

## Ripensare le forme della sollecitudine

di Camillo Barbisan

**D***opo aver delineato – nel precedente articolo – lo scenario che fa da sfondo alla medicina contemporanea, questa “seconda puntata” prende in considerazione l’ipotesi di un “ripensamento complessivo” dell’intera vicenda.*

Il ripensamento non significa una messa in stato di accusa dell’appello alla sollecitudine. Eventualmente, quest’ultimo necessiterà di ulteriore approfondimento sul piano dell’intensità e su quello dell’estensione. Anzitutto, la comprensione dell’universalità teorica: quella della sollecitudine non è faccenda che si istruisca a partire dal solo sentire personale o dal solo riferimento religioso, con esiti per ciò stesso troppo delimitati. Il sentimento, le fedi ed altre espressioni della civiltà traducono un’istanza ancor più profonda e radicata che deve trovare una sempre più approfondita decifrazione al fine di smascherare l’alibi dell’omissione eventualmente praticata. Ma è da ritenere come cosa seria anche l’universalità quanto all’estensione: se la sfaccettatura precedente sollecitava lo svolgimento del tema “sollecitudine: perché?”, quella che ora si presenta è la tematica che orienta al “solleciti: verso chi?”. La questione è a dir poco intrigante nel contesto della globalizzazione, da un lato e delle conoscenze di tutti gli stadi/fasi della vita, dall’altro. Come si può ben arguire, il lavoro non verrà a cessare nel presente e neppure in futuro, né per la filosofia né per il diritto. Il nostro tema deve orientarsi però verso il “come” della sollecitudine: la questione

del limite, nei termini richiamati nella prima parte, ci conduce infatti proprio nella direzione che porta ad identificare i lineamenti autentici e/o responsabili della sollecitudine in ambito biomedico.

Il ripensamento avviene considerando un duplice ordine di elementi.

Anzitutto un aspetto oggettivo. Riteniamo sia il caso di identificare la necessità del passaggio dal tema del potere della tecnica al tema del potere che alla tecnica va conferito o revocato. O, per dirla diversamente, la ricollocazione in posizione strumentale, di mezzo e non di fine.

Forse è proprio la specificità della medicina a far emergere contraddizioni, conflitti ed esigenze non percepibili con altrettanta rilevanza in altri settori dell’agire umano. La tecnologia nelle sue molteplici espressioni va considerata come un potere disponibile oppure a disposizione ma, urge sottolinearlo, la decisione quanto alla utilizzabilità in estensione ed intensità del potere medesimo non può né deve essere l’esito di una sorta di automatismo acritico, di un puro proceduralismo.

L’ambito decisionale è di altra natura: è costituito da soggetti da coinvolgere e coimplicare e da criteri più estesi che non quelli di ordine meramente quantitativo. In caso contrario, la tecnologia non è più un mezzo di cui l’uomo si serve per realizzare i suoi propri fini bensì l’uomo diventa il mezzo di fini intrinseci alla tecnologia stessa (riteniamo illuminanti le considerazioni di U. Galimberti, *Psyche e techne...*). L’insieme può assumere dei contorni di perversità se la prassi, a parer nostro poco virtuosa, che è stata appena richiamata, trova, addirittura, conferma o peggio ancora atti sanzionatori da parte della deontologia e delle norme giuridiche. Etica e diritto, infatti, non possono continuare a

far valere le proprie istanze elaborate in e per contesti culturali e professionali assai lontani dai presenti. Le positive intenzioni del passato possono – paradossalmente – non proteggere più la vita umana ma, addirittura, propiziare autentiche offese alla sacralità e alla dignità della medesima. L'imperativo che comanda la sollecitudine verso l'altro può perciò in taluni casi imporre il “non fare” o lo “smettere di fare”? Senza ombra di dubbio bisogna assolutamente e necessariamente rispondere in modo affermativo!

Tutto questo non significa ricusare il valore del mezzo tecnologico bensì, molto più semplicemente, far emergere la dimensione della dignità dell'umano quale bene fondamentale da promuovere anche nelle sue manifestazioni estreme della finitezza che consegnano la vita alla morte.

In questo modo si può iniziare l'istruzione del secondo profilo della questione relativo agli elementi soggettivi. Non è questa la sede per riaprire la disputa sacralità versus dignità della vita. Riteniamo che non vi sia dubbio sul significato e sul valore eminente da riconoscere alle forme viventi in genere e a quella umana in specie. Riteniamo inoltre che il cammino della civiltà in questa direzione sia tutt'altro che concluso sia sotto il profilo teorico sia pure nella prospettiva delle configurazioni pratiche relative al rispetto della vita. Ma non si può passare sotto silenzio un'altra grande questione che – talvolta in modo forse approssimativo o sbrigativo – viene posta come antitetica anziché complementare alla prima. Porre il tema della dignità/qualità della vita, in ambito biomedico significa evidenziare due rilevanti ordini di considerazioni. Da un lato, il fatto che nessuno meglio di quell'identità specifica che io sono può interpretare che cosa sia vita e vita degna. Ovvero, e detto in altro modo: anche se risulta un percorso tortuoso e complesso, l'esperienza e l'espressione della libertà dell'autonomia individuali possono ed anzi debbono potersi esprimere anche da parte di un uomo nello stato di

malattia. Perché ritenere che queste facoltà debbono essere sospese o revocate in determinate circostanze? La vulnerabilità complessiva cui espone la malattia è sempre di natura tale da depotenziare fino ad estinguere la facoltà di disporre di sé comunemente espressa e riconosciuta? Ed ancora: nel caso in cui in effetti questo accade, perché non utilizzare e valorizzare manifestazioni di volontà precedentemente espresse o affidate alla cura di soggetti indicati?

Dall'altro lato, l'autentico dilemma sempre più etico e sempre meno clinico sarà gestito sino ad esser risolto proprio a partire da un'attenta, ponderata valutazione di quella serie di elementi fin qui richiamati e tali da far ritenere proprio il “non fare” (“non intraprendere; sospendere”) come l'atto eticamente più virtuoso, maggiormente in sintonia con l'istanza della sollecitudine.

O forse, anche qui per essere più precisi al fine di evitare il fraintendimento, si tratta di passare dal fare di un certo tipo (offerto ed atteso) al fare di altra natura. Da un fare che enfatizza l'agire finalizzato allo scopo di guarire o comunque di prolungare, ad un fare maggiormente disponibile – in situazioni critiche – a valorizzare in modo più consistente gli aspetti relazionali che soli consentono di accompagnare, senza recare offesa, le fasi estreme.

Alla luce di queste considerazioni, l'esito complessivo di questa modalità operativa, di questo oltrepassamento dell'interventismo acritico non dovrà essere interpretato come sconfitta né della medicina nel suo insieme né tantomeno della istanza virtuosa della sollecitudine. Proprio in questa strategia di “arretramento” sarà consentito l'“avanzamento” della dimensione di quell'umano che ora potrà e dovrà esprimersi sciolto da ogni legame con l'“apparato” delle cose inanimate per stringersi con quei legami forti rappresentati dagli affetti, dalla considerazione delle dimensioni di qualità/dignità in riferimento al corpo e alle sue esigenze primarie.