

MANUALE DI BIOETICA – ONLINE

di Gian Maria Comolli

15 settembre 2018 (Primo aggiornamento: marzo 2019)

Parte Prima I FONDAMENTI

CAP. 1. TERMINI FONDAMENTALI E MODELLI DI RIFERIMENTO

SCHEMA DEL CAPITOLO

1. *Termini introduttivi*

- 1.1. Etica
 - 1.1.1. Etica medica e etica infermieristica
- 1.2. Deontologia professionale
- 1.3. Legge ed obiezione di coscienza

2. *Bioetica*

- 2.1. Definizione
- 2.2. Ambiti di intervento
- 2.3. Il metodo
- 2.4. Modelli di riferimento del contesto societario
 - 2.4.1. Modello soggettivista o liberalista
 - 2.4.2. Modello sociologico-utilitarista
 - 2.4.3. Modello scienziata-tecnologico
 - 2.4.4. Modello personalista
- 2.5. La formazione in bioetica

3. *Altre definizioni*

- 3.1. Legge morale naturale
- 3.2. Biotecnologie
- 3.3. Biopolitica

L'attuale scenario socio-culturale sta rivalutando l'aspetto etico dell'agire umano; ciò emerge particolarmente nel settore sanitario, e più in generale in quello biomedico, interessato da progressi che *interrogano il concetto di uomo, la sua dignità e il suo destino futuro e globale.*

Il controllo delle costituenti genetiche, la medicina procreativa e predittiva, l'innalzarsi delle aspettative di vita, come pure il prolungamento del morire, hanno superato le competenze scientifiche investendo la natura nella sua totalità e la stessa rappresentazione "dell' umano". Inoltre, alcune scoperte nel campo della biomedicina, producono effetti "a cascata" difficili da gestire.

Importante in tutte le epoche storiche, l'etica è fondamentale soprattutto oggi di fronte ai risultati delle scienze e delle tecnologie che spalancano continuamente nuove frontiere, e di conseguenza, problematiche che faticano ad

acquisire consenso unanime nell'ambito della nostra società pluri-etnica e multi-razziale.

Perciò l'etica, che nel settore biomedico assume l'appellativo di bioetica, "riguarda tutti coloro che intervengono nel mondo della sanità: professionisti, amministratori, sanitari, ausiliari, pazienti e parenti. Là dove ci sono decisioni da prendere, riflessioni da fare, libertà da coinvolgere, c'è etica e - nel mondo della sanità - labioetica"¹.

Dunque, le professioni sanitarie, hanno una consistente caratteristica etica, perciò questa disciplina deve possedere la priorità sia a livello culturale che operativo!

Il primo capitolo di questo manuale chiarirà "i termini" che costituiranno gli architravi delle argomentazioni che esamineremo in seguito. Non tralascieremo dei commenti sul pericolo che un uso ideologico dell'etica e della bioetica faccia dimenticare "l'humanum", cioè la passione per l'umanità dell'uomo, pilastro portante della sanità, della medicina e della ricerca.

1. Termini introduttivi

1.1. ETICA

Etimologicamente, il termine "etica", ha origine dal vocabolo greco ἔθος (o ἦθος)² e significa "comportamento" o "costume", infatti riguarda sia il costume sociale, cioè l'agire e il comportarsi di un popolo in un determinato tempo, come pure ogni azione libera, consapevole e responsabile dell'uomo, cioè compiuta dalla persona in grado di intendere e di volere. San Tommaso evidenziava nella frase: "gli actus hominis e gli actus humani" il contenuto dell'etica.

Dunque, l'etica, invita a riflettere sull'agire a livello personale e comunitario poiché l'uomo, vivendo ed operando in una società, è responsabile anche nei confronti degli altri. Ricordava san Giovanni Paolo II nell'enciclica "Evangelium vitae": "Sì, ogni uomo è 'guardiano di suo fratello', perché Dio affida l'uomo all'uomo"³.

Quindi, ogni atto e comportamento dell'uomo, essere intelligente e libero, chiamato all'autorealizzazione scegliendo il bene, racchiude e sviluppa anche l'aspetto etico. Questo ci fa affermare che l'etica non è estrinseca o un sovrapposto all'umano, bensì intrinseca alla persona; non è imposta dall'esterno, ma è impressa nell'intimo di ogni uomo. Alla base di ogni concezione etica stanno le nozioni di bene, di male e di virtù, oltre una determinata visione della persona e dei rapporti umani. Tutto ciò, spesso, è correlato ad una religione o ad una ideologia.

L'etica, *in senso generale*, possiamo definirla come "l'insieme dei principi e delle norme che ispirano l'esistenza concreta di un popolo in una determinata epoca. L' *èthos* esprime una serie di modelli di comportamento che sono tipici di una popolazione o di un gruppo sociale"⁴; ad esempio, il valore

¹ G. DURANT, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Fides, Québec 1999, pg. 469.

² ἦθος il termine acquista il significato di "principi che influiscono sulla collettività".

³ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 18.

⁴ M. FURLAN, *Etica professionale per infermieri*, Piccin, Padova 1989, pg. 54.

patrio o quelli dell'uguaglianza e della solidarietà. Ne deduciamo, che i principi etici sono essenziali alla costruzione di una società ordinata, finalizzata al benessere e al progresso dei cittadini.

In senso particolare, l'etica evidenzia "ciò che è buono in sé; ciò che va fatto o evitato ad ogni costo e in ogni caso, a prescindere dai vantaggi personali e sociali che se ne ricavano; ciò che è assolutamente degno dell'uomo che si oppone a ciò che è indegno; ciò che non è negoziabile, su cui non si può né discutere né transigere"⁵.

Troviamo, inoltre, la *metaetica* che "studia e ricerca le ragioni che sono alla base di un dato giudizio morale; affronta gli argomenti teorici del significato, della giustificazione e della logica dei problemi etici. La metaetica risponde ad esempio alle domande: 'Perché bisogna essere buoni?', 'Perché, e in base a quale ragionamento, un atto giusto è considerato giusto?' "⁶.

La metaetica, quindi, individua i rapporti da stabilire all'interno del campo etico come la connessione tra etica e condotta umana, etica e fatti, etica e decisioni morali impellenti.

L'etica si distingue in *speculativa* e *pratica*.

-L' *etica speculativa* (o descrittiva) esamina, descrive, analizza e commenta i comportamenti umani, gli usi di un gruppo, o un determinato evento, riferendosi ai principi e ai valori, rispondendo all'interrogativo: *quali principi o valori sono coinvolti in questo fatto o comportamento?*

-L' *etica pratica* (o normativa) identifica la legittimità di un comportamento, ne ricerca le fondazioni e le giustificazioni, rispondendo al quesito: *quale atteggiamento devo assumere?*, e nel settore sanitario: *come devo agire nel migliore interesse del malato?*

L'etica pratica si scinde in *fondamentale* e in *speciale*.

Fondamentale quando si occupa dei principi, dei valori e delle norme cui attenersi in qualunque situazione e circostanza.

Speciale quando s'interessa dei vari settori d'intervento, esprimendo un'etica familiare, un'etica sessuale, un'etica economica, un'etica politica e un'etica sanitaria...

In questo contesto, l'etica, assume la dicitura di *etica professionale*, e riguarda l'agire e il comportamento tipico di una professione, che prendendo come riferimento i principi irrinunciabili dell'etica fondamentale, li sviluppa nei settori particolari. Ad esempio, nelle professioni sanitarie, abbiamo la riflessione sulle problematiche poste dalle scienze mediche, dalla cura e dalla ricerca.

L'etica richiede una *base razionale* all'atteggiamento assunto, non riducibile a slanci solidaristici o amorevoli di tipo irrazionale; perciò possiamo definirla *scienza*, essendo una riflessione *sull'ethos*, ossia sul comportamento, sull'operare e su tutto ciò che si rapporta con il significato dell'esistenza. Per questo J. De Finance la definisce: "La scienza categoricamente normativa degli atti umani, secondo la luce naturale della ragione"⁷.

L'approccio filosofico è dunque il giusto sostegno all'etica, e l'appellativo

⁵ C.M. MARTINI, *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1993, pg. 15.

⁶ C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato*, Armando editore, Roma 1990, pg. 26.

⁷ J. DE FINANCE, *Etica generale*, Cassano Murge, Bari 1986, pg. 13.

esplicativo di *scientificità* è in relazione al suo fondamento argomentativo basato sulla *filosofia dell'essere*.

I criteri di scientificità dell'etica non sono "tecnico-empirico" ma "argomentativo-dimostrativo"; di conseguenza, se non possediamo un'adeguata riflessione motivata e giustificata sulle finalità dell'esistenza umana, non sarà possibile costruire una scienza che acconsenta la distinzione del bene dal male, di comprendere la bontà di un comportamento e la giustizia nel compierlo rispondendo ad un interrogativo fondamentale per l'operatore sanitario: "*quando il mio atto diagnostico o terapeutico è il 'vero bene' per quel malato?*".

Scorrettamente interpretata, l'etica, suscita *atteggiamenti di rifiuto* poiché è ritenuta negativa o proibizionista nei riguardi dell'evolversi della scienza e della tecnica, oppure è percepita come minaccia alla propria libertà e alla propria autonomia.

In questo capitolo, vogliamo dimostrare la possibilità che l'etica offre all'uomo di sentirsi realmente e serenamente libero anche accettando delle rinunce, infatti, a volte, per custodire e per promuovere un valore, è quasi obbligatorio adeguarsi a delle proibizioni o a dei divieti.

Una problematica che si inserisce nel discorso etico riguarda *il rapporto con la morale*, equivocando a volte il significato dei due termini; una confusione determinata dal coincidente uso dei due vocaboli che molti reputano sinonimi, ma che tali non sono. Basti ricordare che nel passato per alcuni *la morale* corrispondeva ai giudizi di coscienza, oppure per altri possedeva un significato prevalentemente religioso. Mentre *l'etica* era giudicata il risultato di riflessioni filosofico-scientifiche sul comportamento, oppure come salvaguardia e tutela di diritti o doveri dell'uomo.

La tematica richiederebbe una complessa disamina. Essendo impossibilitati ad intraprendere un adeguato approfondimento, ci limitiamo ad osservare che oggi, nella maggioranza delle situazioni, *l'etica* è considerata *una scienza normativa*, definendo le regole, argomentando il lecito o illecito, giustificando razionalmente la validità o meno delle azioni; riguarda perciò maggiormente, come già ricordava G. W. F. Hegel, la dimensione pubblica. *La morale*, invece, possiamo definirla *la scienza descrittiva* che suggerisce l'applicazione delle norme etiche personali e collettive in rapporto ad un determinato pensiero religioso, filosofico, culturale o politico.

Tra *etica* e *morale* esiste la stessa relazione riscontrabile tra *teoria* e *prassi*; per questo, la nostra convinzione, è che i due termini non sono sinonimi. Una disquisizione spesso giudicata oziosa poiché "l'etica moderna si è concentrata sui significati, sugli usi e sulla logica dei precetti morali tentando più di chiarire il discorso morale che di offrire norme generali di condotta"⁸.

Un ulteriore elemento di riflessione è questa visione del cardinale C.M. Martini, che indica la morale come l'applicazione delle norme etiche *in relazione all'obbligo della fraternità*. La propone riferendosi al cristianesimo, ma la riteniamo una prospettiva valida per l'ambito sanitario nella sua complessità. "La morale

⁸ E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA. *A philosophical basic of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981, pg. 57.

nell'ambito cristiano, va intesa come la forma del rapporto con il mio fratello, con chi desidero riconoscere come mio prossimo. La morale dice: fatti prossimo, considera ciascuno come membro della tua famiglia, per quanto ti è possibile. Il primo precetto della morale è indicato nella parabola del buon samaritano che scende da cavallo per soccorrere il ferito di un'altra razza che trova sulla strada e provvede per lui in tutto. La morale, quindi, chiede di fare agli altri quello che vorremmo fosse fatto a noi". E conclude Martini: "è l'ideale che nasce da un credo religioso a forte contenuto etico come quello proprio della tradizione ebraica e cristiana"⁹.

In questo testo, per superare le difficoltà di comprensione, il vocabolo *etica* sarà utilizzato sia come *sinonimo* di *morale* nel senso delle consuetudini sociali, sia come *studio della morale*; non dovrebbe essere difficile al lettore comprendere di volta in volta, in base al contesto, il significato applicabile.

1.1.1. ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA

L'etica medica e l'etica infermieristica, cioè *l'etica professionale in campo sanitario*, come già affermato, valuta le situazioni e risponde agli interrogativi posti dalla scienza medica, dalla prassi terapeutica e dalla ricerca clinica muovendosi dai principi generali, dalle norme e dai valori per concretizzarli nell'intervento che si compie sul malato o sulla ricerca in atto.

In altre parole, si domanda, se *il fatto* corrisponde al *valore*!

G. Géraud, ad esempio, sostiene che l'etica professionale "è per l'operatore sanitario ciò che il faro rappresenta per il navigante. Da una parte il faro illumina l'ostacolo da evitare; dall'altra parte spaziando sull'orizzonte, il faro invita a prendere il largo e rende possibile la scoperta"¹⁰.

ETICA MEDICA

La riflessione etica ha percorso la storia della medicina mostrando che *la figura del medico*, e di conseguenza il suo rapporto con il paziente, hanno subito alternanze di concezioni, passando dalla prospettiva sacrale di *vocazione-missione* all'ottica di *professione*, privilegiando l'aspetto tecnico e clinico.

I termini *vocazione* e *missione* nell'attuale contesto societario infastidiscono; potranno essere valorizzati unicamente se la "professione in sanità" riuscirà ad intersecare la componente *tecnico-scientifica* e quella *etico-religiosa*, avendo questo particolare "*mestiere*" come soggetto l'uomo e come conseguenza il servizio alla persona. In questa ottica, la professione sanitaria, può assumere anche i connotati della *vocazione*, rammentando che "certe attività sono imprese morali che richiedono un servizio altruistico e un certo annullamento dell'interesse personale; se queste aspirazioni sono sviluppate, la professione sanitaria diventa vocazione, diversamente diventa carriera"^{11/12}.

⁹ *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, op. cit., pg. 19.

¹⁰ G. GERAUD, *Itinerario medico-psicologico della vocazione*, Paoline, Roma 1960, pg. 55.

¹¹ E. D. PELLEGRINO- D. C. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Edizioni Dehoniane, Roma 1994, pg. 108.

¹² Si rimanda per l'approfondimento a: M.D. BAYLES, *Professional Ethics*, Wadsworth, Belmont 1981; G. COSMACINI, *La qualità del tuo medico*, Laterza, Roma-Bari 1995, P. LAIN ENREALGO, *Antropologia medica*, Alberto Perdisa Editore, Milano 1988, E. LOEWY, *Suffering and the Beneficent community*, Oxford University Press, New York 1991.

Il percorso storico dell'etica medica, sinteticamente, è riassumibile in quattro momenti.

1. Etica medica dell'antichità ed ippocratica.

Nelle scuole dell'antichità fu presente la "visione sacrale" del medico; in alcuni contesti, questa figura, fu anche divinizzata. Ad esempio, nell'antica Grecia, troviamo delle professioni improntate al "modello sacerdotale", che svilupparono la responsabilità professionale maggiormente a livello religioso che giuridico, ponendo, con un "giuramento", le divinità garanti della rettitudine delle azioni. Successivamente, la natura sacrale del medico, ben si evidenziò distinguendo le "professioni forti" (sacerdozio, monarchia, magistratura e medicina) dalle cosiddette "occupazioni". E, mentre le prime, erano caratterizzate dalla responsabilità morale, le seconde si riferivano alle norme giuridiche. In questo contesto, si inseriscono il "Giuramento di Ippocrate" e gli altri scritti del "corpus Hippocraticum"¹³.

Nell'antichità, le malattie furono attribuite alle forze demoniache, che penetrando nella persona se ne impossessavano; non a caso il simbolo della medicina era il serpente, animale sacro, ritenuto immune dalle malattie (cfr. concezione teurgica).

Ippocrate, rifiutò questa impostazione; non accettò la definizione di "morbo sacro" e polemizzò con chi sacralizzava la sofferenza. Non ammise, quindi, né la concezione teurgica della *Scuola di Asclepio*, né quella teocratica fondata sul mito greco del dio *Osiride*.

Al sofismo e all'empirismo contrappose "la medicina razionale", conformandosi al concetto greco di "causa" ed "effetto". Ed essendo, Ippocrate, oltre che un medico anche un metafisico, pose al centro della sua professione *il valore e la dignità della persona*¹⁴.

Il documento più significativo del medico di *Kos* fu il suo *Giuramento*¹⁵ nel quale emerge:

1. La visione religiosa della professione, infatti, invoca le divinità del pantheon greco, oltre che ribadire la "responsabilità professionale" percepita a livello morale e religioso più che giuridico.
2. Il profondo rispetto della natura e della concezione unitaria di ogni uomo.
3. Il rigoroso rapporto tra etica personale ed etica professionale.
4. Il disinteresse economico nell'esercizio della professione.
5. Il segreto professionale.
6. La trasmissione della materia medica dai maestri agli allievi¹⁶.

Il *rapporto medico-paziente* si fondò sul *principio di beneficenza* concretizzato dal *paternalismo*. Il dovere del medico era la ricerca del "maggior bene" del

¹³ Cfr.: G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.

¹⁴ Cfr.: PLATONE, *Protagora*, 311 b-c; Id.; *Fedro*, 270 c.

¹⁵ Cfr.: S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1985, pp. 19-20.

¹⁶ Il Giuramento di Ippocrate, ritenuto per molti secoli il documento di riferimento principale riguardo i principi etici richiesti nell'esercizio dell'arte medica, nel XIX secolo divenne oggetto di critica sia testuale che storica sulla sua origine, significato ed utilizzo (cfr.: E. LITTRE, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, vol. IV, Paris 1840, pp. 628-632; I. L. HEIBERG, *Corpus medicorum graecorum*, vol. I, Teubner, Leipzig 1927).

paziente; l'obbligo del malato era l'accettazione incondizionata dell'indicazione medica.

Possiamo perciò concordare con D. Gracia Guillen che nonostante i limiti del linguaggio, questo giuramento, mostra "il carattere marcatamente 'sacerdotale' del medico, il suo ruolo sociologico, il contenuto etico e religioso della formula del suo impegno. Il medico ippocratico non era un sacerdote, come nelle vecchie culture dell'Egitto o della Mesopotamia, ma una persona che esercitava un ruolo tipicamente sacerdotale"¹⁷.

2. La morale medica ad ispirazione teologica.

Il *cristianesimo* introdusse valori nuovi nel campo assistenziale sia con l'*insegnamento* che con la *prassi*.

Per quanto riguarda *la dottrina*, ricordiamo il concetto di "*persona umana*" ritenuta "unità di corpo, di psiche e di spirito" e, di conseguenza, la teoria della *sacralità* e dell' *indisponibilità* della vita.

Nella *prassi assistenziale*, il riferimento centrale fu il Vangelo nel quale Gesù Cristo consegnò ai suoi discepoli *il comando di curare gli ammalati*¹⁸, indicando la Sua presenza nel sofferente: "*l'avete fatto a me*"¹⁹, e proponendo come modello il *Buon Samaritano*²⁰.

Questa visione, oltre che motivare la pratica assistenziale come atto mosso dalla carità, fece crescere nella Chiesa, di pari passo con il diffondersi dell'annuncio evangelico, l'opera di soccorso e di sollecitudine verso i sofferenti e le vittime delle molteplici povertà.

E nel tempo, l'impronta assistenziale-caritativa, fu la base valoriale del consolidamento organizzativo, che permise di rispondere in modo soddisfacente alle richieste dei vari "fragili". Perciò, i luoghi che prestavano cura ed assistenza, si estendevano sia nei centri minori che nelle località urbanizzate.

Il processo di sviluppo terapeutico ed assistenziale si protrarrà per diversi secoli, con fasi di crescita e di rallentamento, tra crisi e riforme, acquisendo alcuni pregi ma perdendone altri. Eminentissime figure di santi, contribuirono a far sì che il valore caritatevole s'integrasse con quello assistenziale, affinché chi curava gli infermi, affinasse i requisiti professionali salvaguardando però quelli umani e religiosi²¹.

¹⁷D. GRACIA GUILLEN, *Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina*, Dolentium hominum 11 (1996) pg. 24.

¹⁸ Cfr.: VANGELO DI LUCA. 9,2 e paralleli: VANGELO DI MATTEO 10,8; VANGELO DI MARCO 6,7.

¹⁹ VANGELO DI MATTEO 25,40.

²⁰ Cfr.: VANGELO DI LUCA 10,30-37.

²¹ Tra i molti *santi riformatori* dell'assistenza portiamo come esempio san Giovanni di Dio (1495-1550), il fondatore dell' Ordine Ospedaliero (di San Giovanni di Dio), che nel 1539 a Granada (Spagna) aprì il suo primo ospedale. Con questa struttura, Giovanni di Dio, non volle supplire ad un dovere dello Stato; a Granada esistevano altri ospedali ma poco funzionanti. In quella situazione creò un suo *modello ospedaliero* elogiato alcuni secoli dopo dall'antropologo e giurista ateo C. Lombroso (1835-1909). "Un fatto degno di attenzione è che, in quanto al trattamento per i malati, Giovanni di Dio fu un riformatore, poiché non mise che un solo malato per ciascun letto; egli fu il primo che pensò a dividere i malati in categorie, fu insomma il creatore dell'ospedale moderno, fu il primo a fondare il Workhouse aprendo nel suo ospizio una casa dove i poveri senza tetto ed i viaggiatori senza denari potessero dormire" (C. LOMBROSO, *San Giovanni di Dio. L'uomo del genio*, Torino 1888, pg. 307).

Accanto a lui, altri *personaggi* proclamati santi e beati dalla Chiesa, hanno plasmato la storia dell'assistenza: Francesca Romana (1384-1440), Gaetano da Thiene (1480-1547), Girolamo Emiliani (1486-1537), Filippo

3. Il Rinascimento.

Con il Rinascimento (seconda metà del XIV secolo fino al XVI secolo), l'universo fu contemplato in "un'ottica meccanicista", abbandonando la prospettiva trascendente che aveva accompagnato la visione dell'uomo e del mondo fino al Medioevo.

La rivoluzione scientifica operata, tra gli altri, da N. Copernico, G. Galileo e I. Newton non mutò unicamente la concezione dell'universo ma anche quella del corpo umano. Questa nuova visione, in breve tempo, fu fatta propria anche dalla medicina e alcuni "fondamenti" secolari scomparvero. Un anno importante fu il 1543 quando N. Copernico pubblicò il "De Revolutionibus orbium caelestium" e A. Vesalio il "De humani corporis fabrica" che avviarono una rivoluzione in ambito medico; ormai il modello ippocratico-galeno era terminato. Nacque la "medicina scientifica" il cui tratto caratteristico era il metodo sperimentale.

Dal XVI secolo, le grandi rivoluzioni ed alcuni pensatori da J. Locke a E. Kant, da D. Hume a A. Smith proclamarono che ogni uomo è un *individuo autonomo e indipendente*. Ciò influenzò anche il campo medico introducendo il *modello contrattualistico*, e di conseguenza, il *principio di autonomia* del paziente. Il medico, in parte privato dell'identità originaria che gli imponeva l'obbligo del "prenderci cura" del malato nella sua totalità, rischiò di trasformarsi in un "tecnico di alto livello" al quale, come in qualsiasi settore, si richiedono prestazioni nel proprio campo di competenza.

4. La riflessione sui diritti dell'uomo in Europa dopo la seconda guerra mondiale.

Dagli anni '50 del XX secolo si passò alla "medicina basata sull'evidenza"; protocolli standardizzati, avallati da studi scientifici, sostituirono opinioni ed esperienze personali. Ma accanto a notevoli progressi scientifici sorgono anche nuove patologie.

A seguito dei crimini commessi dal regime nazista, anche con la collaborazione di alcuni medici che ripudiarono il famoso *primum non nocere*, e furono accusati di "crimini contro l'umanità" come accertato nel "Processo di Norimberga", furono ratificate Dichiarazioni e Convenzioni che salvaguardassero i diritti dell'uomo e le sue fondamentali libertà.

Anche la classe medica approvò vari Documenti che difendevano la dignità del malato sia nel settore terapeutico che sperimentale. Ricordiamo tra gli altri il "Giuramento di Ginevra" (Associazione Medica Mondiale – 1948) e il "Codice internazionale di Etica medica" (Associazione Medica Mondiale – 1950)²².

Come conclusione di questa breve carrellata storica possiamo affermare che l'atto medico, nel suo complesso, è autentico quando *competenza*, *professionalità* ed *etica* sono sincrone, divenendo l'etica, "conoscenza applicata"

Neri (1515-1595), Camillo de Lellis (1550-1614), Vincenzo de' Paoli (1581-1660) e Luisa di Marillac (1591-1660), Carlo Steeb (1773- 1856) e Maria Vincenza Poloni (1802-1855), Giovanna Antida Thouret (1765-1826), Giuseppe Benedetto Cottolengo (1786-1842), Giulia di Barolo (1786-1864), Vincenza Gerosa (1784-1847) e Bartolomea Capitanio (1807-1853), Giovannina Franchi (1807-1872), Giuseppe Cafasso (1811-1860), Maria Crocifissa di Rosa (1813-1855), Maria Teresa Scherer (1825-1888), Gaetana Sterni (1827-1889), Luigi Guanella (1842-1915), Francesca Rubatto (1844-1904), Luigi Talamoni (1848-1926), Francesca Cabrini (1850-1917), Francesco Spinelli (1853-1913), Luigi Orione (1872-1940), Giovanni Calabria (1873-1954), Carlo Gnocchi (1902-1956) e molti altri.

²² Rivisto nel 1968 e 1983.

a scopi umani.

Di conseguenza, "l'etica medica è specialmente interessata ai principi e alle decisioni morali nel contesto della ricerca e della pratica clinica. Le difficoltà morali connesse con la medicina sono così complesse e importanti da richiedere una particolare attenzione. L'etica medica fornisce ad esse questa attenzione, ma resta una parte della disciplina dell'etica"²³.

ETICA INFERMIERISTICA

La storia dell'etica infermieristica è più breve, anche se questa professione ha un'origine antichissima.

Solo alla fine dell'Ottocento, *F. Nightingale*, offrì all'infermiere una riconosciuta *dignità professionale*, costituendo scuole e proponendo modelli assistenziali che rapidamente si diffusero in Europa e in America.

Da allora, incominciò la storia dell'infermiere nell'accezione moderna del termine; una figura professionale che acquisì, progressivamente, un ruolo sempre maggiore nella cura e nell'assistenza, anche se, neppure oggi, soprattutto nella realtà italiana, l'infermiere professionale è accettato nella sua totale autonomia come invece è di prassi in varie Nazioni²⁴.

L'etica infermieristica dovrebbe supportare l'infermiere nell'identificare e risolvere i dilemmi etici collegati alla cura dei singoli pazienti.

Un'interessante osservazione di C. Iandolo evidenzia un altro aspetto spesso trascurato: "Come l'etica clinica per il medico, l'etica infermieristica entra in gioco anche nei rapporti professionali dell'infermiere con la caposala e con i colleghi e nei rapporti professionali con il medico. Si tratta insomma dell'etica dell'équipe sanitaria dell'ospedale che interessa tutti i membri che la compongono"²⁵.

1.2.DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Il vocabolo deontologia ha origine dal greco "δέω" cioè "dovere" e dal participio presente del verbo "εἶμι" cioè "essere" e possiamo tradurlo come "studio o teoria del dovere".

La deontologia, è l'esposizione sistematica delle regole comportamentali e degli obblighi valoriali che l'individuo si assume nell'esercizio di una determinata professione nel contesto globale della società per raggiungere gli obiettivi della stessa, salvaguardando l'onestà e il prestigio sociale.

I codici sono elaborati dai componenti della categoria professionale, creano obbligazioni a livello professionale e legale, testimoniano l'accettazione della responsabilità e della fiducia accordata dalla società.

I Codici deontologici che si svilupparono dal 1800 prevedono diritti e doveri²⁶,

²³ R. MUNSON (a cura di), *Intervention and reflection: Basic issues in Medical ethics*, Wadsworth, Belmont CA 1979, pg. 56.

²⁴ Per approfondire l'argomento: Cfr.: Capitolo 13, parte IV del "Manuale di Medicina Umanistica" presente in questo sito.

²⁵ *L'etica al letto del malato*, op.cit., pg. 51.

²⁶ Ad esempio, nel *Codice Deontologico dei Medici* e nel *Codice Deontologico dell'Infermiere Professionale*, troviamo i doveri generali e le indicazioni di come rapportarsi con il paziente, i colleghi, i terzi e gli enti pubblici e privati. In entrambi i Codici leggiamo che sia il medico che l'infermiere svolgono "un'attività a servizio della vita", che "l'ammalato merita il massimo rispetto", e di conseguenza nessuno

offrendo soluzioni pratiche con valore vincolante²⁷.

Per quanto riguarda i medici, dal Giuramento di Ippocrate fino ai nostri giorni, i codici di deontologia hanno messo in rilievo alcuni principi fondamentali, ai quali devono riferirsi nell'esercizio della professione e nel rapporto con il paziente. S. Spinanti nota che la "deontologia corregge l'intrinseca asimmetria del rapporto medico-paziente, esplicitando le norme comportamentali cui i sanitari, in quanto professionisti, si impegnano ad attenersi"²⁸.

Anche per l'infermiere, il Codice deontologico, è la base del gesto professionale e del rispetto della persona.

E' importante ricordare che "la preoccupazione della deontologia non è la qualità morale dell'azione, ma la sua 'correttezza', tenendo presente soprattutto il punto di vista del rapporto tra la professione e la società"²⁹.

Di conseguenza, nel settore sanitario, "la prospettiva dei doveri deontologici è valida, ma va integrata con quella etica"³⁰.

E' questo un invito presente anche nel "Documento di Erice"³¹ (1991) che evidenziava come la deontologia medica ed infermieristica debbano considerare anche le "normemorali".

"Questa disciplina (la medicina) include tre ordini di norme:

- 1.le norme morali, oggetto dell'etica medica tradizionale, e oggi considerate all'interno della bioetica alla cui 'costruzione l'etica medica ha preparato il terreno';
- 2.le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei codici, e in tutta la tradizione orale e scritta della professione medica;
- 3.le norme giuridiche proprie di ciascun Paese".

Pur essendo un valido strumento, il Codice deontologico risulta spesso inadeguato, ad esempio, nella sanità contemporanea e nella ricerca in evoluzione, con possibilità sempre innovative di intervento.

1.3.LEGGE ED OBIEZIONE DI COSCIENZA

L'etica, con la legge naturale e le leggi civili, guida la vita sociale e personale in una determinata epoca.

L'etica, non s'identifica con nessuna legge, ma è presente in tutte come dimensione particolare di ciascuna, e i suoi principi, obbligano il legislatore a prenderne atto e ad agire di conseguenza.

Partendo dalla prospettiva che la legge è a servizio dell'uomo e non viceversa, come purtroppo sembra avvenire negli ultimi tempi, l'etica s'impegna affinché le leggi civili siano giuste e riconoscano, promuovano e difendano i diritti

può abusare dell'infermo con il potere del ruolo. Sono inoltre riportate varie coordinate etiche che intersecano la professione sanitaria: segreto professionale, consenso del paziente, prestazioni d'urgenza, onorari...

²⁷ Ad esempio, l' *Accanimento diagnostico-terapeutico* è vietato: " Il medico, anche tenendo conto della volontà del paziente, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possono fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita" (*Codice di deontologia medica* – 29 maggio 2009, art. 16).

²⁸ S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1995, pg. 31.

²⁹ S. SPINSANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

³⁰ *Etica bio-medica*, op. cit., pg. 14.

³¹ Il "Documento di Erice" fu presentato ad Erice (TP) nel febbraio 1991, nel Convegno Internazionale: *New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems*, sul tema del rapporto fra bioetica, deontologia medica e medicina legale.

fondamentali della persona.

Anche l'*aconfessionalità* o *laicità* che caratterizzano gli Stati moderni non possono significare *neutralità etica*, essendo i valori etici irrinunciabili in ogni società.

Ciò riguarda, in particolare, i momenti in cui si legifera sulle problematiche riguardanti la vita, definite "tematiche eticamente sensibili" e sui suoi valori primari, avendo l'impressione di camminare sulla lama di un rasoio.

La legge, soprattutto con lo strumento referendario, con la sua innegabile genericità e strumentalizzazione ideologica, è il metodo meno idoneo per gestire situazioni delicate che toccano l'essere e la coscienza della persona.

In molti Stati moderni, prevalentemente anglosassoni, è diffusa la concezione filosofico-politica definita "contrattualistica".

Il contrattualismo, che trovò in T. Hobbes³², J. Locke³³ e J.J. Rousseau³⁴ i maggiori esponenti, comprende quelle teorie politiche che definiscono la società "un contratto" tra governanti e cittadini, affermando, di conseguenza, che lo Stato si fonda sulla stipula di un accordo fra gli individui e non unicamente sulla natura sociale della persona. Il contrattualismo, ritiene "il bene morale" il risultato di un'intesa con la maggioranza dei membri della Comunità; di conseguenza, nessuna verità soggettiva può precedere e superare il consenso democratico o l'accordo di una maggioranza. Di conseguenza, anche la legge etica, la legge naturale e il diritto si devono adeguare!

In queste situazioni, i pareri, possono essere strumentalizzati favorendo il "più forte" prevalentemente nel settore bioetico, giungendo al soggettivismo della maggioranza.

Quando le leggi della comunità civile ledono l'ordine morale naturale, sono normative ingiuste che "non obbligano in coscienza" come affermato da san Tommaso: "*lex iniusta, nulla lex*"³⁵.

Quando una legge è inconciliabile con le esigenze etiche, i diritti fondamentali della persona, il bene comune e le convinzioni religiose e morali del singolo, non obbliga in coscienza esorbitando queste dal potere dello Stato; quindi, è doveroso, porre in atto l'*obiezione di coscienza*.

E "chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale"³⁶.

E' utile chiarire che "il diritto" all'obiezione di coscienza nei confronti di alcune leggi non costituisce una battaglia settaria del mondo cattolico o una benevola concessione dello Stato ad una categoria professionale, bensì una prerogativa di una Nazione democratica che la contraddistingue dai Paesi governati da dittature o da totalitarismi³⁷.

³² Cfr.: G. M. CHIODI, *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè, Milano, 1970.

³³ Cfr.: J. DUNN, *Il pensiero politico di John Locke*, Il Mulino, Bologna 1992.

³⁴ Cfr.: M. FERRI, *Controllo sociale e negazione della libertà: un'attualizzazione del pensiero di Jean-Jacques Rousseau*, in *Il Dubbio* 2-3 (1987) 54-61.

³⁵ SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I-II, q.96, a.4.

³⁶ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 74.

³⁷ Interessante per comprendere il valore dell'obiezione di coscienza è questo pronunciamento del 22 novembre 2011 della "Corte Europea dei Diritti dell'Uomo" sul caso Ercep contro Turchia. "Ciò che è

Inoltre, vari documenti internazionali e nazionali, ne evidenziano “l’obbligatorietà”. Ricordiamo i testi più importanti.

-“Dichiarazione Universale dei Diritti dell’ uomo” approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948 (cfr.: articoli 1, 3 e 18).

-“Patto Internazionale sui Diritti civili e politici” dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite (1966). Nel trattato l’obiezione di coscienza è riconosciuta come un “diritto inderogabile” che i governi devono sempre rispettare, anche in circostanze di emergenza pubblica.

-“Risoluzione del Consiglio d’Europa” del 7 ottobre 2010. “Nessuna persona o ospedale o istituzione può essere obbligata o ritenuta responsabile o discriminata se rifiuta per qualsiasi motivo di eseguire o assistere un aborto, interventi di eutanasia o un altro atto che possa causare la morte di un feto o di un embrione” (art. 12).

-“Carta Costituzionale”. La libertà di coscienza è contemplata a livello generale nell’articolo 2 che riporta i diritti inviolabili del cittadino e negli articoli 3,7,8,19,20,21 che disciplinano e tutelano la libertà di pensiero, di coscienza e di religione³⁸.

-Comitato Nazionale per la Bioetica. Parere: “Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico” del 24 ottobre 2008. “Quando, nel caso di paziente competente in condizione di dipendenza, la

protetto dall’Articolo 9 della Convenzione, la libertà di pensiero, di coscienza e di religione, è uno dei fondamenti di una “società democratica” ai sensi della Convenzione. Si tratta, nella sua dimensione religiosa, di uno degli elementi più essenziali per l’identità dei credenti e per la loro concezione della vita, ma è anche un bene prezioso per gli atei, gli agnostici, gli scettici e gli indifferenti. Si tratta del pluralismo, conquistato a caro prezzo nel corso dei secoli e da cui dipende il tipo di società. (...) Benché sia necessario talvolta subordinare gli interessi individuali a quelli di un gruppo, la democrazia non significa semplicemente la supremazia costante dell’opinione di una maggioranza: deve essere raggiunto un equilibrio che garantisca l’uguaglianza di trattamento delle persone appartenenti alle minoranze e eviti qualsiasi abuso della posizione dominante”.

³⁸ Un approfondimento: “Sentenza 467/91 della Corte Costituzionale”, chiamata a deliberare sulla costituzionalità dell’obiezione di coscienza al servizio militare ma le stesse osservazioni hanno valore anche nel settore sanitario.

“A livello dei valori costituzionali”, afferma la sentenza, “la protezione della coscienza individuale si ricava dalla tutela delle libertà fondamentali e dei diritti inviolabili riconosciuti e garantiti all’uomo come singolo, ai sensi dell’art. 2 della Costituzione, dal momento che non può darsi una piena ed effettiva garanzia di questi ultimi senza che sia stabilita una correlativa protezione costituzionale di quella relazione intima e privilegiata dell’uomo con se stesso che di quelli costituisce la base spirituale-culturale e il fondamento di valore etico-giuridico”. La sentenza riferendosi nuovamente all’articolo 2 della Costituzione, prosegue: “In altri termini, poiché la coscienza individuale ha rilievo costituzionale quale principio creativo che rende possibile la realtà delle libertà fondamentali dell’uomo e quale regno delle virtualità di espressione dei diritti inviolabili del singolo nella vita di relazione, essa gode di una protezione costituzionale commisurata alla necessità che quelle libertà e quei diritti non risultino irragionevolmente compressi nelle loro possibilità di manifestazione e di svolgimento a causa di preclusioni o di impedimenti ingiustificatamente posti alle potenzialità di determinazione della coscienza medesima (...). Di qui deriva che – quando sia ragionevolmente necessaria rispetto al fine della garanzia del nucleo essenziale di uno o più diritti inviolabili dell’uomo, quale, ad esempio, la libertà di manifestazione dei propri convincimenti morali o filosofici (art. 21 della Costituzione) o della propria fede religiosa (art. 19 della Costituzione) – la sfera intima della coscienza individuale deve esser considerata come il riflesso giuridico più profondo dell’idea universale della dignità della persona umana che circonda quei diritti, riflesso giuridico che, nelle sue determinazioni conformi a quell’idea essenziale, esige una tutela equivalente a quella accordata ai menzionati diritti”. Di conseguenza è necessaria “una delicata opera del legislatore diretta a bilanciarla (la coscienza individuale) con contrastanti doveri o beni di rilievo costituzionale e a graduarne le possibilità di realizzazione in modo da non arrecare pregiudizio al buon funzionamento delle strutture organizzative e dei servizi d’interesse generale”.

rinuncia alle cure richieda, per essere soddisfatta, un comportamento attivo da parte del medico, va riconosciuto a quest'ultimo il diritto di astensione da comportamenti ritenuti contrari alle proprie concezioni etiche" (Cap. 7).

-“Codice di Deontologia Medica” del 18 maggio 2014. “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione” (art. 22).

Nel campo medico, quattro sono attualmente i settori prevalentemente interessati all'obiezione di coscienza: la pratica dell'aborto, la procreazione medicalmente assistita, la prescrizione e la vendita della cosiddetta “pillola del giorno dopo” e la legge, nota come *Norlevo* e dell'*ElleOne* “la pillola dei cinque giorni dopo” e la Legge 219/2016: “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Nei primi due casi l'obiezione di coscienza è prevista dalla normativa; negli altri due non è contemplata³⁹.

2.Bioetica

2.1.DEFINIZIONE

La bioetica, disciplina fino a pochi decenni fa nota prevalentemente agli specialisti, oggi è presente nel dibattito pubblico, configurandosi come ambito che riguarda varie “questioni civili” - come le chiamò Agostino d'Ipbona nel *De Rhetorica* -, cioè quelle questioni che “(...) ci si vergogna di non sapere”⁴⁰.

Nella seconda metà del XX° secolo, lo sviluppo biomedico, incrementò progressivamente e rapidamente le tecniche diagnostiche e terapeutiche con nuove acquisizioni ed ampi successi. La “super specializzazione” arricchì il numero dei dati ma diminuì la capacità di sintesi, mentre le competenze etiche si atrofizzarono. Questa nuova condizione rese difficoltosa l'accostare il paziente come *soggetto* e non unicamente come *oggetto* di diagnosi e di cura.

Nel passato, i problemi di etica medica, si risolvevano seguendo poche regole; con il trascorrere del tempo si presentarono sempre più complessi, essendo nuovi e svincolati da “precedenti” cui riferirsi, ed accompagnati, a volte, da drammatiche urgenze.

Scaturì, perciò, l'esigenza di un approfondimento sistematico.

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

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

³⁹ L'argomento sarà approfondito nell'esame delle singole situazioni.

⁴⁰ SANT'AGOSTINO, *De Rhetorica*, IV, f. 14. c.5.

Rientrano in questa disciplina le discussioni di casi clinici complessi e tutte quelle attività che si prefiggono l' aumento del benessere psico-fisico mediante la farmacologia e la psicofarmacologia, la chirurgia estetica, la manipolazione genetica di animali e di piante. E le allettanti possibilità, sebbene per lo più futuristiche, di modificare la natura biologica umana mediante il cambio di sesso, l'impianto di circuiti cerebrali e l'applicazione delle nanotecnologie.

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

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

Il termine *bioetica* fu coniato negli ultimi cinquant'anni del ventesimo secolo, ed immediatamente fu accolto nel linguaggio medico-scientifico in quanto intersecava due realtà fondamentali della medicina e della cura: la βίος (vita) e l'ἦθος (carattere, comportamento, consuetudine).

Il neologismo, fu proposto nel 1970 in due saggi dall'oncologo statunitense *Van Rensselaer Potter*⁴¹ (1911-2001), e l'anno seguente lo riprende affermando: "Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l'azione, di sapere come usare la conoscenza per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della sopravvivenza, *la bioetica*, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita"⁴².

Nel 1975, Potter, spiegò la scelta del termine *bioetica*: "Ho scelto *bio* per indicare il sapere biologico; e ho scelto *etica* per indicare il sapere circa i sistemi di valori umani"⁴³.

Su questa base, l'oncologo statunitense, propose la bioetica come "la biologia combinata con le varie forme del sapere umanistico in modo da forgiare una scienza che stabilisca un sistema di priorità mediche ed ambientali per la sopravvivenza"⁴⁴.

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

Per questo, l'oncologo statunitense affermò: "Sono giunto alla risoluzione che la biologia può fruttuosamente relazionarsi alle scienze umane e che entrambe sono necessarie a una qualitativa presenza nella storia"⁴⁵.

"Epistologicamente", commentò W.T. Reich, "Potter vedeva il compito della

⁴¹Cfr.: V.R. POTTER, *Bioethics: The Science of Survival*, in *Perspectives in Biology and Medicine* 14 (1970) 120-153; Id, *Biocybernetics and survival*, in *Journal of Religion and Sciences* 5 (1970) 229-246.

⁴² V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971, tr. It *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina 2000, pg. 26.

⁴³ V.R. POTTER, *Humility and Responsibility – A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in *Cancer Research*, 35 (1975) 2299.

⁴⁴ V.R. POTTER, *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing 1988, pg. III.

⁴⁵ *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., pg. 25.

bioetica come incaricata della ricerca di una saggezza, cioè della conoscenza che ci renda capaci di giudizi buoni nei confronti di ciò che potrebbe costruire un progetto fisico, culturale e filosofico verso una sopravvivenza umana di valore⁴⁶. Per Potter, la finalità della nuova disciplina era la sopravvivenza futura della specie: *science of survival*⁴⁷.

W. Reich, spiegò anche i motivi che diedero origine alla bioetica: lo sdegno suscitato nella coscienza pubblica americana dalla violazione dei diritti umani in alcune ricerche scientifiche, la tendenza all'uso ideologico del sapere medico, le possibili conseguenze perverse dovute alla rapida tecnologizzazione della prassi clinica⁴⁸.

Ma la visione universalistica di "bioetica globale", proposta da Potter, non ebbe seguito, e il termine si indirizzò verso il campo biomedico originando una riflessione morale sulle scienze della vita.

L'ostetrico olandese E. A. Hellergers (1926-1979) del Kennedy Institute⁴⁹, nel 1971 propose la bioetica come una branca dell'etica dedita allo studio e alla ricerca nella biomedicina, considerandola un nuovo aspetto del dialogo socratico idoneo a far interloquire la medicina, la filosofia e l'etica ricercando verità condivise⁵⁰.

Potter, recepì la bioetica in senso globale: "ponte tra biologia ed etica"; Hellergers, la indirizzò al campo biomedico: "ponte tra medicina, filosofia ed etica".

La definizione più famosa di bioetica fu di W.T. Reich pubblicata nell'Encyclopedia of Bioethics.

La bioetica è "lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute esaminate alla luce dei valori e dei principi morali"⁵¹. Nella seconda edizione della stessa opera troviamo delle precisazioni: "è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendente visione morale, decisioni, condotta, politiche - delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare"⁵².

Molti altri, diedero significati particolari al termine; riportiamo alcuni contributi significativi.

D. Callahan, direttore dell'Istituto di Hastings (Usa), indicò la bioetica come la nuova disciplina: "incaricata di elaborare una metodologia capace di assistere medici e uomini di scienza nella scelta delle 'buone decisioni' da un

⁴⁶ W.T. REICH, *The word "bioethics": the struggle over its earliest meaning*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol 5, March 1995, pg. 32.

⁴⁷ Troviamo questa visione della bioetica sia nell'articolo *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., nel testo *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., capitolo primo.

⁴⁸ Cfr.: W. T. REICH, *La bioetica negli Stati Uniti*, in C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Gregoriana, Padova 1990, pp. 141-175.

⁴⁹ *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* di Washington, fondato nel 1971 da A.E. Hellergers e P. Ramsey che nel 1978 diedero vita all'*Encyclopedia of Bioethics* un fondamentale testo di riferimento per la bioetica.

⁵⁰ Cfr.: R. WALTERS, *Bioethics as a field of ethics. In contemporary issues in Bioethics*, Wadsworth, Belmont 1974, pg. 49.

⁵¹ W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, I, pg. XIX, Introduction.

⁵² W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, pg. XXI, Introduction.

punto di vista sociologico, psicologico e storico”⁵³. Alcuni anni dopo offrì un significato più ampio: “la bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - inclusa la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche - delle scienze, della vita e della salute, utilizzando varie metodologie etiche con un' impostazione interdisciplinare”⁴⁸.

A. Varga fece riferimento all'etica: “La bioetica studia la moralità della condotta umana nel campo delle scienze della vita. Essa include l'etica medica, ma supera d'altra parte i problemi classici della medicina, dal momento che essa riguarda anche l'insieme dei problemi etici posti dalle scienze biologiche, i quali non sono anzitutto di ordine medico”⁵⁴.

Anche S. Leone pose l'accento sull'etica: “La bioetica è un settore dell'etica che studia i problemi inerenti alla tutela della vita fisica e in particolare le implicazioni etiche delle scienze biomediche”⁵⁵.

Pure C. Viafora si richiamò all'etica definendo la bioetica: “L'etica applicata ai nuovi problemi che si sviluppano alle frontiere della vita”⁵⁶.

Per O. Hoffe, “la bioetica si interessa delle questioni etiche della nascita, della vita e della morte in seguito agli sviluppi recenti e alle possibilità della ricerca e delle terapie biologiche e mediche. Essa studia, tra l'altro, le problematiche morali relative all'aborto, alla sterilizzazione, al controllo delle nascite, alla manipolazione genetica, all'eutanasia e alla sperimentazione umana”⁵⁷.

G. Russo definì la bioetica come “la scienza sistematica dell'uomo etico che indaga gli ambiti della tecnogenesi del mondo biologico”⁵⁸.

Per E. Sgreccia, “la bioetica è una disciplina con uno statuto epistemologico razionale, aperta alla teologia intesa come scienza sovrarazionale, istanza ultima e ‘orizzonte di senso’. La bioetica, a partire dalla descrizione del dato scientifico, biologico e medico, razionalmente esamina la liceità dell'intervento dell'uomo sull'uomo”⁵⁹.

D. Tettamanzi, precisando che “l'aspetto etico riguarda l'uomo nella sua totalità e radicalità (...) in tutti suoi valori e in tutte le sue esigenze”⁶⁰ definisce la specificità della bioetica.

In conclusione riportiamo la definizione di bioetica presente nella “Dichiarazione Universale di Bioetica e dei Diritti Umani” dell'UNESCO del 19 novembre 2005: “Il termine ‘bioetica’ si riferisce allo studio sistematico, pluralista e interdisciplinare e alla risoluzione delle questioni etiche sollevate dalla medicina, dalle scienze della vita e dalle scienze sociali ove applicate agli esseri umani e al loro rapporto con la biosfera, comprese le questioni relative alla

⁵³ *La bioetica negli Stati Uniti*, op. cit., pg. 153.

⁵⁴ A. C. VARGA, *The main issues in bioethics*, Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pg. 71.

⁵⁵ *Dizionario di bioetica*, op. cit., pg. 96.

⁵⁶ *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, op. cit., pg. 46.

⁵⁷ O. HOFFE, *Persino un popolo di diavoli ha bisogno dello Stato. Contributi filosofici per un'etica del diritto e dello Stato*, Giappichelli, Torino 1993, pg. 17.

⁵⁸ G. RUSSO (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*, Armando editore, Roma 1995, pg. 8, nota 1.

⁵⁹ E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1987, pg. 37.

⁶⁰ D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 1990, 2° ed., pg. 30.

disponibilità e accessibilità degli sviluppi scientifici e tecnologici e delle loro applicazioni” (art. 1 I) ⁶¹.

Abbiamo constatato che definire il termine *bioetica* e le sue finalità è tutt’altro che semplice, poichè alcuni la considerano una scienza, altri una generale branca del sapere; per taluni è una disciplina autonoma, per certuni una diramazione dell’etica tradizionale.

Inoltre, qualcheduno, la ritiene superflua, convinto che l’etica medica possa fornire adeguate risposte ai problemi morali della pratica assistenziale.

Infine, per altri, la bioetica è influenzata da fattori religiosi, morali e culturali.

La bioetica è anche *un fenomeno culturale* che mostra il desiderio dell’uomo contemporaneo di riappropriarsi della prospettiva etica della vita.

Sono un esempio la trattazione dei temi definiti *bioeticamente sensibili* (dalla RU 486...al Testamento biologico) che suscitano interesse e generano appassionati dibattiti⁶².

Ma, la difficoltà maggiore, come sottolineò il Comitato Nazionale per la Bioetica nel testo “Bioetica e formazione nel sistema sanitario”, ha origine dalla *“diversità dei modi di pensarla nel pluralismo culturale”*⁶³.

“Per questa complessità dovuta allo stesso carattere multidisciplinare della riflessione in oggetto, risultano imprescindibili una consapevolezza epistemologica specifica e, con tale consapevolezza, un confronto sul piano epistemologico delle diverse posizioni culturali di fronte ai molteplici problemi che la bioetica pone”⁶⁴.

Allora, è opportuno rifarci al fondatore del termine bioetica, che alla domanda: *“che cos’è la bioetica?”*, rispose: *“La bioetica è un’urgente e necessaria sapienza atta a fornire all’indagine le capacità di come utilizzare il pensiero per una più responsabile presenza dell’uomo nella promozione della qualità della sua vita”*⁶⁵.

Di fronte alle molteplici definizioni riportate, proponiamo come riferimento per questo manuale, quella dell’ Encyclopedia of Bioethics nella seconda edizione, già riportata in precedenza ritenendola una valida sintesi di elementi, spesso comuni. *“La bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta, le politiche - delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare”*^{66/67}. Ricordando che la bioetica è sorta

⁶¹ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 novembre 2005, <http://www.unesco.org/shs/ethics>.

⁶²«Tutto questo - avverte M. Cascone - è sicuramente positivo, a patto però che l’attenzione crescente nei confronti della bioetica non porti la gente a trattare le delicatissime questioni sulla semplice scorta di un sentire emotivistico e pietistico, che non si avvale del rigore logico delle argomentazioni razionali e della costante ricerca della verità oggettiva, da porre a base delle singole decisioni (...). La bioetica non può fondarsi sull’emotivismo, che facilmente fa presa sulla cosiddetta ‘pubblica opinione’, ma non prende in seria considerazione gli elementi valoriali e le responsabilità morali che incombono su ogni applicazione tecnica delle nuove scoperte scientifiche” (M. CASCONI, *Diakonia della vita. Manuale di bioetica*, Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 28).

⁶³ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 7 settembre 1991, n. 21.

⁶⁴ *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., n. 23.

⁶⁵ *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., pg.129.

⁶⁶ *Encyclopedia of Bioethics*, op. cit.

affinchè la medicina non dimentichi mai le sue radici ippocratiche.

2.2.AMBITI DI INTERVENTO

Una fonte che evidenzia gli ambiti d'intervento della bioetica è il *Documento di Erice* che dopo aver distinto la bioetica dalla deontologia medica e dalla medicina legale, le riconosce la competenza in quattro ambiti:

- “1. Problemi etici delle professioni sanitarie.
2. Problemi etici emergenti nell'ambito delle ricerche sull'uomo.
3. Problemi sociali connessi alle politiche sanitarie, alla medicina occupazionale e alle politiche di pianificazione familiare e di controllo.
4. Problemi relativi all'intervento sulla vita degli altri esseri viventi (piante, micro-organismi ed animali) e in generale su ciò che si riferisce all'equilibrio dell'ecosistema”⁶⁸.

La bioetica, come già affermato per l'etica, non può essere solo descrittiva ma deve porsi anche “normativa”.

Ciò “suppone che si accetti l'esistenza di valori oggettivi, universali ed immutabili, di valori cioè fondanti sulla realtà come tale (...), e pertanto estesi nello spazio o nel tempo esattamente come è estesa la realtà come tale”⁶⁹.

La bioetica, si suddivide in generale, speciale, clinica o decisionale.

GENERALE.

Si occupa dei principi fondanti, dei valori e delle fonti documentarie (Diritto internazionale, legislazione, deontologia...).

SPECIALE.

Analizza le questioni più problematiche dell'umano: dall' ingegneria genetica all'aborto, dall'eutanasia alle sperimentazioni cliniche..., cioè le tematiche che

⁶⁷ Si riporta il commento alla definizione di M. Cascone.

“La bioetica è *‘uno studio sistematico’* cioè organico, logico, rigoroso e ben strutturato. Uno studio che ha come oggetto *‘le dimensioni morali’* di tutto ciò che riguarda *le scienze della vita*. L’accezione *scienze della vita* è infatti volutamente ampia e riguarda non solo la vita dell’uomo, ma anche quella degli animali, delle piante e dell’intero ecosistema. Così come ampio è il significato dell’espressione *cura della salute* che si riferisce certamente in primo luogo alla salute dell’uomo, ma anche al benessere generale di tutti gli esseri viventi, in un contesto olistico che intende la salute stessa non semplicemente in senso fisico ma globale. La prospettiva ampia di questa definizione si evince anche dalla sottolineatura dei molteplici aspetti sotto i quali vanno considerati le scienze della vita e la cura della salute. L’ *Encyclopedia* parla anche di *‘visione morale, condotta, decisione, politiche’*: sono tutte dimensioni importanti che la bioetica deve abbracciare con una metodologia necessariamente *interdisciplinare*, cercando di fornire gli elementi necessari sia per le decisioni da prendere nella vita personale e familiare, sia per quelle da assumere nell’ambito sociale, da tradurre poi anche in normative giuridiche da parte degli Stati.

Infine, la definizione che stiamo esaminando, mette in luce che tutto ciò viene fatto *attraverso una varietà di metodologie etiche*, riconoscendo che esistono diverse concezioni etiche e differenti sistemi morali, su cui l’*Encyclopedia* non prende posizione.

L’oggetto della bioetica è così ben delineato. Pur sottolineando le relazioni della bioetica con la classica etica medica, la definizione fa capire che l’oggetto della nuova disciplina è assai più ampio. Essa abbraccia i temi della cura della salute dell’uomo e di tutti gli esseri viventi sotto *una dimensione morale* intesa sia come indicazione della direzione da seguire, sia come decisione da assumere sulla base di precisi giudizi valoriali. La dimensione morale, inoltre, è correttamente intesa nel senso di una deliberazione personale che ha una ricaduta in ambito sociale e politico, non potendosi accettare una distinzione netta fra cosiddetta *‘etica privata’* ed *‘etica pubblica’*, ma dovendosi invece sottolineare la rilevanza in ambito sociale delle decisioni personali e la indubbia relazione esistente fra società e persona” (*Diakonia della vita*, op. cit., pp. 38-39).

⁶⁸ Per la versione integrale del testo del Documento di Erice, cfr.: *Medicina e morale* 4 (1991) 561-564.

⁶⁹ *Bioetica. Nuove frontiere per l’uomo*, op.cit., pg. 31.

costituiscono le colonne portanti della bioetica sistematica, da risolversi mediante il confronto con i fondamenti e i modelli che il sistema etico assume come basilari e giustificativi del giudizio etico.

CLINICA O DECISIONALE.

Esamina il caso clinico concreto, i valori in gioco e i comportamenti da assumere per salvaguardarli.

2.3.IL METODO

Nella discussione dei casi clinici, è essenziale l'applicazione di una chiara procedura metodologica per comprendere la situazione ed identificare gli aspetti etici, confrontando i fatti con i valori di riferimento. Inoltre, una prassi ben definita, rappresenta la base esplicita per la discussione proficua tra discipline e opinioni diverse.

Sono stati proposti vari schemi di riferimento; ne esponiamo due.

Il protocollo di Bochum⁷⁰ per l'etica nella pratica medica.

1. *Identificazione dei dati medico-scientifici* mediante un adeguato esame degli elementi relativi alla diagnosi, alla prognosi e al futuro del paziente.

La conoscenza di questi elementi permetterà di rispondere all'interrogativo: "in base al referto medico-scientifico, qual è il trattamento ottimale per questo paziente?"

2. *Identificazione dei dati medico-etici* ponendo attenzione alla salute e al benessere del paziente, alla sua autodecisione e alla responsabilità del medico per rispondere al quesito: "sulla base del referto medico-etico qual è il trattamento ottimale per questo paziente?"

3. *Decisione del trattamento* verificando i valori in gioco, sia in riferimento al referto medico-scientifico che a quello medico-etico.

Alcune domande per facilitare la scelta:

-quali principi scientifici ed etici sono coinvolti nel caso clinico?

-quali opzioni sono possibili in presenza di conflitto tra referto medico-scientifico e medico-etico?

-quali scelte sono più appropriate in relazione ai valori del paziente?

4. *Valutazione etica di casi particolari: questioni supplementari.*

Nel "protocollo di Bochum" si evidenziano anche le problematiche riguardanti i pazienti lungodegenti e alcuni casi di ampia rilevanza sociale sia a livello di ricerca terapeutica che non terapeutica⁷¹.

Una metodologia in cinque punti.

1. *Esaminare* con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti.

2. *Valutare* i principi etici coinvolti.

3. *Identificare* le azioni alternative evidenziando i benefici e i danni per il paziente.

4. *Scegliere* il piano di azione.

5. *Esaminare* i risultati.

⁷⁰ Il Protocollo fu redatto dal "Gruppo di lavoro interdisciplinare" del Centro di Etica Medica dell'Università di Bochum in Germania.

⁷¹ Testo del Protocollo: cfr.: *Dizionario di bioetica*, op. cit., pp. 780-782.

Commenteremo i cinque punti mediante l'esame di due casi clinici.

1° CASO CLINICO

Un medico diagnostica una *siero-positività all'HIV* e il malato lo supplica di non comunicarla al coniuge/partner.

Quale atteggiamento deve assumere il medico: rispettare il segreto professionale o comunicare la patologia al coniuge poiché potrebbe subire un danno, forse irreparabile?

2° CASO CLINICO⁷²

Una donna di 80 anni, con violenti dolori addominali, fu ricoverata in ospedale. Terminata la visita, il primario chirurgo chiese alla caposala di preparare la paziente per l'intervento essendoci un'occlusione intestinale. L'anziana malata, mentalmente lucida, rifiutò l'intervento!

La caposala avvertì il chirurgo che perseverò nella sua decisione di sottoporre all'intervento la donna.

La caposala interpellò il marito della paziente ed apprese che il motivo reale del rifiuto era la "paura dell'anestesia" poiché una sorella della moglie era morta recentemente nel corso di un intervento chirurgico.

La caposala ottenne dalla paziente il consenso all' esame elettrocardiografico, e il cardiologo rassicurò l'anziana delle discrete condizioni del suo cuore.

La paziente accettò di sottoporsi all'intervento.

1. Esaminare con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti.

I due casi richiamano alcuni principi etici che esamineremo di seguito.

2. Valutare i principi etici coinvolti.

E' questo l'approfondimento del *significato antropologico* del caso clinico; i principi etici vanno analizzati in relazione all'integrità ed alla dignità della persona umana.

Principi etici riguardanti il *primo caso clinico*.

- *Il principio di fedeltà (e il segreto professionale)* che proibisce al medico di comunicare a terzi le condizioni psico-fisiche del paziente senza il suo consenso.

- *Il principio di autonomia* essendo il soggetto responsabile del proprio futuro; comunicare la sieropositività potrebbe danneggiarlo. Ma, contemporaneamente, il medico non può assumere un comportamento che non condivide.

- *Il principio di beneficenza*: il malato perdendo la fiducia nel suo medico potrebbe in futuro ritrovarsi solo ed abbandonato.

- *Il principio di socialità* che impone di tutelare "un innocente" da un eventuale rischio di contagio.

Principi etici riguardanti il *secondo caso clinico*.

- *Il principio di autonomia* che offre all'anziana paziente, mentalmente lucida, la libertà di accettare o di rifiutare l'intervento chirurgico.

- *Il principio di beneficenza* che impone al chirurgo e alla caposala di agire

⁷² Il caso è preso dal testo: *L'etica al letto del malato*, op. cit., pp. 58-64.

per il “massimo bene della paziente”. L'intervento chirurgico, urgente, era l'unica possibilità per salvarle la vita.

3. Identificare le azioni alternative evidenziando benefici e danni per il paziente.

Nel *primo caso clinico* la problematica etica riguardava l'informazione.

Il medico doveva informare il coniuge, provocando ipotetici danni al paziente, oppure accogliere le richieste del malato, mettendo a rischio la salute della donna?

Due le possibili soluzioni: la comunicazione fatta direttamente dal malato convinto dal medico, oppure l'intervento diretto del sanitario.

P. Cattorini, ad esempio, sostiene la possibilità di informare la partner a determinate condizioni.

“1. Limitazione della rivelazione alla persona del coniuge convivente, ove il medico può avere una ragionevole certezza che l'infecto stia praticando o possa praticare comportamenti rischiosi per un altro soggetto inconsapevole.

2. Preliminare espletamento di ogni tentativo di convincere il coniuge ammalato a rivelare lui stesso l'informazione, ricordandogli le sue responsabilità anche giuridiche ma soprattutto etiche, in caso di contagio, oppure autorizzare il medico a rivelare l'informazione.

3. Seria ponderazione dei valori in gioco da parte del medico onde evitare un uso imprudente delle informazioni ricevute, sottolineando l'eccezionalità della rivelazione.

4. Adozione di vie informative graduali, procedendo con tempestività e buon senso, ricercando la strategia di volta in volta più idonea.

5. Adozione di misure di comunicazione le più discrete possibili, comunicando solo quanto è strettamente necessario.

6. Impegno del sanitario a fornire un aiuto-assistenza anche sul piano psicologico alla persona che ha informato. Saranno, infatti, necessarie modificazioni comportamentarie che il medico deve saper consigliare, seguire nel tempo e sostenere”⁷³.

Per quanto riguarda *il secondo caso clinico*, il primario e la caposala, potevano scegliere in base a tre opzioni:

- accettare l'autonomia della paziente che chiedeva di essere dimessa;
- ignorare la volontà della malata procedendo all'intervento;
- indagare i motivi del rifiuto della paziente modificando eventuali sue opinioni errate.

4. Scegliere il piano di azione.

Per quanto riguarda *il primo caso clinico*, pur non sapendo come si è concluso, riteniamo che il medico, di fronte al rifiuto del paziente di informare della sua patologia il coniuge, sia intervenuto con la dovuta cautela comunicando alla donna la patologia del partner.

Per quanto riguarda *il secondo caso clinico*, la caposala indagando sul

⁷³P. CATTORINI, *Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, in AA. VV., *AIDS e segretezza professionale*, Quaderno del Centro Internazionale Studi e Ricerche sui problemi etici, giuridici e medico-legali relativi all'AIDS, Liviana, Padova 1989, pg. 69.

motivo del rifiuto, e servendosi del parere del cardiologo, convinse la paziente all'intervento essendo il rischio operatorio minimo.

5. Esaminare i risultati.

Risolto un caso clinico, è opportuna la valutazione dell'azione condotta, prevedendo strategie migliorative da utilizzare in futuro di fronte allo stesso dilemma etico.

Quello proposto, è uno schema operativo che offre delle indicazioni per evitare decisioni errate o dannose poichè un'azione può prevedere più sbocchi.

I casi clinici esaminati hanno una valenza unicamente metodologica entrando in gioco, in ogni situazione, varie possibilità ed importanti variabili.

E' dunque, impossibile, stilare un "prontuario operativo" da consultare ed utilizzare nelle varie circostanze; è importante, invece, sapere "perché" e "come" comportarsi in una determinata situazione.

2.4. MODELLI DI RIFERIMENTO DEL CONTESTO SOCIETARIO

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla crisi delle evidenze etiche comuni, vale a dire al venir meno dei principi e dei valori che avevano caratterizzato alcune epoche.

Oggi, nel contesto societario plurale, sono presenti alcuni *modelli etici* che si differenziano nel valutare il *valore, la dignità e il significato della vita umana*. Quattro sono i modelli principali.

2.4.1. MODELLO SOGGETTIVISTA O LIBERALISTA

La visione soggettivista, riferimento di varie correnti filosofiche tra cui il liberalismo etico di K. Popper, P.R. Nozick e R. Dworkin, l'emotivismo morale di A.J. Ayer e K. Stevenson⁷⁴, l'esistenzialismo nichilista di J.P. Sartre e il libertarismo di H. Marcuse, *esaspera il principio di autonomia esaltando la libertà individuale* intesa come valore unico e assoluto, svincolata dalla legge naturale e da ogni normativa etico-morale considerate oppressive e repressive.

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

Illuminante è il pensiero di Sartre: "Per la realtà umana essere vuol dire scegliersi: niente viene dal di fuori, né tanto meno dal di dentro, che essa possa ricevere o accettare. La realtà umana non può ricevere i suoi fini né dal di fuori né da pretesa natura interna. Essa li sceglie e basta; e con questa conferisce loro un'esistenza trascendente"⁷⁵. Dunque, per Sartre, l'uomo esercita una libertà che si concretizza unicamente nel suo atto di scelta senza nessun retroterra metafisico. Ma la decantazione della libertà individuale, staccata dal fondamento metafisico, o si autodistrugge o si trasforma in strumento di lotta in cui potrebbe prevalere "la legge del più forte" come insegnava anche F. Nietzsche che

⁷⁴ L'emotivismo morale che ha le sue radici nel pensiero di *D. Hume* ritiene che le norme morali derivano dalle emozioni soggettive.

⁷⁵ J. P. SARTRE, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano 1975, pg. 535.

riteneva l'io soggettivo unicamente "una favola, una finzione, un gioco di parole"⁷⁶.

Dunque, il modello soggettivista, che sostanzialmente consiste in uno spontaneismo etico e morale, concepisce *la libertà come totale affermazione di sé*, ed esalta il diritto dell'uomo a non essere ostacolato nelle proprie azioni e nella realizzazione dei propri desideri, separando la libertà dal suo costitutivo legame con *la verità* e con *la responsabilità*.

Ma *la libertà privata della responsabilità* è dimezzata, distruttrice di se stessa e disgregatrice della convivenza sociale poichè, esaltando i diritti soggettivi, dimentica i doveri dell' *io personale* verso il *tu comunitario*.

Alle varie carenze di questa visione, si aggiunge anche l'assenza dei *doveri nei confronti della società*, ritenuti anch'essi un limite alla libertà personale.

In un testo di T. De Quincey, che narra gli ultimi giorni della vita di I. Kant, si legge che il vecchio filosofo ricevette il suo medico accompagnato da un'altra persona. Questi vorrebbero che il traballante Immanuel si sedesse, ma lui rimase in piedi finché non si furono accomodati i suoi ospiti. Interrogato sul suo comportamento, Kant rispose: "Dio non voglia che io cada così in basso da dimenticare i doveri verso l'umanità"⁷⁷.

Rammentava il filosofo J. F. Malherbe, riferendosi all'esercizio della libertà come autonomia, che "il paradosso dell'autonomia è che l'autonomia non è niente, se non è reciproca. In altre parole, non c'è autonomia possibile al di fuori di un contratto sociale che ne garantisca l'esercizio. Da solo, infatti, non potrei garantirmi nessun diritto"⁷⁸.

Il problema centrale, dunque, non è l'affermazione o la negazione della libertà, quanto il *bene etico* che orienta la libertà nei confronti della dimensione umana globale. Non si nota, ad esempio, che il *diritto* al rispetto della vita precede quello della libertà, non potendo dimenticare che per "essere liberi" è indispensabile "essere vivi"; dunque, *la vita, precede la libertà!*

Per questo, l'autentica libertà, è imprescindibilmente accompagnata dalla *verità* nei riguardi del valore della vita umana e dalla *responsabilità* verso se stessi e gli altri.

Questo modello ideologico riduttivo che solleva vari interrogativi nella pratica clinica, oggi risulta assai affascinante e talora anche prevalente. Applicato alla bioetica, può significare che quando la vita fragile o bisognosa di cura, turba i propri equilibri, la soppressione è stimata legittima ed anche "una scelta di libertà".

2.4.2. MODELLO SOCIOLOGICO-UTILITARISTA

Il modello, che trova le sue radici nel *principio di utilità* proposto da J. Bentham, e sostenuto da H. Kuhse, J. Rachels, J. S. Mill, M. Tooley e P. Singer, *fa equivalere il bene all'utile*, giudicando l'azione esclusivamente sulla base delle conseguenze prodotte. Bentham, riferendosi agli "stati mentali", aggiunge inoltre che le conseguenze generate da un'azione devono coincidere

⁷⁶ F. NIETZSCHE, *Crepuscolo degli idoli*, Mondadori, Milano 1975, pg. 72.

⁷⁷ T. DE QUINCEY, *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant*, Adelphi, Milano 1983, pg. 69.

⁷⁸ J. F. MALHERBE, *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia*, in AA VV, *I Comitati di etica in ospedale*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1988, pg. 44.

con il *piacere*: “la virtù è ciò che massimizza i piaceri e minimizza i dolori”⁷⁹.

Quindi, la persona, sembra caratterizzata, non dall’ esercizio della razionalità ma dalla ricerca del piacere e dal soddisfacimento dei propri desideri e interessi.

Il modello, rispetto al precedente, compie il passaggio *dall’individualismo al soggettivismo della maggioranza*.

Usa come criterio valoriale e di giudizio la cultura di un popolo o di un’epoca, determinando il valore della singola azione prevalentemente sulla base del *rapporto costo-beneficio*, oppure dal vantaggio derivante al maggior numero di individui. Ciò, potrebbe comportare anche il sacrificio “del bene del singolo” a favore di quello della collettività.

Da questo modello, sorge ad esempio, il concetto di “qualità della vita” dal quale i Paesi Anglo-sassoni hanno elaborato “l’Analisi Costi/Benefici” (ACB) e la “Quality-Adjusted Life Years” (QALY) per assegnare le risorse in ambito sanitario e definire gli interventi diagnostici e terapeutici da attuarsi e coloro che hanno diritto.

Immediatamente, si avverte *la pericolosità sociale* del sistema, influenzabile dal potere economico e dalle pressioni dei mass-media, come pure “il rischio” per il futuro del sofferente se il rapporto costi-benefici fosse l’ elemento di valutazione nel settore socio-assistenziale o costituisse la base del concetto di “qualità della vita”. Molti, potrebbero essere privati di assistenza e quindi avviati alla morte, essendo ritenuti “troppo onerosi” per la società.

Le esperienze dell’anziano non autosufficiente, del demente, del malato terminale o in stato vegetativo permanente sarebbero considerate “inaccettabili” per i costi sociali e perché il soggetto è incapace di “soddisfare il piacere”.

Quale risposta al principio machiavellico del “fine che giustifica i mezzi”, il modello trova terreno favorevole nelle culture di relativismo morale, di utilitarismo e di edonismo, rinnegando totalmente il significato e il valore della sofferenza. E’ il prevalere delle sensazioni rispetto alla ragione.

L’utilitarismo, può manifestarsi a volte anche nella ricerca bio-medica, mascherato dalla nozione di “beneficio sociale”. Ad esempio, L. Eisenberg, affermava che “promuovere l’eccellenza della ricerca medica è nel pubblico interesse”⁸⁰, e fin qui siamo tutti d’accordo. E’ il seguito che lascia perplessi: “il guadagno in termini di sicurezza pubblica derivante dalla pratica sperimentale supererebbe di gran lunga qualsiasi possibile guadagno derivante da un più restrittivo approccio alla ricerca medica”⁸¹.

In altri termini, “i danni” arrecati alla società dal “rallentamento della ricerca” causati anche dalla verifica degli aspetti etici e di sicurezza per i partecipanti, ad esempio dai Comitati etici, sono molto maggiori dei possibili inconvenienti ai soggetti coinvolti negli studi clinici. In questa prospettiva, ogni sperimentazione sull’uomo, è giustificata dai benefici che potrebbe garantire alla società di oggi e di domani.

La *Dichiarazione di Helsinki* non è di questo parere: “nella ricerca sull’uomo, l’interesse della scienza e della società non devono mai avere la

⁷⁹ J. BENTHAM, *Deontologia e scienza della moralità*, pubblicato postumo nel 1834.

⁸⁰ L. EISENBERG, *The social imperatives of medical research*, Science 198 (1977) 516.

⁸¹ *The social imperatives of medical research*, op. cit., pp. 516-517.

priorità sulle considerazioni relative al benessere del soggetto”⁸². Sollecitate da questa visione, varie industrie farmaceutiche stanno trasferendo parte dell’attività sperimentale nei Paesi dell’Est Europa o del Terzo Mondo, dove i parametri di sicurezza e di tutela del paziente sono meno restrittivi che nei Paesi Europei e del nord America.

2.4.3. MODELLO SCIENTISTA-TECNOLOGICO

Derivante dalla teoria evuzionista di C. Darwin, dal sociologismo di M. Weber e dal sociobiologismo di H.J. Heisenk e E.O. Wilson, lo scientismo è il modello societario della “manipolabilità dell’uomo” mediante l’ equazione tra *possibilità tecnica e liceità morale*. All’interrogativo: “*Ciò che è tecnicamente attuabile è anche moralmente lecito?*”, il modello risponde affermativamente, essendo quella scientifica l’unica verità verificabile e dimostrabile empiricamente mentre l’etica, come pure il diritto, sono unicamente espressioni culturali modificabili nelle varie epoche⁸³.

Partendo dal presupposto che tutto è in divenire, lo scientismo definisce positivo e buono ciò che è “tecnicamente fattibile”; perciò, di fronte all’evoluzione scientifica, biologica e sociologica, i valori si devono adeguare senza porre limite alla ricerca e alla scienza.

In questo modello *si sostituisce la verità con l’attualità*, sostenendo che la normativa è determinata dalla *cultura relativa e mutevole, non essendoci principi etici e morali assoluti e valevoli per sempre*. Ciò che è buono e vero in un periodo storico, può non esserlo in un’ altro!

Le radici filosofiche dello scientismo le rintracciamo sia nel *positivismo* che nel *neo-positivismo* che valutano irrilevanti le affermazioni di carattere metafisico; quindi anche la nozione metafisica di “essere” va abbandonata, lasciando spazio alla semplice attualità. Inoltre, vari elementi della *teoria del modernismo*, ritengono le posizioni etiche del passato superate e prive di significato.

Lo scientismo, limitando il significato della morale e dell’ etica a fattori puramente emotivi spesso tradotti col “pietismo”, si sottrae alle fondamentali questioni metafisiche e metaetiche scordando che la nascita e la morte, il dolore e la sofferenza, sono eventi che accompagnano l’uomo di tutti i tempi nelle sue stagioni evolutive.

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

Non possiamo scordarci che accanto a scienziati guidati nella ricerca dai valori e

⁸² ASSOCIAZIONE MEDICA MONDIALE, *Raccomandazione a guida dei medici nella ricerca clinica*, IV° revisione (Somerset West 1996), art III,4.

⁸³ Ad esempio, il biologo francese *J.L. Monod*, premio Nobel per la Medicina nel 1965, affermava che l’unica conoscenza vera ed oggettiva è quella scientifica; di conseguenza ha il diritto di ignorare i cosiddetti valori morali (Cfr.: *J.L. MONOD, Per un’ etica della conoscenza*, Bollati Boringhieri, Torino 1990).

dall'interesse per il bene comune, ne troviamo altri, anche accreditati, che realizzano il loro desiderio d'onnipotenza sulle angosce, sulle sofferenze e sulle speranze di molti malati.

Il *primato della conoscenza e l'imperativo del progresso*, e di conseguenza, l'applicazione del sapere scientifico e tecnologico, sono le colonne portanti di questo modello che si esprime in un contesto di *value free*.

Come conclusione è interessante questa considerazione del cardinale D. Tettamanzi: "Mai come in questi anni la tensione tra etica e scienza/tecnica si è data tanto acuta, poiché mai nei secoli passati la scienza e la tecnica hanno visto crescere la loro capacità e ampliarvi i loro confini nella misura presente. Il conflitto, tuttavia, nasce da un errato modo di concepire il rapporto tra l'etica e la scienza come se fossero estrinseche l'una all'altra, al punto che lo scienziato vede nel moralista una sorta di nemico che vorrebbe tenere in soggezione la sua attività e limitarne la libertà di ricerca o di sperimentazione o di applicazione. Il rapporto è intrinseco, nel senso che la dimensione etica è interna alla scienza e alla tecnica, al punto che è proprio la dimensione etica a preservare l'una e l'altra dalla loro stessa corruzione"⁸⁴.

2.4.4. MODELLO PERSONALISTA

La "centralità dell'uomo" come *valore assoluto, e di conseguenza, "l'approccio integrale" alla persona* sono le basi della corrente di pensiero denominata *personalismo*.

Tutti i filosofi personalisti concordano che *l'uomo* è il *centro del creato* e il *soggetto primario dell'universo*, ma le visioni si diversificano approfondendo il concetto.

Tre i filoni principali:

- il *Personalismo Relazionale-Comunicativo* di M. Buber, J. Habermas e A. Levinas evidenzia il valore della soggettività e della relazione intersoggettiva, oltre che l'apertura dell'io al mondo delle relazioni.
- il *Personalismo Ermeneutico* di H.G. Gadamer e P. Ricoeur sottolinea l'importante ruolo della coscienza soggettiva nella interpretazione della realtà.
- il *Personalismo Ontologico* di E. Mounier, di J. Maritain e A. Rosmini che pone l'accento sulla "centralità della vita umana", si richiama al finalismo ontologico di Aristotele e di san Tommaso. Secondo V. Possenti, il personalismo ontologico, "mirando a conquistare il punto di vista più plenario sulla persona, include almeno virtualmente il positivo delle altre forme di personalismo"⁸⁵.

"Il personalismo - scrive Mounier - è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità"⁸⁶. "Uomo", inteso come "una tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione.

⁸⁴ D. TETTAMANZI, *L'intrinseca dimensione etica della scienza e della tecnica*, AA. VV., *Etica e società contemporanea*, Atti del III Congresso Internazionale della S.I.T.A. (Società Internazionale Tommaso d'Aquino), a cura di), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1992, Tomo I, pg. 231.

⁸⁵ <http://www.portaledibioetica.it/documenti/000576/000576.htm>

⁸⁶ E. MOUNIER, *Il Rinascimento*, Esprit 1 (1932) 12.

Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona⁸⁷. Quello di Mounier è anche un *personalismo comunitario*; nel suo pensiero la persona non è un'entità giuridica da difendere nei confronti della collettività, ma un soggetto impegnato fin dalla nascita in una comunità.

Per questo, sottolineava l'apertura dell'uomo alla trascendenza, partendo dal suo legame essenziale con l'universo.

È interessante notare che Mounier, non solo era un uomo "di pensiero", ma concretizzava nella quotidianità quello che affermava. Tra i molti episodi della sua vita, ricordiamo che alle cene organizzate per i colleghi, i più accreditati filosofi e accademici di Francia, metteva a capo tavola la figlia Françoise affetta da meningite.

Il concetto di personalismo fu approfondito pure da Maritain in *Umanesimo integrale*: "Serve uno Stato nel quale il profano e il temporale abbiano pienamente il loro compito e la loro dignità di fine e di agente prioritario, ma non di fine ultimo e di agente principale"⁸⁸.

Ed ampliando il discorso, Maritain, ammoniva: "Di fatto, l'uso dei mezzi tecnici non può essere realmente vantaggioso, né quello delle scienze pratiche ben diretto, senza il possesso di lumi generali sulla natura e sull'uomo. La medicina, l'igiene pubblica, la psichiatria, sono estrinseche – il diritto, la sociologia, le scienze economiche e politiche, la pedagogia, sono intrinsecamente – subordinate alla morale e al diritto naturale, e la verità stessa di ogni conoscenza che concerne la condotta umana implica un retto giudizio sui fini della vita umana, vale a dire una vera conoscenza della filosofia morale e politica che, a sua volta, presuppone la metafisica"⁸⁹.

In altre parole, per Maritain, era fondamentale che i valori morali, etici e religiosi reggessero lo Stato e i principali settori societari. Assenti questi, i deboli e i fragili, rischiano, come avviene anche oggi in alcune situazioni, di essere oggetto di sopruso o di violenza. Maritain, con questa affermazione, ci interroga su una problematica attuale: *il reale rispetto dei diritti umani*, in particolare quelli riguardanti la vita umana, fondanti per ogni civiltà.

È un'affermazione "provocatoria", avendo l'impressione che oggi sono scomparsi non unicamente i valori religiosi, omessi dalla Carta Costituzionale dell'Unione Europea, ma anche gli aspetti irrinunciabili della legge morale naturale e dell'etica.

Ad esempio, nelle discussioni sulla "vita non nata" o quella giunta "al termine", si è eclissato *l'imperativo categorico* di E. Kant, che obbligava il trattamento dell'essere umano sempre come "fine" e mai come "mezzo"⁹⁰.

E così, tra i molti, *H.T. Engelhardt* può affermare che "non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane. Tali entità sono unicamente membri della specie umana. Non hanno status, in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all'impresa morale. Solo le

⁸⁷ E. Mounier, *Le personalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1950, pg. 53.

⁸⁸ J. MARITAIN, *Umanesimo integrale*, Borla, Torino 2002, pg. 40.

⁸⁹ J. MARITAIN, *L'educazione al bivio*, La Scuola, Brescia 1963, pg. 114.

⁹⁰ Cfr. E. CASSIRER, *Kants Leben und Lehre*, 1921, Trad. it. di G. A. De Toni, *Vita e dottrina di Kant*, La Nuova Italia, Firenze 1977.

persone umane hanno questo status”⁹¹.

Per il modello personalista ontologico *la dignità* è il fattore costitutivo della persona, perciò un valore da rispettare pienamente in tutte le fasi dell’esistenza; dal concepimento alla morte naturale.

La dignità umana è il valore universale e il legame che unisce tutti gli esseri umani. Tommaso d’Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta “l’essere più perfetto della natura”⁹²; perciò, ledendola, si infligge una ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

La società ha origine dall’uomo ed è al suo servizio; di conseguenza, *la difesa del valore primario e inalienabile dell’individuo è il presupposto di ogni autentico progresso.*

E’ *il bene della persona* nella sua unitotalità che costituisce, per questo modello, il criterio di giudizio, di decisione e di azione.

Alfredo Anzani indica come concretizzare il modello:

“L’uomo come persona è il criterio fondamentale di eticità.

1. *Dire che l’uomo è persona* significa esplicitare la realtà più profonda e più caratteristica che lo contraddistingue, quella che sta alla sua radice e che gli conferisce la propria originalità.

2. *Dire che l’uomo è persona* significa riconoscere che l’uomo va considerato nella sua ‘totalità unificata’ configurandolo come essere inscindibilmente corporeo-psichico- spirituale.

3. *Dire che l’uomo è persona* significa riconoscere l’uomo come realtà sociale. L’uomo- persona è un essere in dialogo e in comunione con i suoi simili: è un ‘io’ aperto al ‘tu’ e quindi ordinato al ‘noi’.

4. *Dire che l’uomo è persona* significa considerare l’uomo come realtà giuridica. Ogni uomo ha diritti insopprimibili, derivanti non da un riconoscimento di un’autorità esterna ma innati all’uomo stesso ed universali, propri d’ogni uomo, senza emarginazione alcuna.

5. *Dire che l’uomo è persona* significa accettare l’uomo come realtà etica e realtà religiosa”⁹³.

Dunque, il personalismo ontologico, riconosce nell’uomo come ricordava S. Boezio, una “*rationalis naturae individua substantia*”⁹⁴, che esige massima attenzione e grande rispetto.

2.5.LA FORMAZIONE IN BIOETICA

Già nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica, evidenziava la “crescente richiesta di informazione-formazione in tema di etica pubblica, data anche l’urgenza dei problemi etici connessi con l’applicazione sempre più vasta di nuove tecniche nell’ambito sanitario, cui corrispondono le esigenze di un’effettiva comprensione dei problemi umani legati alle malattie e alla sofferenza”⁹⁵.

⁹¹ H.T. ENGELHARDT, *The foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986, tr. It. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991, pg. 126.

⁹² *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

⁹³ A. ANZANI, “*Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti*”, Intervento al “1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici” organizzato dall’Associazione Società Umanizzata di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3 giugno 2009.

⁹⁴ L. M. BAIXAULI, *Boezio. La ragione teologica*, Jaca Book, Milano 1997, pg. 52.

⁹⁵ *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 3.

E' questo un tema rilevante per la sanità e la società che non possiamo ignorare, anche se risulta complesso sia a livello "di fatto" che di "principio".

A livello "di fatto" essendo la bioetica una disciplina giovane.

A livello di "principio" per l'attuale pluralità di visioni etico-antropologiche che faticano a determinare riferimenti condivisi.

Quattro sono i target a cui dovrebbe rivolgersi la formazione bioetica: operatori sanitari ed amministrativi, società civile, sperimentatori e ricercatori, componenti dei Comitati Etici.

- Per quanto riguarda gli *operatori sanitari ed amministrativi* la formazione bioetica comporta la promozione di dibattiti, di seminari e di corsi di aggiornamento sulle tematiche assistenziali, dell'umanizzazione e della bioetica stessa con la finalità di *maturare "la coscienza etica" in chi opera in sanità*, suppiendo le lacune della formazione universitaria e post-universitaria che riserva spazio inadeguato alle discipline etico-umanistiche. Ed affermando, "chi opera in sanità", sottolineiamo che l'attenzione formativa va rivolta a medici ed infermieri, ma anche agli operatori sanitari ausiliari e a chi svolge mansioni organizzative ed amministrative, come ricordato dal "Parere" del Comitato Nazionale per la Bioetica. "Il problema della formazione nel sistema sanitario non può essere ridotta alla pur rilevatissima e preminente dimensione della formazione del personale sanitario"⁹⁶. Unicamente un'adeguata formazione nelle discipline umanistiche, è il presupposto e la garanzia per un corretto esercizio professionale e la base indispensabile al successivo approfondimento scientifico e culturale di temi specifici.

S. Marchionne, Amministratore Delegato della Fiat, in possesso di tre lauree, tra cui una in filosofia, partecipando ad un programma televisivo⁹⁷ affermò che la laurea in filosofia lo supportava nell'offrirgli "il significato al suo agire quotidiano". Memori di questa osservazione offriamo in questo "sito internet" anche un corso di "Medicina Umanistica", poiché se questa esigenza-necessità è avvertita da colui che opera nel mondo industriale, molto maggiore, questo bisogno, dovrebbe essere presente in chi quotidianamente incontra il dolore umano e la morte.

Quali metodologie per la formazione in bioetica?

Il citato "Parere" del Comitato Nazionale per la Bioetica ed insigni studiosi indicano tre passaggi: il *sapere* (piano teorico-cognitivo), il *saper fare* e il *saper essere* (piano pratico-applicativo). Ciò significa che l'etica e la bioetica, e più in generale le cosiddette Scienze umane, richiedono nell'insegnamento di oltrepassare la semplice trasmissione di nozioni teoriche per educare alla solidarietà verso i malati e alla responsabilità etico-sociale nell'azione terapeutica. L'educazione etica propone valori e principi da interiorizzare, creando nei discenti l'esigenza di porsi l'interrogativo: "come mi devo comportare?"⁹⁸ "che cosa attende da me il malato?".

E' questa la proposta di alcune visioni culturali; l' "etica della cura"⁹⁹ e l' "etica

⁹⁶ *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., pg. 10.

⁹⁷ Che tempo fa, 24 ottobre 2010.

⁹⁸ "Il carattere applicativo tipico della bioetica esige che si vada al di là di un'astratta presentazione manualistica di teorie etiche e se ne mostri invece la rilevanza attuale in ordine alla soluzione di problemi specifici" (*Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., pg. 23).

⁹⁹ Cfr.: A.L. CARSE, *The "voice of care": implications for bioethical education*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991) 5-28; W.T. REICH, *Il nuovo paradigma bioetico basato sull'esperienza*, in *Vent'anni di bioetica*, op.cit., pp. 169-190.

delle virtù¹⁰⁰ che oltrepassano l'apprendimento per giungere ad un adesione personale e comportamentale.

Importante è anche "il metodo". Sono indispensabili ma insufficienti le lezioni teoriche; tempo e spazio devono essere riservati pure alla discussione dei casi clinici, ai lavori di gruppo e alle simulazioni.

E' essenziale, infine, "la scelta dei docenti" che dovranno possedere abilità non unicamente teoriche e comunicative ma pure la capacità di saper trasmettere, mediante il loro stile di vita, il nesso di coerenza fra principi, valori e pratica clinica quotidiana.

-Il secondo target è la società civile che va raggiunta con eventi di formazione ed informazione, rivolti ai *cittadini*, attorno all'educazione alla cultura della vita e della salute per promuovere prevalentemente comportamenti volti alla prevenzione.

Ad esempio, nel 2001, il Comitato Nazionale per la Bioetica, mostrò la possibilità di svolgere nel territorio anche la formazione all' "interculturalità bioetica": "affinchè prendano forme diverse le interazioni tra il personale, gli immigrati e i cittadini. (...) Attraverso l'argomentazione e il confronto razionale, potranno essere affrontati e avviati a soluzione emergenze, dubbi, dispute e disagi"¹⁰¹.

-Anche i *scienziati* e gli *sperimentatori*, dovrebbero mostrare particolare attenzione alla formazione bioetica. Sono opportuni, quindi, eventi formativi specifici con la finalità di fornire conoscenze riguardo al percorso sperimentale, evidenziando compiti e responsabilità.

- Il quarto target della formazione riguarda l'aggiornamento dei *componenti dei Comitati Etici*¹⁰².

Per operare con competenza e professionalità ai membri di questo organismo necessitano conoscenze che oltrepassino la propria disciplina specifica, spaziando sui fondamenti etici e bioetici. Non tutti posseggono un' adeguata competenza etica, nonostante ognuno abbia una propria visione etica particolare nei riguardi della vita e della cura. La formazione fa cogliere le dimensioni etiche delle varie proposte sperimentali e configura un linguaggio comune che favorisce il confronto e un giudizio unanime.

La letteratura sull'argomento è pressochè inesistente, ma è interessante notare che nelle "*WHO Operational Guidelines*", la disponibilità ad aderire alla specifica formazione iniziale e a successivi aggiornamenti, è richiesta come condizione per essere nominato componente di un Comitato etico^{103/104}.

¹⁰⁰ Cfr.: T.D. EISELE, *Must virtue be taught?*, Journal of Legal Education 37 (1989) 495-508; E. PELLEGRINO – D. THOMASMA, *Per il bene del paziente*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1992; E.E. SHELPS, *Virtue and medicine*, Reidel, Boston 1985.

¹⁰¹ Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica interculturale*, Roma 2001, pg. 18.

¹⁰² L'argomento della sperimentazione e dei Comitati Etici sarà trattato nel capitolo 16 di questo Manuale.

¹⁰³ Cfr.: EUROPEAN FORUM FOR GOOD CLINICAL PRACTICE, *Guidelines and Recommendations for European Ethics Committees*, Revised edition 1997, 4.7.

¹⁰⁴ Si rimanda per l'approfondimento dell'argomento formazione a: P. CATTORINI, *Insegnare bioetica*, Kos 53 (1990) 50-53; F. D'AGOSTINO, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1996; L.B. MCCULLOUGH – A. R. JONSEN (a cura di), *Bioethics education: diversity and critique*, Journal of Medicine and Philosophy (fascicolo monografico) 16/1 (1991) 1-130; V. MELE – L. PALAZZANI, *Metodologia didattica in bioetica. Riflessioni e proposte in margine al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica*, Medicina e Morale 3 (1992) 447-468; W.T. REICH, voce "Bioethics education" in *Enciclopedia of Bioethics*, op. cit., pp. 256-265; E. SGRECCIA, *Problemi dell'insegnamento della bioetica*, Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico 2 (1987) 104-117.

3. Altre definizioni

3.1. LEGGE MORALE NATURALE

Diverse e molteplici sono le leggi che si riferiscono alla vita dell'uomo; tra queste troviamo "la legge morale naturale" che indica le modalità per agire in conformità alla natura di uomo e di unità che porta in sé tutta la ricchezza dinamica delle sue componenti. San Tommaso d'Aquino l'ha così definita: "Participatio legis aeternae in razionali creatura"¹⁰⁵.

Afferma il Catechismo della Chiesa Cattolica: "La legge naturale esprime il senso morale originale che permette all'uomo di discernere, per mezzo della ragione, quello che sono il bene e il male, la verità e la menzogna"¹⁰⁶. Perciò, "questa legge è chiamata naturale non in rapporto alla natura degli esseri irrazionali, ma perché la ragione che la promulga è propria della natura umana"¹⁰⁷. Ricordava san Giovanni Paolo II nell'enciclica "Veritatis splendor" che la legge morale naturale è "inscritta" nel cuore di ogni persona, è fondata sulla bontà umana e proibisce "atti intrinsecamente malvagi"¹⁰⁸. Affermava G. Maritain che è una sorte di spartiacque "tra ciò che è conforme e ciò che non è conforme ai fini dell'essenza umana"¹⁰⁹. Di conseguenza, in quanto iscritta nella natura razionale della persona, si impone ad ogni uomo, è universale nei suoi precetti, la sua "autorità" si estende a tutti¹¹⁰ costituendo anche "il fondamento necessario alla legge civile"¹¹¹.

Tutto ciò fu riassunto da Papa Benedetto XVI il 5 ottobre 2007 nel discorso che tenne ai componenti della "Commissione Teologica Internazionale", affermando che "con questa dottrina si raggiungono due finalità essenziali: da una parte, si comprende che il contenuto etico della fede cristiana non costituisce un'imposizione dettata dall'esterno alla coscienza dell'uomo, ma una norma che ha il suo fondamento nella stessa natura umana; dall'altra, partendo dalla legge naturale di per sé accessibile ad ogni creatura razionale, si pone con essa la base per entrare in dialogo con tutti gli uomini di buona volontà e, più in generale, con la società civile e secolare"¹¹².

La legge morale naturale ha due caratteristiche: la teonomia e l'autonomia.

- La *teonomia* che evidenzia come l'uomo non è l'ideatore di questa legge ma la scopre iscritta nel suo cuore nel momento della nascita e l'autore è Dio: "Nell'intimo della coscienza l'uomo scopre una legge che non è lui a darsi, ma alla quale invece deve obbedire e la cui voce, lo chiama sempre ad amare, a fare il bene e a fuggire il male e, quando occorre, chiaramente dice alle orecchie del cuore: fa' questo, fuggi quest'altro. L'uomo ha in realtà una legge scritta da Dio dentro il suo cuore"¹¹³.

¹⁰⁵ TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q.91, a.2.

¹⁰⁶ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1954.

¹⁰⁷ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1955

¹⁰⁸ Cfr.: GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 81.

¹⁰⁹ G. MARITAIN, *Nove lezioni sulla legge naturale*, Jaka Book, Milano 1985, pg. 46.

¹¹⁰ Cfr.: *Veritatis spendor*, op. cit., n. 53.

¹¹¹ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1959.

¹¹² BENEDETTO XVI, *Discorso ai Componenti della Commissione Teologica Internazionale*, 5 ottobre 2007.

¹¹³ CONCILIO VATICANO SECONDO, *Costituzione Pastorale Gaudium et spes*, n. 16.

- L'*autonomia*, cioè il doversi proporre all'uomo che ha come caratteristica "la libertà" non assoluta ma intimamente congiunta alle regole della propria umanità. Dunque, la legge morale naturale, non è un'obbligazione coercitiva della libertà. Nel contesto cristiano, queste due caratteristiche, non possono prescindere da Dio e dalla concezione di uomo aperto all'Assoluto che trova nel suo Creatore il termine ultimo di riferimento.

La legge morale naturale, secondo san Giovanni Paolo II, è anche una "vocazione dell'uomo". Concetto espresso nell'Enciclica "Veritatis splendor", quando il Papa, riferendosi al numero 33 della Costituzione Pastorale "Gaudium et spes" del Concilio Vaticano II, afferma che da un lato la ragione umana ha un ruolo attivo nel "rinvenimento e nell'applicazione della legge morale poichè la vita morale esige la creatività e l'ingegnosità proprie della persona, sorgente e causa dei suoi atti deliberati"¹¹⁴, e dall'altro la ragione trae la sua verità e la sua autorità "dalla legge eterna, che non è altro che la sapienza divina"¹¹⁵.

Più semplicemente *possiamo definire la legge morale naturale come il discernimento tra il bene e il male, e quell'inclinazione a operare rettamente ripudiando il negativo presente nella natura dell'uomo; tutto ciò è partecipazione dell'uomo alla legge eterna di Dio*. Di più: "La legge naturale, è in primo luogo la capacità dell'uomo di riflettere sul proprio fine, sulla propria vocazione, sul significato della propria esistenza, e così stabilire quei criteri valutativi e quelle considerazioni di fatto, in base ai quali scoprire la norma per la situazione concreta"¹¹⁶.

La legge morale naturale si interseca anche con quelle civili che obbligano la persona a determinate azioni ed atteggiamenti in quanto membro della società nei confronti della quale detiene, nello stesso tempo, diritti e doveri. "Ma proprio a motivo dell'influsso di fattori di ordine culturale e ideologico – ricordava Benedetto XVI - la società civile e secolare oggi si trova in una situazione di smarrimento e di confusione: si è perduta l'evidenza originaria dei fondamenti dell'essere umano e del suo agire etico, e la dottrina della legge morale naturale si scontra con altre concezioni che ne sono la diretta negazione. Tutto ciò ha enormi e gravi conseguenze nell'ordine civile e sociale. Presso non pochi pensatori sembra oggi dominare una concezione positivista del diritto. Secondo costoro, l'umanità, o la società, o di fatto la maggioranza dei cittadini, diventa la fonte ultima della legge civile. Il problema che si pone non è quindi la ricerca del bene, ma quella del potere, o piuttosto dell'equilibrio dei poteri. Alla radice di questa tendenza vi è il relativismo etico, in cui alcuni vedono addirittura una delle condizioni principali della democrazia, perché il relativismo garantirebbe la tolleranza e il rispetto reciproco delle persone. Ma se fosse così, la maggioranza di un momento, diventerebbe l'ultima fonte del diritto. La storia dimostra con grande chiarezza che le maggioranze possono sbagliare. La vera razionalità non è garantita dal consenso di un gran numero, ma solo dalla trasparenza della ragione umana alla Ragione creatrice e dall'ascolto comune di questa Fonte della nostra razionalità"¹¹⁷.

¹¹⁴ *Veritatis splendor*, op. cit. n. 40.

¹¹⁵ *Veritatis splendor*, op. cit. n. 40.

¹¹⁶ E. CHIAVACCI, *Teologia morale I. Morale Generale*, Cittadella, Assisi 1983, pg. 164.

¹¹⁷ BENEDETTO XVI, *op. cit.*

Quindi, ricorda Benedetto XVI, oggi, molti a motivo della crisi della metafisica e della assolutizzazione del soggetto rifiutano la possibilità di fondare sulla “natura umana” regole universalmente valide o criteri etici e morali, ritenendo che unicamente la persona può determinare i comportamenti nei confronti della natura, e di conseguenza anche la possibilità di manipolazioni illimitate. E le conseguenze di queste posizioni, soprattutto nei riguardi della vita, sono note: dall’aborto all’eutanasia, all’uso puramente edonistico della sessualità.

La nostra disamina si complica dovendo riferirsi a molteplici visuali storiche e numerosi aspetti della vita della persona.

Per sinteticità ci limitiamo a sottolineare che la legge morale naturale evidenzia i diritti dell’uomo nell’ordine personale e sociale, mentre la legge civile ne garantisce l’attuazione. Di conseguenza, ogni persona, ha diritto al totale rispetto della sua unitotalità somatica-psichica e spirituale, della sua affettività familiare, parentale e amicale, della sua capacità lavorativa e creativa, della sua vecchiaia e delle sue disposizioni ultime, quando è morente. “La legge naturale diventa così la vera garanzia offerta ad ognuno per vivere libero e rispettato nella sua dignità, e difeso da ogni manipolazione ideologica e da ogni arbitrio e sopruso del più forte”¹¹⁸.

Ma tutto ciò che riguarda la legge morale naturale, spesso, è poco onorato dalle leggi civili, in primo luogo nelle argomentazioni bioetiche.

Strettamente congiunto alla legge morale naturale è il “dovere” e il “bene comune”; infatti il dovere morale e la volontà sono le fondamentali caratteristiche che rendono un atto umano.

Il “dovere” unisce la tensione tra ciò che sono e ciò che dovrei essere, mentre la “volontà” è il collante di questa; ricordava il poeta Ovidio: “Video meliora proboque deteriora tamen sequor”.

All’essenza della legge appartiene anche “la promulgatio”, poichè una *lex* sconosciuta non è obbligatoria e vincolante. Dunque, l’uomo, apprende la “*lex* naturale” dalla ragione e la “*lex* civile” dalla sua promulgazione.

3.2. BIOTECNOLOGIE

Sulle biotecnologie, ogni giorno, ci poniamo alcuni interrogativi: a cosa servono? Sono dannose per l’uomo e per l’animale? Cosa sono gli OGM (Organismo Geneticamente Modificato)? Come sono coltivati? Contribuiranno a sconfiggere la fame nel mondo?

Queste domande mostrano che le biotecnologie riguardano vari settori: dalla società alla salute, dall’ambiente all’economia, suscitando un ampio dibattito tra favorevoli e contrari.

La biotecnologia “*consiste nell’utilizzo di cellule o di enzimi di origine microbica, animale o vegetale, per ottenere la sintesi, la degradazione o la trasformazione di materie prime*”¹¹⁹.

Dunque, le biotecnologie, sono le tecnologie che si avvalgono di organismi viventi, o parti di essi, per produrre beni o servizi per l’uomo. Esistono da

¹¹⁸ BENEDETTO XVI, *op. cit.*

¹¹⁹ J.E. SMITH, *Biotechnologie*, Zanichelli, Bologna 1998, pg. 2.

sempre, ma solo negli ultimi decenni sono particolarmente visibili poiché posseggono la capacità di manipolare direttamente il patrimonio genetico.

Due tipologie: le tradizionali e le avanzate.

Le “tradizionali”, rimandano alle tecniche utilizzate nell’antichità nell’elaborazione di bevande e di cibi fermentati, cioè gli alimenti con organismi fermentatori. Ad esempio, i Sumeri e i Babilonesi, realizzavano già nel 4000 a.C. il vino, la birra ed alcuni distillati, e gli Egizi lievitavano il pane nel 2000 a. C. Anche nel campo agricolo, le popolazioni antiche, selezionavano i semi delle piante o le specie di animali domestici più idonei alle loro esigenze.

Le “avanzate”, sono quelle che applicando la biologia molecolare e le scoperte dell’ingegneria genetica basate sulle tecniche del Dna ricombinante e della fusione cellulare, selezionano nuovi organismi o producono prodotti inediti.

Prototipi di queste furono L. Pasteur (1822-1895) che identificò il vaccino per la rabbia e rivelò al mondo scientifico che le malattie sono causate da microrganismi a loro volta trasmissibili. A. Fleming (1881-1964) che a seguito dell’invenzione della Penicillina, inaugurò l’epoca degli antibiotici. F. Griffith (1879-1941) che nel 1928 da un esperimento, intuì che i batteri trasferivano informazioni genetiche mediante il processo di trasformazione. Tralasciando vari passaggi storico-scientifici giungiamo all’ingegneria genetica, a I. Wilmut, che clonò la pecora Dolly e a J. Watson il responsabile del “Progetto Genoma Umano”.

L’ampia diffusione dei processi biotecnologici originarono anche complessi quesiti etici.

Le biotecnologie coinvolgono prevalentemente i seguenti settori.

- “La medicina” nell’ambito degli anticorpi, delle cellule staminali, della terapia genetica e dei vaccini, oltre gli xenotrapianti tra maiale, scimmia e uomo.
- “Gli animali trasgenici” nei quali è immesso nel loro patrimonio genetico un “gene esogeno”, ossia il gene di una specie biologica differente (transgene).
- “L’ ambiente” per lo smaltimento dei rifiuti, la depurazione delle acque contaminate e la disinfezione da parassiti.
- “L’ agricoltura” progettando piante, frutti e verdure con una capacità di produzione superiore rispetto alle tradizionali e l’idoneità di adeguarsi alle condizioni ambientali sfavorevoli. Ad esempio, nella coltivazione delle fragole, si immette un gene di pesce artico rendendole idonee al freddo oppure, nella barbabietole, si è aumentato il dolcificante e ridotto il potere calorico.

Da quanto affermato, notiamo che l’argomento ci riguarda da vicino, infatti i cibi che consumiamo, dai biscotti alle patatine fritte, dai gelati confezionati alle pizze surgelate, racchiuderanno sempre di più organismi geneticamente modificati.

Da tempo, è in corso un ampio dibattito tra i favorevoli ai prodotti OGM ritenuti cibi affidabili, anzi maggiormente nutrienti, e i contrari che temono per la salute, reputando questi alimenti in parte tossici e responsabili di allergie e della diminuzione delle difese immunitarie. Alcune perplessità, consigliarono alcuni Paesi, ad adottare restrizioni sulle coltivazioni e all’obbligo dell’ etichettatura come garanzia di trasparenza.

Il potere sull’uomo e sulla natura, che il genio di illustri scrittori sognavano e paventavano; ad esempio, A. Huxley (1894-1963) nel romanzo “Il mondo nuovo” (1932), oggi è realtà!

Le biotecnologie permettono di selezionare “tra le varianti” quella più idonea, oppure di inventarla; ad esempio: batteri “che mangiano” il petrolio fuoriuscito dalle navi o piante “che distruggono” gli insetti.

Il settore biotecnologico, presenta quesiti etici riguardanti l’azione sui processi vitali a livello di strutture e di meccanismi biologici fondamentali, responsabili dell’equilibrio biologico ed ecologico del pianeta; cioè “gli ecosistemi”, come pure è problematica la scarsa conoscenza delle conseguenze dell’immissione di prodotti sconosciuti nell’ambiente.

Terrorizza, inoltre, l’eventuale manipolazione della vita dell’uomo nella sua identità più recondita, quella genetico-germinale, con l’obiettivo finale della “clonazione umana”, determinando modificazioni genetiche per le generazioni future.

Di fronte ai rischi ipotizzati, l’unica legittimazione etica alla ricerca biotecnologica potrà essere accordata evidenziando la sua destinazione a servizio del progresso umano e sociale.

Ciò annienterà ogni atteggiamento prometeico e la tentazione dell’atteggiarsi da “*eritis sicut Di*” (“Dio sa che quando voi ne mangiaste, si aprirebbero i vostri occhi e diventereste come Dio, conoscendo il bene e il male”¹²⁰).

3.3.BIOPOLITICA

Il vocabolo “biopolitica” ha origine dalla lingua greca ed è composto dall’unione di due parole (βίος = vita e πολις = città).

Il termine fu coniato dallo storico francese G. Bataille (1897-1962), uno dei fondatori del “Collège de Sociologie” di Parigi, ma solo negli anni ’70 del ventesimo secolo fu valorizzato dal filosofo francese M. Foucault nel corso di un seminario che tenne nel 1976 al “Collège de France” di Parigi.

Foucault, così definì la biopolitica: “termine con il quale intendevo fare riferimento al modo con cui si è cercato, dal XVIII secolo, di razionalizzare i problemi posti alla pratica governamentale dai fenomeni specifici di un insieme di esseri viventi costituiti in popolazione: salute, igiene, natalità, longevità, razze...”¹²¹.

Osservando il suo periodo storico, il filosofo individuò nella “biopolitica” il nucleo dell’esercizio sistematico del potere nella società, da applicare sulla vita umana, e da esprimersi sugli individui e sulla specie, sulle attività del corpo e sui processi esistenziali.

Dunque, la biopolitica, è una dimensione del governo che condiziona un popolo negli aspetti societari e personali, compresa la vita e la salute, partendo dal presupposto che alcuni problemi bioetici investono anche la competenza politica e l’interesse generale della società.

La biopolitica, impone che l’autorità amministri e controlli il corpo nella nascita, nel corso dell’esistenza e nel momento della morte. E’ l’irruzione dello Stato nelle sfere personali e private del cittadino!

Sempre maggiormente, nei confronti della vita, non solo ci si avvale di questo vocabolo ma lo si concretizza in molteplici situazioni; dall’interruzione

¹²⁰ LIBRO DELLA GENESI, 3,35.

¹²¹ M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli, Milano 2005, pg. 261.

volontaria della gravidanza alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, dalla selezione eugenetica alla genomica, dal pluralismo terapeutico alla sospensione delle cure ai malati terminali, dal testamento biologico all'eutanasia. Esempio illuminante fu la gestione del caso di Eluana Englaro, la giovane donna di Lecco che visse per oltre diciotto anni in "stato vegetativo persistente". "Il Governo" (Potere Esecutivo), intervenne con un "Disegno Legge" per vietare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale ai malati in stato vegetativo persistente. Fu presentato "al Parlamento" (Potere Legislativo) nelle ore in cui Eluana stava morendo (9 febbraio 2009) a seguito dell'esecuzione della sentenza "della Corte di Appello di Milano" (Potere Giudiziario) che aveva autorizzato con un "provvedimento" la chiusura del sondino naso-gastrico che la nutriva e la dissetava.

I tre poteri furono "i padroni" della vita di Eluana Englaro!

Ma anche oggi, si ha l'impressione di uno scontro biopolitico sui contenuti bioetici, come pure notiamo il coinvolgimento di organismi "amministrativi" o "giudiziari" intervenendo in aspetti che investono unicamente la sfera personale.

Quindi, concordiamo con il quotidiano "Avvenire", che sostenne "Brutto segnale se a decidere sulle questioni eticamente sensibili - quelle su vita e morte - sono i tribunali"¹²².

Dobbiamo porre la massima attenzione all'evoluzione biopolitica affinché non svuoti delle rilevanze antropologiche la vita dell'uomo che è un bene oggettivo rispetto alla politica, sopravvalutando erroneamente il principio di autodeterminazione, le libertà individuali o negando il valore della fragilità.

E' quindi irrimandabile, ristabilire il naturale ed equilibrato rapporto tra biopolitica, bioetica e biodiritto¹²³ affinché, la persona, sempre, possa definire il senso della sua vita senza condizionamenti del potere.

Un'ultima osservazione: *di fronte alle decisioni riguardanti le tematiche bioetiche è sufficiente il parere della maggioranza?*

San Giovanni Paolo II rispose negativamente: "Urge dunque, per l'avvenire della società e lo sviluppo di una sana democrazia, riscoprire l'esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, che scaturiscono dalla verità stessa dell'essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona: valori, pertanto, che nessun individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere"¹²⁴.

Lo stesso giudizio fu riaffermato da Benedetto XVI nel discorso del 22 settembre 2011 al Parlamento Federale Tedesco nel Reichstag di Berlino: "In gran parte della materia da regolare giuridicamente, quello della maggioranza può essere un criterio sufficiente. Ma è evidente che nelle questioni fondamentali del diritto, nelle quali è in gioco la dignità dell'uomo e dell'umanità, il principio

¹²² AVVENIRE, 4 gennaio 2011, pg. 2.

¹²³ "Area delle discipline giuridiche in cui si affrontano i problemi inerenti alla tutela della vita umana e alle implicazioni giuridiche che derivano dalle scienze mediche e dall'evoluzione tecnologica che ormai le caratterizza" (IN TRECCANI, *Lessico del XXI secolo*). La specificità del biodiritto è identificabile nella elaborazione di regole di comportamento a livello sociale, nel contesto delle questioni bioetiche.

¹²⁴ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 71.

maggioritario non basta: nel processo di formazione del diritto, ogni persona che ha responsabilità deve cercare lei stessa i criteri del proprio orientamento”

La filosofia politica classica ribadiva la centralità del popolo e della sua volontà nell’agire coscientemente; in questa prospettiva la legge assumeva un’importanza secondaria.

Ma ciò è attuabile oggi in un contesto multiculturale e multietnico, caratterizzato da rilevanti differenziazioni culturali e religiose?

Pur non potendo prevedere anticipatamente i risultati, l’invito è di riferirsi primariamente alla “legge naturale”, intersecata per il cristiano con quella evangelica e morale.