, partendo dal suo legame essenziale con l'universo.

Dunque, per il modello personalista ontologico, "la dignità" è il fattore costitutivo della persona; un valore da rispettare pienamente in tutte le fasi dell'esistenza; dal concepimento alla morte naturale. Già san Tommaso d'Aquino, aveva sostenuto che la persona umana rappresenta "l'essere più perfetto della natura"⁹; di conseguenza, ledendola, si infligge una ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

⁷E. MOUNIER, *Il Rinascimento*, Esprit 12/1931.

⁸E. MOUNIER, *Le personalisme*, Presses Universitaires de France. Paris 1950, pg. 52.

⁹TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, I. q.29,a,3g.

“Il bene della persona” nella sua unitotalità dovrebbe costituire anche il “nostro criterio” di giudizio, di decisione e di azione!

PRINCIPIO DI SOLIDARIETÀ E BENE COMUNE

*Non giudicare sbagliato ciò che non conosci,
prendi l'occasione per comprendere.
(Pablo Picasso)*

Premessa

Poiché l'agire di un popolo in un determinato tempo, come pure ogni azione libera, consapevole e responsabile del singolo hanno conseguenze etiche o bioetiche dobbiamo chiederci cosa porre alla base di ogni decisione o di ogni discussione. Mentre, chi opera in sanità, deve riferirsi ad alcuni principi: da quello di autonomia a quello di beneficenza, da quello di fedeltà a quello di totalità, da quello di non maleficenza a quello del duplice effetto, noi, quando nella quotidianità siamo interpellati ad esprimere un giudizio o ad assumere un comportamento, come ci dobbiamo comportare?

Due punti di riferimento: "un principio": quello di solidarietà e "una situazione": il bene comune.

Principio di Solidarietà

E' il principio che evidenzia che "gli uomini sono, inevitabilmente, legati gli uni agli altri e dipendono in molteplici modi gli uni dagli altri; di conseguenza, sono tenuti ad attuare tale legame nel modo più giusto per il bene dei singoli e del tutto, e sono responsabili nei confronti degli altri e della comunità, così come questa, a sua volta, deve prendersi cura dei singoli membri"¹⁰.

Il principio, dunque, impegna il singolo a realizzarsi attuando la realizzazione degli altri, e con quelli di libertà e di uguaglianza è presente anche nella Costituzione Italiana (cfr.: art. 2), mostrando la "vocazione solidaristica" che deve trovare cittadinanza nella nostra nazione. E' questo un criterio auspicato nella fase costituente del nostro Paese sia dal versante cattolico che da quello laico-socialista. G. Dossetti (del gruppo Democratico Cristiano), il 10 settembre 1946, affermò che "il nuovo Statuto dell'Italia democratica dovrebbe riconoscere la precedenza sostanziale della persona umana rispetto allo Stato", nonché "la necessaria socialità di tutte le persone, le quali sono destinate a completarsi e a perfezionarsi a vicenda mediante una reciproca solidarietà economica e spirituale: anzitutto nelle varie comunità intermedie, disposte secondo una

¹⁰ A. GUNTHOR, *Chiamata e risposta*, Vol. III, Paoline, Roma 1987, pg. 49.

naturale gradualità”¹¹. Gli fece eco M. Ruini (di formazione radicale), sottolineando la doverosa corrispondenza tra diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà “come lati inscindibili, come due aspetti dei quali l’uno non può sceverare senza l’altro”¹².

Il principio di solidarietà, base dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, del volontariato, delle donazioni di organi, tessuti e sangue, va rivalorizzato nell’attuale contesto societario caratterizzato dall’ individualismo, dall’egoismo e dall’indifferentismo; per questo, la santa Madre Teresa di Calcutta, continuamente denunciava: “Il più grande male del nostro secolo è ‘l’ indifferenza’ ”.

Il principio rammenta che nessuno è “un’isola” o un bene “solo per se stesso” ma è indissolubilmente unito agli altri, dipendendone in molteplici modi e anche la propria realizzazione avviene, il più delle volte, con il concorso degli altri. Dunque, la solidarietà, ci rammenta la responsabilità nella ricerca del bene dei singoli e della collettività, poichè tutti siamo garanti della realizzazione degli altri, soprattutto di coloro che hanno avuto meno o sono più fragili. Dobbiamo potenziare la loro vita favorendo la loro crescita sociale, culturale e la loro felicità predisponendo le condizioni affinché possano vivere un’ “esistenza di qualità” anche se affetti da menomazioni, malattie o invalidità.

Il principio pone, concludendo, anche alcuni interrogativi.

Perché molti si trovano nell’indigenza e nella povertà in continua crescita nel nostro Paese? Sono tollerabili gli eccessivi onorari di alcune categorie professionali (medici, avvocati, commercialisti...) anche nel fornire prestazioni essenziali? Sono ammissibili alcune remunerazioni di manager, politici, magistrati... o le cosiddette “pensioni d’oro”..., quando molte famiglie faticano a giungere a fine mese o degli ammalati non hanno la possibilità di acquistare medicinali salva-vita?

Un dato. In Italia, nel 2016, 1 milione e 619mila le famiglie, composte da 4 milioni e 742mila individui, vivevano in condizione di povertà assoluta. A questi vanno aggiunti oltre un milione di single¹³.

Bene Comune

Il principio di solidarietà è strettamente legato al “bene comune”.

Per comprenderlo è opportuno mostrare la distinzione tra “bene pubblico” e “bene comune” per evitare l’errore di ridurre il “bene comune” al miglioramento dei livelli societari, annebbiandolo con il “bene pubblico”.

¹¹ A. MELLONI (a cura di), *La ricerca costituente -1945/1952-*, Il Mulino, Bologna 1994, pg. 87.

¹² Discorso tenuto l’11 settembre 1946.

¹³ Dati Istat, maggio 2017.

Il “bene pubblico” predilige la tutela degli interessi della comunità, il “bene comune” tutela la singola persona portatrice contemporaneamente di diritti e di doveri.

Il “bene pubblico” rientra negli impegni primari dello Stato nel garantire, ad esempio, la pace e la sicurezza, ma, contemporaneamente, la ricerca di questo è anche un dovere di tutti che si esprime nella partecipazione attiva alla vita politica e pubblica.

Il “bene pubblico” coinvolge tre attori.

-Lo “Stato” nel limitare i suoi ambiti d’intervento per aprirsi alla sussidiarietà.

-I “partiti politici” che nei sistemi democratici sono gli intermediari presso le Istituzioni, e nel caso italiano, devono riacquistare la credibilità perduta nel corso degli anni.

-I “cittadini”, osservando regole chiare e condivise e subordinando gli interessi privati, anche quelli economici, a quelli della collettività.

Operare per il “bene pubblico”, e contemporaneamente per il “bene comune”, è l’unica possibilità per uscire da una scenario negativo che da decenni ci logora.

Cos’è il “bene comune”?

E’ “l’insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono sia alla collettività sia ai singoli membri di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più celermente”¹⁴. Ma, il “bene comune”, è “un bene arduo da raggiungere, perché richiede la capacità e la ricerca costante del bene altrui come se fosse il proprio”¹⁵.

La responsabilità nei riguardi del “bene comune” non prescinde però la ricerca del proprio benessere, ma postula contemporaneamente l’esigenza di valutare l’altrui interesse come il proprio. Operare per il “bene comune” si esprime nel riconoscere, nel rispettare e nel concretizzare i diritti di tutti i componenti della società. E, il primo diritto, è quello di una degna qualità di vita per il sano e per l’ammalato, per il bambino e per l’anziano, per l’italiano e per lo straniero.

Il “bene comune” non è un’utopia o un’idea astratta; sono “comportamenti da ricostruire”, oltrepassando la nostrana abitudine che individua, sempre e comunque altrove, le responsabilità di ciò che avviene.

Un esempio per comprenderci. Mi trovavo a cena con amici nel centro di Roma e discutevamo del male endemico dell’evasione fiscale. In un tavolo vicino al nostro una coppia partecipò al nostro dialogo, e concordarono che l’evasione fiscale era da combattere “senza pietà”. Terminarono la cena e chiesero al padrone del ristorante il conto. Lui scrisse sulla tovaglia di carta “50” (50 euro).

¹⁴ CONCILIO VATICANO II, Costituzione pastorale *Gaudium et spes*, n. 26.

¹⁵ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA GIUSTIZIA E DELLA PACE, *Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa*, n. 167.

Un buon prezzo per il cibo a base di pesce che avevano consumato. L'uomo estrasse dal portafoglio una banconota e la diede al ristoratore e si salutarono cordialmente. E noi ci chiedemmo: "e la ricevuta fiscale?". Un piccolo episodio del cosiddetto "predicare bene ma razzolare male".

Da questo quadretto si deduce che il traguardo del "bene comune" richiede una notevole opera educativa; da parte di chi? Così si espresse il beato papa Paolo VI nell'enciclica *Octogesima adveniens*: "Non spetta né allo Stato né ai partiti politici che sarebbero chiusi su se stessi, di imporre un'ideologia con mezzi che sboccherebbero nella dittatura degli spiriti, la peggiore di tutte. E' compito dei raggruppamenti culturali e religiosi, nella libertà d'adesione che essi presuppongono, di sviluppare nel corpo sociale, in maniera disinteressata e per vie loro proprie, queste convinzioni ultime sulla natura, l'origine e il fine dell'uomo e della società"¹⁶.

¹⁶ PAOLO VI, Enciclica *Octogesima adveniens*, n. 25.

SACRALITÀ, DIGNITÀ E QUALITÀ DELLA VITA: UN TRINOMIO INSCINDIBILE

La conoscenza dell'altro rende le persone umili.

L'ignoranza rende le persone arroganti.

(Anonimo)

“Ho 26 anni, abito a Milano, e da poco tempo sono medico. Terminato il liceo classico mi sono iscritta alla facoltà di medicina più per motivi opportunistici e speculativi che valoriali. Poi, man mano che praticavo il tirocinio, che mi portò a contatto con la sofferenza reale, mi sono ‘innamorata’ dei miei pazienti, ed ora per loro faccio il possibile e anche l'impossibile, ma poi, ad un certo punto, mi devo arrendere. Sono cristiana ma non praticante. Quello che non approvo della Chiesa è l' insistenza sulla ‘dignità della vita’ anche quando è totalmente priva di qualità e direi di senso. E’ questa un’esperienza che vivo quotidianamente operando in un reparto di malattie neuro-degenerative dove stò specializzandomi. Nel corso degli studi alcune esperienze mi hanno segnata profondamente suscitandomi alcuni interrogativi esistenziali per ora senza risposte. Ad esempio, al secondo anno di medicina, partecipando ad un Corso Elettivo (quelli facoltativi), mi fecero visitare un’ Istituto di riabilitazione psichiatrica e ricordo perfettamente il trauma che ho subito incontrando una trentina di uomini e donne affetti da ritardo mentale che parlavano ed agivano il più delle volte da bambini. E mi sono chiesta se la loro fosse un'accettabile ‘vita di qualità’. Silvia”.

Questa lettera che la dottoressa Silvia ha inviato al mio blog mi offre lo spunto per la riflessione su un altro argomento fondamentale del discorso bioetico: quello “della sacralità e dignità di ogni uomo in rapporto alla qualità della vita”. Non fornirò risposte ma offrirò unicamente alcuni suggerimenti, memore dell'insegnamento di Carlo Bo, famoso critico letterario italiano, che affermò: “non c'è una letteratura delle sofferenze, ci sono solo dei gridi”. E i “gridi”, non si spiegano, ma si ascoltano.

Silvia si chiede: “Da medico devo salvaguardare la qualità o la dignità dell'esistenza dei miei pazienti?”. Nella società odierna che tende principalmente alla “qualità” a scapito della “dignità”, dove molti agiscono pavlovianamente spesso condizionati dai massmedia, la mia risposta è che dobbiamo proteggere entrambi: “qualità”, “dignità” ed aggiungo “sacralità” poichè si intersecano, essendo l'uomo un essere unitario.

La dicitura “qualità della vita” è d’uso comune; coinvolge la sfera societaria e personale, estendendosi dalla salute al desiderio di autodeterminazione. Indicativa è l’irrealistica definizione di salute proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): “Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia e di infermità”¹⁷, cui fece seguito alcuni anni dopo un’ambigua concretizzazione: “Lo stato di benessere fisico e mentale è necessario per vivere una vita piacevole, produttiva e ricca di significato”¹⁸.

E’ opportuno sottolineare, superando l’utopia, che nessuno mai realizzerà contemporaneamente i vari “benesseri” indicati dall’OMS! Inoltre, la “qualità della vita” identificata unicamente nei beni materiali, nell’efficienza e nel piacere diverge notevolmente dalla nozione di “dignità e sacralità della vita” presente nella Dottrina Cattolica, poichè coloro che non conseguono a causa della “fragilità” un livello minimale o affrontano situazioni di completa compromissione fisica o psichica, senza opportunità di recupero, smarrirebbero il significato dell’esistenza. Di conseguenza, come reputare i portatori di handicap gravi o mentali, i sofferenti di Alzheimer (in Italia oltre 600mila), i malati terminali o in stato vegetativo persistente?

Decantare la qualità della vita equivale a valorizzare unicamente le porzioni di esistenza riferibile alla materialità, tralasciando le dimensioni percepibili dai sensi (relazioni affettive, amore, amicizia, mutualità, solidarietà...) e l’aspetto spirituale. E’ irrinunciabile, dunque, identificare “parametri alternativi” che mostrino che ogni vita, anche se sofferente, può acquisire una rilevante e soddisfacente “qualità”. Questa, coincide con l’adattamento alle limitazioni esistenziali, accogliendo positivamente le trasformazioni che una patologia comporta.

L’errore odierno consiste nel coniugare i parametri di qualità con il concetto di salute, scordando che la malattia o la disabilità sono costitutive del Dna di ogni persona. E, nonostante i progressi della scienza, non si debellerà totalmente l’infermità e la fragilità e non sconfiggerà la morte. E’ opportuno, perciò, riappropriarsi della “cultura della malattia” assicurandogli il valore di esperienza pienamente umana. L’esasperazione del concetto qualità e conseguentemente di salute sta diffondendo, subdolamente, un clima culturale di morte, oltre un messaggio ambiguo: le condizioni di terminalità o di fragilità grave ed invalidante non sono conciliabili con un’esistenza degna di essere vissuta.

Quella proposta, è la semplice teoria di un sano, o corrisponde all’esperienza di molti malati? E’ la testimonianza di san Giovanni Paolo II che visse lunghi

¹⁷ Protocollo di Costituzione, 1946

¹⁸ Declaration of Alma-Ata, 1978.

periodi di dolore fisico e denominò i sofferenti “tesori” per la Chiesa e per l’umanità. E’ la voce di tanti malati che incontro da cappellano ospedaliero. E’ l’opinione del cardinale A. Comastri, già arcivescovo di Loreto, che ci offre una testimonianza più significativa di mille ragionamenti.

“Una sera al termine della preghiera nella basilica di Loreto, colma di malati, mi avvicino ad una culletta sostenuta dalle braccia robuste di un barelliere, ma dentro non vedo un bambino bensì una donna adulta: un piccolissimo corpo (58 centimetri) con un volto splendidamente sorridente. Tendo la mano per salutare, ma l’ammalata con gentilezza afferma: ‘Padre non posso darle la mano perché potrebbe frantumarmi le dita: io soffro di osteogenesi imperfetta e le mie ossa sono fragilissime. Voglia scusarmi’. Ovviamente non c’era nulla da scusare, ma rimasi affascinato dalla serenità e dalla dolcezza dell’ ammalata e volevo sapere qualcosa in più della sua vita. Mi prevenne e mi disse: ‘Padre, sotto il cuscino della mia culletta c’è un piccolo diario è la mia storia. Se ha tempo, può leggerla’. Presi i fogli e lessi il titolo: ‘Felice di vivere’. Io riguardai la malata e domandai: ‘Perché sei felice di vivere? Puoi anticiparmi qualcosa di quello che hai scritto?’. Essa mi disse: ‘Padre, lei vede le mie condizioni, ma la cosa più triste è la mia storia! Potrei intitolarla così: abbandono! Eppure sono felice, perché ho capito qual è la mia vocazione. Sì, la mia vocazione! Io, per un disegno d’amore del Signore, esisto per gridare a chi ha il dono della salute: #Non avete diritto di tenerla per voi, la dovete donare a chi non ce l’ha, altrimenti la salute marcirà nell’egoismo e non vi darà la felicità#. Io esisto per gridare a coloro che si annoiano: #Le ore in cui voi vi annoiate mancano a qualcuno che ha bisogno di affetto, di cure, di premure, di compagnia; se non regalerete quelle ore, esse marciranno e non vi daranno felicità#. Io esisto per gridare a coloro che vivono di notte e corrono da una discoteca all’altra: #Quelle notti, sappiatelo, mancano drammaticamente, mancano a tanti ammalati, a tanti anziani, a tante persone sole che aspettano una mano che asciughi una lacrima: quelle lacrime mancano anche a voi, perché esse sono il seme della gioia vera! Se non cambierete vita, non sarete mai felici!#. Io guardavo questa ammalata e non osavo commentare e fu lei che aggiunse: ‘Padre, non bella la mia vocazione?’ ”¹⁹.

L’orgoglio di affermare: “Padre non è bella la mia vocazione?”, racchiude l’esperienza di colei che ha conseguito una degna qualità di vita, convivendo con le proprie limitazioni.

Il fatto che ogni vita può trovare con il nostro supporto, rilievo nell’adattamento esistenziale al dolore e alla sofferenza, è ben riassunto in questo brano di M. L.

¹⁹ Dalla relazione: “*Il malato e il giorno del Signore*” tenuta dal cardinale A. Comastri a Chianciano Terme il 22 giugno 2004.

King: “Se non potete essere un pino sulla vetta di un monte, siate scopa nella valle, ma siate la migliore piccola scopa sulla sponda del ruscello. Siate un cespuglio, se non potete essere un albero. Se non potete essere una via maestra, siate un sentiero. Se non potete essere il sole, siate una stella. (...) Siate il meglio in qualunque situazione. Cercate ardentemente di scoprire a che cosa siete chiamati, e poi mettetevi a farlo appassionatamente”²⁰.

²⁰ M. L. KING, *La forza di amare*, SEI, Torino 1978, pg. 143.