

SENSO UMANO: CUORE DELLA BIOETICA

Prolusione di S.E. Mons. Antonio Staglianò

al I Convegno di Bioetica di Noto (10-11 Settembre 2010)

Nel dibattito bioetico contemporaneo, sebbene con nuovi accenti e sulla base di nuove conoscenze, sembra riecheggiare la celebre affermazione agostiniana: «*Quæstio mihi factus sum*», «Io stesso sono diventato un problema per me». Perché, proprio come l'Ipponate osservava a proposito del tempo, anche riguardo all'uomo sembra di poter dire che «se non me lo chiedi lo so; ma se invece mi chiedi che cosa sia, non so rispondere».

Ogni epoca ha le sfide e le sue domande e così la nostra: cogliamo, a volte confusamente, che ci sono interrogativi radicalmente nuovi che mettono in questione certezze apparentemente assodate. Oggi, davanti alla possibilità tecnica di modificare profondamente la corporeità dell'uomo, sembra vacillare la consapevolezza di chi sia l'essere umano, facendoci oscillare tra la necessità del riconoscimento e il desiderio della progettazione.

Quis, ergo, persona vivens? Chi è, dunque, la persona vivente?

L'uomo è un'incognita? Si tratta di una questione vitale, perché non permette di mantenere il distacco dello storico che cerca di comprendere i tratti di un'epoca o di una stagione culturale: domandare il significato del termine uomo equivale a porre la domanda sulla propria identità. L'antico detto di Delfi «Conosci te stesso» si staglia contro un orizzonte complesso, dove il mosaico di conoscenze e di abilità ottenute dalla nostra civiltà sembra poter offrire solo uno spazio genericamente esortativo a tale invito.

Le scoperte scientifiche come locus anthropologicus

Le scoperte più importanti aprono nuove direzioni di ricerca e nuove attività culturali, filosofiche e scientifiche. Esse servono come *locus anthropologicus* quando generano nuove questioni fondamentali sull'origine, lo *status*, la struttura, il comportamento, le mete, il potenziale, i limiti e il destino degli esseri umani. La trasformazione dell'esperienza e l'accresciuto potere tecnico, indotto dal suo ingresso nelle scienze della vita e della salute, può ben essere descritto come uno di questi *loci*

anthropologici, probabilmente come uno dei più importanti. Se la domanda sulla propria identità e, conseguentemente, sul senso del proprio agire è una questione profondamente umana a cui ognuno deve dare risposta, i mutamenti che stiamo vivendo richiedono nuovamente che tale questione sia oggetto di una riflessione ampia, senza semplicistiche riduzioni, che tenga presente l'ineludibile intreccio di diverse dimensioni.

La nozione di persona, peraltro, riveste un ruolo centrale nel dibattito bioetico¹: la domanda sulla liceità o illiceità delle nuove frontiere aperte dalla tecnologia nelle scienze della vita ha come sfondo, sempre, l'interrogativo sullo statuto ontologico della persona a cui sono riconosciuti diritti e tutela. Tuttavia, questo riconoscimento lascia aperti vari problemi: *chi è persona? Come la identifichiamo? Quali sono le sue caratteristiche per capire il contenuto dei doveri richiesti per tutelarla?*

La riflessione etico-filosofica sul *corpo* della *persona* umana ha come obiettivo quello di fornire una prima risposta ai quesiti sopra posti. Indipendentemente dalle impostazioni teoriche che lo vedono come compagno, carcere o totalità della persona, la nostra esperienza dell'*umano* è comunque sempre data *in* e *attraverso* un corpo: comprendere il ruolo che questo riveste nella nostra identità significa, pertanto, offrire un punto comune sia alla teoria filosofica, sia alla prassi biomedica.

Inoltre dove si *nasconde* la salute? Esiste, allora, un senso umano *nella* bioetica? Infine, qual è *il senso umano* di una bioetica *umana*?

In un mondo assoggettato alla tecnica, dove si è progressivamente ridotta la distanza tra ricerca scientifica, pratica medica, industria e profitto, risuonano sempre più ineludibili gli interrogativi fondamentali circa il senso autentico della persona umana quale soggetto vivente non negoziabile in termini valoriali.

Se l'uomo della strada si domanda perché mai la medicina si rivolga esclusivamente alla malattia dimenticando la salute, sarà allora necessario rispondere che, per uscire dalle varie "crisi della medicina", occorre ritornare a porsi le questioni originarie e originanti: cosa significa

¹ Nel mio recente volume dedicato alle emergenze culturali del terzo millennio, nell'ambito delle sfide, ponevo le questioni di bioetica come "campo privilegiato" per mostrare la capacità ispirativa della fede cristiana a servizio di una razionalità autenticamente umana cfr. A. Antonio Stagliano, *Intagliatori di sicomoro. Cristianesimo ed emergenze culturali del terzo millennio. Il compito, le sfide, gli orizzonti*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2009- Il capitolo cui mi riferisco è intitolato: "Riconosci la persona nell'uomo. Tra scienza (bioetica) e politica (democrazia)", pp. 137-178.

ammalarsi? Cosa significa guarire? Quali sono i presupposti metafisici dell'*arte medica*, sospesa tra le metafore ispirate alle scienze biomediche e il misterioso linguaggio del corpo umano?

Il guaritore ferito: il dolore come sofferenza

Muovendo dalle antiche concezioni dei Greci per giungere ai profondi dilemmi della medicina contemporanea, urge oggi la necessità di ridefinire la drammatica relazione tra medico e paziente, tra malattia e salute, tra ciò che è *il senso umano* e ciò che, tristemente e tragicamente, *tradisce il senso umano*.

Quel che occorre a una bioetica più umana sarà allora la figura o, per meglio dire, la mediazione di un *guaritore ferito*, un *medico* ovvero un *interprete credibile* che sia non solo rispettoso della soggettività del malato, ma anche interiormente consapevole del peso della sofferenza e del dolore umani.

Nell'esperienza della malattia si presenta quasi sempre anche il dolore che assume il ruolo di elemento di allarme ed è la conseguenza delle leggi casuali della natura, tanto che – come diceva Lewis – se cercassimo di eliminarlo dovremmo sopprimere la vita stessa.

Il dolore può essere conosciuto unicamente per esperienza diretta in quanto l'elaborazione narrativa altrui può solo trasmetterne l'interpretazione verbale: ciò risalta in modo evidente quando qualcuno tenta di condurre esperimenti richiedendo di classificare il dolore in base ad una scala di grandezze, *poiché non è mai misurabile la componente soggettiva*, cioè l'intensità a cui i diversi soggetti attribuiscono un determinato dolore. In genere, infatti, per trasmettere esperienza soggettiva si ricorre ad immagini che cercano di rievocare analogie con delle esperienze che l'interlocutore possa aver già provato o che possa verosimilmente immaginarsi.

Tuttavia il dolore fisico conosciuto nella malattia non è la componente essenziale della difficoltà che si deve affrontare. E' vero infatti che il dolore fisico è dominabile medicalmente, tuttavia la corporeità paziente permette di far esperire attraverso di sé la *sofferenza*, ossia una dimensione più ampia del dolore medesimo, dimensione che coinvolge la persona tutta ed è legata inevitabilmente alla disgregazione dell'immagine soggettiva ed unitaria di sé.

Si tratta di una sorta di rottura che si sperimenta in sé e tra sé e il mondo circostante, tanto che potremmo avere anche dolore senza sofferenza e sofferenza senza dolore. In tal senso, risultano illuminanti le parole di Scheler che, interrogandosi sul *sensu* del dolore, scrive: «In un mondo puramente meccanico, fatto di semplici somme di parti, non vi sarebbe ancora la possibilità del dolore e della sofferenza, e tanto meno la loro realtà. [...]. Ma anche un mondo in cui le parti non fossero sostanze autonome dotate di loro proprietà ed energie, bensì esclusivamente “modalità” del tutto [...]. mancherebbero alla sofferenza e al dolore la condizione minimale di una possibile esistenza. [...]. Infatti, soltanto il *conflitto* tra parti indipendenti e autonome e la loro posizione funzionale in un tutto con cui sono solidali e che è con esse solidali, è il *fondamento ontologico generale* della possibilità ideale che *in un mondo* vi siano sofferenza e dolore [...]. E soltanto in un mondo in cui un tutto [...] “vive” quel conflitto come conflitto della parte nei suoi stessi confronti [...]. E' ciò che noi chiamiamo, nell'accezione più generale, “sofferenza”».

La percezione della sofferenza, cioè, deriva ed è la percezione stessa della rottura di una parte rispetto all'*olon* umano, rispetto al tutto della propria esistenza. Ciò significa che se non ci fosse lo spazio per questa correlazione saremmo in presenza del solo dolore, come, probabilmente, avviene negli organismi animali.

Pertanto, risulta illusoria la pretesa di ricondurre ogni sofferenza al dolore cercando in essa la manifestazione di una mera disfunzione. Tentare di *de-finire*, misurare ovvero ridurre la sofferenza a parametri scalari equivale ad un profondo fraintendimento della realtà umana. La sofferenza non si identifica propriamente neanche con una condizione psicologica patologica ovvero con un'anomalia riconoscibile come tale perché si distanzia dalla normalità del vissuto: si tratta, piuttosto, di un'esperienza propriamente umana, della *risonanza* interiore di un male presente e che viene riconosciuto come tale.

Dunque, la percezione della perdita della propria volontà, la variazione del rapporto con l'ambiente, l'incapacità di una progettualità autonoma, la violazione della propria intimità, rappresentano tutti elementi che conducono alla sofferenza, cioè al dolore non fisico, ma morale e interiore.

E' vero che la sofferenza può, in parte, essere dovuta alla incapacità di comunicare e, attraverso la comunicazione di condividere il dolore. Rievocando l'esperienza di Virginia Woolf la Scarry annota: «“Quando qualunque studentessa si innamora, può esprimersi con le parole di Shakespeare o Keats, ma lasciate che chi soffre possa descrivere quel suo dolore di capo a un medico, e non troverà le parole”. Se è vera per un mal di capo, l'analisi di Virginia Woolf è ovviamente ancora più vera per il dolore inteso e prolungato che può accompagnare un cancro, delle ustioni, un'amputazione o un colpo, così come il dolore intenso e prolungato che si può provare senza che si manifesti alcuna malattia definibile. Il dolore fisico non resiste semplicemente al linguaggio, ma lo distrugge attivamente, provocando un ritorno immediato ad uno stato anteriore al linguaggio, ai suoni e ai gemiti che un essere umano emette prima di apprenderlo».

In sintesi, non è l'esperienza del dolore *in quanto tale* ma è l'individualità dell'esperienza a determinare la forma espressiva della sofferenza. La complessità della sofferenza umana discende, paradossalmente, dalla complessità di due grandi dimensioni che ci caratterizzano in modo esclusivo ed originale: da un lato il *vissuto* ovvero l'esperienza diretta che comporta una pluralità di particolari che la rendono difficilmente ripetibile, dall'altro il *linguaggio* il quale, rispecchiando i modi tipici della nostra attività conoscitiva, si esprime attraverso termini, concetti ed immagini universali.

Di conseguenza, se da un lato, tramite il linguaggio concettuale possiamo condividere con altri “porzioni di realtà”, dall'altro *utilizziamo* espressioni linguistiche che riconosciamo sempre troppo povere rispetto alla ricchezza del vissuto della nostra esperienza.

La difficoltà linguistica e concettuale di esprimere il *dolore umano* relega il soggetto paziente in una zona di solitudine tutta interiore in cui non può che confrontarsi *da solo* con la *nuova* situazione che la malattia ha determinato in lui.

Il dolore e la sofferenza costituiscono anche percezione di una nuova consapevolezza della passività che, parzialmente, accompagna e struttura la nostra finitezza in tutte le sue dimensioni: corporea, psichica e spirituale.

La sofferenza considerata in termini astratti rappresenta qualcosa di contingente, che non si presenta necessariamente dinanzi alla vita di ogni

persona. La scoperta dell'imperfetto dominio di sé e del proprio destino che la sofferenza introduce è una tappa necessaria alla piena maturità dell'uomo.

Dal soma patiens all'homo patiens: implicazioni etiche

In una condizione di salute le potenzialità del soggetto e le sue attività si presentano come elementi acquisiti e ordinari, costituiscono – per così dire – il retroterra inespresso dell'azione; ma quando il dolore si affaccia all'esistenza la persona umana confligge con i limiti della propria corporeità in un modo che potremmo qualificare come *didattico*: la sofferenza umana introduce alla significativa consapevolezza che non tutto è nelle nostre mani. In tal senso, il dolore e la sofferenza non *sono* limite e passività, ma semplicemente si presentano all'esperienza umana come modalità ovvero canali ermeneutici della nostra esistenza.

Nella cura del *soma patiens* occorre tener presente che l'oggettività della patologia è incapace di dar completa ragione dell'*homo patiens* che ad essa si affaccia: in altre parole, è necessario farsi carico di tutta la persona coinvolta nel patire, con la multidimensionalità che le è propria e che, in quello stesso patire, è chiamata in causa. Non si tratta, cioè, di una attenzione volta alla medicinalizzazione di tutte le componenti dell'esistenza, ma di un'attenzione capace di cogliere le variabilità in gioco e di dar ad esse la risposta adeguata, andando oltre la pur necessaria attenzione clinica.

Le implicazioni etiche di quanto abbiamo visto finora sono molteplici. Poiché abbiamo individuato nell'azione un buon punto di osservazione per comprendere la complessità della persona umana, ad essa dobbiamo tornare per cogliere i caratteri di un'adeguata risposta alla situazione del corpo malato.

Proprio perché l'impossibilità dell'azione fisica manifesta la rottura di una unità e di un equilibrio in altre situazioni a-problematico, il primo punto sembra quello di un aiuto a riscoprire la profondità dell'*agere* umano che non si esaurisce nella sola azione transitiva. Si tratta di comprendere che l'oggettiva preclusione di possibilità esterne non significa necessariamente la preclusione del pieno sviluppo della propria persona.

Questa consapevolezza deve tradursi, nella relazione di cura, anche in aiuto alla persona paziente perché converta il quesito "*che cosa posso*

fare?” nella domanda “*chi posso essere?*”. Questa conversione, che richiede la mobilitazione di tutte le potenze della persona, fa perno sul fatto che l’azione libera in quanto tale, e non la concreta tipologia di azione, modifica l’essere umano avvicinandolo o allontanandolo dalla sua perfezione: la riduzione delle possibilità non chiude le porte alla realizzazione del tipo persona che si vuole diventare. La malattia, anziché essere una gabbia della libertà, può diventare, per usare le parole di Angelini, un privilegiato «tempo per volere».

Naturalmente questa sfida richiede un altrettanto impegnativo coinvolgimento di chi presta assistenza. Aiutare l’altro a percepire che egli rimane soggetto dei propri atti implica anche compiere una serie di azioni concrete che manifestano l’inalterata stima e fiducia nei confronti della persona paziente; tenendo presente la concreta situazione culturale e clinica occorrerà, pertanto, adoperarsi per rendere la persona realmente partecipe del progetto di cura, con un consenso informato, di cui tanto si discute oggi, che non si pone come arma di difesa per eventuali ricorsi legali, ma come autentico servizio alla verità e all’autonomia dei soggetti coinvolti.

Parallelamente, occorrerà aiutare la persona a trovare nuove modalità espressive di sé che aggirino l’ostacolo di una corporeità ribelle che impedisce i movimenti e le azioni consuete. In questo può trovare largo spazio, ad esempio, la musicoterapia come strumento di comunicazione, l’educazione all’arte, le diverse forme – quando la malattia lo consente – di aiuto ad altri ecc.

In questa prospettiva va posta una particolare attenzione al recupero della relazionalità, dimensione fortemente lesa dalla struttura ospedaliera o di ricovero e dal mutamento dei rapporti intrafamiliari che la malattia comporta. L’attenzione alla organizzazione ambientale perché coniughi la funzionalità con il non isolamento della persona malata va in questa direzione.

E’ importante sottolineare come la relazionalità non è a senso unico, paziente-assistente sanitario, o paziente-familiari, ma abbraccia in tutte le direzioni la rete di relazioni che si instaurano tra le persone coinvolte. Non ci si può arrendere all’idea che il rapporto sia tra un agente (personale sanitario) contrapposto a un paziente: bisogna agire in modo che, rispettando la diversità del ruolo e facendosi carico della situazione

concreta, si ricreino le condizioni perché ci possano essere sempre due agenti, l'uno accanto all'altro.

Il bisogno di relazionalità e la difficoltà di utilizzare adeguatamente gli spazi mettono in luce altri aspetti della cura della persona malata che dovrebbero essere presi in considerazione. Pur nelle innegabili esigenze di funzionalità, nell'organizzazione delle strutture assistenziali occorre tener presente l'intera realtà della persona sofferente e non solo il problema *tecnico* da risolvere. Le case di riposo per anziani, ad esempio, in linea di principio potrebbero essere in gran parte sostituite con altre istituzioni di carattere aperto, capaci di interagire con i familiari e con le associazioni di volontariato.

Un esempio di queste possono essere gli appartamenti polifunzionali (cioè nuclei abitativi opportunamente attrezzati) oppure le comunità-alloggio. La dimensione ambientale e relazionale è, infatti, un fattore di primaria importanza di cui tenere conto.

Molte volte, inoltre, lo stesso ricovero può essere evitato attraverso una progettazione degli ambienti che, sin dal principio, consideri le esigenze che una persona può incontrare in momenti diversi della propria vita. Se riconsideriamo la definizione di salute data dall'OMS come pieno benessere fisico, psichico e sociale, è facile rendersi conto che molto spesso nella cura dell'anziano si dimentica come la dimensione sociale e psicologica sia strettamente correlata con quella corporea e come si influenzino a vicenda. Non basta, infatti, prendersi cura della sola dimensione fisica, poiché una parte importante del benessere trova il suo centro nel vissuto della persona. La dimensione sociale (la relazione con gli altri, il sentirsi in qualche modo utili, il ruolo che ci si vede riconosciuto) ha un innegabile riscontro in quella psichica e questa ridonda in quella fisica.

Il benessere ha un aspetto esterno che può essere in parte ricondotto ad una misurazione in qualche modo quantificabile, ma poi ha un lato interiore che si risolve nella percezione che la persona ha di sé. In ciò vediamo coinvolta una componente emozionale, che nel linguaggio corrente sintetizziamo nell'espressione "mi sento bene", ed una cognitiva, dove la persona valuta positivamente la propria esistenza.

Quest'ultima può essere declinata in un'accettazione di sé, nella percezione di una certa autonomia decisionale ovvero nell'apertura ad una

crescita personale sempre possibile, nell'identificazione di uno scopo e di un senso per la propria vita. Tutto ciò deve essere considerato come elemento integrante dell'assistenza. Andrebbero pertanto evitate tutte quelle situazioni spersonalizzanti in cui il paziente risulta inserito in una struttura che lo priva di un ruolo sociale e che menoma fortemente l'immagine che egli ha di sé, immagine psicologica già, peraltro, fortemente provata dalla patologia invalidante che ha reso necessario il suo ricovero.

L'attenzione posta alla visione olistica (e non semplicemente motoria o cognitiva) della persona e alla sua dimensione attiva, sottolinea ciò che assimila il disabile alle altre persone rendendo «più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi.». Il disabile, pertanto, non è più una "categoria", l'appartenente a una classe di persone: si comprende la disabilità come una condizione, transitoria o definitiva, che può interessare tutti e che richiede una risposta orientata alla totalità della persona stessa.

Non ci addentriamo qui nell'analisi, per quanto interessantissima, di questo strumento di classificazione, ma è importante osservare come il cambio di prospettiva – ossia guardare non alla disabilità come assenza di salute (handicap), ma alle persone *con un certo stato di salute* –, contribuisce a strutturare una vera risposta umana alla cura del *soma patiens*, che altro non è il segno dell'*homo patiens*, con tutta la ricchezza di cui continua ad essere portatore.

Dal "to cure" al "to care"

Una cura che tenda alla mera risposta medico-terapeutica rischia di ricadere nella prassi distorta di una visione dualistica- meccanicistica della persona umana. Come acutamente ha osservato Cosmacini, l'accentuazione della risposta farmacologica porta a cadere in una sorta di "organotropismo terapeutico", ove il paziente è identificato *simpliciter* con il suo organo – o al massimo con la somma dei suoi organi – circoscrivendo il prendersi cura (*to care*) della persona nella ricchezza della sua unità alle dimensioni extramediche, di non competenza del tecnico-curante.

Il passaggio dalla *to cure* (curare) alla *to care* (prendersi cura, farsi carico) rischia di diventare o di scadere in un tema dal facile utilizzo retorico, con un contenuto che tende a dissolversi nella sua espressione emozionale, ma che poco o nulla dice della concrete azioni da fare per e

con l'uomo malato. Ciò si traduce, spesso, in una tanto frequente presenza dell'espressione "prendersi cura" nei convegni e negli studi dei bioetici quanto in un'altrettanto massiccia assenza nei corsi di medicina e nelle corsie di ospedali.

Pertanto, al fine di evitare il pericolo di una banalizzazione concettuale e tematica, spesso veicolata dagli slogan di innumerevoli campagne di propaganda, è necessario ripensare e rivalutare profondamente tutte le dimensioni concernenti l'originale identità della persona umana, nelle sue modalità manifestative riguardo alle variazioni derivanti dalla presenza di una patologia.

La relazione di cura richiede che tutte queste dimensioni rientrino nella valutazione della condizione di salute e che ricevano una adeguata risposta. Dunque, l'etica del corpo umano sofferente può forse sintetizzarsi in un aiuto rivolto all'accettazione del proprio corpo, accettazione che diventa – in questo modo – accogliimento personale di tutto il mondo visibile: si tratta di continuare a ri-scoprire e ri-conoscere il corpo umano come *segno e presenza* della persona nel mondo.

L'apporto della razionalità personalista

Nessuna scienza ha il dovere metodologico di costruire i propri fondamenti; neanche la Bioetica. Questo è un compito meta-bioetico che appartiene alla metafisica, nella fattispecie alla metafisica dell'essere in generale e della persona in particolare. Di conseguenza, il mio tentativo di costruire un quadro di riferimento assiologico per la Bioetica può demandare alla filosofia prima la definizione e la giustificazione delle premesse teoretiche, e pertanto può dedicarsi a esaminare direttamente la prima domanda di carattere etico, cioè quale sia l'atteggiamento doveroso nei confronti dell'uomo vivente in quanto tale e se questo atteggiamento appartenga al genere degli assoluti morali.

La risposta costituisce per definizione il primo principio personalista oppure la prima e suprema norma personalista.

Il primo principio personalista, a mio giudizio, può essere formulato nei seguenti termini: l'atteggiamento adeguato nei confronti dell'uomo vivente in quanto tale consiste nel riconoscere incondizionatamente il suo essere e la sua dignità di persona, e più concretamente nell'amare

l'inviolabilità della sua vita e nel tutelare la libera espressione del suo modo di essere, *in primis* sul versante dei diritti umani.

Lo stesso principio può essere formulato con uno stile normativo, ed in questo caso risulta più appropriato parlare di norma personalista, piuttosto che di principio. Tale norma è esprimibile con le seguenti parole: la dignità della persona umana esige un rispetto incondizionato che si estende dall'inviolabilità della vita alla tutela della libera espressione del suo modo di essere e dei relativi diritti.

La prima ragione, in concreto, è contenuta nella nota affermazione di S. Tommaso: "*persona significat id quod est perfectissimum in tota natura, scilicet subsistens in rationali natura*". La dignità della persona trova qui un sostegno fortemente ontologico: chi è massimamente perfetto non può non essere riconosciuto e rispettato *semper et pro semper*, in ogni circostanza di tempo e di luogo, cioè in modo assoluto. Nessun valore creato – neanche il superamento di tutte le malattie e sofferenze – può reggere al confronto del valore di ogni singola persona.

La seconda ragione fondativa è merito di Kant ed in fondo può essere interpretata come una applicazione della tesi di S. Tommaso: l'essere *perfectissimum in tota natura* resiste a qualsiasi tentativo di abbassarlo alla condizione di semplice strumento. Come dice il filosofo tedesco nel famoso paragrafo dei *Fondamenti della metafisica dei costumi*, la persona impone l'imperativo categorico di agire in modo da trattare l'umanità, in te e negli altri, sempre come fine e mai soltanto come mezzo.

Infine, la terza ragione proviene da un brano molto noto, come i due precedenti, anche se poco utilizzato in ambito bioetico, forse per l'evidente contenuto teologico. Mi riferisco alla definizione antropologica della *Gaudium et spes* quando indica l'uomo come "la sola creatura in terra che Iddio abbia voluto per se stessa", una verità stupefacente che conferma il primato dell'essere e della dignità della persona, e pertanto il valore assoluto della norma personalista.

La dignità della persona umana: è valore non negoziabile

In questa specie di treppiede fondativo che sta alla base del principio personalista, le nostre preferenze s'inclinano decisamente per la terza ragione fondativa, giacché essa rivela non solo l'immensa dignità della persona umana, ma anche la debolezza e la limitatezza dell'uomo. Dio ama

in modo quasi “irrazionale” l’uomo e l’uomo esiste come tale perché è amato da Dio.

Com’ è possibile spiegare tale fatto che ha dell’incredibile? La risposta data da Aristotele – si ama quello che è buono – appare poco convincente: l’uomo è buono, tuttavia è amato da Dio anche perché ha bisogno di essere amato. Infatti, *tutti gli esseri umani sono persone, ma non tutte le persone sono essere umani*, e la specificità delle persone che appartengono alla famiglia umana sta proprio nella debolezza, nella loro condizione di radicale indigenza, nel vivere in continuo pericolo, nell’averne un disperato bisogno dell’altro per uscire da questo stato².

Si viene, qui, ad aprire un discorso che, purtroppo, in questa sede deve necessariamente essere abbandonato, ma tale prospettiva personalista, come risulta a tutti evidente, proietta un luce immensa sulla sofferenza, sull’identità del malato, ecc.

Ma veniamo ad esaminare le conseguenze che derivano immediatamente dal principio personalista. La questione si pone in questi termini: quali principi emergono dalla considerazione della persona nella sua interezza senza dover progredire nell’analisi della sua struttura e dinamicità? Questa volta risulta più conveniente esprimere tali principi derivati, con il linguaggio etico più rigoroso, che è quello delle proibizioni.

Il rispetto della dignità della persona vieta nel modo più assoluto, *in primis*, di agire nei confronti di un essere umano mortificando il suo modo “personale” di vivere, cioè prescindendo, o tenendo in scarso conto, la sua irrinunciabile autonomia e libertà. Si tratta di una categorica negazione di ogni forma di oppressione contro la persona. Tale rispetto impedisce, inoltre, di usare un qualsiasi essere umano per altri fini diversi dal bene proprio dello stesso individuo. Viene così denunciata e bandita ogni forma di strumentalizzazione della persona.

Infine, rispettare la dignità della persona proibisce di trattare qualsiasi essere umano come una *cosa* sprovvista di valore, o come un esemplare irrilevante delle specie umana, o come un oggetto che deve conquistarsi il diritto ad essere riconosciuto come persona. Si esclude pertanto ogni forma di discriminazione contro la persona.

²Ho approfondito questo aspetto in A. Staglianò, “Desiderio, differenza, fragilità. L’amore come esigenza etica. Bioetica e medicina tra speranze e timori”, in A. Staglianò – P. Falvo (a cura di), *Bioetica. Percorsi e incroci*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2008, pp.15-24.

Come afferma il Catechismo della Chiesa Cattolica, “la persona umana, creata a immagine di Dio, è un essere insieme corporeo e spirituale”. Il corpo dell’uomo è umano e vivente proprio perchè è animato dall’anima spirituale. L’anima e il corpo sono così strettamente uniti nella persona umana che l’anima deve essere considerata la “forma” del “corpo”.

Il corpo è un corpo umano vivente esclusivamente a causa del fatto che è animato da un’anima spirituale. Papa Giovanni Paolo II ha affermato che “l’anima razionale” della persona umana “è per sé *et essentialiter* la forma del suo corpo”, e “la persona, incluso il suo corpo, è affidata interamente a se stessa, ed è nell’unità dell’anima e del corpo che essa è il soggetto dei propri atti morali”.

Il capitolo 2 della Genesi mostra chiaramente che il corpo umano è persona nella sua natura; il corpo umano infatti manifesta o rivela la persona. L’uomo, al risveglio dal profondo sonno che il Signore Dio ha fatto scendere sopra di lui e alla vista della donna che è stata formata dalla sua costola, dichiara: “questa dunque è osso delle mie ossa e carne della mia carne”.

Giovanni Paolo II ha notato che, nel lanciare questo grido, l’uomo “sembra dire: qui c’è un corpo che esprime la persona”. La natura corporea, sessuale della persona umana è una materia di estrema importanza. Infatti, la sessualità, “per mezzo della quale l’uomo e la donna si donano l’uno all’altra attraverso atti reciproci, esclusivi e sponsali, non ha un significato meramente biologico, ma riguarda il più profondo essere della persona umana”³.

Il corpo umano rivela la persona umana; e siccome il corpo umano è inevitabilmente maschio o femmina, esso è la rivelazione di una persona uomo o di una persona donna. Proprio a causa della differenza sessuale, manifesta nei loro corpi, la persona uomo e la persona donna possono “donare” fisicamente loro stessi all’altro. Per di più, poiché il corpo, maschio o femmina, è espressione della persona umana, l’uomo e la donna, nel donare i loro corpi all’altro, donano loro stessi.

³³L’antropologia di Giovanni Paolo II è tutta da ricostruire e da valorizzare nell’evangelizzazione nuova del terzo millennio, nella quale grande spazio avranno (come una sorta di *preambula fidei*) le questioni della bioetica. La questione antropologica è la questione prioritaria nella cultura attuale (cfr. A. Stagliandò, *Ecce homo. La persona, l’idea di cultura e la questione antropologica in Karol Wojtyła*, Cantagalli, Siena 2008).

Il dono del corpo di un uomo e di una donna all'altro è il segno esteriore, il sacramento, della comunione di persone che esiste tra loro. E questo sacramento, a sua volta, è l'immagine della comunione delle persone nella Trinità. Il corpo umano dunque è il mezzo e il segno della donazione della persona uomo alla persona donna, e viceversa, nella *communio personarum* che noi chiamiamo matrimonio. Giovanni Paolo II chiama questa capacità del corpo di esprimere la comunione delle persone il significato nuziale del corpo.

Per di più, nella corporeità, la persona uomo e la persona donna si aprono al “dono” di una nuova vita umana, mediante l'atto personale per mezzo del quale “donano” se stessi l'un l'altro. L'atto matrimoniale o coniugale, unico, proprio ed esclusivo della coppia, è l'atto intimamente appropriato per comunicare un tipo di amore unico – l'amore matrimoniale – e per dare la vita da una generazione di persone umane alla successiva.

L'atto matrimoniale è più che un mero atto genitale tra l'uomo e la donna che “si trovano” ad essere sposati; esso è in verità l'atto che attualizza il loro matrimonio, attraverso il quale il marito dona se stesso alla moglie in qualche modo ricevendo e la moglie accoglie lui in una sorta di donazione, e in questo atto corporale essi sono chiamati a cooperare con Dio nel far sorgere una nuova vita umana.

La dignità umana e personale di questo atto, in quanto atto di fusione di persone attraverso l'unione di corpi umani, è sta “consacrata” da Benedetto XVI nella sua prima enciclica *Deus caritas est*, nella quale – sin dalle prime battute - si afferma che il matrimonio monogamico è come la prima immagine storico-fisica del monoteismo cristiano. Affermazione solennissima che se ben intesa stabilisce una preziosa analogia tra l'amore trinitario e l'essere nell'amore nel matrimonio monogamico: l'essere l'uno nell'altro, “una cosa sola” (io e il Padre siamo una cosa sola) e “una carne sola” (l'uomo si unirà a sua moglie e saranno un asola carne”).