

CAPITOLO 3 – EVIDENZE ETICHE. COME AGIRE NEL MAGGIORE INTERESSE DEL PAZIENTE?

Introduzione

Ogni professione deve onorare, anche nelle società post-moderne, le norme etiche. Il teologo H. Kung ritiene questa una necessità impellente e irrimandabile. Afferma: “L’etica che nella modernità era considerata in misura crescente come una questione privata, nella post-modernità – per il bene dell’uomo e la sopravvivenza dell’umanità – deve tornare ad essere un’ esigenza pubblica di primaria importanza perché l’umanità post moderna richiede valori, fini e ideali”¹. Nella medicina, in particolare, le conoscenze etiche sono irrinunciabili e dovrebbero incrementarsi in proporzione allo svilupparsi delle potenzialità tecnologiche e alla comparsa di scenari inediti. Dunque, “là dove ci sono decisioni da prendere, riflessioni da fare, libertà da coinvolgere, c’è etica e - nel mondo della sanità - la bioetica che riguarda tutti coloro che intervengono in questo settore: professionisti, amministratori, sanitari, ausiliari, pazienti e parenti”².

1. Etica

1.1. DEFINIZIONE

L’etica, secondo i bioeticisti statunitensi E. Pellegrino e D.C. Thomasma, “nacque come disciplina formale quando i Sofisti e Socrate per la prima volta misero in dubbio i presupposti sul buono e sul giusto nella vita politica e sociale”³. Ma, anche dopo centinaia di anni da quanto questo termine fu coniato, definire cos’è l’etica come pure, vedremo inseguito, la bioetica è alquanto complesso. Noi proponiamo come riteniamo, poiché riteniamo che abbia solidità e completezza, quella che Aristotele presenta nell’opera “Etica Nicomachea”. Per il filosofo, “l’etica è quella branca della filosofia che studia la condotta degli esseri umani e i criteri in base ai quali valutare i comportamenti e le scelte”⁴. E, il termine “etica”, conferma l’intuizione di Aristotele poiché etica ha origine dal vocabolo greco ἔθος (ethos) che indica il comportamento, il costume, la consuetudine. Quindi, ampliando la definizione dell’antico filosofo, affermiamo che l’etica è quella disciplina che guida il “comportamento” di un popolo composto da persone, responsabili e consapevoli, ossia in grado di intendere e di volere. Con il trascorrere del tempo, questa disciplina, fu suddivisa in due segmenti: etica speculativa e etica pratica.

-L’ etica “speculativa” (o descrittiva) analizza, descrive e commenta le motivazioni che stanno alla base dei comportamenti umani o delle consuetudini

¹ H. KUNG, *Progetto per un’etica mondiale*, (1990), trad. it. di G. MORETTO, Rizzoli, Milano 1991, pg. 23.

² G. DURANT, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Fides, Québec 1999, pg. 469.

³ E. PELLEGRINO – D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1981, pg. 56.

⁴ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, vol. 1, cap. 1, 1103a, pg. 14.

di un gruppo o di un evento, ponendosi l'interrogativo: "quali principi o valori morali sono coinvolti in questo evento o in questa condotta?".

-L'etica "pratica" (o normativa) identifica la liceità di un comportamento o atteggiamento e risponde alla domanda: "quale comportamento/atteggiamento devo assumere?", e nel settore sanitario, "come devo agire nel maggiore interesse del malato?".

L'etica pratica, a sua volta, si articola in "fondamentale" e in "speciale".

-“Fondamentale” quando indica principi, valori e norme cui attenersi in qualunque situazione e circostanza.

-“Speciale” quando si interessa dei vari settori societari, esprimendo un'etica familiare, sessuale, economica, politica e sanitaria... In questo contesto, l'etica, assume la dicitura di "etica professionale", poiché esamina principi, valori e norme che coinvolgono l'esercizio di una particolare professione.

Per Aristotele, l'etica, è una "branca della filosofia". Noi condividiamo questo, convinti che l'approccio filosofico è l'appropriata ossatura dell'etica ma associamo anche l'appellativo di "scientificità" in relazione al suo fondamento argomentativo incardinato sulla "filosofia dell'essere". Va notato, però, che 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 e sulla dignità e sacralità della vita sarà impossibile costruire una scienza che acconsenta di definire la distinzione tra bene e male o di comprendere la bontà di un comportamento e la giustizia nel compierlo. Per questo, proporremo come modello, "l'etica delle virtù".

Scorrettamente interpretata, l'etica, suscita atteggiamenti di rifiuto essendo giudicata limitativa o proibizionista dell'evolversi della scienza e della tecnica, oppure è avvertita una minaccia alla propria libertà e alla propria autonomia. Interpretazioni, secondo noi, erronee poiché l'etica pur essendo una scienza è contemporaneamente anche un' esigenza dell'uomo e della sua coscienza per evitare i vari condizionamenti che la medicina e la scienza degli ultimi decenni, velatamente propongono. Chiarificatore è questo richiamo di san Giovanni Paolo II: "Nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, essi (cioè gli operatori sanitari) possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazione della vita o addirittura in operatori di morte. Di fronte a tale tentazione la loro responsabilità è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità"⁵.

1.2.ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA

⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 89.

Nel passato i dilemmi etici connessi alla medicina erano risolti applicando alcune regole tradizionali e condivise. Con il trascorrere del tempo questi si presentarono sempre più complessi e svincolati da “precedenti” cui riferirsi, ed accompagnati, a volte, da drammatiche urgenze. Inoltre, come ricordano Pellegrino e Thomasma, “siamo astiosamente divisi sui problemi fondamentali della vita umana, come l’aborto, l’eutanasia, il prolungamento della vita, l’uso di tecniche riproduttive. Non siamo più d’accordo sulle questioni più comuni che la tecnologia ci rivolge: chi deve vivere? Chi deve morire? Chi deve decidere? Come?”⁶. Ecco, allora, il rilievo dell’etica professionale che secondo G. Géraud, “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”⁷ che interroga: ciò che è tecnicamente possibile è eticamente ammissibile? Quindi, l’atto medico o infermieristico, nel suo complesso, è ammissibile quando “competenza”, “professionalità” ed “etica” intesa come “conoscenza applicata” a scopi umani si intersecano. L’etica medica, per questo, è particolarmente interessata ai principi e alle decisioni morali nel contesto della ricerca e della pratica clinica. Invita a rispondere, caso per caso, all’interrogativo sulla “permissibilità”. Ciò ha valore per il medico ma anche per l’infermiere professionale, soprattutto da quando questa figura ha acquisito una professionalità autonoma prevalentemente nell’aspetto assistenziale come rammenta il Codice Deontologico del 2019: “L’Infermiere è il professionista sanitario... che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile... Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza” (art. 1). Di conseguenza: “il rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l’esercizio della professione infermieristica” (art. 5).

"La direzione più significativa in cui si è sviluppata l’etica contemporanea è quella che si esprime nel crescente interesse per l’etica delle virtù", ha osservato D. Statman del dipartimento di Filosofia dell’università di Haifa⁸. E noi proveremo ad esaminare l’argomento solo per brevi cenni, ritenendo questa un’eccellente metodologia in sanità.

1.3. ETICA DELLE VIRTÙ

"La direzione più significativa in cui si è sviluppata l’etica contemporanea è quella che si esprime nel crescente interesse per l’etica delle virtù", ha osservato D. Statman del dipartimento di Filosofia dell’università di Haifa⁹. E noi, ritenendo questa un’eccellente metodologia in sanità, esamineremo l’argomento per brevi cenni.

“La virtù” dovrebbe guidare la persona nella quotidianità, nelle sue motivazioni e nelle sue disposizioni nel realizzare obiettivi attraenti, trasferendo l’interrogativo

⁶ E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell’etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1992, pg. 259.

⁷ G. GERAUD, *Itinerario medico-psicologico della vocazione*, Paoline, Roma 1960, pg. 55.

⁸ D. STATMAN (ed.), *Virtue Ethics. A Critical Reader*, Edinburgh 1997, pg. 2.

⁹ *Virtue Ethics. A Critical Reader*, op. cit., pg. 2

che spesso ci poniamo “del che cosa devo fare” al “come devo vivere”. Nel caso specifico della sanità, in base alle finalità della medicina, la domanda è: “come improntare il rapporto con il paziente?”.

L’etica delle virtù, differentemente da altre tipologie etiche che osservano e giudicano dall'esterno, allarga le sue influenze alla vita buona del soggetto (operatore sanitario) e alla formazione della sua personalità individuale e professionale, poichè virtù e vizi definiscono una persona. Questo non significa rinunciare alle proprie predisposizioni ma unicamente plasmarle verso la perfezione, essendo come ricordava Aristotele, la virtù uno “stato del carattere che rende un uomo buono e gli permette di compiere bene la propria opera”¹⁰. Ancora Aristotele: “La virtù porta a buon fine la cosa della quale essa è la perfezione e fa in modo che il lavoro sia compiuto bene”¹¹. Ma, quali elementi caratterizzano l’uomo virtuoso? “Primo, egli deve possedere la conoscenza; secondo, deve scegliere le azioni e sceglierle per loro stesse; terzo, le sue azioni, devono derivare da un carattere deciso e immutabile”¹². E, quali sono per Aristotele le virtù? “Giustizia, coraggio, temperanza, magnanimità, generosità, mitezza, prudenza, saggezza”¹³. Dunque, l’etica delle virtù, è l’itinerario da seguire per operare “per il bene” valorizzando “i piccoli atti quotidiani”: dalla benevolenza alla fiducia, dalla compassione alla prudenza, dall’onestà intellettuale alla competenza. In altre parole è la strada per divenire virtuosi e l’operatore sanitario non può non esserlo. Pur essendo trascorsi centinaia di anni da quando il filosofo greco scrisse queste massime sottoposte all’analisi critica di una moltitudine di studiosi che le hanno riscritte con un linguaggio più moderno, riteniamo che le indicazioni di Aristotele rivestano anche oggi un alto significato valoriale.

Un chiarimento finale: questa modalità che punta sulla moralità personale non nega affatto la rilevanza dell’etica pubblica che però, priva di motivazioni, corre il rischio come ricordato da M. Stocker, di divenire irrilevante¹⁴.

1.4.ALCUNI PRINCIPI ETICI

L’etica ha come riferimento i “principi”!

Illustreremo quelli riguardanti il singolo, e di seguito, quelli che coinvolgono la società, limitandoci ai fondamentali. I nostri punti di riferimento saranno, come affermato nel primo capitolo, la visione personalista ontologica e la prospettiva sanitaria.

PRINCIPIO DI AUTONOMIA (O DI RISPETTO DELLA PERSONA)

E’ fondamentale nella cura e riassumibile nella frase: “onora le libere scelte del tuo paziente evitando indebiti paternalismi o ingerenze”. Di conseguenza, il malato, ha il diritto, in tutte le età e in tutte le fasi della vita, di “disporre di sé stesso”, scegliendo se accogliere o rifiutare l’aiuto offerto dall’esterno. Ma, per decidere, il paziente deve essere adeguatamente informato.

¹⁰ *Etica Nicomachea*, op. cit., vol. 2, cap. 6, 1106a, pg. 13.

¹¹ *Etica Nicomachea*, op. cit., vol. 2, cap. 4, 1105a, pg. 31.

¹² *Etica Nicomachea*, op. cit., vol. 2, cap. 4, 1105a, pg. 33.

¹³ ARISTOTELE, *Retorica*, vol. 2, cap. 3, 956 a, pg. 27.

¹⁴ Cfr.: R. CRISP – M. SLOTE (ed), *Virtue Ethics*, op. cit., pp.66-78.

PRINCIPIO DI BENEFICIENZA (O BENEFICIALITÀ)

Quello di beneficenza racchiude la finalità della professione socio-sanitaria, ribadendo che lo scopo della medicina, e di conseguenza dell'azione dell'operatore sanitario, è promuovere il "bene del paziente", accogliendolo e impegnandosi ad esaudire olisticamente ai suoi bisogni.

PRINCIPIO DI NON MALEFICENZA

Un aforisma latino ribadisce "primum non nocere". Si nuoce al malato arrecandogli danni "intenzionalmente" con azioni dolose, cioè trasgressioni volontarie e coscienti¹⁵, ma anche "involontariamente" per "negligenza", "imprudenza" o "imperizia". "Negligenza" non osservando attentamente un comportamento di prassi; "imprudenza" non utilizzando la dovuta cautela e non assumendo misure precauzionali; "imperizia" dovuta solitamente alla scarsa preparazione professionale o competenza tecnica.

PRINCIPIO DI FEDELITÀ

La fedeltà è un vincolo nell'esercizio della professione sanitaria. Riguarda l'aspetto relazionale e comunicativo e si concretizza nell'osservanza del segreto professionale, nell'accoglienza della singolarità e dei valori dell'altro, nella disponibilità all'ascolto e nell'obiettività nei giudizi.

PRINCIPIO DI TOTALITÀ (O TERAPEUTICO)

Regge "la liceità" della terapia medica e chirurgica rammentando, però, che l'intero non potrà mai essere totalmente sacrificato. Il principio, definito anche "terapeutico", pone alcune condizioni: l'intervento sull'organo malato per salvaguardare la totalità dell'organismo; l'assenza di metodologie alternative; le probabilità elevate di successo; il consenso informato del paziente.

PRINCIPIO DEL DUPLICE EFFETTO

Alcuni procedimenti terapeutici o farmaci possono produrre due effetti; uno positivo e uno negativo. E il principio, memore della massima: "Arreca un danno unicamente se questo produce un beneficio", attesta l'eticità del procedere terapeuticamente e farmacologicamente, intersecando quattro condizioni: l'azione intrapresa deve essere "buona" o "moralmente neutra"; il conseguimento di benefici è l'intenzione primaria; i vantaggi previsti dovranno essere superiori (o uguali) ai danni arrecati; i miglioramenti dovranno verificarsi nel breve periodo.

PRINCIPIO DEL PRIMATO SPIRITUALE

¹⁵ Le più frequenti azioni dolose: inosservanza del segreto professionale (art. 622 c.p.), omissione di referto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della gravidanza (artt. 18 e 19, Legge 22 maggio 1978, n. 194), falsità in atti (artt. 476-493 c.p.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43 Legge 22 dicembre 1975, n. 685), omissione di denuncia obbligatoria (art. 413 c.p.).

Il principio mostra il diritto dell'uomo alla libertà religiosa anche nel periodo della malattia, come riconosciuto dalla "Carta Universale dei Diritti dell'Uomo" delle Nazioni Unite (art. 4), dalla Dichiarazione Finale della "Conferenza sulla Sicurezza e la Cooperazione in Europa" (Helsinki 1975, Principio VI), dalla "Carta di Parigi per una Nuova Europa" (1990, art. 18) e dal "Trattato di Modifiche al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929 tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede" (1984, art. 11).

PRINCIPIO DI SOLIDARIETÀ

"La solidarietà", invita a ripudiare l' individualismo, rammentando la responsabilità del singolo nel ricercare il bene degli altri essendo garante della realizzazione di tutti ma prevalentemente del malato e del fragile. E' un rilevante principio di riferimento nell'assistenza sanitaria, nell'azione del volontario e nelle donazioni di organi, tessuti e sangue.

PRINCIPIO DI GIUSTIZIA

"La giustizia" richiede che sia erogato a ciascuno il dovuto! La problematica etica riguarda la definizione del "dovuto" al sofferente avendo ampie ricadute economiche e sociali

2. Bioetica

2.1. DEFINIZIONE

Il termine *bioetica* fu coniato negli ultimi cinquant'anni del ventesimo secolo ed interseca 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 saggi¹⁶ dall'oncologo statunitense *Van Rensselaer Potter* (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"¹⁷.

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"¹⁸. 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"¹⁹. Potter, cogliendo nella spaccatura tra "sapere scientifico" e "sapere umanistico" interpretato come l'insieme dei valori etici, un rilevante pericolo *per la sopravvivenza dell'ecosistema*, anche a

¹⁶Cfr.: 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ V.R. POTTER, *Humility and Responsibility – A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in *Cancer Research*, 35 (1975) 2299.

¹⁹ V.R. POTTER, *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing 1988, pg. III.

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”²⁰.

“Epistologicamente”, 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”²¹.

Dunque, per Potter, la finalità della nuova disciplina era la sopravvivenza futura della specie: *science of survival*²².

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 Institute²³, nel 1971 propose la bioetica come una branca dell’etica dedicata 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 condivise²⁴.

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”²⁵. 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”²⁶. Definizione così commentata dal bioeticista 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

²⁰ *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., pg. 25.

²¹ W.T. REICH, *The word “bioethics”: the struggle over its earliest meaning*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol 5, March 1995, pg. 32.

²² 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.

²³ *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.

²⁴ Cfr.: R. WALTERS, *Bioethics as a field of ethics. In contemporary issues in Bioethics*, Wadsworth, Belmont 1974, pg. 49.

²⁵ W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, I, pg. XIX, Introduction.

²⁶ W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, pg. XXI, Introduction.

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"²⁷.

Molti altri, interpretarono il termine.

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 punto di vista sociologico, psicologico e storico"²⁸. Alcuni anni dopo ampliò il significato: "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"²⁹. 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"³⁰. Anche S. Leone pose l'accento sull'etica: "La bioetica è un settore dell'etica che studia i

²⁷ M. Cascone, *Diakonia della vita. Manuale di bioetica*, Edizione Università della Santa Croce, Roma 2004, pp. 38-39.

²⁸ *La bioetica negli Stati Uniti*, op. cit., pg. 153.

²⁹ D. Callahan, *What Price Better Health? Hazards of the Research Imperative*, University of California Press, 1993, pg. 47.

³⁰ A. C. VARGA, *The main issues in bioethics*, Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pg. 71.

problemi inerenti alla tutela della vita fisica e in particolare le implicazioni etiche delle scienze biomediche”³¹. Pure C. Viafora si richiamò all’etica definendo la bioetica: “L’etica applicata ai nuovi problemi che si sviluppano alle frontiere della vita”³². 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”³³. G. Russo definì la bioetica come “la scienza sistematica dell’uomo etico che indaga gli ambiti della tecnogenesi del mondo biologico”³⁴. 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”³⁵. 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”³⁶, definisce la specificità della bioetica. Concludiamo con 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 disponibilità e accessibilità degli sviluppi scientifici e tecnologici e delle loro applicazioni” (art. 1 I)³⁷.

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.

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”³⁸. “Per questa complessità dovuta allo stesso carattere multidisciplinare della riflessione in oggetto, risultano imprescindibili una consapevolezza epistemologica specifica e, con tale

³¹ *Dizionario di bioetica*, op. cit., pg. 96.

³² *Vent’anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, op. cit., pg. 46.

³³ 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.

³⁴ G. RUSSO (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*, Armando editore, Roma 1995, pg. 8, nota 1.

³⁵ E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1987, pg 37.

³⁶ D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l’uomo*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 1990, 2° ed., pg. 30.

³⁷ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 novembre 2005, <http://www.unesco.org/shs/ethics>.

³⁸ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 7 settembre 1991, n. 21.

consapevolezza, un confronto sul piano epistemologico delle diverse posizioni culturali di fronte ai molteplici problemi che la bioetica pone³⁹. “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 scientifiche⁴⁰”.

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 tale⁴¹”.

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

-*Generale*: si occupa dei principi fondanti, dei valori e delle fonti documentarie (Diritti internazionali, legislazioni, deontologia...).

-*Speciale*: Analizza le questioni più problematiche dell’umano: dall’ingegneria genetica all’aborto, dall’eutanasia alle sperimentazioni cliniche..., cioè le tematiche che 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 salvaguardarlo.

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’ecosistema⁴²”.

2.3. METODO

Nella discussione dei casi clinici è essenziale l’applicazione di una inequivocabile metodologia per comprendere il caso concreto ed identificare gli aspetti etici, confrontando i “fatti” con i “valori”. Inoltre, una prassi dichiarata,

³⁹ *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., n. 23.

⁴⁰ *Diakonia della vita. Manuale di bioetica*, op. cit, pg. 28.

⁴¹ *Bioetica. Nuove frontiere per l’uomo*, op.cit., pg. 31.

⁴² Per la versione integrale del testo del Documento di Erice, cfr.: *Medicina e morale* 4 (1991) 561-564.

è una base esplicita per la discussione proficua tra discipline e opinioni eterogenee. Noi proponiamo, tra i molti, due schemi di riferimento.

IL PROTOCOLLO DI BOCHUM⁴³ PER L'ETICA NELLA PRATICA MEDICA

1. *Identificare le componenti medico e scientifiche* esaminando i dati concernenti la diagnosi, la prognosi e il probabile futuro del paziente per rispondere all'interrogativo: "in base al referto medico-scientifico, qual è il trattamento ottimale per questo paziente?".

2. *Porre attenzione alle componenti medico-etiche* puntando l'attenzione alla salute e al benessere del paziente, alla sua autodecisione e alla responsabilità del medico per rispondere al quesito: "in base al referto medico-etico qual è il trattamento ottimale per questo paziente?".

3. *Decisione del trattamento da attuare* in base alle componenti ricavate precedentemente. Alcune domande che potrebbero facilitare la scelta.

- "Quali nozioni scientifiche e principi etici sono coinvolti in questo caso clinico?".

- "A quali opzioni ricorrere in presenza di un eventuale conflitto tra referto medico-scientifico e medico-etico?".

- "Quali scelte sono più appropriate in relazione ai "valori" ai quali il paziente non intende rinunciare?".

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 terapeutica⁴⁴.

UNA METODOLOGIA IN CINQUE PUNTI

1. Esaminare la situazione clinica per appurare i principi etici con i quali confrontarsi.

2. Valutare i principi etici coinvolti.

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

4. Scegliere un piano di azione.

5. Esaminare i risultati.

Concretizzeremo i cinque punti esaminando due casi clinici.

1° CASO CLINICO

E' un classico della medicina. Un medico diagnostica una sieropositività all'HIV e il malato lo supplica di non comunicarla al coniuge/partner.

Come deve comportarsi il medico? Rispettare il segreto professionale o comunicare la patologia al partners poiché potrebbe subire un danno, forse irreparabile?

2° CASO CLINICO⁴⁵

⁴³ Il Protocollo fu redatto dal "Gruppo di lavoro interdisciplinare" del Centro di Etica Medica dell'Università di Bochum in Germania.

⁴⁴ Testo del Protocollo: cfr.: *Dizionario di bioetica*, op. cit., pp. 780-782.

Una donna di 80 anni, con acuti dolori addominali, è ricoverata in ospedale. Terminata la visita, il primario chirurgo impose alla caposala di predisporre la paziente per l'intervento chirurgico 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 anche il marito della paziente ed apprende che il reale motivo del rifiuto è la "paura dell'anestesia" poichè 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 sulle discrete condizioni del suo cuore. La paziente, a fronte di queste rassicurazioni, accetta di sottoporsi all'intervento.

1. Esaminare la situazione clinica per appurare gli elementi eticamente rilevanti.
I due casi implicano alcuni principi etici che esamineremo di seguito.

2. Valutare i principi etici coinvolti.

E' l'approfondimento antropologico del caso clinico.

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 sua sieropositività potrebbe danneggiarlo. Ma, contemporaneamente, il medico non può assumere un comportamento che non condivide.

-Il *principio di beneficenza* poichè 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 per il "massimo bene della 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 deve informare il coniuge, provocando ipotetici danni al paziente, oppure accogliere le richieste del malato, mettendo a rischio la salute del partners?

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

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

⁴⁵ 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'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 comportamentali che il medico deve saper consigliare, seguire nel tempo e sostenere"⁴⁶.

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 un piano di azione.

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

Per quanto riguarda "il secondo caso clinico", la caposala indagando sul motivo del rifiuto, e avvalendosi 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 di fronte ad una determinata situazione.

⁴⁶P. 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.

3 DEONTOLOGIA

Il vocabolo deontologia deriva dai termini greci δέον-οντος (deon-ontos): ciò che si deve fare e λογία (loghìa): discorso, parola... Possiamo tradurlo come lo “studio dei doveri” o i comportamenti codificati in obblighi da assumere nell’esercizio di una professione. La parola fu coniata dal filosofo e giurista inglese J. Bentham che ne trattò nel testo “Deontology or the Science of Morality”⁴⁷; in seguito, il termine, divenne sempre più di uso comune. Dunque, possiamo definire la deontologia, l’esposizione sistematica delle regole comportamentali e degli obblighi valoriali elaborate dai componenti della “categoria” e che l’individuo si assume nell’esercizio di una determinata professione per ottenere gli obiettivi della stessa, salvaguardando l’onestà e il prestigio sociale. Dunque, i codici deontologici, prendono in considerazione i diritti e i doveri ed offrono soluzioni pratiche e tecniche vincolanti, nel nostro caso, verso il paziente, la categoria medica o infermieristica e la società. In sanità, ogni categoria professionale dal fisioterapista al tecnico di radiologia, dallo psicologo al psichiatra, devono riferirsi al proprio codice deontologico.

E’ utile notare 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”⁴⁸; di conseguenza, nel settore sanitario, “la prospettiva dei doveri deontologici è valida, ma va integrata con quella etica”⁴⁹, poiché il Codice deontologico risulta spesso inadeguato per i continui progressi della medicina e della ricerca che offrono ininterrotte possibilità di intervento. Inoltre, secondo S. Spinanti, la “deontologia corregge anche l’intrinseca asimmetria del rapporto medico-paziente”⁵⁰.

La nostra attenzione si concentrerà sugli attuali codici di deontologia del medico e dell’infermiere professionale.

Il Codice di Deontologia Medica, attualmente in vigore, è datato 18 maggio 2014; ha subito tre modifiche: articolo 56 “Pubblicità informativa sanitaria” (19-05-2016); articolo 54 “Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile” (16-11-2016); articoli 76 e 76bis “Medicina potenziativa” e “Medicina estetica” (15-12-2017). E’ composto da 18 titoli e 79 articoli⁵¹.

Alcune osservazioni.

L’elaborazione del testo ebbe un iter tormentato che non portò all’approvazione all’unanimità, infatti dieci “Ordini Provinciali della “Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri” (Fnomceo) votarono contro. E questo fu un episodio gravissimo poichè, come accennato in precedenza, il codice deontologico è la “bandiera” di un ordine professionale sotto la quale si devono riconoscere tutti coloro che esercitano una determinata professione. Ma quali furono le avversioni maggiori da parte dei contestatori? Lasciamo la parola ai diretti interessati. Il primo e più discusso articolo del documento fu il terzo che indica i doveri del medico, mutato radicalmente rispetto al precedente. “Il nuovo testo recita in sintesi che il medico esercita le attività rivolte alla tutela

⁴⁷ Cfr.: J. BENTHAM, *Deontology of the Science of Morality*, Elibron Classics, London 1834.

⁴⁸ S. SPINSANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

⁴⁹ *Etica bio-medica*, op. cit., pg. 14.

⁵⁰ S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1995, pg. 31.

⁵¹ Il testo è posto come allegato di questo libro.

della salute basate sulle innovazioni organizzative e gestionali della sanità – afferma Giancarlo Pizza presidente dell’Ordine di Bologna –. Ora, chi determina queste innovazioni? Il sistema sanitario nazionale e quello delle singole Regioni. Secondo il nuovo codice, il medico si condanna a un pedissequo rispetto delle innovazioni organizzative dettate prevalentemente dalla Regione e, qualora non si accettassero le imposizioni, si corre il rischio di sanzioni disciplinari da parte del proprio Ordine. Per una professione come quella del medico, dove l’autonomia è parte integrante della qualità della prestazione e della cura del paziente, questo è inaccettabile”⁵². “Altro punto controverso è l’articolo 77, sulla medicina militare, che fino a oggi non rientrava nel codice deontologico. Sembra che il medico militare faccia il proprio dovere ubbidendo al superiore, invece che al proprio codice deontologico...”⁵³. Ma, di criticità, ne troviamo altre. In più punti si afferma che il medico non potrà più rifiutarsi di compiere una prestazione che violi i suoi convincimenti morali o scientifici. Si ha così un cambiamento rivoluzionario dell’atto medico: non più “in scienza e coscienza”, ma unicamente “in scienza”; “la coscienza” appare un optional. Nell’articolo 4 sono stati eliminati i riferimenti ai “valori etici della professione”, cioè rispetto della vita e della salute fisica e psichica, optando per una formula sintetica che accanto a “libertà e indipendenza della professione” inserisce i concetti di “autonomia e responsabilità”. Dal testo, inoltre scompare anche il termine “Eutanasia” nel titolo, sostituito dall’ambigua affermazione: “Atti finalizzati a provocare la morte” (cfr. art. 17). E, “dulcis in fundo”, l’autonomia professionale, risulta purtroppo inquinata dall’economicismo e in qualche caso ad esso subordinata.

Il Codice Deontologico dell’Infermiere Professionale fu approvato definitivamente dalla Federazione Nazionale Collegi Infermieri (Ipsavi) nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019. Il testo è composto da 8 capitoli e 53 punti⁵⁴ che hanno come obiettivo comune il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti. Tra le maggiori novità del codice, quelle che riflettono il nuovo ruolo professionale sia a livello di management che clinico, assunto dagli infermieri nelle strutture sanitarie, sul territorio e nella libera professione.

4. Obiezione di coscienza: non una concessione ma un diritto

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

⁵² Intervista rilasciata da Giancarlo Pizza al SIR 20 maggio 2014.

⁵³ Idem nota precedente.

⁵⁴ Il testo è posto come allegato di questo libro.

“tematiche eticamente sensibili”, avendo l'impressione di camminare sulla lama di 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. Hobbes⁵⁵, J. Locke⁵⁶ e J.J. Rousseau⁵⁷ 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”⁵⁸. 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”⁵⁹.

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

⁵⁵ Cfr. G. M. CHIODI, *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè, Milano, 1970.

⁵⁶ Cfr. J. DUNN, *Il pensiero politico di John Locke*, Il Mulino, Bologna 1992.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I-II, q.96, a.4.

⁵⁹ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 74.

di coscienza un “diritto inderogabile” che i governi devono sempre onorare, anche in 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 aborto⁶⁰, nel non collaborare alla procreazione medicalmente assistita⁶¹, nel non cooperare al suicidio assistito⁶², nel non partecipare alla sperimentazione sugli animali⁶³. Mentre non è prevista per la legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento⁶⁴ (DAT) e per la prescrizione e la vendita del Norlevo e dell’EllaOne. Dunque, l’obiezione di coscienza ai ginecologi, ai medici di pronto soccorso e ai farmacisti è vietata, anche se il giudizio riguardante questi medicinali è alquanto divergente, e il “Comitato Nazionale per la Bioetica”, il 25 febbraio 2011, si sia pronunciato a favorevole dell’obiezione di coscienza per questi professionisti⁶⁵, invitando il legislatore ad approvare celermente una

⁶⁰ 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.

⁶¹ Cfr. Legge 40/2004, art. 16.

⁶² Cfr. Sentenza Corte Costituzionale 242/2019.

⁶³ Cfr. Legge 413/1993, art. 12.

⁶⁴ Cfr. Legge 219/2017.

⁶⁵ Afferma il Comitato Nazionale per la Bioetica: “Si è ritenuto che si potesse far risalire al farmacista un ruolo ritenuto riconducibile a quello degli operatori sanitari e che pertanto, in analogia a quanto avviene per altre figure professionali, dovesse necessariamente essere riconosciuta anche a questa categoria professionale il diritto all’obiezione. Il fatto che il farmacista svolga un ruolo ‘meno diretto’ rispetto a chi pratica clinicamente l’aborto non è stata ritenuta ragione sufficiente per invalidare l’argomento a favore

norma che salvaguardasse contemporaneamente il diritto all'obiezione di coscienza e il diritto di chi acquista il prodotto. Abbiamo affermato che il giudizio sul "Norlevo" e sulla "ElleOne" è divergente. Per U. Veronesi, il ministro della sanità che autorizzò nel settembre 2000 la commercializzazione del "Norlevo", questo è un "contraccettivo d'emergenza"⁶⁶, mentre per la Chiesa cattolica è un "farmaco abortivo"⁶⁷. Le due posizioni si comprendono unicamente riferendosi alla discussione sull'inizio della vita umana, cioè, quando si reputi che l'embrione è persona⁶⁸.

Precedentemente abbiamo evidenziato "il diritto" degli operatori sanitari all'obiezione di coscienza nei confronti dell'aborto; ma purtroppo questo diritto a volte si tenta di negarlo anche a seguito di campagne mass-mediatiche che vogliono far credere al cittadino che in Italia è estremamente difficoltoso per una donna abortire a causa dell'elevato numero di obiettori mentre ogni ginecologo non obiettore effettua mediamente 2 o 3 interruzioni di gravidanza alla settimana. Emblematica fu l'imposizione a tutti i medici nel giugno 2014 della "Giunta Regionale del Lazio" di partecipare al processo che porta all'aborto. Decisione confermata inseguito dal Tar del Lazio nell'ottobre 2014. Dunque, una brutta pagina per il diritto, per l'etica, per la democrazia e per il pluralismo; "prove tecniche" come è stato affermato "di Stato totalitario". Identica questione fu risolta il 28 marzo 2017 dal "Comitato dei diritti umani dell'Onu", che si disse "preoccupato per le difficoltà di accesso agli aborti legali" in Italia "a causa dell'alto numero di medici che si rifiutano di praticare interruzioni di gravidanza per motivi di coscienza".

della clausola morale, dato che la consegna del prodotto contribuisce a un eventuale esito abortivo in una catena di cause ed effetti senza soluzione di continuità" (*Nota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita dei prodotti contraccettivi di emergenza*, 25 febbraio 2011, pg. 9).

⁶⁶ "Non svolge alcuna funzione abortiva nell'impedire l'impianto dell'ovulo fecondato o nel blocco dell'ovulazione" (*Comunicato stampa* 231 del 29 settembre 2000).

⁶⁷ "Il ritrovato chimico non è semplicemente un contraccettivo ma un abortivo, perché il contraccettivo rinvia alle tecniche che impediscono il concepimento, mentre l'abortivo a quelle che bloccano il prosieguo di una gravidanza già iniziata ed interrotta, con mezzi chimici, a poche ore dal concepimento" (PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comunicato sulla cosiddetta Pillola del giorno dopo* del 31 ottobre 2000).

⁶⁸ *Per la dottrina cattolica* la vita umana ha origine nell'istante in cui l'ovulo femminile (oocita) s'incontra nell'ampolla della tuba di Falloppio con lo spermatozoo maschile; in quel preciso momento comincia il concepimento. La fusione dei citoplasmi, generando lo zigote, segna un punto di non ritorno dato che i due patrimoni genetici intraprendono la costituzione di un nuovo individuo: l'embrione umano. Da quell'istante, il nuovo soggetto, sollecita il riconoscimento e il totale rispetto possedendo, in fase germinale, mediante un codice genetico unico, il programma del suo sviluppo. Dispone, inoltre, della capacità di crescere autonomamente; l'organismo della madre è unicamente il luogo idoneo, non la causa prioritaria e determinante della maturazione. Ciò significa che nei primi quattordici giorni esiste, e poi vedremo perché quattordici, non il nulla, ma un essere umano che possiede un misterioso principio vitale che guiderà progettualmente e progressivamente la sua crescita. Negli ultimi anni i progressi della genetica e dell'embriologia hanno confermato scientificamente la teoria illustrata (cfr.: F. GILBERT, *Developmental Biology*, Tenth Edition, Sunderland 2000; K. KALTHOF, *Analysis of Biological Development*, McGraw-Hill 2000).

La risposta laico-secolare riferendosi anche al "Rapporto Warnock" del 1985, ritiene l'esordio della vita umana dal 14° giorno della fecondazione, quando nella blastocisti, impiantata nella parete dell'utero, compare la stria primitiva. L'opinione si fonda sul convincimento che unicamente in quella situazione possiamo notare un abbozzo del sistema nervoso, quindi di sensibilità, e le cellule si trasformano da totipotenti in differenziate. Per costoro, prima esisterebbe unicamente il pre-embrione, elemento privo di ogni fondamento per essere definito individuo.

Tutto ciò è falso come risulta dalla “Relazione annuale di attuazione della legge 194” depositata in Parlamento dal ministro della Salute il 26 ottobre 2017 contenente i numeri dettagliati del carico di lavoro delle varie Asl. Scrive B. Lorenzin. “C’è stato un aumento in numero assoluto dei ginecologi non obiettori, negli ultimi due anni, e una sostanziale stabilità del numero degli obiettori nel corso dei quasi 40 anni di applicazione della legge, a fronte di un più che dimezzamento delle IVG. A conferma di ciò, i dati suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori è superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori è assegnata ad altri servizi”. Abortire in Italia, dunque, non è per nulla complicato come affermato nella citata Relazione 2017 del Ministro della Salute. Più precisamente. Ogni ginecologo “non obiettore” nel 1983 praticava 3,3 aborti ogni settimana mentre nel 2017 “1,6 a settimana”; di conseguenza, la scusante del superlavoro, è falsa. Il carico di lavoro, pur non omogeneo in tutte le regioni è di 0,4 aborti a settimana in Valle D’Aosta, 0,5 in Sardegna, 1,8 in Lombardia, 3,0 in Puglia, 3,1 in Toscana, 3,8 in Lazio, 4,1 in Umbria, 4,7 in Molise, 6,3 nelle Marche, 7,5 in Veneto, 8,5 in Emilia-Romagna, 18,2 in Sicilia. E, qui, è opportuna una precisazione. A pagina 11 della seconda edizione della “Guida Tecnica e Procedurale per l’Aborto Sicuro”, pubblicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità si legge: “In base allo stadio della gravidanza, l’aborto richiede mediamente da 3 a 10 minuti per essere completato”⁶⁹. Sommando venti/trenta minuti per le attività preparatorie e successive, un medico può eseguire due aborti l’ora. Un ginecologo lavora 38 ore alla settimana per 44 settimane, cioè 1.672 ore annuali. Nel 1982 ai 1.400 ginecologi non obiettori era corrisposto un carico di 234.593 aborti, cioè 168 aborti all’anno per ciascuno. Nel 2017 con 95.000 aborti, il carico annuale di ogni ginecologo non obiettore fu di 68 aborti. Per quanto riguarda le strutture, prendendo come esempio la Lombardia, si pratica l’interruzione della gravidanza in 62 delle 97 aziende sanitarie con reparto di ostetricia, pari al 63,9% degli ospedali regionali. Questi sono i numeri; il resto è chiacchiericcio!

Concludendo

L’obiezione di coscienza non costituisce, come alcuni ritengono, una benevola concessione da parte di uno Stato, bensì un diritto che uno Stato democratico deve riconoscere se vuole distinguersi dagli Stati autoritari o totalitari.

Nell’attesa che il legislatore legiferi, quando non è tutelato un valore essenziale che può essere quello del farmacista a non vendere pillole che ritiene abortive, di un medico che non accetta le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento di un suo paziente, o di un funzionario che non intende presenziare come pubblico ufficiale al matrimonio tra due persone dello stesso sesso, l’obiezione può essere attuata mediante la pratica dell’ “epikeia” che è l’interpretazione della legge nelle situazioni concrete, non secondo “la lettera”, ma secondo lo “spirito”. L’epikeia, offre la possibilità di rifiutare una prestazione contraria ai propri valori,

⁶⁹ Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*, 1 (2014) p. 28.

accettando però la pena prevista per i trasgressori, riducendo il divario tra legge scritta e legge interiore.