

Parte Prima

FONDAMENTI

CAP. 1 - NOZIONI BASILARI E MODELLI SOCIETARI

L'attuale contesto socio-culturale sta rivalutando la prospettiva etica dell'agire umano. Ciò emerge particolarmente nel settore sanitario, e più in generale in quello biomedico, coinvolto da progressi che interrogano il concetto di uomo, la sua dignità e il suo futuro. Il controllo delle costituenti genetiche, la medicina procreativa e predittiva, l'incremento delle attese di vita, come pure il prolungamento del morire, hanno superato le competenze scientifiche, investendo la natura nella sua totalità e la rappresentazione "dell' umano". Inoltre, alcune scoperte biomediche e delle tecnologie emergenti, producono effetti "a cascata" complessi da gestire.

Ragguardevole in tutte le epoche, l'etica è fondamentale soprattutto oggi di fronte a risultati che spalancano continuamente nuove frontiere, e di conseguenza, aprono problematiche che faticano ad acquisire un consenso unanime. 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. Poiché là dove ci sono decisioni da prendere, riflessioni da fare, libertà da coinvolgere, c'è etica e - nel mondo della sanità - la bioetica"¹. Di conseguenza, le professioni sanitarie, sono caratterizzate da una consistente peculiarità etica che deve primeggiare sia a livello formativo che operativo. Per questo, nel primo capitolo del testo, si chiariranno i termini etici che costituiranno le architravi delle argomentazioni successive.

1. Alcuni termini

1.1. ETICA

Etimologicamente, il vocabolo "etica", ha origine dal termine greco ἠθικός (o ἦθος) e significa "costume o comportamento", infatti riguarda sia il costume sociale, cioè l'agire di un popolo in un determinato tempo, come pure ogni azione libera, consapevole e responsabile dell'uomo. Pertanto, l'etica, sollecita la riflettere sull'agire comunitario e personale poiché l'uomo, dimorando e operando in una società, è responsabile anche 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"². Di conseguenza, ogni atto e comportamento dell'uomo, essere intelligente e libero, chiamato all'autorealizzazione optando per il bene e per il buono, racchiude anche un

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

² GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae*, Città del Vaticano 1995, n.18.

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 individuo. E, alla base di ogni visione etica, stanno le nozioni di bene, di male e di virtù, oltre una specifica concezione della persona e dei rapporti. Tutto ciò, frequentemente, è correlato a una religione o a un'ideologia.

L'etica è "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"³; ad esempio, il valore patrio o quelli dell'uguaglianza e della solidarietà. Ne deduciamo, quindi, che i principi etici sono essenziali alla costruzione di una società ordinata, finalizzata al benessere e al progresso dei cittadini. In 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"⁴.

L'etica si caratterizza in speculativa e in pratica.

"L'etica speculativa" (o descrittiva) analizza e illustra i comportamenti umani, le consuetudini di un gruppo o un particolare evento, riferendosi ai principi, rispondendo all'interrogativo: *quali principi sono coinvolti in questo evento o comportamento?*

"L'etica pratica" (o normativa) individua la validità di un comportamento, 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 valori e dei principi cui attenersi in qualunque circostanza.

"Speciale": quando esamina i vari settori d'intervento, esprimendo un'etica familiare, un'etica sessuale, un'etica economica, un'etica politica e un'etica sanitaria... In questi contesti, l'etica assume la dicitura di "etica professionale", e riguarda l'agire e il comportamento tipico di una professione.

L'etica rivendica una base razionale non riducibile a slanci solidaristici o di bontà, ma è una scienza essendo la riflessione sull'ethos, ossia sul comportamento, sull'operare e su tutto ciò che si rapporta con il significato dell'esistenza. Il filosofo francese J. De Finance la definisce: "La scienza categoricamente normativa degli atti umani, secondo la luce naturale della ragione"⁵.

L'approccio filosofico è dunque il corretto supporto all'etica, e l'appellativo di scientificità riguarda il suo fondamento argomentativo basato sulla filosofia dell'essere. I criteri di scientificità dell'etica non sono "tecnico-empirici" ma "argomentativi-dimostrativi". Di conseguenza, se non si posseggono adeguate

³ M. FURLAN, *Etica professionale per infermieri*, Piccin, Padova 1989, p. 54.

⁴ C.M. MARTINI, *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1993, p. 15.

⁵ J. DE FINANCE, *Etica generale*, Pontificio Istituto Bibblico, Roma 2011, p. 13.

riflessioni sulle finalità dell'esistenza umana, sarà improbabile conoscere a fondo una scienza che consente la distinzione del bene dal male, di cogliere la bontà di un comportamento e l'appropriatezza nel compierlo. Interpretata scorrettamente, l'etica suscita atteggiamenti di rifiuto essendo valutata negativamente o proibizionista nei riguardi dell'evolversi della scienza e della tecnica, oppure è percepita come minaccia alla libertà e all'autonomia. In questo paragrafo vogliamo dimostrare che l'etica offre l'opportunità di considerarsi realmente e serenamente liberi anche aderendo a delle rinunce, poiché a volte, per salvaguardare e per promuovere un valore, è pressoché inevitabile adeguarsi ad alcuni deterrenti.

Una problematica che s'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 tali non sono. Basti ricordare che per alcuni la morale corrisponde ai giudizi di coscienza, e per altri possiede un significato prevalentemente religioso. L'argomento richiederebbe una complessa disamina. Essendo impossibilitati ad intraprendere un adeguato approfondimento, ci limitiamo a osservare che nella maggioranza delle situazioni, l'etica è ritenuta una scienza normativa, definendo le regole, argomentando il lecito o l'illecito, giustificando razionalmente la validità o meno delle azioni. La morale, invece, è una scienza descrittiva che suggerisce l'applicazione delle norme personali e collettive in rapporto ad un determinato pensiero religioso, filosofico, culturale o politico. Tra etica e morale è presente l'equivalente relazione riscontrabile tra teoria e prassi; per questo, è nostra convinzione, 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"⁶. 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 riteniamo questa prospettiva valevole per l'ambito sanitario nella sua complessità. "La morale 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 termina Martini: "è l'ideale che nasce da un credo religioso a forte contenuto etico come quello proprio della tradizione ebraica e cristiana"⁷.

ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA

L'etica medica e l'etica infermieristica, cioè l'etica professionale in campo

⁶ E. PELLEGRINO - D. C. THOMASMA. *A philosophical basic of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981, p. 57.

⁷ *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, op. cit., p. 19.

sanitario, s'interrogano, se valore e comportamento corrispondono. L'accademico G. Géraud sosteneva 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"⁸.

ETICA MEDICA

La riflessione etica ha attraversato tutta 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, favorendo gli aspetti clinici e tecnici. I termini "vocazione" e "missione", oggi spesso infastidiscono; potranno essere rivalorizzati unicamente se la "professione in sanità" riuscirà nuovamente a 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 quest'ottica, la professione sanitaria, può assumere anche i connotati della vocazione o della missione, 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"⁹.

Il percorso storico dell'etica medica è riassumibile in quattro periodi.

1. Etica medica dell'antichità e ippocratica

Nelle scuole dell'antichità era presente la "visione sacrale" del medico e, in alcune situazioni, questa figura, fu anche divinizzata. Ad esempio, nella Grecia antica, troviamo delle professioni improntate al "modello sacerdotale" che svilupparono la responsabilità professionale maggiormente a livello religioso che giuridico, stabilendo, con un "giuramento", le divinità garanti della rettitudine delle azioni. In seguito, 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 s'inserisce il "Giuramento di Ippocrate"¹⁰.

Nella Grecia antica, le malattie erano 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. Respinse quindi la concezione teurgica della Scuola di Asclepio e quella teocratica fondata sul mito del dio Osiride. Al sofismo e all'empirismo contrappose "la medicina razionale", conformandosi ai concetti greci di "causa" e "effetto". Ed

⁸ G. GERAUD, *Itinerario medico-psicologico della vocazione*, Paoline, Roma 1960, p. 55.

⁹ E. D. PELLEGRINO- D. C. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Dehoniane, Roma 1994, p. 108.

¹⁰ Cfr. G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.

essendo, Ippocrate, oltre che un medico anche un metafisico, pose al centro della sua professione il valore e la dignità della persona¹¹. Il documento più eloquente del medico di Kos fu il suo *Giuramento*¹² dal quale emergono alcune caratteristiche che il medico doveva possedere. La visione religiosa della professione, infatti invocò le divinità del pantheon greco, oltre affermare che la “responsabilità professionale” era prevalentemente morale. Il profondo rispetto della concezione unitaria dell’ uomo. L’austero rapporto tra etica personale ed etica professionale. Il disinteresse economico nell’esercizio della professione. Il segreto professionale. La trasmissione della scienza medica dai maestri agli allievi. Concordiamo quindi con il bioeticista spagnolo 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”¹³. Il rapporto medico-paziente si fondava sul principio di beneficenza concretizzato dal paternalismo. Il medico doveva individuare il “maggior bene” del paziente; al malato spettava l’accettazione incondizionata delle indicazioni del sanitario.

2. *Morale medica teologica*

Il cristianesimo introdusse straordinari pregi anche nel settore assistenziale sia con l’insegnamento che con la prassi. Per quanto riguarda la dottrina, ricordiamo il concetto di “persona umana” presentata come unità di corpo, di psiche e di spirito e, di conseguenza, la sacralità e l’ indisponibilità della vita. Nella prassi d’assistenza, il riferimento centrale fu il comando del Signore Gesù ai suoi apostoli di curare gli ammalati (cfr. Lc. 9,2; Mt. 10,8; Mc. 6,7), indicando la Sua presenza nel sofferente: “1’avete fatto a me” (Mt. 20,25), e proponendo come modello il Buon Samaritano (cfr. Lc. 10,30-37).

Questa prescrizione realizzò 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. Famosi santi contribuirono all’integrazione dell’atteggiamento caritatevole con quello di soccorso, affinché chi accudiva gli infermi perfezionasse i requisiti professionali salvaguardando comunque anche quelli umani e religiosi.

3. *Rinascimento*

Nel Rinascimento l’universo fu contemplato tramite “un’ottica meccanicista”, abbandonando la prospettiva trascendente. 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 visione, in breve tempo, fu fatta propria anche dalla medicina e alcune nozioni religiose

¹¹ Cfr. PLATONE, *Protagora*, 311 b-c; Id.; *Fedro*, 270 c.

¹² Cfr. S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1985, pp. 19-20.

¹³ D. GRACIA GUILLEN, *Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina*, in *Dolentium hominum* 11 (1996) p. 24.

svanirono. Un anno importante fu il 1543 quando Copernico pubblicò il “De Revolutionibus orbium caelestium” e A. Vesalio il “De humani corporis fabrica” che innescarono una rivoluzione in ambito medico sopprimendo il modello ippocratico-galeno. Nacque la “medicina scientifica” caratterizzata dal metodo sperimentale. Inoltre, dal XVI secolo, le grandi rivoluzioni e alcuni pensatori da J. Locke a E. Kant, da D. Hume ad A. Smith proclamarono che l’uomo è un “individuo autonomo e indipendente”. Ciò introdusse nell’assistenza il modello contrattualista e il principio di autonomia del paziente. Il medico, in parte privato dell’identità originaria, rischiò di trasformarsi in un tecnico di alto livello al quale, come in qualsiasi settore, si richiedono prestazioni nel proprio campo di competenza.

4. Riflessione sui Diritti dell’Uomo in Europa dopo la Seconda Guerra Mondiale

A seguito degli atti criminosi 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 assicurassero la dignità del malato sia nel settore terapeutico che sperimentale.

Dagli anni ‘50 del XX secolo si passò, inoltre, alla medicina basata sull’evidenza; protocolli standardizzati, avallati da studi scientifici, sostituirono convinzioni ed esperienze soggettive.

ETICA INFERMIERISTICA

La storia dell’etica infermieristica è più breve, anche se questa professione ebbe un’origine antichissima ma solamente al termine del XIX secolo, F. Nightingale, offrì all’infermiere “dignità professionale” costituendo scuole e proponendo modelli per l’assistenza che rapidamente si diffusero in Europa e in America. Da allora, esordì la storia dell’infermiere nell’accezione moderna del termine; una figura professionale che acquisì, progressivamente, un ruolo sempre più rilevante nell’assistenza e nella cura, anche se, neppure oggi, soprattutto nella realtà italiana, l’infermiere professionale è riconosciuto nella sua totale autonomia come è prassi in varie Nazioni.

L’etica infermieristica supporta l’infermiere nell’identificare e nel risolvere i molti dilemmi della cura. Un’interessante osservazione di C. Iandolo evidenzia un 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”¹⁴.

1.2. DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Il termine deontologia ha origine dalla congiunzione del vocabolo greco “Δέω” =

¹⁴ C. Iandolo, *L’etica al letto del malato*, Armando Editore, Roma 2000, p. 51.

"dovere" con il participio presente del verbo "εἶμι" = "essere" e possiamo tradurlo: "studio o teoria del dovere".

La deontologia, è l'esposizione sistematica degli obblighi valoriali e delle regole comportamentali che l'individuo si assume nell'esercizio di una professione per realizzare le finalità assegnate dalla società, salvaguardando la rettitudine personale e l'autorevolezza della categoria. I codici sono elaborati dalle varie classi di lavoratori, impongono obblighi professionali e legali vincolanti, disciplinano diritti e doveri, propongono soluzioni pratiche, testimoniano l'accettazione delle responsabilità affidate.

Per quanto riguarda gli operatori sanitari, i codici deontologici mostrano le norme a cui riferirsi nell'esercizio della professione e nel rapporto con l'ammalato. S. Spinanti nota che la deontologia, inoltre, "corregge l'intrinseca asimmetria del rapporto medico-paziente"¹⁵. E' importante sottolineare 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"¹⁶. Di conseguenza, nel settore sanitario, "la prospettiva dei doveri deontologici è valida, ma va integrata con quella etica"¹⁷. Fu questo l'invito anche del "Documento di Erice"¹⁸ (1991) che evidenziò che la deontologia medica e infermieristica hanno l'obbligo di confrontarsi anche con le norme morali. "Questa disciplina (la medicina) - indica il Documento - 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 uno strumento pregevole, il Codice deontologico, frequentemente è inadeguato nella sanità contemporanea in costante innovazione.

1.3. OBIEZIONE DI COSCIENZA

L'etica, con la legge naturale e le leggi civili, disciplina la vita societaria 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 dal presupposto che ogni legge dovrebbe arricchire l'uomo, l'etica si prodiga affinché le norme civili siano eque, proporzionate e imparziali, riconoscendo, promuovendo e difendendo i diritti fondamentali del cittadino. Pure l'aconfessionalità o laicità che caratterizzano gli Stati moderni non può ridursi alla neutralità etica, particolarmente quando si legifera sugli argomenti riguardanti la vita, definiti "tematiche eticamente sensibili", avendo l'impressione di camminare sulla lama di

¹⁵ S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1995, p. 31.

¹⁶ S. SPINSANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, p.12.

¹⁷ *Etica bio-medica*, op. cit., p. 14.

¹⁸ Il "Documento di Erice" fu presentato ad Erice (TP) nel febbraio 1991 al Convegno Internazionale: *New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems*, riguardante il rapporto fra bioetica, deontologia medica e medicina legale.

un rasoio. Inoltre, la legge, e particolarmente lo strumento referendario, per la sua innegabile genericità e per le evidenti o occulte strumentalizzazioni ideologiche, sono i metodi meno idonei per gestire situazioni che interpellano la coscienza della persona.

In vari Stati, prevalentemente anglosassoni, è diffusa la concezione filosofico-politica definita “contrattualista”. Il contrattualismo, che trovò in T. Hobbes¹⁹, J. Locke²⁰ e J.J. Rousseau²¹ i principali 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” della persona. Il contrattualismo, reputando “il bene morale” il risultato di un accordo della maggioranza dei membri della Comunità, ritiene che nessuna verità può precedere o superare questo “consenso democratico”. Pertanto, anche la legge etica, la legge naturale e il diritto si devono adeguare. In queste situazioni, “la verità”, può essere strumentalizzata, favorendo il “più forte” prevalentemente nel settore bioetico. Però, quando le leggi della comunità civile ledono l’ordine morale naturale, sono normative ingiuste che “non obbligano in coscienza”, come affermò Tommaso d’Aquino: “lex iniusta non est lex”²². Quando una legge è incompatibile con le esigenze etiche e il bene comune, i diritti fondamentali della persona e le sue convinzioni religiose e morali, non obbliga in coscienza esorbitando queste dal potere dello Stato. Di conseguenza, 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”²³.

E’ opportuno chiarire che l’obiezione di coscienza non costituisce, come alcuni ritengono, una concessione dello Stato, bensì è “un diritto” che ogni Nazione democratica deve accordare, differenziandosi dai Paesi governati da dittature o totalitarismi. Concetto schiettamente espresso da papa Francesco: “L’obiezione di coscienza è un diritto ed entra in ogni diritto umano. E’ un diritto, e se una persona non permette di esercitare l’obiezione di coscienza, nega un diritto. In ogni struttura giudiziaria deve entrare l’obiezione di coscienza, perché è un diritto, un diritto umano” (27 settembre 2015). Inoltre, vari documenti internazionali e nazionali, sottolineano questo diritto.

I più importanti.

ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE, *Dichiarazione Universale dei Diritti dell’uomo* (1948), articoli 1, 3, 18.

ASSEMBLEA GENERALE DELLE NAZIONI UNITE, *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (ICCPR) (1966). E’ un Trattato internazionale che riconosce l’obiezione di coscienza un “diritto inderogabile” che i governi devono sempre onorare, anche in

¹⁹ Cfr. G. M. CHIODI, *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè, Milano, 1970.

²⁰ Cfr. J. DUNN, *Il pensiero politico di John Locke*, Il Mulino, Bologna 1992.

²¹ Cfr. M. FERRI, *Controllo sociale e negazione della libertà: un’attualizzazione del pensiero di Jean-Jacques Rousseau*, in *Il Dubbio* 2-3 (1987) pp. 54-61.

²² SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I-II, q.96, a.4.

²³ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 74.

circostanze di emergenza pubblica.

CONSIGLIO D'EUROPA, *Risoluzione 1763/2010 sul diritto all'obiezione di coscienza nell'ambito delle cure mediche legali*. "Nessuna persona o ospedale o istituzione può essere obbligata o ritenuta responsabile o discriminata se rifiuta per qualsiasi motivo di eseguire o assistere a un aborto, a interventi di eutanasia o ad altri atti che possano causare la morte di un feto o di un embrione" (art. 12).

COSTITUZIONE ITALIANA. La libertà di coscienza è prevista negli articoli 3,7,8,19,20 che disciplinano e tutelano la libertà e l'uguaglianza, e nell'articolo 21 che garantisce la libertà di manifestazione del pensiero.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere: Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico* (24 ottobre 2008). "Qualora per accogliere la competente e documentata richiesta d'interruzione delle cure formulate da un paziente in stato di dipendenza siano necessari un'azione o comunque un intervento positivo da parte del medico o della sua équipe, si riconosce il diritto di questi da astenersi da simili condotte da loro avvertite come contrarie alle proprie concezioni etiche, deontologiche e professionali" (7.1).

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di Deontologia Medica* (18 maggio 2018). "Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando siano 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 settore sanitario, sei sono le aree che dovrebbero contemplare l'obiezione di coscienza. In quattro è autorizzata: nel non praticare l'intervento di aborto²⁴, nel non collaborare alla procreazione medicalmente assistita²⁵, nel non cooperare al suicidio assistito²⁶, nel non partecipare alla sperimentazione sugli animali²⁷. Mentre non è prevista per la legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento²⁸ (DAT) e per la prescrizione e la vendita del Norlevo e dell'EllaOne.

2. Bioetica

2.1. DEFINIZIONE

La bioetica, disciplina fino a pochi decenni fa nota prevalentemente agli studiosi, oggi è presente nel dibattito pubblico, configurandosi come ambito che riguarda varie "questioni civili", come le chiamò Agostino d'Ippona nel *De Rhetorica*, cioè quelle questioni che "(...) ci si vergogna di non sapere"²⁹.

Nella seconda metà del XX secolo, lo sviluppo biomedico incrementò

²⁴ Cfr. Legge 194/78, art.9. L' articolo afferma che gli operatori sanitari obiettori sono esonerati dall'intervento chirurgico e dalle procedure di certificazione e di autorizzazione che predispongono l'aborto, cioè le formalità previste dagli artt. 5 e 7.

²⁵ Cfr. Legge 40/2004, art. 16.

²⁶ Cfr. Sentenza Corte Costituzionale 242/2019.

²⁷ Cfr. Legge 413/1993, art. 12.

²⁸ Cfr. Legge 219/2017.

²⁹ SANT' AGOSTINO, *De Rhetorica*, IV, f. 14. c.5.

progressivamente e rapidamente le tecniche diagnostiche e terapeutiche con nuove acquisizioni e ampi successi. La “super specializzazione” arricchì il numero dei dati ma ridimensionò l’attitudine alla sintesi, mentre le evidenze etiche si atrofizzarono. Questa nuova condizione rese difficoltoso accostare il paziente come *soggetto* e non unicamente come *oggetto* di diagnosi e di cura. Nel passato, i problemi di etica medica, si risolvevano osservando regole esigue; con il trascorrere del tempo si presentarono sempre più complessi, essendo sconosciuti e perciò svincolati da “precedenti” cui riferirsi, accompagnati, a volte, da drammatiche urgenze. Scaturì, perciò, l’esigenza di un approfondimento sistematico.

I quesiti che investono la bioetica riguardano l’identificazione dell’inizio della vita umana e di conseguenza lo statuto dell’embrione, la procreazione medicalmente assistita, le diagnosi pre-impianto e pre-natali e l’aborto, oltre la clonazione umana. Fanno riferimento alla bioetica le sperimentazioni cliniche, la cura dei disturbi psichici e dell’handicap oltre le malattie sessualmente trasmesse. Rientrano in questa disciplina le discussioni di casi clinici complessi e tutte quelle attività che si prefiggono l’ accrescimento del benessere psico-fisico mediante la farmacologia e la psicofarmacologia, la chirurgia estetica, la manipolazione genetica di animali e di piante. E come scordare le allettanti possibilità, alcune per lo più futuristiche, di modificare la natura biologica umana mediante le neuroscienze, la stimolazione celebrale profonda, l’applicazione della robotica o delle nanotecnologie? Non trascura, la bioetica, il termine della vita, cioè il trattamento palliativo, l’accanimento terapeutico, il testamento biologico, il suicidio assistito e l’eutanasia. Infine, sempre la bioetica, si occupa delle attività che potrebbero migliorare le condizioni generali dell’umanità sofferente per lo squilibrio socio-economico del nostro pianeta e per le avverse situazioni ambientali.

Il termine “bioetica” fu coniato negli ultimi cinquant’anni del ventesimo secolo, e immediatamente fu accolto entusiasticamente nel linguaggio medico-scientifico poiché intersecava due realtà fondanti la medicina e la cura: la βίος (vita) e l’ ἦθος (carattere, comportamento, consuetudine).

Il neologismo, fu proposto nel 1970 dall’oncologo statunitense Van Rensselaer Potter³⁰ (1911-2001), e l’anno seguente affermò: “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”³¹. Nel 1975, Potter, spiegò la scelta del termine: “Ho scelto *bio* per indicare il sapere biologico; e ho scelto *etica* per indicare il sapere circa i sistemi di valori umani”³². L’oncologo statunitense, indicò la bioetica come “la biologia combinata con le varie forme del sapere umanistico in modo da forgiare

³⁰Cfr. V. R. POTTER, *Bioethics: The Science of Survival*, in *Perspectives in Biology and Medicine* 14 (1970) pp. 120-153; Id, *Biocybernetics and survival*, in *Journal of Religion and Sciences* 5 (1970) pp. 229-246.

³¹ V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971, tr. It *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina 2000, p. 26.

³² V.R. POTTER, *Humility and Responsibility - A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in *Cancer Research* 35 (1975) p. 2299.

una scienza che stabilisca un sistema di priorità mediche e ambientali per la sopravvivenza”³³. Potter, cogliendo nella frattura tra “sapere scientifico” e “sapere umanistico” interpretato come l’insieme dei valori etici una notevole minaccia per la sopravvivenza dell’ ecosistema, prospettò la bioetica come una “scienza globale” che non si limitasse al “campo medico” ma coinvolgesse tutti gli ambiti inerenti 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”³⁴. “Epistemologicamente”, commentò il filosofo W.T. Reich, “Potter vedeva il compito della 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 valore”³⁵.

La prospettiva di Potter si articolava su un livello di “macro biotica” che includesse anche le sfide cosmico-ecologiche. La finalità della nuova disciplina era la sopravvivenza futura della specie: *science of survival*³⁶. Ma, la sua visione di “bioetica globale”, non ebbe seguito e il termine si rivolse al settore biomedico originando una riflessione morale sulle scienze della vita. Fu questa l’intuizione dell’ ostetrico olandese A. E. Hellegers (1926-1979) che definì la bioetica una branca dell’etica dedita allo studio e alla ricerca nella biomedicina, reputandola un nuovo aspetto del dialogo socratico idoneo a far interloquire la medicina, la filosofia e l’etica per identificare verità condivise³⁷. Dunque, l’attenzione di Hellegers, si orientò su problemi di “micro bioetica”.

Potter, ritenne la bioetica “un ponte” tra etica professionale tradizionale, questioni ecologiche e problematiche della società; Hellegers, la indirizzò unicamente alla clinica e alla medica. Però, la definizione più famosa di bioetica fu di 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”³⁸. Nella seconda edizione della stessa opera puntualizzò: “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”³⁹.

Nel corso degli anni, molti seguendo l’orientamento di Hellegers, tentarono di

³³ V.R. POTTER, *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing 1988, Introduzione III.

³⁴ *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., p. 25.

³⁵ W.T. REICH, *The word “bioethics”: the struggle over its earliest meaning*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (1995) p. 32.

³⁶ Questa visione della bioetica è presente nell’articolo *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit. e nel testo *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., capitolo primo.

³⁷ Cfr. R. WALTERS, *Bioethics as a field of ethics. In contemporary issues in Bioethics*, Wadsworth, Belmont 1974, p. 49.

³⁸ W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, I, XIX, Introduction.

³⁹ W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, XXI, Introduction.

approfondire e specificare il termine, ma anche oggi definire la bioetica e le sue finalità è complesso poiché alcuni la reputano una scienza, altri una generale branca del sapere; per taluni è una disciplina autonoma, per certuni una diramazione dell'etica tradizionale. Inoltre, qualcuno, la giudica superflua, convinto che l'etica medica possa fornire adeguate risposte ai problemi morali della pratica assistenziale. Infine, per altri, la bioetica è la "scienza dei divieti", influenzata da elementi religiosi e morali.

La bioetica è pure un fenomeno culturale che evidenzia 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 suicidio assistito) che suscitano interesse e generano appassionati dibattiti. "Tutto questo - avverte il bioeticista 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"⁴⁰.

Tuttavia, la criticità preminente, come rilevò il Comitato Nazionale per la Bioetica nel Parere "Bioetica e formazione nel sistema sanitario", ha origine dalla "diversità dei modi di pensarla nel pluralismo culturale"⁴¹. "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"⁴². Allora, è opportuno rifarci al fondatore del termine bioetica che all'interrogativo: "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"⁴³.

2.2.AMBITI DI INTERVENTO

Una fonte che mette in evidenza gli ambiti d'intervento della bioetica è il "Documento di Erice" che le riconosce la competenza in quattro settori. "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 e animali) e in generale su ciò che si riferisce all'equilibrio dell'ecosistema"⁴⁴.

⁴⁰ M. CASCONI, *Diakonia della vita. Manuale di bioetica*, Università della Santa Croce, Roma 2004, p. 28.

⁴¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 1991, n. 21.

⁴² *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., n. 23.

⁴³ *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., p. 129.

⁴⁴ Versione integrale del testo del Documento di Erice: cfr. *Medicina e morale* 4 (1991) pp. 561-564.

La bioetica, si suddivide in generale, speciale e clinica o decisionale.
“Generale”. Si occupa dei principi fondanti, dei valori e delle fonti documentarie (Diritto internazionale, legislazione, deontologia...).

“Speciale”. Analizza le questioni problematiche dell’umano: dall’ ingegneria genetica all’aborto, dall’eutanasia alle sperimentazioni cliniche, dall’intelligenza artificiale al transumano e post-umano...

“Clinica o decisionale”. Esamina il caso clinico concreto, i valori in gioco e i comportamenti da assumere per salvaguardarli.

2.3.METODO

Nella discussione dei casi clinici è essenziale l’applicazione di una metodologia per comprendere la situazione e identificare gli aspetti etici, confrontando i fatti con i valori di riferimento. Inoltre, una prassi adeguatamente definita, è la base per la discussione proficua tra discipline e opinioni eterogenee.

Esponiamo due schemi.

PROTOCOLLO DI BOCHUM⁴⁵ PER L’ETICA NELLA PRATICA MEDICA

1.”Identificazione dei dati medico-scientifici” attraverso l’esame degli elementi riguardanti la diagnosi, la prognosi e il futuro prospettato per il paziente. La conoscenza di questi elementi risponde all’interrogativo: “sulla base del referto medico-scientifico, qual è il trattamento ottimale per questo malato?”.

2.”Identificazione dei dati medico-etici” ponendo attenzione al benessere del paziente, alle sue decisioni e contemporaneamente alle responsabilità del medico, rispondendo al quesito: “sulla base del referto medico-etico qual è il trattamento ottimale per questo malato?”.

3.”Decisione del trattamento” verificando i valori in gioco riferendosi al referto medico-scientifico e a quello medico-etico. Alcune domande per agevolare la risoluzione. Quali dati scientifici e principi etici sono coinvolti? Quali potrebbero essere le decisioni se sussistono conflitti tra referto medico-scientifico e medico-etico? Quali scelte sono più appropriate valutando i valori del paziente?

4.”Valutazione etica di casi particolari: questioni supplementari”, poiché nel Protocollo si evidenziano anche le problematiche riguardanti i pazienti lungodegenti e alcuni casi di ampia rilevanza sociale⁴⁶.

UNA METODOLOGIA IN CINQUE PUNTI

1.”Esaminare” 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.”Predisporre” un piano di azione.

5.”Giudicare” i risultati.

Commenteremo i cinque punti analizzando due casi clinici.

⁴⁵ Il Protocollo fu redatto dal “Gruppo di Lavoro Interdisciplinare” del Centro di Etica Medica dell’Università di Bochum in Germania.

⁴⁶ Versione integrale del Protocollo di Bochum: cfr. S. LEONE - S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica*, EDB-ISB, Acireale, (Ct) 1994, pp. 780-782.

1° CASO CLINICO

E' diagnosticata una sieropositività all'HIV e il malato supplica il medico di non comunicarla al coniuge/partner. Quale atteggiamento deve assumere il medico?

2° CASO CLINICO⁴⁷

Una donna di 80 anni sofferente di lancinanti dolori addominali è ricoverata in un pronto soccorso. Terminata la visita, il primario chirurgo ordina alla caposala di predisporre la paziente per l'intervento essendoci un'occlusione intestinale. L'anziana malata, mentalmente lucida, rifiuta l'intervento. La caposala avverte il chirurgo che persevera nella sua decisione. La caposala interpella il marito della paziente e apprende che la motivazione del rifiuto è la "paura dell'anestesia", poiché una sorella della moglie era morta recentemente nel corso di un intervento chirurgico. La caposala ottiene dalla paziente il consenso all'esame elettrocardiografico, e il cardiologo rassicura l'anziana delle discrete condizioni del suo cuore. La paziente, quindi, approva l'intervento.

1. La situazione clinica l'abbiamo descritta in precedenza.

2. Valutare i principi etici coinvolti.

Principi etici del primo caso clinico.

"Principio di fedeltà e segreto professionale". Proibiscono al medico di comunicare a terzi le condizioni psico-fisiche del paziente senza il suo consenso.

"Principio di autonomia". Essendo il soggetto responsabile del proprio futuro, divulgare la sieropositività potrebbe penalizzarlo. Ma, contemporaneamente, il medico non è tenuto ad assumere un comportamento che non condivide.

"Principio di beneficenza. Il malato smarrendo la fiducia nel suo medico si ritroverebbe isolato.

"Principio di socialità". Impone la tutela dell' "innocente". Qui, per innocente, ci riferiamo alla famiglia del malato e al rischio di un eventuale contagio.

Principi etici del secondo caso clinico.

"Principio di autonomia". L'anziana paziente, psicologicamente cosciente e responsabile, può accettare o rifiutare l'intervento chirurgico.

"Principio di beneficenza". Il chirurgo e la caposala devono agire per il "massimo bene del paziente". L'intervento chirurgico, urgente, è 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 con il rischio di pregiudicare la salute della donna? Due le possibili soluzioni: la comunicazione effettuata dal malato indotto dal medico, oppure l'intervento diretto del sanitario.

Il bioeticista P. Cattorini, ad esempio, sostiene la possibilità di informare la partner a determinate condizioni. "1. Limitazione della rivelazione alla persona del coniuge

⁴⁷ Il caso è preso dal testo: *L'etica al letto del malato*, op. cit., pp. 58-64.

convivente, ove il medico può avere una ragionevole certezza che l'infetto 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 comportamentali che il medico deve saper consigliare, seguire nel tempo e sostenere⁴⁸.

Per quanto riguarda il secondo caso clinico, il primario e la caposala, potevano scegliere fra tre opzioni.

1. Riconoscere l'autonomia della paziente che sollecitava le dimissioni.
2. Ignorare la volontà della malata procedendo all'intervento.
3. Indagare i motivi del rifiuto della paziente modificando sue eventuali opinioni errate.

4. Scegliere il piano di azione.

Per quanto riguarda il primo caso clinico, pur non conoscendone la conclusione, riteniamo che il medico di fronte al persistente rifiuto del paziente sia intervenuto con cautela comunicando alla donna la patologia del partner.

Per quanto riguarda il secondo caso clinico, la caposala indagando sul motivo del rifiuto e sfruttando il 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 adottare in futuro.

Quelli proposti sono schemi operativi che offrono delle indicazioni per evitare decisioni errate o dannose poiché un'azione può prevedere più sbocchi. Ovviamente, i casi clinici esaminati, hanno una valenza unicamente metodologica entrando in gioco, in ogni situazione, molteplici possibilità e importanti variabili. Per questo è impossibile stilare un "prontuario operativo" da utilizzare nelle varie circostanze; è importante, invece, sapere "perché" e "come" comportarsi in una determinata situazione.

⁴⁸P. CATTORINI, *Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, in AA. VV., *AIDS e segretezza professionale*, in *Quaderno del Centro Internazionale Studi e Ricerche sui problemi etici, giuridici e medico-legali relativi all'AIDS*, Liviana, Padova 1989, p. 69.

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 le epoche precedenti.

Oggi, nel contesto societario "plurale", sono presenti alcuni modelli etici che si differenziano nel valutare il senso della vita umana e influiscono anche le scelte bioetiche.

Quattro i modelli principali.

2.4.1. MODELLO SOGGETTIVISTA O LIBERALISTA

La visione soggettivista, riferimento di alcune 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. Stevenson, l'esistenzialismo nichilista di J.P. Sartre e il libertarismo di H. Marcuse, esaspera il principio di autonomia esaltando la libertà individuale interpretata come un valore assoluto, svincolata dalla legge naturale e dalle normative etico-morale ritenute oppressive e repressive.

Il modello propone come legittimo unicamente ciò che è liberamente 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"⁴⁹. Dunque, per Sartre, l'uomo esercita una libertà che si concretizza unicamente nella sua scelta anche se sprovvista di un retroterra metafisico. Ma, la decantazione della libertà individuale, disgiunta dal fondamento metafisico, o si autodistrugge o si trasforma in strumento di lotta in cui potrebbe prevalere "la legge del più forte" come insegnava F. Nietzsche che valutava l'io soggettivo "una favola, una finzione, un gioco di parole"⁵⁰.

Quindi, il soggettivismo, che consiste in uno spontaneismo etico e morale, concepisce la libertà come totale affermazione di sé e reclama il diritto della persona a non essere ostacolata 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 poiché, esaltando i diritti soggettivi, omette 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 di 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

⁴⁹ J. P. SARTRE, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano 1975, p. 535.

⁵⁰ F. NIETZSCHE, *Crepuscolo degli idoli*, Mondadori, Milano 1975, p. 72.

l'umanità"⁵¹. Rammentava il filosofo J. F. Malherbe, riferendosi all'esercizio della libertà come autonomia: "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"⁵². Il problema centrale, dunque, non è l'affermazione o la negazione della libertà ma il "bene etico" che orienta la libertà nei confronti della dimensione umana globale. Non si nota, ad esempio, che il dovere del rispetto della vita nascente precede il diritto alla libertà, scordando che per "essere liberi" è indispensabile "essere vivi". 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 che provoca vari interrogativi nella pratica clinica, oggi è assai affascinante e talora anche prevalente. Applicato alla sanità significa che quando la vita fragile e vulnerabile, turba i propri equilibri, la soppressione è stimata legittima e anche "una scelta di libertà".

2.4.2. MODELLO SOCIOLOGICO-UTILITARISTA

Il modello che ha le 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 in base alle conseguenze prodotte. Bentham, riferendosi agli "stati mentali", aggiunse inoltre che le conseguenze generate da un'azione devono coincidere con il piacere; per questo affermava che "la virtù è ciò che massimizza i piaceri e minimizza i dolori"⁵³. Pertanto, la persona, sembra caratterizzata, non dall'esercizio della razionalità ma dalla ricerca del piacere e dall'appagamento dei desideri.

Il modello, rispetto al precedente, compie il passaggio dall'individualismo al soggettivismo della maggioranza. Utilizza come regola di giudizio la singola azione giudicata prevalentemente sul rapporto costo-beneficio, oppure il vantaggio derivante al maggior numero d'individui. Ciò potrebbe comportare anche il sacrificio del bene del singolo a favore di quello della collettività. Da questo modello, scaturisce ad esempio, il concetto di "qualità della vita" dal quale i Paesi Anglosassoni hanno elaborato "l'Analisi Costi/Benefici" (ACB) e la "Quality-Adjusted Life Years" (QALY) per assegnare le risorse sanitarie, definire gli interventi diagnostici e terapeutici e chi ne ha diritto.

Immediatamente, si avverte la nocività 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 dell'assistenza e quindi avviati alla morte, essendo "troppo onerosi" per la collettività. Le esistenze dell'anziano non autosufficiente, del demente, del malato terminale o in stato

⁵¹ T. DE QUINCEY, *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant*, Adelphi, Milano 1983, p. 69.

⁵² 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, p. 44.

⁵³ J. BENTHAM, *Deontologia e scienza della moralità*, pubblicato postumo nel 1834.

di veglia non responsiva sarebbero giudicate “inaccettabili” per i costi sociali e perché il soggetto è inabile a “soddisfare il piacere”. Quale risposta al principio machiavellico del “fine che giustifica i mezzi”, il modello scova terreno fertile nelle culture di relativismo morale, di utilitarismo e di edonismo, rinnegando totalmente il significato della sofferenza. E’ il prevalere della sensazione rispetto alla ragione!

L’utilitarismo, potrebbe manifestarsi anche nella ricerca bio-medica, mascherato dalla nozione di “beneficio sociale”. Ad esempio, lo psichiatra L. Eisenberg, affermava che “promuovere l’eccellenza della ricerca medica è nel pubblico interesse”⁵⁴, 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”⁵⁵. In altri termini, i danni arrecati alla società dal rallentamento della ricerca causati anche dalla verifica degli aspetti etici e di sicurezza, sono molto maggiori dei possibili inconvenienti ai soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche. In questa prospettiva, ogni studio sull’uomo, è giustificato dai benefici che potrebbe garantire alla società di oggi e di domani.

2.4.3. MODELLO SCIENTISTA-TECNOLOGICO

Derivante dalla teoria evoluzionista di C. Darwin, dal sociologo M. Weber e dal sociobiologismo di H.J. Heisenk e di E.O. Wilson, lo scientismo è il modello della manipolazione dell’uomo. All’interrogativo: “Ciò che è tecnicamente attuabile è anche moralmente lecito?”, il modello risponde positivamente, essendo quella scientifica l’unica realtà verificabile e dimostrabile empiricamente mentre l’etica, come pure il diritto, sono solo espressioni culturali modificabili nelle varie epoche⁵⁶. Pertanto di fronte all’evoluzione scientifica e biologica, i valori si devono adeguare senza porre limite alla ricerca e alla scienza essendo tutto in divenire. In questo modello si sostituisce “la verità” con “l’attualità”, sostenendo che la normativa è determinata dalla cultura relativa e mutevole dell’epoca, non essendoci principi etici assoluti e perenni.

Lo scientismo, limitando l’etica a posizioni superate, o a elementi 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 riconoscendo le difficoltà di molti nel superare le tentazioni d’intervenire nel “gioco del caso”, imponendo regole non sempre dettate da finalità buone, dove il coinvolgimento degli esseri umani è ritenuto unicamente un “passo necessario”. Non scordiamoci che accanto a scienziati guidati nella ricerca dal bene comune, ne troviamo altri,

⁵⁴ L. EISENBERG, *The social imperatives of medical research*, in *Science* 198 (1977) p. 516.

⁵⁵ *The social imperatives of medical research*, op. cit., p. 517.

⁵⁶ Ad esempio, il biologo francese J.L. Monod, premio Nobel per la Medicina nel 1965, affermò che l’unica conoscenza vera e oggettiva è quella scientifica; di conseguenza si ha il diritto di ignorare i valori morali (Cfr. J.L. MONOD, *Per un’etica della conoscenza*, Bollati Boringhieri, Torino 1990).

anche accreditati, che realizzano il loro desiderio d'onnipotenza sulle angosce, sulle sofferenze e sulle speranze di molti malati.

2.4.4. MODELLO PERSONALISTA

La "centralità dell'uomo" come valore assoluto, e di conseguenza, "l'approccio integrale" alla persona sono le basi del 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 le correnti 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 pone l'accento sull'importante ruolo della coscienza soggettiva nell'interpretazione della realtà.

Il "Personalismo Ontologico" di E. Mounier, di J. Maritain e di A. Rosmini che pongono 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"⁵⁷.

"Il personalismo - scriveva Mounier - è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità"⁵⁸. "Uomo", recepito come "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 a un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona"⁵⁹. Quello di Mounier è anche un personalismo comunitario. Nel suo pensiero la persona non è un'entità giuridica da proteggere nei confronti della collettività, ma un soggetto impregnato fin dalla nascita in una comunità.

Il concetto di personalismo fu approfondito anche 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"⁶⁰. E ampliando il discorso 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"⁶¹. In altre parole, per Maritain, era sostanziale che i valori morali, etici e religiosi reggessero lo Stato e i principali

⁵⁷ <http://www.portaledibioetica.it/documenti/000576/000576.htm>

⁵⁸ E. MOUNIER, *Il Rinascimento*, in *Esprit* 1 (1932) p. 12.

⁵⁹ E. MOUNIER, *Le personalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1950, p. 53.

⁶⁰ J. MARITAIN, *Umanesimo integrale*, Borla, Torino 2002, p. 40.

⁶¹ J. MARITAIN, *L'educazione al bivio*, La Scuola, Brescia 1963, p. 114.

settori societari. Assenti questi, i fragili e i vulnerabili, rischiano, come avviene anche oggi in alcune circostanze, di divenire oggetti di sopruso o di violenza. Maritain, con quest' affermazione, ci interroga su una problematica attuale: il reale rispetto dei diritti umani, in particolare quelli riguardanti la vita umana, fondanti per ogni civiltà.

Dunque, per il modello personalista ontologico, "la dignità" è il fattore costitutivo della persona, per questo un valore da rispettare pienamente in tutte le fasi dell'esistenza; dal concepimento alla morte naturale. La dignità, inoltre, è un principio universale e il vincolo che unifica tutti gli esseri umani. Tommaso d'Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta "l'essere più perfetto della natura"⁶²; perciò, ledendola o nuocendola, s'infligge una ferita alla società nella sua totalità. Uno stato o una nazione hanno origine dall'uomo e sono al suo servizio; di conseguenza, la difesa del valore primario e inalienabile dell'individuo, è il presupposto di ogni autentico progresso!

2.5.FORMAZIONE BIOETICA

Nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), mostrava "la bioetica" un argomento rilevante sia per la sanità che per la società, anche se complesso a livello "di principio" e a livello "di fatto"⁶³. A livello di "principio" per la pluralità di visioni etico-antropologiche che faticano a riconoscere riferimenti condivisi. A livello "di fatto" essendo la bioetica una disciplina "giovane".

Quattro erano i target indicati dal Comitato: studenti in scienze sanitarie, operatori sanitari e amministrativi della sanità, società civile, sperimentatori e ricercatori, componenti dei Comitati Etici.

Per quanto riguarda gli studenti e gli operatori sanitari e amministrativi, cioè chi opera direttamente in sanità, la formazione bioetica deve comportare la promozione di dibattiti, di seminari e di corsi sulle tematiche assistenziali con l'obiettivo di migliorare "la coscienza etica", suppiando le lacune dell'istruzione universitaria e specialistica. Con l'obbligatorietà dell' Educazione Continua in Medicina (ECM), riteniamo che ogni operatore sanitario, progettando il suo percorso triennale, abbia il dovere deontologico e professionale di riservare il 25% della sua formazione alla bioetica. Ma, l'impegno formativo, deve coinvolgere anche chi svolge mansioni organizzative e amministrative: "Il problema della formazione nel sistema sanitario non può essere ridotta alla pur rilevatissima e preminente dimensione della formazione del personale sanitario"⁶⁴.

Quali metodologie applicare? Il citato Parere del CNB e molteplici esperti indicano tre passaggi: il sapere (piano teorico-cognitivo), il saper fare (piano pratico-applicativo) e il saper essere (piano valoriale e virtuoso). Ciò significa che l'etica e la bioetica, e più in generale le cosiddette Scienze Umane, richiedono nell'insegnamento di oltrepassare la trasmissione di nozioni teoriche per educare alla solidarietà nei confronti dei malati e alla responsabilità etica nell'azione terapeutica. L'educazione etica deve proporre valori, ideali e significati da

⁶² *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

⁶³ Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 1981.

⁶⁴ *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., p. 10.

interiorizzare che sollecitino degli interrogativi: “come mi devo comportare?”⁶⁵, “che cosa attende da me il malato?”. E’ questa la proposta dell’ “etica della cura”⁶⁶ e dell’ “etica delle virtù”⁶⁷; oltrepassare l’apprendimento nozionistico per raggiungere l’adesione personale e comportamentale. Da non scordare, infine, un’attenzione specifica nell’individualizzazione dei docenti, che dovranno possedere abilità non unicamente teoriche e comunicative ma pure l’abilità di trasmettere, con il loro stile di vita, la coerenza fra i valori proclamati e la pratica clinica quotidiana.

Il secondo target è la società civile da coinvolgere con eventi riguardanti l’educazione alla cultura della vita e della salute e promuovendo comportamenti preventivi. Ad esempio, nel 2001, il Comitato Nazionale per la Bioetica, propose sul territorio la formazione all’ “interculturalità bioetica”: “Affinché prendano forma 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”⁶⁸.

Ugualmente gli scienziati e gli sperimentatori, dovrebbero avvertire il desiderio della formazione bioetica, sempre basilare nel loro campo d’azione.

Il quarto target sono i componenti dei Comitati Etici⁶⁹ che necessitano conoscenze che oltrepassino la disciplina specifica di competenza. Non tutti, infatti, padroneggiano di pertinenti competenze etiche, nonostante ognuno possieda una propria visione etica della vita e della cura. La formazione configura un linguaggio comune che favorisce il confronto e un giudizio unitario.

3. Altre definizioni

3.1. LEGGE MORALE NATURALE

Molteplici sono le leggi che si riferiscono alla vita dell’uomo. Tra queste è presente “la legge morale naturale” che specifica le modalità per agire in conformità alla propria natura d’individuo, immagine di Dio. Così l’ha definita san Tommaso d’Aquino: “Participatio legis aeternae in razionali creatura” (“La legge naturale è partecipazione della legge eterna nella creatura razionale”)⁷⁰. 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” (1954). Per questo, “la legge è chiamata naturale non in rapporto alla natura degli esseri irrazionali, ma perché

⁶⁵ “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., p. 23).

⁶⁶ Cfr. A.L. CARSE, *The “voice of care”*: implications for bioethical education, in *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991) pp. 5-28; W.T. REICH, *Il nuovo paradigma bioetico basato sull’esperienza*, in *Vent’anni di bioetica*, op.cit., pp. 169-190.

⁶⁷ Cfr. T.D. EISELE, *Must virtue be taught?*, in *Journal of Legal Education* 37 (1989) pp. 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.

⁶⁸ Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica interculturale*, Roma 2001, p. 18.

⁶⁹ Le sperimentazioni cliniche e i Comitati Etici saranno trattati nel capitolo 16 di questo Manuale.

⁷⁰ *Summa Theologiae*, op. cit, I-II, q.91, a.2.

la ragione che la promulga è propria della natura umana” (1955). Ammonì 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 malvagi⁷¹. E, Maritain, affermava che è lo spartiacque “tra ciò che è conforme e ciò che non è conforme ai fini dell’essenza umana”⁷². Di conseguenza, poiché iscritta nella natura razionale della persona, s’impone a ogni uomo⁷³, è universale nei suoi precetti e costituisce “il fondamento necessario alla legge civile”⁷⁴. Queste idee furono riassunte da Papa Benedetto XVI il 5 ottobre 2007 nel discorso 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 a 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”⁷⁵.

La legge morale naturale possiede due caratteristiche: la teonomia e l’autonomia.

La “teonomia” mostra che l’uomo non è l’ideatore di questa legge ma la scopre iscritta nel suo cuore essendo Dio l’autore. “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”⁷⁶.

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 e, nel contesto cristiano, queste due caratteristiche, non possono prescindere da Dio e dalla visione di uomo aperto all’Assoluto che riscontra 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*”, afferma che da un lato la ragione umana ha un ruolo attivo nel “rinvenimento e nell’applicazione della legge morale poiché la vita morale esige la creatività e l’ingegnosità proprie della persona, sorgente e causa dei suoi atti deliberati”⁷⁷, e dall’altro la ragione trae la sua verità e la sua autorità “dalla legge eterna, che non è altro che la sapienza divina”⁷⁸. Più semplicemente possiamo

⁷¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Veritatis splendor*, Città del Vaticano 1983, n. 81.

⁷² J. MARITAIN, *Nove lezioni sulla legge naturale*, Jaka Book, Milano 1985, p. 46.

⁷³ Cfr. *Veritatis splendor*, op. cit., n. 53.

⁷⁴ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1959

⁷⁵ BENEDETTO XVI, *Discorso ai Componenti della Commissione Teologica Internazionale*, 5 ottobre 2007.

⁷⁶ CONCILIO VATICANO II, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, Città del Vaticano 1965, n. 16.

⁷⁷ *Veritatis splendor*, op. cit., n. 40.

⁷⁸ *Veritatis splendor*, op. cit., n. 40.

definire la legge morale naturale il discernimento tra il bene e il male, e l'inclinazione a operare virtuosamente ripudiando il negativo presente nella natura umana; 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"⁷⁹.

La legge morale naturale s'interseca anche con quelle civili che obbligano la persona a determinate azioni e comportamenti poiché 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". Quindi, proseguì Benedetto XVI, oggi, molti a causa della crisi della metafisica e dell'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'esercizio esclusivamente edonistico della sessualità.

La nostra disamina si complica dovendo riferirci a molteplici visuali storiche e a parecchie opinioni contrastanti sulla 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 all'assoluto rispetto della sua unitotalità somatica-psichica-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. Per questo, secondo Benedetto XVI, "la legge naturale diventa la vera garanzia offerta a ognuno per vivere libero e

⁷⁹ E. CHIAVACCI, *Teologia morale I. Morale Generale*, Cittadella, Assisi 1983, p. 164.

rispettato nella sua dignità, e difeso da ogni manipolazione ideologica e da ogni arbitrio e sopruso del più forte". Ma tutto ciò che riguarda la legge morale naturale, spesso, è poco onorato dalle leggi civili, in primo luogo nelle argomentazioni bioetiche.

Strettamente congiunti alla legge morale naturale sono il "dovere" e la "volontà" essendo le caratteristiche che rendono un atto umano. Il "dovere" unisce la tensione tra ciò che siamo e ciò che dovremmo essere, mentre la "volontà" è il collante. Ricordava il poeta Ovidio: "Video meliora proboque deteriora tamen sequor"⁸⁰ ("Vedo il meglio e l'approvo, ma seguo il peggio") e gli fece eco sant'Agostino: "L'uomo vede quello che esige la rettitudine delle azioni e lo vuole e non riesce a farlo"⁸¹.

Infine, l'uomo, apprende la "lex naturale" dalla ragione e la "lex civile" dalla promulgazione delle varie normative.

3.2. BIOTECNOLOGIE

Sulle biotecnologie, ogni giorno, ci poniamo degli interrogativi. Cosa servono? Sono dannose per l'uomo e per l'animale? Cosa sono gli OGM (Organismo Geneticamente Modificato)? Come sono coltivati i prodotti con organismi geneticamente modificabili? Contribuiranno a ridurre la fame nel mondo? Queste, e altre domande, mostrano che le biotecnologie riguardano molteplici settori: dall'ambiente alla salute, 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"⁸². Dunque, le biotecnologie, sono le tecnologie che si avvalgono di organismi viventi, o parti di essi, per produrre beni o servizi. Esistono da sempre, ma solo negli ultimi decenni sono particolarmente visibili.

Due tipologie: le tradizionali e le avanzate.

Le "tradizionali" rimandano alle tecniche utilizzate nell'antichità per produrre bevande o 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 e 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 gli animali domestici più idonei alle loro esigenze.

Le "avanzate" sono quelle che modificano le strutture di animali o di piante per ottenere inediti genotipi con caratteristiche vantaggiose⁸³.

Le biotecnologie coinvolgono prevalentemente alcuni settori.

"Medicina": terapie genetiche, vaccini, cellule staminali, anticorpi...

"Animali transgenici": galline che partoriscono solo femmine per avere più uova, mucche con una prole unicamente maschile essendo più vantaggiosa, capre-ragno che con l'inserimento nel DNA di una capra di un gene di ragno produce un

⁸⁰ OVIDIO, *Metamorfosi* (a cura di P. O. Nasone), Utet, Torino 2013, p. 202.

⁸¹ SANT' AGOSTINO, *De Gratia et libero arbitrio - La grazia e il libero arbitrio*, Editrice Domenicana Italia, Bologna 2016, p. 67.

⁸² J.E. SMITH, *Biotecnologie*, Zanichelli, Bologna 1998, p. 2.

⁸³ L'argomento sarà approfondito nel capitolo 22 di questo Manuale.

filo di straordinaria resistenza usufruibile nella produzione di giubbotti antiproiettile⁸⁴.

“Ambiente”: smaltimento dei rifiuti, depurazione delle acque, disinfestazione da parassiti...

“Agricoltura”: progettando piante, frutti e verdure con capacità di produzione superiore alle tradizionali ed idonee ad adeguarsi a condizioni ambientali sfavorevoli. Ad esempio, nella coltivazione delle fragole, s’immette un gene di pesce artico rendendole idonee al freddo oppure, nelle barbabietole, accrescendo il dolcificante e riducendo l’apporto calorico.

Ebbene, le biotecnologie, consentono di selezionare “tra le varianti” quelle più redditizie, oppure di crearle, concretizzando quel potere sulla natura e sugli animali che il genio d’illustri scrittori sognavano e paventavano. Da quanto affermato, constatiamo che l’argomento ci interpella, infatti i cibi che consumiamo, dai biscotti alle patatine fritte, dai gelati non sfusi alle pizze surgelate, conterranno sempre di più organismi geneticamente modificati. E, il dibattito, tra i favorevoli ai prodotti OGM e i contrari non si placa, poiché i primi reputano questi alimenti affidabili, anzi maggiormente nutritivi, i secondi li giudicano in parte tossici e responsabili della diffusione di allergie e della riduzione delle difese immunitarie. Di fronte a scetticismi e a perplessità, alcuni Paesi, hanno adottato delle limitazioni sulle coltivazioni e l’obbligo dell’ etichettatura, garanzia di trasparenza.

Il settore biotecnologico implica quesiti etici riguardanti l’azione dell’uomo sui processi della natura a livello di strutture e di meccanismi responsabili dell’equilibrio biologico ed ecologico del pianeta, cioè “gli ecosistemi”, come pure rimane problematica la scarsa conoscenza delle conseguenze dell’immissione di prodotti innovativi nell’atmosfera. 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, la sola legittimazione etica alla ricerca biotecnologica potrà essere accordata evidenziando la finalità: il progresso umano e sociale. Ciò annienterà ogni atteggiamento prometeico e la tentazione dell’ atteggiarsi da “eritis sicut Dii” (“Dio sa che quando voi ne mangiaste, si aprirebbero i vostri occhi e diventereste come Dio, conoscendo il bene e il male” - Gen. 3,5).

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 inventato dallo storico francese G. Bataille (1897-1962), uno dei fondatori del “Collège de Sociologie” di Parigi, ma solo negli anni ’70 del XX secolo ebbe risonanza, riutilizzato 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

⁸⁴ Cfr. <http://www.ecoblog.it/post/14397/la-capra-rag-no-che-produce-latte-di-seta>

popolazione: salute, igiene, natalità, longevità, razze...”⁸⁵. Osservando il suo periodo storico, il filosofo, individuò nella “biopolitica” il nucleo dell'esercizio del potere da applicarsi nella società e sull'uomo, compresi i processi esistenziali e le attività del corpo. Dunque, la biopolitica, è una dimensione del governo che condiziona un popolo negli aspetti societari e personali, compresa la vita e la salute, muovendosi dal presupposto che alcuni problemi bioetici investono anche la competenza politica e l'interesse generale della società. La biopolitica, impone che l'autorità vigili il corpo nella nascita, nel corso dell'esistenza e nel termine della vita. E' l'irruzione dello Stato nelle sfere personali e private del cittadino!

Sempre maggiormente, la biopolitica, si materializza in molteplici situazioni: dall'interruzione volontaria della gravidanza alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, dalla selezione eugenetica al suicidio assistito, dal testamento biologico all'eutanasia. Esempio illuminante fu la gestione della vicenda di Eluana Englaro, la giovane donna di Lecco che visse per oltre diciotto anni in uno stato di veglia non responsiva alla quale fu chiuso il sondino che gli consentiva di nutrirsi e di idratarsi. Il “Governo” (Potere Esecutivo), intervenne con un “Disegno di Legge” per vietare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale ai malati in stato di veglia non responsiva. 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). I “tre poteri dello Stato” divennero “i padroni” della vita di Eluana Englaro! Ma anche oggi, come abbiamo potuto constatare con la depenalizzazione parziale del suicidio assistito, è in corso uno scontro biopolitico sui contenuti bioetici, come pure notiamo l'ingerenza di organismi “amministrativi” o “giudiziari” con interventi inappropriati. Quindi, concordiamo con A. Morresi, che di fronte al caso Englaro sostenne: “Brutto segnale se a decidere sulle questioni eticamente sensibili - quelle su vita e morte - sono i tribunali. Vuol dire che c'è un grave conflitto in corso, e che la politica deve intervenire con urgenza: solo chi rappresenta la volontà popolare infatti è legittimato a stabilire le regole del vivere comune, a maggior ragione su queste delicatissime tematiche”⁸⁶.

Dobbiamo porre la massima attenzione all'evoluzione biopolitica affinché non svuoti delle rilevanze antropologiche la vita dell'uomo che è un bene soggettivo rispetto alla politica, sopravvalutando erroneamente il principio di autodeterminazione, le libertà individuali o negando il significato della fragilità. E' quindi irrimandabile, ristabilire il naturale ed equilibrato rapporto tra biopolitica, bioetica e biodiritto affinché la persona sofferente sia supportata, senza condizionamenti, fino al termine della sua esistenza.

Un'ultima osservazione come completamento di una precedente. Di fronte alle decisioni bioetiche è sufficiente il consenso 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

⁸⁵ M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 261.

⁸⁶ A. MORRESI, *Il Tar “condanna” la Lombardia, 194, due pesi e due misure*, in *Avvenire.it*, 4 gennaio 2011.

individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere”⁸⁷. 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 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 affermava la centralità del popolo e della sua volontà nell’agire virtuosamente; in questa prospettiva la legge assumeva un’importanza secondaria. Ma ciò è attuabile oggi in un contesto multiculturale e multietnico, caratterizzato da rilevanti differenziazioni etiche, sociologiche, culturali e religiose?

⁸⁷ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 71.