

Il bene della vita e della salute e il dovere di preservarli

Juan José Pérez-Soba Diez del Corral

Professore di Morale Fondamentale

Facoltà di Teologia “San Dámaso”

C. Jerte, 10.

Madrid 28005 (Spagna)

“Il tuo amico è malato” (Gv 11,3). Il messaggio che le sorelle di Lazzaro indirizzarono a Gesù con l'intento di attirare la sua attenzione, riflette molto bene, nel suo essere conciso, il modo in cui il dolore, causato dalla propria o dall'altrui malattia, rappresenta una delle realtà principali nella vita umana, al punto che il semplice accennarvi causa immediatamente una reazione spontanea di compassione e viene interpretato come un invito a porvi rimedio.

Ci sono beni che, per la loro natura, sono a fondamento di tutti gli altri beni, per questo non si apprezzano adeguatamente finché non si perdono. È ciò che succede quando vengono a mancare beni necessari per il nostro lavoro o il nostro stile di vita, quando si subiscono limitazioni delle capacità psichiche e, soprattutto, quando vengono a mancare le persone care. Ed è quello che succede, evidentemente, con la salute. Il venir meno dei beni fondamentali, permette di scoprire il loro valore autentico che, altrimenti, si è soliti dare per scontato.

Così, la presa di coscienza di questi beni si associa a due attitudini molto diverse: la prima è quella dello *sconcerto* poiché derivando, la carenza, da una situazione imprevista, provoca, almeno inizialmente, un disorientamento dovuto all'alterazione della propria vita. Dietro questa reazione quasi spontanea, si nasconde qualcosa di molto più grande: la presa di coscienza della radicale *vulnerabilità* e *contingenza* della vita umana. Il nostro modo di vivere, che è rivolto ad una serie di desideri e intenzioni, è minacciato alla radice dalla possibilità che non si realizzi nessuno di questi, e ancor più radicalmente, dalla possibilità della fine della nostra esistenza.

La seconda attitudine cui accennavamo è la *paura*. Se davvero, come appare indubitabile, la condizione umana è questa, la nostra vita sembra dipendere da una moltitudine di circostanze che sfuggono al nostro controllo e qualsiasi cosa ci proponiamo può essere una vana illusione, un anticipo di un dolore più grande. Il timore di perdere tutto, di fallire in ciò che ci si propone, appare ora con una tale forza da occupare tutto l'orizzonte e non si sa bene come indirizzare questo fastidioso “invitato” che inizia ora ad accompagnarci nella vita.

Davanti all'impatto iniziale di cui si alimentano queste attitudini fondamentali ci sono tre possibilità.

- La prima è quella di cercare di dimenticare, nascondere l'esperienza vissuta e i significati collegati come qualcosa senza importanza. Il ragionamento è pratico: la vita continua con tutte le sue esigenze e sono queste quelle a cui bisogna rispondere, non a domande alle quali sembra impossibile dare una risposta adeguata. L'uomo può concentrarsi sull'immediato – “*carpe diem*” – delle sue azioni e soddisfazioni ed evitare di porsi domande che sono solo fonte di inquietudini. Si può scegliere di vivere in questo modo, ma rimane l'impressione iniziale di *sconcerto*; non voler rispondere alla manifesta esigenza di una domanda è un modo di esistere non autentico.

- La seconda possibilità è quella di voler rispondere con una pretesa *invulnerabilità*. Si arriva a pensare che la persona in questione non sia toccata da questa domanda poiché trae da un altrove la sua sicurezza e in questa sicurezza sta la sua speranza. Attualmente la scienza, e in particolare la tecnica, giocano spesso questo ruolo di garanzia che offre soluzioni a qualsiasi problema di debolezza umana.¹ Tale ruolo consiste nel dare speranza attraverso

¹ Cfr. BENEDETTO XVI, Lett. Enc. *Spe Salvi*, nn. 16-18.

l'eliminazione progressiva di qualsiasi vulnerabilità che si dovesse presentare, tra cui, in primo luogo, la malattia. In un senso simile si colloca una certa "riduzione" della vita alla "autocoscienza" dell'uomo, a ciò che egli pensa di se stesso, in questo modo la questione della sua vita si rinchioda in una sfera di cui potrebbe essere padrone. Senza dubbio sono risposte importanti, ma evidentemente parziali. Non si pensa al significato inerente alla vulnerabilità e si ridimensiona lo sconcerto come qualcosa di superficiale, anche se rimane la paura. Infine si fa affidamento su qualcosa di incerto, in un futuro che tarda sempre ad arrivare e con la intima certezza che, in definitiva, è ovviamente impossibile eliminare quella vulnerabilità che continua a rimanere una minaccia.

- La terza possibilità è accettare la sfida della domanda e scoprirvi un significato diverso: una *questione di senso*². Senza dubbio, in questo caso si tratta di una scelta personale, dell'accettazione profonda di una verità che provoca e interroga. L'uomo colto dalla malattia non vive le tre possibilità come equivalenti, queste non gli si presentano in maniera neutrale per cui si può scegliere con indifferenza. Di fatto, il contesto culturale occidentale che ci circonda favorisce le prime due possibilità: essendo, la nostra, una società consumista, spinge ad acquietare qualsiasi domanda profonda attraverso la soddisfazione dei desideri immediati, come un letargo che rende difficile il risveglio. È, inoltre, una cultura che rende omaggio alla tecnica e fa che gli uomini ripongano in essa la speranza del proprio futuro.

Si capisce bene in che modo queste due risposte non solo siano carenti, ma falsifichino la verità dell'uomo. Si produce così il paradosso, manifesto nell'attualità, per cui ciò che si pretendeva che fosse un rimedio per questa "malattia" specifica della vulnerabilità umana, si trasforma, invece, nel fondamento di un'autentica "cultura di morte"³, in una larvata minaccia contro la vita.

È la mentalità consumista, quella che tende a valorizzare qualsiasi realtà per la sua appetibilità e sempre in relazione ad un insieme di sensazioni che si possono considerare soddisfacenti. Il dolore, relegato a evento senza senso, diventa insopportabile, in quanto sfuggente alla nostra capacità di dominio, una minaccia irrazionale, insuperabile e fatale.

Di qui, si può arrivare a considerare la vita di un malato come "vita senza qualità" e, conseguentemente, giudicarla come indegna dell'uomo e, dunque, sopprimibile.

Da parte sua, la tecnica si caratterizza dal modo di raggiungere determinati fini come prodotti. La sua massiccia applicazione al campo della medicina ha permesso di dimostrare, con estrema rapidità, la minaccia che è alla base di una mentalità esclusivamente tecnica in azioni che hanno come fine non semplici prodotti, ma le persone. La bioetica in quanto tale, nasce dalla percezione ineludibile della necessità di fissare limiti etici agli interventi tecnici che non si possono giustificare per se stessi. La minaccia è considerata talmente grave che l'etica diventa un argomento essenziale per la sopravvivenza: "Bioethics: de Science of Survival"⁴. È stato questo il titolo dell'articolo in cui è apparso per la prima volta il termine "bioetica" e che ha quindi dato un nome a questa nuova disciplina nell'ambito dell'etica.

Questi fatti così eloquenti, ci permettono di esprimere una prima diagnosi riguardo alla causa di una tale evoluzione dei valori riguardanti la vita: il paradosso di questa trasformazione si deve all'elemento interiore che mette in comunicazione gli estremi. Tra la proposta sociale e culturale e la realtà della "cultura di morte" sta la crisi del senso della vita. È questa, in definitiva, quella che deve essere interpretata come il fondamento di quello che tutti conosciamo come la "crisi morale", considerata nella sua radice più profonda.

² La "*Magna quaestio*" agostiniana: SANT'AGOSTINO, *Confessioni*, 1,4,4,9 (CCL 27,44). Una riflessione di grande interesse sul senso della vita che promana da questa questione, è quella di: GRYGIEL S., *Il pensiero sorge dall'angustia inter vitam ac mortem*, in NORIEGA J., DI PIETRO M.-L. (a cura di), *Né accanimento né eutanasia. La cura del malato in stato vegetativo permanente*, Roma: Lateran University Press, 2002: 25-46.

³ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 12.

⁴ POTTER V.R., *Bioethics: the Science of Survival*, Perspectives in Biology and Medicine 1970, 14: 127-153.

La malattia come segno

“Questa malattia non è per la morte” (Gv 11,4). La risposta del Signore segna una differenza essenziale tra la valutazione della malattia e della vita. Il senso immediato dell’espressione è chiaramente quello di essere di conforto per le sorelle, poiché preannunciava la continuazione della vita, precisamente quella vita che poteva essere minacciata dalla malattia.

Non si tratta di una differenza di grado, ma di una differenza che ha in se stessa un carattere morale. Si distingue quindi tra la malattia stessa come una mancanza, una debolezza sempre relativa; e il suo fine, ciò di cui, in fondo, è una anticipazione, cioè la morte⁵. Questa non è semplicemente una mancanza parziale di vita, ma la sua assenza assoluta; un passaggio dal tutto al nulla. La malattia è un’entità che ammette gradi e che si riferisce sempre a qualcosa al di fuori di sé, la vita stessa. Invece la morte gode di un certo senso assoluto che è legato direttamente al valore stesso della vita.

La malattia si può considerare come un *segno* che ci mostra la realtà morale della vita. La carenza di salute è sempre una rivendicazione del valore particolare della vita umana, anche nella sua debolezza, con la forza di una realtà che si impone per se stessa senza che se ne possa evitare l’esistenza e senza poter girarsi dall’altra parte per far finta di niente. La malattia può avere un senso non per se stessa, ma in riferimento alla vita della persona malata.

La malattia, quindi, parla direttamente ad un’autocoscienza che, altrimenti, potrebbe ritenersi soddisfatta, e parla attraverso il dolore⁶, che l’uomo vive come sofferenza⁷. Il primo ha il valore di una chiamata che ha lo scopo di scoprire un senso, mentre il secondo leva un grido per la domanda di senso, come ciò che non può essere messo da parte. Si può soffrire per il dolore altrui e qui sorge un nuovo senso di comunicazione tra persone, irriducibile alla mera autocoscienza. Non si tratta, in quanto sofferenza, di una semplice compassione; in essa si esige non solo un “sentire con”, ma un “consentire”, vivere questa sofferenza “con” l’altra persona, accompagnandola nel dolore perché emerge un senso nuovo al sapersi uniti in questa situazione.

La malattia non è né il dolore, né la sofferenza. Il fatto che questi si accompagnino a quella è una spinta a saper integrare la malattia in una forma personale di vivere: è la vita stessa che si pone in questione grazie al dolore che si trasforma in sofferenza. La morale neostoica, rifugio contro gli argomenti razionali che accompagnano le nostre decisioni, è arrivata a separare dalla questione morale la grande domanda che sorge dal dolore e dalla sofferenza⁸. Lascia l’uomo sicuro nel seguire le norme razionali, ma incerto nella capacità di soffrire e, quindi, di saper vivere.

“Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati” (Mt 9,12). Con queste parole Gesù rende manifesto il modo in cui la malattia è legata alla necessità di un senso da parte di un uomo vulnerabile, la cui peggior malattia è chiudersi nella sua propria sicurezza. Il valore morale delle parole è indubbio, colui che si sente sicuro per la certezza che gli proviene dal seguire una norma esteriore, ignora la grande domanda morale che scaturisce dalla vulnerabilità umana. Il fariseismo, pretendendo di non aver bisogno di nessuno per sentirsi giustificato, è quindi espressione della rinuncia alla questione del senso della vita che la

⁵ Cfr. GRYGIEL, *Il pensiero sorge...*, p. 28: “Il significato, però, del dolore non si esaurisce nella funzione di denunciare malattie. (...) La minaccia si addentra nell’autocoscienza dell’uomo, facendo parte della verità del suo essere. Il dolore, dunque rivela la malattia e allo stesso tempo informa l’uomo sulla morte.”

⁶ Cfr. LEWIS C.S., *El problema del dolor*, Madrid: Rialp, 1994.

⁷ Cfr. VILAR J., *Antropología del dolor. Sombras que son luz*, Pamplona: EUNSA, 1998: 36; ZUCCHI P.L., HONINGS B., VOEGELIN M.R. (a cura di.), *Compendio di semantica del dolore*, XI, Firenze: Istituto per lo Studio e la Terapia del Dolore, 2001: 37.

⁸ Cfr. PINCKAERS S., *Les sources de la morale chrétienne. Sa méthode, son contenu, son histoire*, Fribourg-Paris: Éditions Universitaires Fribourg –Éditions du Cerf, Fribourg-Paris, ³1993: 35-38.

malattia fa sorgere in noi e al quale il semplice riferimento ad una legge esterna è incapace di rispondere, come si evince chiaramente dal libro di Giobbe⁹. La rinuncia a questo senso è la perdita della speranza, la vera “malattia mortale” di cui parlava Kierkegaard¹⁰, poiché in questo modo l’uomo non è capace di sperare nella vera salute che solo il Salvatore concede nella sua misericordia¹¹.

La vita è sempre un bene

La differenza tra salute e vita diventa evidente quando viene posta in relazione al qualificativo morale per eccellenza: il “bene”. In questo ambito, la valutazione morale della vita derivante dalla tradizione cristiana, inizia con un’affermazione forte che potrebbe sembrare eccessiva: “la vita è sempre un bene”¹²; a questa corrisponde inseparabilmente il giudizio morale conseguente: qualsiasi attentato contro la vita è sempre un male. Ciò si esprime attraverso l’imperativo assoluto: “Non uccidere!”¹³. Per poter comprendere appieno l’affermazione del bene della vita, bisogna andare oltre ogni contenuto immediato dell’esperienza. Sperimentiamo il modo in cui il male condiziona la nostra vita debole che si trova spesso in una condizione miserevole. Qualifichiamo molte circostanze come “vita cattiva” o “vivere male”. Non è semplice accordare questi fatti così evidenti con la perentoria affermazione precedente.

Per questo, comprendere il valore morale della vita umana esige una prospettiva che consideri la “vita” non come il modo in cui “sentiamo di vivere”, che può essere condizionato da mali di tutti i tipi, arrivando a considerare la morte come una liberazione¹⁴; è invece necessario considerare la “vita” come un *tutto*, cioè con un significato morale¹⁵, il che è proprio di qualsiasi atto umano in quanto rende *migliore* l’agente. Pertanto, non si tratta di un’astrazione ma, anzi, del senso più genuino di “vita umana”, che è indubbiamente diverso dal mero fatto di vivere, dalla vita fisica.

È la differenza sostanziale alla quale si riferisce il noto aforisma di Giovenale: “*Summum crede nefas animam praeferre pudori et propter vitam vivendi perdere causas*”¹⁶. Per un uomo, vivere consiste nel trovare il *sensu della sua esistenza*. La “ragione di vita” di cui ci parla il filosofo stoico non può essere mai una questione di fatto, un semplice “benessere”, rimandando così ad una trascendenza che vincola l’uomo ad una realtà per la quale vivere.

L’uomo non può non sperimentare la sua vita come vita piena di un *sensu morale* che le è proprio. È in questo modo che la si può valutare sempre come un bene, non per il suo valore biologico, nè per il sentimento soggettivo, ma perchè esiste *sempre* un *sensu del vivere* che non può essere arbitrario, nè debole. Il fatto che si possa dire che questa valutazione è incondizionata, che vale *sempre*, deriva dal fatto che si ritiene che questo senso *non è elettivo*.

⁹ Cfr. ALONSO SCHÖKEL L., SICRE DIAZ J.L., *Job. Comentario teológico y literario*, Madrid: Ediciones Cristiandad, 2002.

¹⁰ Cfr. KIERKEGAARD S., *La malattia mortale*, in ID., *Opere*, Firenze: Sansoni Editori, 1972: 621-692.

¹¹ Per questo Matteo mette in riferimento ciò che è stato detto con la citazione di Os 6,6: “Misericordia io voglio e non sacrificio” (Mt 9,13).

¹² GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Evangelium vitae*, n. 31.

¹³ Ex 20,13; Dt 5,17. GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Evangelium vitae*, nn. 53-55.

¹⁴ Cfr. Ap 9,6: “In quei giorni gli uomini cercheranno la morte, ma non la troveranno; brameranno morire, ma la morte li fuggirà.”

¹⁵ Cfr. MELINA L., *Vita*, in TANZELLA-NITTI G. STRUMIA A. (a cura di.), *Dizionario interdisciplinare di Scienza e Fede*, Roma: Urbaniana University Press-Città Nuova, 2002: 1519-1529.

¹⁶ JUVENAL D.G., *Satirarum libri*, VIII, 83 s. Citato in: KANT I., *Kritik der praktische Vernunft*, KGS, V, A 283.

Se dipendesse dalla scelta dell'uomo, è evidente che in molti casi l'uomo, per diverse ragioni, potrebbe decidere che la sua vita non ha senso, cadendo così in un grave errore morale.

La tradizione cristiana difende questa priorità del senso in una logica propria che sembra sempre legata alla realtà del vivere, ma che, per la portata delle sue implicazioni, nella realtà è spesso oscurata. Si tratta di considerare la vita *come un dono*¹⁷. È qui che il senso di vivere si scopre non in una ipotesi in cui “rischiare la vita”, ma in una origine che è la promessa di una meta. È scoprire un ordine che ci precede e di cui la nostra vita è parte. Il senso di vivere richiede una risposta da parte dell'uomo, ma non si identifica con essa. Anche nella più grande debolezza, il dono iniziale rimane e il senso non scompare, ma continua ad esserci esigendo di essere riconosciuto. Per la stessa struttura fondamentale del dono, la vita non può essere considerata in nessun modo dominata da un destino impersonale o determinata dallo sviluppo di una natura in evoluzione, ma come la manifestazione reale della volontà amorosa di un *donatore originario*¹⁸.

Da questa prospettiva, si comprende sempre che qualsiasi *sensu della vita* è intimamente legato alla relazione d'amore con un'altra persona. Vivere appare, alla fin fine, come un “vivere per”, che impedisce la chiusura in un semplice fatto biologico. Qualsiasi considerazione del carattere esistenziale della vita umana richiede sempre l'implicazione della libertà personale, il consenso ad una chiamata che costituisce l'intenzionalità fondamentale di una vita. In questo modo possiamo riformulare l'affermazione iniziale “la vita è sempre un bene”, con un'altra che esprime in maniera più completa la dinamica che la sostiene: “si può comprendere e portare a compimento il senso più vero e profondo della vita: essere *un dono che si realizza donandosi*”¹⁹.

La vita è “sempre un bene” nella misura in cui nasce da un dono e tende al dono di sé. Contiene pertanto un'intenzione personale che precede la persona umana e la espone alla necessità di un senso per il quale dare la vita. Per tale motivo si può ritenere la vita umana come sacra²⁰ e, di conseguenza, inviolabile: non per se stessa, come fatto fisico di essere un individuo concreto di natura umana, ma per la sua origine – un atto d'amore di Dio – e il suo destino avvolto in un mistero di unione con Dio che ci si rivela, in definitiva, come una chiamata all'eternità²¹.

Il bene della vita e il “bene della persona”

La “vita umana”, qualsiasi vita che si riconosca come “umana”, non si può mai considerare semplicemente solo come un “bene fisico o biologico”, ma come un bene *sempre* legato ad un bene morale ineludibile. Non per la realtà fisiologica che la sostiene, che è soggetta a molti mali e alla fine corruttibile, ma perché il riconoscimento della vita umana è inseparabile da una *responsabilità davanti ad essa*. Davanti ad una chiamata personale, non

¹⁷ Per approfondire la logica che ne è alla base, mi permetto di rimandare a: PÉREZ-SOBA DIEZ DEL CORRAL J.J., *La vita personale: fra il dono e la donazione*, in MELINA L., SGRECCIA E., KAMPOWSKI S. (a cura di), *Lo splendore della vita: Vangelo scienza ed etica. Prospettive della bioetica a dieci anni da Evangelium vitae*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2006: 127-141.

¹⁸ Su questo tema riflette: STYCZEN T., *Vivere significa ringraziare. Gratias ago, ergo sum. La cultura della vita come cultura del ringraziamento*, in: ID., *Comprendere l'uomo*, Roma: Lateran University Press, 2005: 273-298.

¹⁹ GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Evangelium vitae*, n. 49. Sul senso soprannaturale di questo dono unito ad una intelligenza profonda della creazione e la natura: cfr. DE LUBAC H., *Petite catéchèse sur nature et grâce*, Paris: Communio-Fayard, 1980: 18-25.

²⁰ *Ibid.*, n. 53.

²¹ Si tratta del concetto di “vita eterna” come illuminazione del senso della vita: cfr. BENEDETTO XVI, Lett. Enc. *Spe salvi*, nn. 10-12. Anche: MELINA L., *Corso di Bioetica. Il Vangelo della vita*, Milano: Piemme, 1996: 90: “La finalità propria della redenzione è la «vita eterna» (zwh,), che però santifica e rende inviolabile anche la dimensione biologica (bi, oj), senza che ne derivi una identificazione («senza confusione e senza separazione».)”

c'è un'attitudine più falsa che una presunta indifferenza. La non risposta è già un modo di rispondere direttamente negativo. In verità, così come ci indica con forza la rivelazione: "siamo guardiani dei nostri fratelli"²². Non possiamo non farci carico di un'altra vita umana che reclama la nostra cura.

Come si deduce facilmente da un'analisi fenomenologica della responsabilità, qualsiasi senso questa abbia, rimanda in definitiva ad una certa relazione personale: "essere responsabile davanti a", che sussiste in relazione ad un "essere responsabile di"²³. Questo fatto impedisce di considerare qualsiasi azione relativa alla vita umana dalla semplice prospettiva dell'autonomia individuale. Anzi, per la sua reale comprensione morale, bisogna articolare una adeguata interrelazione tra l'azione umana e le relazioni interpersonali.

Per tutti questi motivi, il "bene della vita" è intrinsecamente vincolato al bene morale per eccellenza che si definisce esattamente come "bene della persona". Così come spiegato dall'Enciclica *Veritatis splendor*, questa espressione si riferisce al valore morale della persona nel compiere un'azione. Assumendo la "prospettiva del soggetto che agisce"²⁴, si evita qualsiasi accusa di fisicismo fondandosi sull'azione intenzionale dell'agente. Questo legame della persona con l'azione che compie, apre quindi alla possibilità di una qualificazione assoluta degli atti morali. Il bene della persona qualifica l'agente come buono o cattivo a partire dal contenuto intenzionale della sua azione. Pertanto, non si può definire il "bene della persona" da una semplice relazione di convenienza con le necessità naturali e la loro soddisfazione, ma si richiede sempre un impegno della libertà personale in un'azione specificata in un contenuto che permette di qualificare la persona in quanto tale²⁵. Si supera pertanto la semplice relazione di natura definita in base alla desiderabilità e si fonda in un atto personale che ha a che fare con un senso di perfezione²⁶.

In questo modo possiamo comprendere in maniera più completa la prima riflessione di questo paragrafo. L'autentico "bene della persona" non è semplicemente il fatto ontologico della propria condizione umana, ma il fatto che il suo valore morale sia sempre in relazione all'azione di cui è soggetto. Questo non significa affatto che la persona umana esista solo quando esiste la capacità di un'azione cosciente. Al contrario, l' "essere persona" è opera di un dono anteriore per il quale "è voluta per se stessa"²⁷; per cui il "bene della persona" consiste nel "riconoscerla" come tale nell'azione, con l'obbligo morale assoluto di apprezzare la persona umana e la sua vita come un bene da promuovere sempre nel suo significato. Essa può essere incapace di riflettervi, ma non le persone che ne hanno cura che possono e devono farlo.

Quando è in gioco "il bene della persona", questa si qualifica, in quanto tale, come buona o cattiva. Si può quindi parlare di un "amore per la vita" che è retto, perché si riferisce non ad una vita senza ulteriori specificazioni o a qualsiasi prezzo, ma alla "vita buona" liberamente ordinata ad una pienezza che le dà senso. Per amore di questa vita buona si può, e in qualche caso si deve, rimettere la vita fisica ed essere disposti a morire²⁸.

La vulnerabilità di cui parlavamo diviene, quindi, un'espressione con una nuova importanza, per la possibilità di "essere toccati" da un amore che ci permette di "vivere in pienezza". La vulnerabilità unita alla sua corporeità entra nella sfera del dono divino che ci rende capaci di amare e il dolore resta così illuminato, in ultima istanza, dal mistero di un

²² Cfr. Gn 4,9; GIOVANNI PAOLO II, C.Enc. *Evangelium vitae*, nn. 18-20.

²³ Per questo, rimando a: INGARDEN R., *Sobre la responsabilidad*, Madrid: Dorcas-Verbo Divino, 1980.

²⁴ GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Veritatis splendor*, n. 78.

²⁵ Per questa distinzione: cfr. *Ibid.*, nn. 13, 48, 72, 73, 78, 79, 81. L'ha studiata: MELINA L., *Sharing in Christ's Virtues*, Washington D.C.: Catholic University of America Press, 2001: 72-86.

²⁶ Cfr. MELINA L., «Verità sul bene»: razionalità pratica, etica filosofica e teologia morale, in ID., *Cristo e il dinamismo dell'agire. Linee di rinnovamento della Teologia Morale Fondamentale*, Roma: Mursia, 2001: 53-67.

²⁷ CONCILIO VATICANO II, Lett. Past. *Gaudium et spes*, n. 24.

²⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Veritatis splendor*, nn. 90-94.

amore più grande dell'uomo. Nella fragilità della malattia si offre molto spesso la più grande manifestazione della dignità di una vita piena di significato e di amore. L'ideale umano non consiste nella impassibilità stoica, nell'essere invulnerabile, ma nel sapere essere vulnerabile al vero amore: poiché solo in questo modo risponde all'originalità della logica del dono che ci precede e ci supera²⁹.

Preservare la salute: capacità e limiti

Prendere spunto dal significato della pienezza implicato nel concetto morale di "vita", ci permette di cogliere l'aspetto morale della *salute*. Ci troviamo ora davanti ad un bene molto diverso. La salute non può essere considerata un bene morale in sé, ma in riferimento alla vita che gli conferisce significato. È assolutamente immorale scegliere di preservare la salute piuttosto che non commettere una grave ingiustizia poiché, in questo modo, si preferisce un bene materiale ad uno morale.

Per comprendere l'autentico valore morale della salute, dobbiamo quindi contestualizzarla nello specifico della vita personale al quale abbiamo fatto riferimento. In concreto, non si può considerare mai come il "bene della persona", ma come *uno dei "beni per la persona"*, cioè, un bene relativo alla persona, determinato da una relazione di convenienza che non può, di per sé, definire la bontà morale del soggetto agente. La salute è quindi un bene importante, ma dipendente da altre condizioni e sono queste nel loro insieme, nella misura in cui si assumono nell'azione dell'uomo, quelle che permettono di definire unitariamente il "bene della persona". La salute, pertanto, è un bene morale in quanto rappresenta una *condizione dispositiva* per un bene maggiore, e non è in grado di qualificare la persona in quanto tale come buona o cattiva.

Ciò lo si deve, naturalmente, alla condizione stessa della salute. La moralità della sua cura è quindi parte della cura per la vita personale e si può comprendere solo in riferimento a questo insieme. In tal modo assumiamo una prospettiva di una grande rilevanza etica per il fatto che si basa sulla necessità di una *ordinabilità*, di trovare un certo ordine intenzionale tra la salute e il significato della vita. L'importanza di tale considerazione risiede quindi nel fatto che rimanda ad una razionalità irriducibile ad una mera opinione soggettiva o ad una decisione creativa proposta dalla volontà. Questo fatto diventa un punto di riferimento essenziale per una realtà con tante implicazioni per l'uomo, com'è la salute, immediatamente legata al dolore e alla sofferenza che sono, come abbiamo visto, realtà che implicano sempre una risposta morale.

In questo modo, la salute mantiene un vincolo molto speciale con il modo specifico in cui l'uomo vive la sua *corporeità* e, per questo, solo a partire da una considerazione forte della vita personale è possibile includere la salute in un insieme di senso. Si tratta, pertanto, di un bene ineludibile, mai meramente arbitrario e la cui preservazione appare come una obbligazione connaturale all'uomo e, per il fatto di essere legato alla corporeità, si impone alla sensibilità umana e provoca la sua risposta.

Come abbiamo osservato all'inizio della nostra riflessione, la salute è un bene il cui valore si scopre soprattutto quando se ne soffre la mancanza, cioè nell'esperienza di un dolore derivante da una *malattia*. Questa considerazione, condurrebbe quindi ad una certa definizione di salute in relazione alla rilevanza della sua carenza. In realtà, una vita salutare ha a che fare con una condizione di armonia tra funzioni diverse ed è pertanto un bene particolarmente vulnerabile sia in negativo – danneggiarla o addirittura perderla – sia in positivo – intervenire sul malato perché riacquisti la salute o almeno la migliori -. Rispondere

²⁹ Questo argomento è il filo conduttore di: WADELL P.J., *The Primacy of Love. An Introduction of Thomas Aquinas*, Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1992.

alla mancanza di salute richiede quindi, *sempre*, la necessità di rispondere al *significato della caducità umana*, si tratta di una risposta morale e non semplicemente tecnica.

La questione del senso, che era essenziale per la vita umana, riguarda anche la domanda morale sulla salute, ma per un aspetto di particolare rilevanza. È ciò che si può definire come: “la immanenza della malattia nella persona, e la trascendenza della persona nella malattia”³⁰. La prima indica l’innegabile presenza del dolore nella vita umana e la possibilità reale di eliminarlo, cioè la sorprendente implicazione della persona in questo dolore come *sofferenza personale*. La seconda, indica invece la necessità di andare oltre i semplici fatti formali, che non si può parlare del senso della vita senza rispondere alla domanda urgente sul senso del dolore e della sofferenza. Questa realtà dinamica è talmente essenziale per l’uomo che, anche in psicologia, si trasforma in un principio di estrema importanza³¹ che deve diventare anche una delle basi dell’educazione umana³² che caratterizzano le grandi tradizioni morali.

Il progresso della scienza medica ha fatto sviluppare la conoscenza delle malattie a livelli fino a poco tempo fa impensabili. Si è cercato di determinare esattamente tutte le malattie con parametri oggettivi perchè costituissero la base della pratica medica. In questo modo, si possono descrivere i procedimenti esplorativi che permettono di fare una diagnosi e quindi di prescrivere e attuare una terapia adeguata. Tutto ciò ha portato ad una certa complessità della pratica medica e all’estensione dell’organizzazione pubblica della salute affinché, indipendentemente dai costi, le risorse mediche fossero alla portata di tutti. Così, la salute, e il dovere morale di preservarla, assumono una *valenza sociale* di primaria importanza che diventa evidente nei casi di epidemia e di contagi e che, nell’attualità, rappresenta un momento sostanziale dell’assistenza sociale al cittadino da parte dello Stato.

In tutte le società sviluppate, di conseguenza, parlare di *salute* riguarda un duplice ambito di riferimento: uno personale – il modo di vivere la propria malattia – e l’altro sociale - la possibilità di cura che si può offrire. Questa duplicità di ambiti si interpreta, nell’attualità, all’interno di una divisione radicale tra morale privata e morale pubblica. Alla prima si attribuisce la questione del senso di cui abbiamo parlato e, in quanto privata, si considera come istanza non razionale né universalizzabile, con valore semplicemente soggettivo e riguardante la sfera emotiva. Al contrario, la morale pubblica la si fonda su dati oggettivabili, in qualche modo universalizzabili secondo criteri propri della scienza medica. Nella misura in cui adottiamo tale distinzione a partire dalla conoscenza etica, è facile concludere che dalla prima considerazione non ci si aspetta nessun apporto veramente scientifico, e che la bioetica, come disciplina rigorosa, si concentrerà fondamentalmente nella seconda modalità, quella sociale, per valorizzare la salute.

D’altra parte, la separazione dei due ordini si deve soprattutto all’uso di due razionalità distinte e contrapposte. L’applicazione di una razionalità utilitarista o in accordo con la sfera pubblica oggettiva, comporta, corrispondentemente, la relegazione di tutto l’ambito che si è considerato proprio della morale privata ad una razionalità di tipo *emotivo*³³. In questa prospettiva, nel caso della salute, il pubblico si considera di nuovo come la determinazione della correzione di determinate pratiche mediche; mentre, in quanto dice relazione alla persona, si perde il suo contenuto oggettivo, arrivando a centrarsi solo nel modo di vivere la propria malattia col farsi carico del dolore. La situazione soggettiva del paziente è sempre

³⁰ FUSTER I CAMP I.X., *Sufrimiento humano: verdad y sentido. Una aproximación filosófica según el espíritu tomasiano*, Barcelona: Editorial Balmes, 2005: 87.

³¹ Cfr. la pratica della logoterapia così come la spiega: FRANKL V.E., *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona: Herder, 1994.

³² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Evangelium vitae*, n. 92: “Rientra nella missione educativa dei genitori insegnare e testimoniare ai figli il vero senso del soffrire e del morire.”

³³ Così come ha saputo notare lucidamente: MACINTYRE A., *After Virtue. A Study in Moral Theory*, London: Duckworth, 1985.

stata presente nella medicina, ma attualmente la sua valutazione risulta più complessa a causa della varietà delle azioni mediche possibili e dell'estensione nel tempo delle analisi e delle terapie. Questo modo di vivere la malattia diventa spesso lungo e difficile, soprattutto se si vive in solitudine e abbandonati al semplice desiderio soggettivo. Alla fine, rimaniamo con due concezioni simultanee, ma distinte, di *salute* che obbediscono a razionalità etiche diverse, sebbene possano darsi in maniera complementare.

Quindi, mentre l'esperienza morale ci mostra, in maniera indubitabile, che la salute ha un valore morale unico nella vita umana come richiamo all'autentica questione del senso che è quella a cui l'uomo, in ultima analisi, deve rispondere; al contrario, la presentazione sociale di questa questione è stata ridotta ad una corretta gestione delle risorse sanitarie in accordo con le necessità del malato e le possibilità della sanità pubblica. In definitiva, sebbene senza pretenderlo direttamente, si mette tra parentesi il significato della vita, dal riferimento al quale la salute traeva il suo valore morale. Si può ora comprendere in che modo una certa tecnificazione della medicina, unita ad una impostazione frammentaria dell'etica pubblica, rappresenti un strada aperta all'oscuramento della moralità della cura della salute, tanto nella sua valutazione sociale, che è quella che influisce maggiormente, alla fin fine, sulla valutazione della vita di ciascun malato, quanto nella pratica medica conseguente.

La diminuzione di una misura

In concreto, si può affermare che attualmente la maggiore difficoltà che riguarda l'etica della vita è la riduzione del valore della vita alla cura della salute. Perso e soggettivizzato il riferimento al senso, prevalgono, nell'ordine sociale, i dati oggettivi della conservazione della salute e quelli soggettivi di rispondere ad un desiderio di benessere da parte dei cittadini. È impossibile non scorgere in questa priorità una pericolosa alterazione dei valori. Una società che arrivi a considerare la "salute" come il bene più prezioso da difendere a tutti i costi, è una società *moralmente malata*, dato che in essa non si trasmette un autentico senso del vivere: è una società che ha perso la capacità dello stupore e vive sotto la minaccia della paura della malattia.

Di più, così come abbiamo visto precedentemente, perso il riferimento principale, la società entra in un piano inclinato in cui la vita umana si va pericolosamente deprezzando. Tale riduzione si impone silenziosamente e ormai non ci si pone più la domanda sulla vita in quanto significato, ma con essa si intende semplicemente la "vita sana". È questa l'unica vita che si arriva a considerare degna di essere vissuta.

Su questo punto, bisogna comprendere che l'apprezzamento della vita si riferisce in primo luogo non al diritto di essere curato per preservare la salute, ma al modo in cui si vive la malattia, cosa che ha molto a che vedere con i sentimenti, il cui significato a volte si confonde. La compassione, per esempio, si trasforma da fatto comunicativo, da modo di "sentire con" (*sympathía*) o "sentire in" (*empathía*), a fenomeno proiettivo di ciò che uno desidererebbe per se stesso. Davanti ad un malato, a volte, non ci si preoccupa della sua sfera affettiva per entrare con lui in una relazione personale attraverso cui possa sentirsi veramente considerato, ma si proietta su di lui il proprio timore di soffrire una malattia alla quale non si è in grado di dare un senso. Il massimo esempio di ciò, disgraziatamente molto diffuso nelle nostre società, è considerare la nascita di un figlio malato come un male da rifiutare in modo assoluto. La sua vita si considera come sofferenza insopportabile e pertanto la sua eliminazione prima della nascita, per evitare una sofferenza ancora maggiore per i genitori, diventa una soluzione plausibile per un problema spiacevole.

Lo spregio della vita è evidente perché in questo caso, come in tanti altri, si vuole *misurare* il valore della vita attraverso categorie di salute. La vita umana non è più considerata sempre buona in quanto portatrice di un significato, ma viene ormai messa in

relazione ad altri fattori che la relativizzano; o per misurarla in base al desiderio soggettivo, per non considerare mai desiderabile una vita simile; o, per plausibilità sociale, poterla rifiutare in un contesto di circostanze che la rendono poco conveniente³⁴.

È da questo insieme di valutazioni in cui si mescola l'impressione soggettiva di benessere con quella oggettiva di convenienza e adattamento sociale che proviene il concetto moralmente inadeguato di "qualità di vita". In essa sfociano le due razionalità descritte e la trasformano in un concetto particolarmente ambiguo. Da una parte si considera che il concetto di "vita di qualità" sia equivalente a quello di "vita sana" con alcuni parametri perfettamente oggettivabili e misurabili. Dall'altra, si considera che tale concetto debba comprendere sempre il desiderio soggettivo del paziente, così come si percepisce in quella circostanza, e fino a che punto può essere penosa per lui la malattia. Dal punto di vista della categoria della "qualità di vita" cominciano anche a considerarsi come pratiche mediche, determinati interventi che non hanno a che vedere direttamente con la salute, ma riguardano semplicemente il desiderio dell'uomo, si tratta della "medicina del desiderio"³⁵.

Conciliare le due approssimazioni, anche qualora non fossero considerate esclusive, diventa una impresa difficile. La "qualità" viene ad essere un insieme di fattori misurabili perchè desiderati. *De facto*, chi più di tutti può misurare tale "qualità di vita" in termini di "salute" è il medico che diventa così il giudice di detta qualità. Tuttavia chi sa come si sente è il malato, per cui dal punto di vista di una supposta "autonomia totale", egli potrebbe di conseguenza decidere che la sua vita non è più degna di essere vissuta e chiedere la morte per una pretesa "compassione". È quanto si è potuto vedere nelle diverse applicazioni delle leggi sull'eutanasia che si sono appoggiate inizialmente sul preteso "diritto radicale alla libera scelta autonoma" del paziente, e che alla fine hanno visto prevalere il giudizio ultimo del medico per "criteri oggettivi" su quello di un malato in condizioni precarie per poter esprimere la propria volontà, situazioni in cui la predisposizione a pensare che si abbia almeno un consenso presunto porta a imporre la decisione del medico.

Una definizione inadeguata

L'ambiguità è una delle cause più dirette del declino morale. I termini ambigui permettono la manipolazione del linguaggio e di chiamare bene il male e male il bene, esattamente ciò che si è sempre considerato la più grande delle ingiustizie³⁶. Ciò è tuttavia ancor più grave quando riguarda realtà morali di primaria importanza come nel caso della vita umana. Invece, si osserva con sorpresa che tale manipolazione è presente in tutto ciò che riguarda la salute, a cominciare dal fatto che si presenta in modo tale che fa apparire la precedente valutazione meramente "qualitativa" come la più adeguata.

Questo è particolarmente evidente nella definizione di salute dell'OMS che così recita: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità" (1948). Senza dubbio, è un'affermazione che si può considerare tutto, tranne che neutra. Per la redazione e i contenuti, è evidente che ci troviamo di fronte a una definizione proposta da un organismo internazionale circa ciò che costituisce la sua propria ragion d'essere. In fondo con questa definizione non si trattava solo di definire la salute, ma la stessa OMS. Si imponeva quindi un modo di considerare la salute che potesse

³⁴ Sono le due riduzioni di cui parla: VON BALTHASAR H.U., *Glaubhaft ist nur Liebe*, Einsiedeln: Johannes Verlag, 1963.

³⁵ Cfr. KETTNER M., «*Wurpcherfüllende Medizin*» *zwischen Kommerz und Patientendierlichkeit*, Ethik Med. 2006 Marz, 18/1: 81-91.

³⁶ Cfr. *Is* 5,20: "Guai a coloro che chiamano bene il male e male il bene, che cambiano le tenebre in luce e la luce in tenebre, che cambiano l'amaro in dolce e il dolce in amaro!"

giustificare l'esistenza dell'istituzione. La difficoltà non era nel fatto che la salute non fosse importante; in questo senso poteva paragonarsi senza dubbio ad altri beni umani particolarmente rilevanti come l'educazione o la cultura per l'UNESCO e l'UNICEF. La salute indubbiamente è un bene desiderato universalmente e che deve essere preservato, nella misura del possibile, dalle forze sociali. Il problema è rappresentato dal modo in cui preservare tale bene. Come bene, la salute è più difficile da definire rispetto alla educazione o alla cultura. Questi beni si cercano, crescono e mirano ad un certo grado massimo desiderabile da tutti. Ma è strano pensare che esista un "massimo di salute", anzi, abitualmente ciò che si desidera è uno stato di salute sufficiente senza che si possa evitare un certo grado di precarietà. Questa idea di salute, reale anche se ristretta, non è tuttavia sufficiente per dirigere l'azione di un organismo internazionale complesso. Era dunque necessario definire la salute in modo che permettesse un'azione positiva e programmatica. Com'è naturale, l'oggetto finale non poteva che essere la *promozione della salute* e non solo l'eradicazione delle malattie.

Le conseguenze di questa opzione si sprigionano a catena: si doveva superare esplicitamente ciò che è l'intenzione medica per eccellenza, "curare", ed evitare qualsiasi riferimento ad una definizione negativa della salute nel suo legame con la malattia. D'altra parte, dato che si tratta di un'organizzazione di portata mondiale, bisognava assumere tale prospettiva nella forma più ambiziosa possibile e con ripercussioni sufficientemente rilevanti. Si optò, quindi, per una definizione non solo positiva, ma in termini *massimalisti* che non lasciano nulla al di fuori di essa. Pertanto dice: "un completo benessere fisico, mentale e sociale". Lascia sconcertati l'inclusione del "completo benessere *sociale*" che normalmente non ha relazione con il concetto di salute. Per "salute sociale" si suole intendere lo stato generale di salute dei membri di una società. Tuttavia, questa aggiunta risulta particolarmente significativa per comprendere l'intenzione dell'insieme. La definizione mira pertanto ad un obiettivo in verità grandioso: un "mondo migliore" inteso come un "mondo sano". La definizione si può pertanto considerare come un'alternativa "secolare" della felicità, ciò che molte etiche considerano l'obiettivo morale per antonomasia.

Con questi presupposti, la definizione assume una grande coerenza interna. Il quadro è quello di uno "Stato di benessere" che resta corroborato come l'espressione più perfetta del desiderio di salute che accompagna tutti gli uomini. In realtà, questo è un chiaro esempio di manipolazione del linguaggio³⁷, poichè l'autentico desiderio morale è quello di felicità e non quello di un siffatto stato di benessere i cui limiti, in quanto concezione sociale, risultano clamorosi. La proposta dell'OMS è quindi il correlativo di una mentalità tecnica e economica che offre ai suoi membri una serie di possibilità per soddisfare qualsiasi necessità. Tale obiettivo è lontano da qualsiasi significato di "bene comune", poichè rimane nel circolo desiderio-soddisfazione di chiara tendenza egoistica. Nonostante si voglia giustificare mediante l'ampliamento del benessere cercato "per il maggior numero di persone", è stato riconosciuto che la sua giustificazione necessita di un correttivo altruistico³⁸. Ma questo è esattamente ciò che apporta il riferimento alla salute: la cura della stessa sembra nascere sempre da una compassione altruistica verso l'altro con un sentimento generoso che supera il circolo vizioso al quale abbiamo fatto riferimento.

La definizione, allora, non è nè innocente, nè obbiettiva, ma bisogna riconoscerle di essere basata su di una certa concezione del mondo e della vita umana. Questa visione è responsabile di grandi carenze dato che l'assunzione di detta definizione ha una ripercussione molto negativa a livello sociale, anche per la salute dell'uomo. Indubbiamente, il grande problema della definizione ufficiale è che l'unico sostantivo che usa è un semplice fatto: il

³⁷ Cfr. LÓPEZ QUINTÁS A., *La revolución oculta. Manipulación del lenguaje y subversión de valores*, Madrid: PPC, 1998.

³⁸ È il correttivo proposto da Rawls al concetto liberale di giustizia: cfr. RAWLS J., *A Theory of Justice*, Cambridge Mass: Harvard University Press, 1971.

“benessere”, il quale, come abbiamo visto, non può che intendersi all’interno di un contesto di chiara tendenza soggettiva: un semplice “sentirsi bene”³⁹. Già Taylor, partendo da un concetto forte del *bene*, analizzando l’*ethos sociale relativo* allo “Stato di benessere”, conclude provocatoriamente che tale forma di Stato è la causa del paradosso per cui esistono profondi “malesseri nella nostra società”⁴⁰. Con questo richiamo, vuole rendere manifeste le grandi lacune morali legate all’idea di “Stato di benessere” e che, senza alcun dubbio, producono una profonda demoralizzazione che impedisce di assumere adeguatamente un *sensu del vivere* a livello sociale. Stando così le cose, potremmo riformulare il paradosso cristiano nel modo seguente: “chi vive per conservare la salute, la perderà; chi cerca in Lui [Cristo] il senso della vita, lo troverà”.

Si può pensare che, probabilmente, elaborando un obiettivo così relativo, ambiguo e senza orizzonte come il “sentirsi bene”, il risultato dell’ampliamento di questo tipo di Stato sia quello di rinchiudere l’uomo in una debolezza particolarmente nociva: “la solitudine”. In essa l’uomo si vede sconcertato, senza risposta alla questione del senso che gli si presenta avvolta in una profonda oscurità⁴¹. Ma da questa stessa condizione si dovrebbe dedurre che la relazione personale è uno dei principi più importanti perché emerga il senso della vita e che è qualcosa di molto diverso e irriducibile ad un semplice “benessere”⁴². Finiamo, dunque, in un nuovo paradosso: che questa solitudine radicale, secondo la stessa definizione dell’OMS, dovrebbe considerarsi la grande carenza di salute della nostra società, quella che dovrebbe, per prima, essere curata.

Una razionalità insufficiente

La definizione dell’OMS si sostiene, quindi, su una chiara prevalenza del rilievo *sociale* della salute e sulla sua concezione antropologica di base. In tal modo lascia qualsiasi questione sul senso alla “autonomia” della coscienza individuale. Il campo della salute, si colloca quindi all’interno della stessa considerazione etica che da anni si applica quasi sistematicamente in ambito politico e soprattutto nelle riunioni e negli accordi internazionali: ci riferiamo al *teleologismo*⁴³.

Questa concezione etica deriva dalla corrente dell’utilitarismo classico che si trovò a dover riformulare i propri principi. A questo scopo cominciò ad essere applicata alle questioni di morale economica ed anche ad altri ambiti morali. Fu la formulazione della “*naturalistic fallacy*”, con una separazione radicale tra natura e persona, ciò di cui si servì Moore⁴⁴ per elaborare una certa universalizzazione dei principi dell’utilitarismo applicando ad essi la distinzione tra la rettitudine del giudizio e la bontà della persona. In questo modo, rispettando forse l’intenzione soggettiva altruista, riduceva il giudizio morale ad un mero bilanciamento razionale di beni non direttamente morali. In continuità con questa prima distinzione, Ross sistematizzò questo pensiero permettendo il suo utilizzo nelle decisioni di morale politica e sociale⁴⁵. A partire da questa nuova formulazione, si rese possibile la sua estensione anche all’ambito etico della vita e della salute.

³⁹ Per comprendere le origini di questo “star bene” come fine morale, bisogna risalire a David Hume, come dimostra: ABBÀ G., *Quale impostazione per la filosofia morale?*, Roma: LAS, 1996: 129-141.

⁴⁰ TAYLOR CH., *The Ethics of Authenticity*, Cambridge Mass.: Harvard University Press, 1992: 1.

⁴¹ Sono sempre un punto di riferimento le riflessioni profonde sulla solitudine di: GIOVANNI PAOLO II, *Hombre y mujer lo creó*, Madrid: Ediciones Cristiandad, 2000: 78-86.

⁴² Lo sottolinea il personalismo: cfr. MOUNIER E., *Le personalisme*, Paris: Presses Universitaires de France, 1950.

⁴³ Il termine viene da: ANSCOMBE G.E.M., *Modern Moral Philosophy*, in *Human Life, Action and Ethics. Essays by G.E.M. Anscombe*, Exeter: St. Andrews Studies, Imprint Academic, 2005: 169-194.

⁴⁴ Cfr. MOORE G.E., *Principia Ethica*, Cambridge: 1903.

⁴⁵ Cfr. ROSS W.D., *The Right and the Good*, Indianapolis: Hackett Pub.Co., 1988 (orig. Oxford 1930).

La separazione radicale, contenuta in questa proposta, tra bene materiale e bene morale, è dovuta alla perdita della intenzionalità inerente agli atti umani⁴⁶. Di conseguenza, si produce la giustificazione ultima di un atto nella misura in cui contribuisce, seppur vagamente, alla realizzazione di un “mondo migliore”. La artificialità della proposta, che alla fin fine sfocia nell’emotivismo, ha condotto ad una profonda demoralizzazione delle società occidentali. Si tratta di un fenomeno complesso che ha, come riferimenti-chiave, la caduta della morale puritana dopo la prima guerra mondiale e l’accettazione sociale dell’aborto come esigenza necessaria per la normalizzazione della rivoluzione sessuale degli anni ’60 del secolo scorso⁴⁷.

Le conseguenze perniciose per la valutazione della vita umana, derivanti dell’estensione pubblica di questo sistema etico, sono piuttosto evidenti. L’abbandono del “bene della vita” alla ragione teleologica ha fatto sì che questa fosse ridotta ad un “bene ontologico in più”, allo stesso livello della salute; un bene che dovrà bilanciarsi con altri beni per arrivare ad un giudizio morale ponderato, l’unico in grado di qualificare questa vita come un bene. In questo modo, si relativizza il “bene della vita” poiché lo si priva della questione del senso, che le è inerente, e si favorisce la riduzione dello stesso ad un senso di utile convenienza nell’ambito di un possibilismo di carattere sociale.

La preminenza di fondo della considerazione sociale conduce, nel quadro procedurale delle nostre democrazie liberali, al “politeismo etico”, già previsto da Max Weber. Con questa espressione si intende la promozione di diverse correnti etiche affinché ciascuno possa scegliere, secondo il suo giudizio, quella che gli appare migliore per le questioni private. Di fatto, nei sistemi più conosciuti di etica sociale, si parte sempre da un “concetto debole” di bene che lasci uno spazio sufficientemente aperto agli accordi sociali⁴⁸. Si esclude così qualsiasi considerazione “forte” del senso della vita, che diventa, così, una questione sempre più problematica. In definitiva, il senso fondamentale della vita resta in balia di un emotivismo di interpretazione romantica incapace di considerare la vita come un tutto. Non c’è dunque spazio per nessuna considerazione della vita come contenente un assoluto morale. In conclusione, la proposta della salute prima di tutto come un bene sociale, si conclude con una privatizzazione autonomistica del valore della vita poiché si interpreta il suo significato come meramente privato e irrazionale. La progressiva riduzione della vita alla salute è l’ultimo risultato di tutto questo processo.

L’applicazione del principio del “duplice effetto”

Qualsiasi principio morale deve essere corroborato dall’esperienza personale: una semplice imposizione culturale non è sufficiente per farlo affermare poiché fa nascere gravi sospetti. Per questo, la riduzione di cui abbiamo parlato, non è l’unica spiegazione per comprendere l’estensione attuale della svalutazione della vita che tende drammaticamente ad una “cultura di morte”. In verità, proporre in forma più o meno diretta la valutazione morale della vita umana all’interno di un “bilanciamento” con altri beni fa sorgere domande e dubbi: ad esempio, come si possa valutare in questo modo la vita, se questa è un dono, è una questione che non si può mettere a tacere così semplicemente.

⁴⁶ È l’argomento di: RODRÍGUEZ LUÑO A., *El acto moral y la existencia de una moralidad intrínseca absoluta*, in G. DEL POZO ABEJÓN G. (a cura di), *Comentarios a la “Veritatis splendor”*, Madrid: BAC, 1994: 693-712.

⁴⁷ È ciò che viene definito la cultura del pansessualismo: cfr. il numero speciale della rivista: *Anthropotes* 2004, 20/1; ANGELINI G., *La teologia morale e la questione sessuale. Per intendere la situazione presente*, in AA.VV., *Uomo-donna. Progetto di vita*, Roma: UECI, 1985: 47-102.

⁴⁸ Cfr. RAWLS J., *Justice as Fairness: Political not Metaphysical*, *Philosophical & Public Affairs* 1985, 14: 223-251.

Per comprendere la sua estensione attuale, è molto utile vedere come si è arrivati all'accettazione definitiva della razionalità teleologica in ciò che concerne la vita e che si è verificato nella cosiddetta bioetica dei principi (principlista)⁴⁹. Il modo concreto con cui si è introdotto il teleologismo nella morale cattolica è stato attraverso una nuova interpretazione del principio del "duplice effetto"⁵⁰.

Si usava un principio tradizionale accettato da tutti e applicato spesso per la soluzione di casi di collaborazione al male. Di fatto, agli inizi del secolo XX, questo principio ha avuto una grande rilevanza sociale per il dibattito etico che si produsse circa la liceità dell'eliminazione di un utero canceroso durante una gravidanza⁵¹. Di qui si arrivò ad una determinazione precisa delle condizioni necessarie per poter applicare il principio che fu accettata da tutti i moralisti cattolici:

"1. Che l'azione in sé - prescindendo dagli effetti - sia buona o almeno indifferente. Nell'esempio tipico, la *operazione chirurgica* necessaria è, in sé, buona.

2. Che il fine dell'agente sia ottenere l'effetto buono, limitandosi a permettere quello cattivo. L'estirpazione del *tumore* è l'oggetto dell'operazione; il rischio dell'aborto segue come qualcosa di permesso o semplicemente tollerato.

3. Che l'effetto primario e immediato sia quello buono. Nel nostro caso, la guarigione.

4. Che esista una causa proporzionalmente grave per agire. *L'urgenza dell'operazione chirurgica* è causa proporzionata all'effetto cattivo: il rischio di aborto"⁵².

Come si può facilmente comprendere, queste condizioni sono molto utili per chiarire le relazioni tra i beni e i mali materiali e morali in gioco e, per questo, sembra un principio particolarmente adeguato al tema, che stiamo affrontando, della malattia e della vita.

Negli anni '60 Knauer propose un cambiamento nella valutazione delle condizioni di questo principio in modo che la condizione più importante apparisse la "ragione proporzionata", esattamente quella proposta dal teleologismo⁵³. Un'analisi sommaria della sua argomentazione, non lascia dubbi sulla fallacia del ragionamento con cui egli difendeva questo cambiamento che si basa sull'affermazione seguente: "Avere una ragione proporzionata significa: l'atto è proporzionato alla sua ragione. Le due formule sono equivalenti."⁵⁴

Qui sta l'errore, poiché identifica due significati diversi di "ragione": una è la ragione proporzionata che è esterna all'atto (se fosse una ragione propria dell'atto non esisterebbe nessuna proporzione giacché tale termine necessita di una relazione tra due cose), altra cosa è la ragione specifica dell'atto che è la sua verità propria. Pertanto, l'uso della "ragione proporzionata" significa che un atto distinto (paragonabile ad una intenzione soggettiva) da quello che deve specificare l'azione fattibile, può *giustificare* la scelta di tale atto in concreto, per un bene maggiore che si impone alla malvagità intrinseca dell'atto. Di conseguenza, potrebbe sempre esistere una ragione proporzionata esterna che cambi in concreto la ragione propria dell'atto.

Inoltre, il senso dell'espressione "proporzionato alla sua ragione" è una cattiva traduzione del testo originale di S. Tommaso che dice "proporzionato al fine"⁵⁵. È facile, dunque,

⁴⁹ Nell'opera di: BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press, 2001 (1^a ed. 1979).

⁵⁰ Per una storia documentata di tale processo: cfr. ABBÀ, *Quale impostazione...?*, pp. 176-203.

⁵¹ La disputa tra A. Vermeersch e il francescano A. Gemelli. Cfr. MAGAN J., *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, Theological Studies 1949, 10: 41-61.

⁵² FERNÁNDEZ A., *Teología Moral, I: Moral Fundamental*, Burgos: Ediciones Aldecoa, 1992: 477.

⁵³ Nel celebre articolo: KNAUER P., *La détermination du bien et du mal moral par le principe du double effet*, Nouvelle Revue Théologique 1965, 87: 356-376.

⁵⁴ *Ibid.*, 369. Probabilmente, l'antecedente di questa interpretazione consiste nelle discussioni che seguirono alla questione della "etica della situazione": cfr. FERNÁNDEZ A., *La reforma de la teología moral. Medio siglo de historia*, Burgos: Aldecoa, 1997.

⁵⁵ SAN TOMMASO D'AQUINO, *STh.*, II-II, q. 64, a. 7: "proportionatus fini".

dimostrare la differenza di prospettiva. Ciò che l'Aquinate vuole esprimere è che la ragione morale di un atto risiede nella sua proporzionalità al fine ultimo, proporzionalità propria dell'atto che nella maggior parte dei casi esprime con parole riferite all'ordine razionale proprio dell'intenzione⁵⁶. In nessun modo si riferisce ad una proporzione ponderativa di elementi esterni all'atto. In conclusione, la "ragione proporzionata" di cui parla Knauer, per il fatto di essere esterna all'atto in sé, non può mai essere la "sua ragione" e l'equivalenza proposta risulta falsa.

Per questo, sebbene possa esistere una ragione proporzionata per *permettere* il male in ragione di un bene comune, non esiste mai alcuna ragione per *volere* un'azione moralmente cattiva (tra il bene e il male morale non esiste alcuna proporzione). In fondo, la posizione anteriore di Knauer riduce l'oggetto di un atto ad una valutazione di beni non-morali, che devono essere giustificati, nel giudizio morale, dalla proporzione tra di essi. Equiparare il "permettere" con il "volere" significa ignorare la causalità propria della volontà, contro ciò che ci dice la stessa esperienza.

Infine, lo stesso termine "proporzione" è qui equivoco, poiché suggerisce direttamente una valutazione quantitativa dei beni. Questa è utile per gli effetti (che non riguardano di per sé l'oggetto morale)⁵⁷, ma non per la valutazione dell'oggetto stesso per il quale la *Veritatis Splendor* preferisce la parola "ordinabilità", direttamente relazionata alla causalità finale⁵⁸.

Nonostante queste carenze, la proposta di Knauer ha avuto una grande influenza nell'abbandono di qualsiasi riferimento all'oggetto morale per le questioni etiche, in modo che si è arrivati a considerare inesistenti gli assoluti morali. La ragione è evidente: si può sempre incontrare un bene sufficientemente grande da rendere "morale" la commissione di un atto con un oggetto cattivo⁵⁹. Lo scopo di tutto questo processo era produrre una certa rivoluzione delle "fonti della moralità" in modo che scomparisse il riferimento all'oggetto morale e l'esistenza di atti intrinsecamente cattivi a favore dell'assunzione della razionalità teleologica⁶⁰.

Una volta accettato il primato della "ragione proporzionata", tale razionalità si estende facilmente a molte realtà morali. È avvenuto così in ciò che può essere considerato come una certa derivazione del principio del duplice effetto: la considerazione del giudizio morale come "conflitto di valori"⁶¹. Indipendentemente dagli effetti di questa proposta etica e dalla sua applicazione ai più svariati ambiti morali, si tratta di un modo inadeguato di giudicare gli atti morali, poiché non cerca di comprendere la verità dell'azione morale, ma lascia tutto ad una scelta arbitraria, ad un certo rapporto di convenienza in cui si rivelano, in ultima istanza, preferenze semplicemente soggettive. In realtà, i principali autori di morale dei valori hanno rifiutato la razionalità inerente al presunto principio⁶².

⁵⁶ Per essere "secundum rationem" che si riferisce all'uomo come un tutto: cfr. ID., *STh.*, I-II, q. 18, a. 5: "bonum hominis est secundum rationem esse"; il quale richiede una "ordinatio ad finem": *Ibid.*, a. 7. Per questo significato di "bene dell'uomo": cfr. SCHOCKENHOFF E., *Bonum hominis. Die anthropologischen und theologischen Grundlagen der Tugendethik des Thomas von Aquin*, Mainz: Matthias-Grünwald Verlag, 1987.

⁵⁷ Cfr. RHONHEIMER M., *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica*, Milano: Armando Editore, 1994: 136-139.

⁵⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Veritatis splendor*, n. 79: "L'elemento primario e decisivo per il giudizio morale è l'oggetto dell'atto umano, il quale decide sulla sua *ordinabilità al bene e al fine ultimo, che è Dio.*"

⁵⁹ In questo senso: KNAUER P., *The Hermeneutic Function of the Principle of Double Effect*, *Natural Law Forum* 1967, 12: 132-162; MCCORMICK R., *El principio del doble efecto*, *Concilium* 1976, 120: 564-582. Si veda anche lo studio di: HENDRIKS N., *Le moyen mauvais pour obtenir une fin bonne: essai sur la troisième condition du principe de l'acte à double effet*, Roma: Pustet-Herder, 1981.

⁶⁰ Cfr. STANKE G., *Die Lehre von den "Quellen der Moralität". Darstellung und Diskussion der neuscholastischen Aussagen und neuerer Ansätze*, Regensburg: Friedrich Pustet, 1984. Per quanto riguarda gli atti intrinsecamente cattivi, cfr. FINNIS J., *Moral Absolutes. Tradition, Revision, and Truth*, Washington DC: The Catholic University of America Press, 1991.

⁶¹ Cfr. MELINA L., *Des limites pour la liberté? Les conflits de devoir*, *Anthropotes* 2004, 20: 379-391.

⁶² Cfr. VON HILDEBRAND D., *Ética*, Madrid: Encuentro Ediciones, 1983, 51: "En primer lugar, no cabe interpretar toda acción como nacida de un acto de preferir."

Se si perde l'intenzionalità degli atti, che si concretizza nell'oggetto morale che specifica un'azione, diventa impossibile la considerazione primaria che la vita è sempre un bene; infatti tale valutazione rimarrebbe alla mercè della semplice decisione individuale. La determinazione primaria del significato dell'azione con un possibile valore assoluto non può essere ridotta alla valutazione delle circostanze o delle realtà all'interno di un giudizio prudenziale ponderativo, pena la perdita della *razionalità* morale che sta a fondamento del principio in questione.

L'autentica valutazione morale nella pratica medica

La congiunzione tra un modo "sociale" di definire la salute e l'utilizzo di una razionalità teleologica, ci spinge ad adottare una definizione di salute a partire dalla pratica medica. Questa porta ad una maniera intermedia di considerare la salute, perché nell'atto medico si uniscono in sinergia l'obiettività propria della scienza, per determinare la malattia e il trattamento, e la comunicazione che si stabilisce tra il medico e il paziente. La mediazione tra le due dimensioni è precisamente la corporeità umana. A partire da questa prospettiva, si arriva, secondo il punto di vista di chi scrive, ad un tipo di definizione "funzionale" della salute. La grande scoperta della medicina razionale è stata il concetto di "organo" che indica una unità funzionale che agisce all'interno di un tutto. Si considera, pertanto, la funzione specifica della parte, ma in riferimento al "tutto" della vita personale, che è a sua volta necessario per comprendere il significato completo della parte. In questo modo la salute non viene distinta dalla vita come un tutto.

Questa prospettiva è quella tipica dell' "atto medico" come vertice principale della bioetica in quanto applicazione della scienza etica all'ambito della vita. L' "atto medico" si definisce dal punto di vista della salute, non direttamente dal punto di vista del senso della vita⁶³. Il medico cerca di intervenire sulla salute poichè è questo il bene che gli affida la persona malata. In questa azione, si percepisce, quindi, la distinzione tra il "bene della vita" e il "bene della salute" poichè permette di chiarire il senso morale di molte pratiche mediche rispetto al giudizio della razionalità pratica⁶⁴.

Il medico non ha a che fare direttamente con il senso della vita, ma aiuta il malato a guarire. La questione che riguarda la sua responsabilità è se l'azione che compie è buona, a favore della salute, in un ambito comunicativo che include il senso della vita del paziente. Non agisce come un semplice tecnico che giudica dei risultati, ma in sintonia con il malato che cerca di ristabilire lo stato di buona salute. Per questo, la sua azione è illuminata da un significato che fa riferimento alla vita, che è ciò che unisce le due intenzioni presenti nell'azione. Pertanto, si discosta dal "tecnicismo medico" che si accontenta di rispettare semplicemente l'autonomia del paziente. Questa concezione fu già fortemente criticata da Karl Jaspers quando parlava dell'etica medica "scientifica" che: "di fatto ha impedito di rendersi radicalmente conto che il senso della malattia consiste nel condurre il malato al significato della vita."⁶⁵

Di qui derivano direttamente alcuni principi morali molto diversi da quelli del principialismo bioetico, come, ad esempio, il principio di responsabilità rispetto al bene della

⁶³ Ho fatto riferimento a quella, in questa prospettiva, in: PÉREZ-SOBA DIEZ DEL CORRAL J.J., *Acto médico*, en SIMÓN VÁZQUEZ S. (a cura di), *Diccionario de Bioética*, Burgos: Monte Carmelo, 2006: 39-48.

⁶⁴ Un tentativo è: RHONHEIMER M., *Etica della procreazione. Contraccezione, fecondazione artificiale, aborto*, Roma: PUL-Mursia, 2000.

⁶⁵ JASPERS K., *Il medico nell'età della tecnica*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991: 19. Che menziona il famoso medico Viktor von Weizsäcker.

salute in un ambito interpersonale e sociale⁶⁶ e il principio di totalità nella relazione tra la parte e il tutto, non solo funzionale, rispetto al significato della vita⁶⁷.

Un inno alla vita

In questo modo, si offre un quadro di riferimento sufficiente per comprendere l' "atto medico" nella sua duplice funzione di preservare e curare la salute delle persone, in una forma in cui si manifesta e si fa crescere questo "senso del vivere" della persona umana che comprende necessariamente il "dare la vita". Tale servizio medico e scientifico ha i suoi limiti, in quanto non si può promettere ciò che non si può dare, e l'uomo, anche il più saggio e preparato, non è padrone della vita la cui verità ultima rimane nascosta nel mistero. Ma la cosa importante di questo servizio è che è possibile viverlo con un senso. Solo in questo modo emerge, da una forma sociale e culturale, questa valutazione morale di base per la quale la "vita è sempre un bene". Così come si può dare un nuovo senso alla stessa malattia, come occasione per scoprire un significato più grande della vita. Le sorelle di Betania invocarono Gesù come medico⁶⁸ e, nella desolazione per la morte di Lazzaro, Gesù apparve come salvatore, dispensatore di vita. Così si realizzava la sua profezia: "questa malattia (...) sarà per la gloria di Dio" (Gv 11,4). La gloria di cui parla non è altro che il senso trascendente che permette di guidare qualsiasi azione umana. È ciò che succede quando la si intende come risposta all'amore originario che, nella vita concreta, ci permette di rispondere con il dono del nostro amore. Non è altro che il disporsi ad accettare l'ultimo dono di Dio in Gesù Cristo che "dà la vita" affinché "abbiamo vita in abbondanza" (cfr. Gv 10,10). Solo così possiamo celebrare il Signore della vita per il suo disegno di salvezza che ci coinvolge, per il dono del suo amore che ci fa comprendere la pienezza della vita. È vero: "la tua grazia vale più della vita, le mie labbra diranno la tua lode" (Sal 63,4).

⁶⁶ Cfr. MELINA, *Corso di bioetica...*, pp. 88-94.

⁶⁷ Per la determinazione di principi personalistici in bioetica: cfr. SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*, Milano: Vita e Pensiero, 1999: 159-168.

⁶⁸ Cfr. SCHIPPERGES H., *Zur Tradition des 'Christus medicus' im frühen Christentum und in der älteren Heilkunde, Arzt und Christ* 1965, 11: 12-20.