

# PSICHIATRIA E BIOETICA

*Lalli C., Lalli N., 1999*

Presente in: N. Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, 2<sup>a</sup>, Liguori Editore, Napoli 1999.

*Per comprendere l'importanza assunta in questi ultimi decenni dalla bioetica, basterebbe tener presente che nel 1995 il Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri aveva pubblicato, dopo un travagliato dibattito, un nuovo codice deontologico che andava a sostituire un codice che fondamentalmente basato sul giuramento d'Ippocrate, era rimasto immutato da decenni.*

*A distanza di soli tre anni, la FNOMCeO (con delibera del 3.10.98) promulga un nuovo codice che rispetto al precedente apporta sostanziali modifiche su molti argomenti, ma fondamentalmente sulla modalità del rapporto medico-paziente.*

*Al di là di un dato formale che è la sostituzione del termine "paziente" con quella di "cittadino" o in altri casi di "persona assistita", c'è una ridefinizione del rapporto medico-paziente "... in una prospettiva di rispetto reciproco e di fiducia in un'ottica paritaria".*

*È una sorta di rivoluzione copernicana, perché pone il paziente al centro del processo della terapia con piena autonomia e dignità, in antitesi con il precedente atteggiamento paternalistico-autoritario da parte del medico.*

*Anche se per chi esercita la psicoterapia non c'è alcuna novità: da decenni proponiamo un rapporto basato sulla fiducia, sulla scelta autonoma del paziente e sulla libera autodeterminazione a collaborare nel processo di cura: non ultimo, da sempre definiamo il "paziente" come analizzando, eliminando anche l'ipocrisia del termine di "cittadino" o di "utente". Quindi per noi nulla di nuovo, certamente rivoluzionario è il nuovo assetto per il medico che si è sempre più arroccato in un ruolo iperspecialistico ed anonimo.*

*Ma quali sono i motivi di questo cambiamento?*

*Certamente le nuove frontiere tecnologiche e sperimentali, la lotta dei pazienti per acquisire la dignità di persone e non di casi clinici, la legge sulla privacy e tante altre novità hanno cambiato quel rapporto medico-paziente che da tempo si era sempre più deteriorato in un incontro tra un medico sempre più specialista ed asettico ed un paziente sempre più sfiduciato e rivendicativo.*

*Ma sicuramente un motivo determinante è legato all'avvento di nuove tecnologie che propongono una sfida formidabile che non riguarda solo l'uomo malato, ma l'uomo nella sua interezza, nel confronto con il significato della propria esistenza.*

*E questa sfida richiede che il rapporto medico paziente assuma una nuova raffigurazione ove la autonomia, la autodeterminazione e la fiducia del paziente siano possibili e garantite.*

*Ma cosa c'entra a questo punto, la psichiatria con la bioetica?*

*I motivi sono numerosi, ma mi soffermo soltanto su due.*

*Il primo riguarda il consenso informato che per essere valido deve essere fornito da un soggetto nella piena capacità di intendere e di volere (art. 32 C.D.). Ora è evidente che la incapacità di intendere e di volere non può essere limitata solo ad un banale deficit mnesico o ad una grave infermità psichica. Per essere capace di intendere e di volere, cioè per poter scegliere autonomamente e liberamente, quindi per mantenere il principio dell'autodeterminazione il paziente deve essere visto come persona, come storia, come individuo che può scegliere, più o meno liberamente, secondo le sue problematiche psicologiche. Questo non vuol dire che ogni paziente debba avere una consulenza psichiatrica, ma solo che ogni medico deve avere quel tanto di conoscenza dell'uomo come persona, e non solo come entità biologica, che lo renda capace di comunicare in maniera chiara e adeguata ed essere capace di recepire anche il senso più nascosto della risposta. Il medico non può essere capito se prima egli non capisce chi è e cosa gli dice il paziente.*

*Quindi questo presuppone una formazione psicologica e psichiatrica del medico, qualunque sarà la sua specializzazione ed il suo operare.*

*La seconda è ancora più importante.*

*Non è possibile affrontare problemi come l'eutanasia, l'accanimento terapeutico, l'inseminazione eterologa, l'interruzione di gravidanza ed altri ancora, senza sapere che queste tecniche o interventi evocano fantasmi, angosce, conflitti, da una parte e dall'altra, che non possono essere sconosciuti o ritenuti addirittura inesistenti.*

*Altrimenti in questo modo ogni ricerca sulla biologia o sul malato, sarà una ricerca dimezzata e quindi spesso inutile. La psichiatria, intesa come disciplina che si occupa del mondo interno dell'uomo, sia esso sano che malato, entra di diritto nell'ambito di questa ricerca interdisciplinare che è la bioetica.*

## **1. Definizione e storia della bioetica.**

In principio la medicina si fornì di una deontologia, poi venne la bioetica: per comprendere e definire queste due tematiche bisognerebbe ripercorrere le tappe del rapporto medico - paziente come si è costruito nel corso dei secoli.

Comunque la cultura occidentale ha nel pensiero greco e nella dottrina ippocratica, uno dei punti fondamentali di riferimento.

Pergameno definisce il medico come “tecnico e filantropo”, Ippocrate lapidariamente affermava “... il medico che riflette è simile alla divinità”. Queste scarse citazioni dimostrano l'essenza della filantropia: un paternalismo responsabile ed illuminato ma anche autoritario, perchè pone il medico, per statuto, cioè non tanto per il sapere, ma per ruolo, su di un piano superiore rispetto al paziente.

Questa posizione si modifica, il che non vuol dire che migliora, con il cristianesimo che ponendo in primo piano la salvezza dell'anima, tende a trascurare quella del corpo ed a dimenticare non solo le nozioni empiricamente acquisite, ma soprattutto quella filantropia che di fatto poneva un limite al possibile abuso del medico. E privilegiando, per motivazioni di ordine fideistico, la vita ultraterrena, spesso finiva per considerare la malattia come espiazione e la morte come liberazione dei mali terreni: in questo modo il medico viene sostituito dal sacerdote che assume un potere, tutto immaginario, ma comunque di gran lunga superiore.

È solo con l'illuminismo e con i successivi progressi nel campo anatomo-patologico e poi di laboratorio, che la medicina comincia a riprendersi uno statuto di scientificità e di autorevolezza.

E man mano che il potere del medico aumenta, diminuisce sempre più la possibilità da parte del paziente di essere parte attiva, anzi spesso diventa un oggetto passivo della ricerca. Fino a giungere ad una situazione di una tale gravità, che dopo questa storia, il rapporto medico-paziente non potrà mai più essere uguale.

Mi riferisco ai numerosi esperimenti condotti, senza alcuna coscienza ma anche senza scienza, da medici che ritenevano poter usare gli uomini come cavie. Se gli esperimenti condotti nei lager nazisti o il nome del dott. Mengele sono diventati simboli di questa strumentalizzazione dell'uomo, non bisogna dimenticare che eventi non meno gravi erano avvenuti ed anche tempo prima, in una parte del mondo che poi si sarebbe opposta a questa barbarie. Non possiamo dimenticare che nel 1924 in Virginia fu promulgata la legge che autorizzava la sterilizzazione di persone chiuse in istituzioni carcerarie o manicomiali “... per evitare la trasmissione di pazzia, idiozia, epilessia, violenza, criminalità”. E poco dopo la California seguì questo esempio e ben 11.000 cittadini furono sterilizzati: questo comportamento fu lodato e portato ad esempio dai nazisti. Come non si possono dimenticare gli esperimenti sempre negli USA, e siamo negli anni '50, di inoculazione di *treponema pallidum* a soggetti rinchiusi nei penitenziari, senza alcun avviso e senza alcuna terapia “.. perché si doveva studiare *l'evoluzione naturale* della malattia”. O le tante persone, spesso bambini, sottoposti a massicce dosi di radiazioni, per esaminare le conseguenze.

Dopo il processo di Norimberga, nel 1949 fu concordato un codice (Codice di Norimberga) ove si ponevano limiti molto precisi alle sperimentazioni sull'uomo. Successivi incontri hanno

fissato regole e protocolli sempre più severi: Helsinki (1964), Hawai (1977), Hong Kong (1989) ecc.

Ma in qualche modo quel magico filo, quel rapporto “filantropico” tra medico e paziente si era irrimediabilmente spezzato.

Contemporaneamente con l’inizio dell’era nucleare, il potere tecnologico distruttivo dell’uomo era giunto a livelli tali, da mettere in serio pericolo la sopravvivenza dell’umanità intera.

Non è strano pertanto che quando le biotecnologie, in tempi brevissimi, renderanno possibile interventi assolutamente impensabili, come la manipolazione genetica, i trapianti d’organo ecc. si riterrà che le regole della deontologia non siano più sufficienti, perché l’uomo si trova di fronte a radicali mutamenti che investono non solo il suo statuto di paziente, ma la sua entità umana.

Si sente l’esigenza di porre un limite o perlomeno definire che non tutto ciò che è possibile (sul piano biotecnologico), è anche eticamente accettabile.

A questo punto possiamo dire che la deontologia cessa la sua funzione più che millenaria, per aprirsi ad una nuova disciplina che si situa al confine tra la filosofia, la morale, le discipline biologiche e psichiatriche, per determinare e definire il lecito e l’illecito che fino a poco tempo prima erano stati definiti dai limiti *naturali* che erano equivalenti di *immutabili*. Dal momento che la natura può essere ampiamente modificata dall’uomo, è necessario che l’uomo (inteso nella sua globalità di genere umano) si dia un codice etico molto più complesso e di più ampio respiro. Anche perché le scelte di oggi, più che mai, coinvolgono le generazioni future.

Si struttura così, da queste premesse la bioetica che seppur come neologismo nasce solo nel 1971, era già da tempo nell’aria.

## **2. Dalla deontologia alla bioetica**

Il giuramento di Ippocrate (pur con il dubbio di qualche manipolazione successiva, soprattutto a proposito della proibizione di metodi abortivi) non deve essere eccessivamente idealizzato.

Senza dubbio costituisce la base per un corretto comportamento del medico, ma questa correttezza non è finalizzata solo al paziente, ma serve anche a proteggere la categoria medica, da maldicenze o critiche per eventuali comportamenti scorretti soprattutto da parte dei nuovi affiliati.

Nel giuramento sono esplicitate alcune norme alle quali il medico deve scrupolosamente attenersi: come il rispetto della vita, il segreto professionale, mantenere un comportamento adeguato anche al di fuori dall’esercizio della professione e soprattutto “esercitare la medicina in libertà ed indipendenza di giudizio e di comportamento”.

Questo punto segnala chiaramente quanto la categoria dei medici ritenesse la libertà e l’indipendenza, una peculiarità di questa professione. Libertà ed indipendenza che non solo

stabiliscono che il medico non opera su commissione del paziente, ma soprattutto che non è tenuto a compiere azioni contrarie al proprio codice morale. Principio fondamentale che definisce il ruolo professionale non tanto come terapeutico (*terapeuo*= sono al servizio), ma soprattutto come medico (*mederi*=: rifletto, decido).

Ma in primo luogo, pone il medico in una posizione di autonomia, rispetto al potere politico o alla ideologia dominante.

Ed il venir meno a questo imperativo basilare è quanto è avvenuto nella prima metà di questo secolo: deroga determinante nel mettere in discussione il codice deontologico come unico strumento etico-decisionale per il medico.

Ma non solo per questo: perché il medico nell'ambito delle sue decisioni non può non tener conto di due altre novità.

La prima è che spesso il rapporto tra medico e paziente non è più esclusivo e personalizzato se interviene il "terzo pagante" sia esso il S.S.N. o una assicurazione privata. Perché in questo caso il medico, bene o male, deve tener conto anche di questo "terzo pagante" che spesso può dettare leggi in contrasto con l'etica medica. Il non poter assistere un paziente solo perché non coperto da una assicurazione, è un dato frequente e che non può non far riflettere. Un secondo problema, riguarda le risorse sanitarie disponibili e quindi il rapporto costo-beneficio: senza entrare nel merito della validità, nel campo della sanità, di una ideologia aziendale, è pur vero che non esistono possibilità illimitate di fornire assistenza medica e quando c'è una impossibilità a poter far fronte a tutte le richieste di terapia può sorgere il conflitto se dare una priorità, e con quali criteri.

Se è vero che negli USA circa il 70% della spesa medica e soprattutto farmacologica è impegnata per malati terminali o comunque incurabili, questo è un dato che al di là di facili ideologie, non può essere sottovalutato rispetto a un problema di eventuali priorità.

Si pone quindi il problema etico, sociale e politico di come ripartire le risorse sanitarie dal momento che è sempre più evidente che c'è una sproporzione tra domanda e possibilità di offerta: che diviene ancora più eclatante quando il paziente appartiene alle fasce sociali più deboli.

E sorge il dubbio che a fronte di questo problema, a volte drammatico, il proliferare di tante chiese, di tanti telepredicatori che assicurano miracoli facili (e quasi gratis), con qualche preghiera, più che dovuto all'emergenza di bisogni "spirituali", sia semplicemente un falso rimedio ad un problema serio.

E' vero che spesso in queste "imprese" circolano miliardi, ma forse la speranza di poter avere subito e gratis un "miracolo", rappresenta una motivazione sufficiente e molto diffusa. E anche rispetto a questa "visione del mondo" è sempre più evidente che il medico non può essere semplicemente un tecnico, certamente preparato e diligente, ma deve essere una persona aperta

ai problemi sociali, etici, psicologici e scientifici che si presentano per le nuove frontiere che si sono aperte e che oltre ai benefici aprono anche seri dilemmi.

Quindi se la deontologia (e ben fanno gli ordini professionali a pretendere corsi ed aggiornamenti continui), è importante per l'operare del medico e per un corretto rapporto con il cittadino - paziente, che il medico deve porsi problemi che vanno ben oltre, e deve confrontarsi con tutte quelle problematiche che costituiscono l'essenza dell'uomo.

Quando i medici si renderanno conto che la malattia non è solo biochimica, ma il momento di crisi di una storia, di una biografia, di una vita che ripiegandosi su se stessa si deve interrogare non solo sul senso del passato, ma anche sulle scelte del futuro, allora la deontologia sfocia inevitabilmente nell'etica in generale e nella bioetica medica in particolare.

### **3) Dall'etica alla bioetica.**

Il termine bioetica compare nel 1971 ed è utilizzato dall'oncologo V.R. Potter per esprimere la necessità per lo scienziato e per il medico, posto di fronte a radicali mutamenti nel campo biomedico, a riconfrontarsi con la cultura, i valori morali, le scienze biologiche, in un'ottica di umanità e di concretezza.

Nel tempo questo termine si è imposto, pur con valenze diverse. Ma quali sono gli strumenti epistemologici, descrittivi ed operativi che possono codificare ciò che si deve fare e ciò che si deve proibire? Si può rispondere: la legge come promulgazione di divieti e/o di diritti, concordati democraticamente in sede parlamentare. Ma in una società che diventa sempre più complessa per modelli religiosi, culturali e sistemi di valori diversi, il rischio è quello di creare una sorta di monolitismo etico magari camuffato.

Per evitare questo rischio sempre maggiore in una società con una informazione globalizzata ed omogeneizzata, si tende a far prevalere il principio della *responsabilità* e della *autodeterminazione*: ritorneremo su questi due concetti fondamentali, soprattutto per comprendere il rapporto con lo smisurato potere della tecnica che in molti casi ha eliminato uno dei fondamenti dell'etica, il senso di colpa (K. Jaspers).

Ma prima di giungere a questa complessità che è molto moderna, possiamo forse riproporre un concetto fondamentale di Aristotele. Il filosofo affermava che nelle questioni etiche bisogna essere ragionevoli, piuttosto che insistere su di un tipo di esattezza che la natura dei casi non permette.

Quindi scendere in un banale relativismo etico che può portare ad una morale permissiva e senza frontiere? La frase di Aristotele deve essere considerata esclusivamente come affermazione del principio che l'etica non può essere dogmatica, se non vuole essere violenta.

Questo riferimento ad Aristotele serve anche a introdurre un problema più ampio: che prima che nascesse la bioetica, l'etica esisteva da millenni.

Non possiamo non rivedere brevemente quali sono state nel corso dei secoli le varie soluzioni, per cercare di dare una risposta corretta al problema: quale bioetica?

Pertanto ci proponiamo di delineare brevemente le principali concezioni etiche che possono orientare il dibattito sulle questioni che la bioetica si trova ad affrontare.

### 3.1. Mezzi e fini: etiche deontologiche e teleologiche.

Una prima distinzione possibile delle concezioni etiche risiede in un diverso criterio di valutazione: il riferimento a principi, le etiche deontologiche; oppure la considerazione delle conseguenze, quelle teleologiche.

La distinzione tra le diverse etiche in base alla scelta di rinviare a dei principi piuttosto che alle conseguenze delle azioni, è ad esempio centrale nel pensiero di Max Weber. Weber sottolinea non tanto la diversità di due tipi di etica, bensì due piani diversi e in conflitto: il piano più propriamente teorico, in cui la riflessione morale si concentra sul discorso dei principî, e quello più “pratico”, che rimanda alle conseguenze delle azioni (si pensi alle diverse posizioni di un filosofo morale e di un politico). Tale conflitto tra un’etica dell’intenzione o del puro volere e un’etica della responsabilità che valuta le azioni in base alle conseguenze, è insanabile.

Le etiche dei principi possono rimandare a uno o più principî, e questi possono essere assoluti e aprioristici, oppure derivati dall’esperienza e rivedibili. L’etica kantiana è un’etica strutturata su un unico principio, considerato come assoluto e a priori. Le etiche che si rifanno ad una pluralità di principi (l’etica cristiana, ad esempio, che rimanda a più principi tutti assoluti: i comandamenti divini) si scontrano con la difficoltà di indicare un criterio per ordinare i diversi principi e di offrire una soluzione nel caso in cui due o più principi assoluti entrino in conflitto.

Vi sono anche etiche deontologiche che non considerano i principî come assoluti, ma come regole derivate dall’esperienza.

Le etiche deontologiche, pur nelle diversità appena accennate, hanno un limite comune: offrire una struttura di riferimento a tutti i fanatismi morali, che nasce dall’ignorare le conseguenze delle applicazioni dei principi e nel ritenere criterio determinante della vita morale solo la coerenza con quei principî.

*Quando l’applicazione di un principio non tiene in considerazione gli effetti e le implicazioni possibili, il risultato può essere devastante e la fedeltà ai principi risultare profondamente in contrasto con le condizioni e la realtà degli esseri umani.*

Le etiche teleologiche costituiscono un tentativo di rimediare a questi eccessi rigoristici, ponendo l’accento su una attenta valutazione delle conseguenze. Ad una “cieca” fedeltà ai principî, si sostituisce la considerazione dei risultati di un atteggiamento o di un azione. Questo spostamento accentua l’importanza della responsabilità personale, ma nasconde una incompletezza. Se la valutazione morale si lega alla considerazione delle conseguenze, ci informa sui mezzi, lasciando poi aperta la valutazione sui fini.

### 3.2. L'etica giusnaturalistica e la legge naturale

Secondo l'etica giusnaturalistica gli uomini hanno determinati obblighi e doveri *per natura*. La legge naturale precede il costituirsi di un'associazione sociale e politica e ne è indipendente (ricordiamo Tommaso d'Aquino, Grozio, Pufendorf). Essa costituisce l'etica prevalente nelle concezioni cristiana e religiose in genere.

Il riconoscimento di doveri e diritti propri della natura umana, comporta una loro classificazione e casistica. Vi sono diritti, ad esempio quello alla vita di un singolo, che trovano un limite in doveri paralleli, ovvero il diritto alla vita di tutti gli altri. Vi sono i doveri verso se stessi, verso gli altri, verso Dio. Doveri perfetti e doveri imperfetti. Vi è poi il dovere nei confronti dello Stato. La riflessione su quest'ultimo dovere provoca, nel corso del XVII secolo, la crisi dell'etica giusnaturalistica, in quanto il dovere di obbedienza allo Stato, considerato come essenziale, è in contraddizione con un dovere altrettanto essenziale: quello di opporre resistenza ad un governo ingiusto.

Inoltre, il richiamo alla natura, con le profonde modificazioni delle condizioni di vita degli uomini, diviene sempre più ambiguo e meno decisivo. La trasformazione e il passaggio dell'uomo "naturale" all'uomo "culturale", svuota e rende estremamente complicato il rinviare ad una legge o ad una condizione naturale. La legge naturale non è dunque più in grado di offrire soluzione ai problemi che via via si presentano agli uomini. Basti pensare ai cambiamenti relativi alle relazioni familiari, al mondo dell'informazione, ai progressi tecnologici e scientifici che danno vita ad una serie di problematiche non risolvibili con il richiamo alla natura umana. Non dimentichiamo che l'etica della legge naturale considera e deve considerare la natura umana *immodificabile* per poterne derivare doveri e diritti assoluti e validi per l'eternità. Ma in tal modo le norme risultano essere troppo astratte e generiche.

### 3.3. L'etica contrattualistica

Nasce nel XVII secolo come superamento e tentativo di soluzione della crisi dell'etica giusnaturalistica. La natura umana non può rappresentare il fondamento della morale e il criterio etico diviene un accordo artificiale, una convenzione: il contratto (pensiamo a Hobbes, Pufendorf, Spinoza, Locke). Una caratteristica del contrattualismo seicentesco è quella di fondare solo una parte dell'etica, quella relativa alle istituzioni politiche e alle leggi mentre rinvia a una fondazione diversa per la morale in senso stretto<sup>1</sup>.

Con il XX secolo invece il contrattualismo si presenta come criterio etico non più ristretto alla politica e al diritto, ma in grado di indicare i principi etici in generale.

Rawls, ad esempio, sostiene che attraverso accordi sia possibile stabilire i principi etici in generale assumendo, allo stesso tempo, un punto di vista generale. Si parla di "contrattualismo ideale" a proposito di Rawls perché si possono ricavare soluzioni normative efficaci solo se si

---

<sup>1</sup> Ad esempio Locke e Pufendorf rinviano alla concezione giusnaturalistica per quanto riguarda le questioni etiche in senso stretto.



accettano dei prerequisiti, ovvero se vengono stabiliti alcuni vincoli tra tutti coloro che sono coinvolti. Come ad esempio il ritenersi cittadini di una medesima comunità oppure l'accettare che gli interessi individuali confluiscono nell'interesse generale.

Gauthier propone come rimedio un "contrattualismo reale", secondo il quale l'accettazione del contratto si basa su ragioni prudenziali.

Coloro che partecipano al contratto hanno la possibilità di raggiungere il massimo livello di soddisfazioni personali rispetto a coloro che invece non accettano alcun vincolo etico. Il criterio etico decisivo rischia in questo modo di diventare un egoismo razionale, che considera e accetta i vincoli di una contrattazione in vista di un'ottimizzazione dei risultati.

Il contrattualismo è comunque costretto a rinviare a dei criteri aggiuntivi, non essendo in grado di esaurire lo spazio dell'etica.

#### 3.4. Un'etica dei diritti

Anche questa nasce come correttivo dell'etica giusnaturalistica. Ha origine nel secolo XVII e il suo obiettivo principale è quello di salvaguardare lo spazio di autonomia individuale dall'ingerenza del potere politico. Per questo i diritti che vengono rivendicati sul piano etico sono essenzialmente diritti di libertà da difendere dall'intervento illimitato dello Stato: diritto alla vita, alla libertà, all'autonomia, alla proprietà, alla resistenza. Le conseguenze sul piano storico sono le varie dichiarazioni di diritti, come negli Stati Uniti o in Francia con la Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino.

Criticata durante il XIX secolo e nella prima metà del successivo, vi è una ripresa dell'etica dei diritti dopo la fine della seconda guerra mondiale, come reazione alla violazione dei diritti dell'uomo in seguito alle persecuzioni e al genocidio. Si è inoltre assistito a un allargamento dei classici diritti a cui abbiamo accennato, fino ad abbracciare il diritto all'educazione, al lavoro, alla salute, ovvero diritti che non si riferiscono alla dimensione del cittadino, bensì a quelli della persona umana più ampiamente intesa.

Nella seconda metà del XX secolo l'etica dei diritti raggiunge il maggiore successo e diffusione nell'opinione pubblica. Questo comporta che le inadeguatezze sul piano teorico vengano aggravate; difatti l'allargamento della sfera dei diritti e il fatto che coloro i quali pretendano di vedersi riconosciuti e garantiti dei diritti siano aumentati, non fa che acuire i conflitti. Inoltre assistiamo alla nascita di conflitti in campi finora garantiti da precisi limiti "naturali": il progresso tecnologico e scientifico crea diritti alla vita, alla morte, alla cura. Quale può essere il criterio per stabilire quali diritti debbano essere garantiti giuridicamente? Come, di fronte a casi concreti, risolvere i conflitti che nascono dai "nuovi" diritti?

A causa di queste difficoltà l'etica dei diritti non costituisce una valida teoria, ma rischia di divenire un riferimento tanto frequente quanto privo di un fondamento valido.

#### 3.5. L'etica kantiana e la persona umana

L'etica kantiana costituisce un'etica normativa che merita un discorso a parte, anche per la centralità che la persona umana acquisisce nella speculazione di Kant.

Principio fondamentale dell'etica kantiana è la legge fondamentale della ragion pura pratica: “opera in modo che la massima della tua volontà possa sempre valere in ogni tempo come principio di una legislazione universale”<sup>2</sup>. Questa legge ha valore universale e oggettivo e rappresenta l'unico criterio per un comportamento etico, oltretutto fornire soluzioni ai conflitti etici.

L'universalità della legge kantiana si è attirata le critiche di vuoto formalismo, privo di contenuti determinati e incapace di dare indicazioni nei casi particolari. Ma l'universalità della legge morale si ha solo se il motivo determinante della volontà è la forma: solo se si astrae dal contenuto empirico la legge può mantenere una validità universale, solo se la volontà non è determinata empiricamente può costituire un riferimento per le azioni degli uomini.

Un'altra caratteristica dell'etica kantiana è l'affermazione della sua autonomia. Motivo dell'azione etica è soltanto il rispetto della legge morale; pertanto vengono esclusi ragioni di ordine prudenziale e riferimenti a un senso morale o alla volontà divina, in quanto sarebbero etiche eteronome. Anche la ricerca della felicità non può essere il motivo determinante della volontà, e questo comporta la mortificazione di impulsi, desideri, passioni; in una parola della natura sensibile dell'uomo. Per questo la vita morale è una continua lotta con la parte di noi che naturalmente tenderebbe ad appagare i propri appetiti e le proprie inclinazioni. È un costringimento interno che non si fa volentieri, e da cui non deriva alcun godimento ma una contentezza di sé, una pace interna e il conforto di non avere “motivo di vergognarsi davanti a se stesso, e di temere lo sguardo interno dell'esame di coscienza”<sup>3</sup>.

### 3.6. Le etiche utilitaristiche

Tali concezioni rimandano all'utilità come criterio per le scelte etiche. La definizione di utilità è sempre legata a quella di bene che si deve ottenere. Proprio la caratterizzazione del concetto di bene costituisce uno dei criteri per distinguere le varie forme di utilitarismo. Un altro criterio è quello che distingue il cosiddetto utilitarismo dell'atto, ovvero che considera le singole azioni, da quello della regola, che cerca di estendere il criterio di massimizzare l'utilità per le norme in generale.

Una prima distinzione nel definire il concetto di bene è di riconoscere i piaceri su basi quantitative piuttosto che riconoscere differenze qualitative. Bentham, ad esempio, considera unico riferimento possibile la considerazione quantitativa del piacere e del dolore. Ma come è possibile stabilire un criterio di misurazione del piacere? Le critiche mosse al criterio offerto da Bentham riguardano la difficoltà di indicare una base unica di valutazione tra piaceri diversi, di fare confronti interpersonali e soprattutto la scarsa considerazione per una giusta distribuzione del bene massimizzato.

Mill propone, per rimediare a queste difficoltà, una differenziazione qualitativa tra i piaceri e insiste sulla sovranità individuale nello stabilire una gerarchia di piacere. Questa distinzione

---

<sup>2</sup> I. Kant, *Critica della ragion pratica*, Laterza, Roma-Bari 1991, p. 32.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 87.

qualitativa dovrebbe anche risolvere gli eventuali contrasti che possono nascere tra piaceri diversi, richiamandosi in ultima analisi all'opinione di coloro che conoscono le forme di piacere in gioco.

Nel XX secolo il criterio di valutazione si sposta sulle preferenze individuali: non c'è più un riferimento comune e oggettivo per la valutazione morale, bensì il riconoscimento dell'uguale valore di tutte le preferenze di coloro i quali sono coinvolti. Sarà etico quel corso di azione che riesce a massimizzare tutte le preferenze, che possono tendere verso oggetti molto diversi fra di loro.

L'utilitarismo delle preferenze valorizza le esigenze di pluralismo e si avvicina a una elaborazione che potremmo definire mista. Accanto al criterio di massimizzare le preferenze si affiancano altri criteri quali un criterio per selezionare le preferenze in base alla loro universalizzabilità oppure imparzialità sostanziale.

Si può rimproverare all'utilitarismo di trasformare una valutazione di fatto delle preferenze individuali in una valutazione etica, preferenze che magari possono essere inadeguate alle necessità degli individui che le manifestano e agli individui nella totalità (pensiamo, come caso limite, ad una persona con intenti distruttivi o antisociali). Una possibile soluzione, secondo alcuni utilitaristi, sta nell'indicare un limite al di là del quale un aumento della soddisfazione delle preferenze di un individuo, comporta un risultato meno soddisfacente della soddisfazione di altri individui che si trovano in condizioni più disagiate, al fine di massimizzare le preferenze stesse.

#### **4. Cosa è la bioetica**

Dopo aver considerato molto sinteticamente le diverse soluzioni offerte dalle varie etiche, ritorniamo alla bioetica sottolineando che essa nasce da specifiche situazioni che pertanto devono essere tenute presenti.

- a) La crescita esponenziale delle nuove biotecnologie che comportano capacità inimmaginabili fino a qualche anno fa.
- b) Il problema della tecnica e del rapporto tra uomo e tecnologia: è vero che l'uomo ha creato la tecnologia, ma questa sembra sfuggirgli di mano. Non possiamo non sottolineare che questi problemi sono nati anche rispetto all'enorme potenziale distruttivo emerso dalla scoperta della fusione nucleare della materia. Per anni il mondo ha vissuto drammaticamente una fine apocalittica, a causa di una tecnologia con un potere distruttivo mai fantasticato fino ad allora. È vero che le testate atomiche avevano bisogno di essere innescate da uomini: ma oltre a non potersi fidare dell'uomo, c'era anche il rischio, non minimo, che comunque l'apparato difensivo potesse "impazzire".
- c) Il problema della globalizzazione economica e della limitazione delle risorse del pianeta terra.
- d) Le ideologie religiose diverse e spesso inconciliabili, che portano a tensioni molto più forti di quelli che sono sempre stati considerati i motivi di tutti i conflitti: cioè i problemi economici.

Esamineremo questi vari problemi per capirne le implicazioni e le possibili soluzioni.

- a) Certamente ci sono possibilità delle biotecnologie che fanno seriamente impensierire l'uomo circa il suo futuro: tra le tante, la manipolazione transgenica. Comunque se è vero che la scienza può essere utilizzata per fini utili ma a volte dannosi anche se non voluti e se è vero che mettere al bando l'ingegneria genetica con il pretesto che può creare mostri, sarebbe come abolire la stampa per evitare che qualcuno pubblichi un "Mein kamft", è pur sempre vero che molti di questi problemi andrebbero considerati singolarmente e concretamente non alla luce di principi generali: è quanto cercheremo di fare al paragrafo 4.
- b) da più parti si è manifestato il timore, non infondato, che la tecnologia possa snaturare la natura umana. Dai primi tentativi del luddismo alla critica di M. Heidegger, questa preoccupazione attraversa ripetutamente la nostra cultura.

Nel saggio "La questione della colpa", K. Jaspers a proposito del nazismo, parla di una colpa mai espiata. Ma di quale colpa parla Jaspers? Non certo di quella *giuridica* che si riferisce alle trasgressioni delle leggi, non di quella *politica* che si riferisce in gran parte agli errori degli uomini di Stato, ma anche dei governati "in quanto ciascuno porta una parte di responsabilità riguardo al modo di essere governato", non a quella *morale* "che è quella a cui noi rispondiamo alla nostra coscienza, per cui i delitti rimangono delitti, anche se vengono ordinati", bensì alla colpa *metafisica*.

"La colpa metafisica investe qualsiasi uomo che tollera ingiustizie e malvagità che possono essere inflitte a un proprio simile...Questa colpa ha per oggetto l'infrazione del principio di solidarietà tra gli uomini,...quando l'uomo tratta il proprio simile non come uomo, ma come cosa, non in riferimento alla sua soggettività ma in modo oggettivo, come si trattano le cose...

Questa è la colpa metafisica. Una colpa da cui non è possibile riscattarsi, perché ciò che il nazismo ha inaugurato, l'oggettivazione dell'uomo, è la forma che l'umanità ha via via vissuto sotto il regime della tecnica che proprio nell'organizzazione nazista ha trovato il suo pieno abbozzo...

È il concetto di efficienza, che l'apporto tecnico assume come unico e assoluto valore, mettendo in ombra lo scopo delle azioni, la loro direzione, il loro senso, per attestarsi sul principio della pura funzionalità priva di riferimento...

La divisione del lavoro che vige nell'apparato di sterminio di Treblinka e che oggi vige in ogni struttura aziendale, fa sì che all'interno di un apparato produttivo tecnicizzato, l'operatore, sia esso un lavoratore, un impiegato, un funzionario, un dirigente, non ha più niente a che fare con il prodotto finale, anzi gli è tecnicamente impedito, per la parcellizzazione dei processi lavorativi, di intendere realmente l'esito ultimo a cui porterà la sua azione" (U. Galimberti).

Questa lunga citazione, perché al di là di ogni teorizzazione, mostra chiaramente come questo processo di parcellizzazione del prodotto finale dell'attività umana, possa portare ad una ignoranza totale dell'uso di quel prodotto. Già K. Marx aveva ampiamente descritto questo processo come alienazione, e la vedeva come una caratteristica della modalità di

produzione capitalistica. Questo è un problema reale e presente, ed il rischio della alienazione-deresponsabilizzazione può essere contrastato solo da un processo specularmente contrario: di riappropriazione e responsabilità del proprio operare

- c) Il problema delle limitate risorse, in termini di cibo, riscaldamento, medicinali ecc. è vissuto drammaticamente ed ogni giorno. Se non possiamo assumere la responsabilità di tutto, non possiamo neanche non tenere presente che nel piccolo ogni nostra scelta (e quindi anche terapeutica in termini di costi e impegno) deve tener conto di un aspetto più ampio. E qui mi riferisco con chiarezza a un problema tipico della mentalità medica occidentale: l'accanimento terapeutico, che è inutile sul piano economico, violento sul piano della persona.
- d) Le ideologie soprattutto religiose, che assumono spesso aspetti di radicalismo fanatico, non possono essere sottovalutate nell'ambito di questioni generali sulla bioetica: soprattutto quando queste ideologie riguardano centinaia di milioni di uomini.

Definiti questi ambiti generali del problema possiamo ritornare al nostro settore più specifico che potremmo definire di bioetica medica, perché riguarda gli specifici problemi del trattamento medico o di quelle biotecnologie che potrebbero avere ripercussioni sull'uomo.

Secondo G. Durand le definizioni possono essere numerose:

- La bioetica è la ricerca etica applicata ai problemi posti dal progresso medico.
- La bioetica è lo studio interdisciplinare dell'insieme delle condizioni necessarie per una gestione responsabile della vita umana (o della persona umana), nel quadro dei progressi del sapere e delle tecnologie biomediche.
- La bioetica è la ricerca di soluzioni ai conflitti di valori che si presentano nel mondo dell'intervento biomedico.
- La bioetica è la scienza normativa del comportamento umano accettabile nell'ambito della vita e della morte.

Tutte queste definizioni contengono una gran parte di verità il che testimonia la complessità dell'argomento. Ma forse, più che parlare di problemi in generale è più utile evidenziare situazioni specifiche e questo per due motivi. Il primo è che proprio nel proporre un problema specifico, si evidenzia la possibilità di una soluzione o comunque di una dialettica costruttiva. Il secondo, strettamente connesso, è l'impossibilità di partire da enunciati dogmatici da cui far discendere, con semplice processo deduttivo che spesso è un puro sillogismo, la soluzione di casi complessi che a volte richiedono nuovi strumenti di conoscenza e di riflessione.

#### **4.1 Casi particolari**

Accenniamo ad alcune situazioni paradigmatiche che sono emblematiche per la riflessione sulla bioetica.

#### *4.1.1 sperimentazione sull'uomo*

E' inevitabile che a volte, nella ricerca clinica, sia necessario utilizzare l'uomo per la sperimentazione, poiché le prove di laboratorio o quelle tossicologiche sugli animali, non possono fornirci ulteriori informazioni.

E' ovvio che una sperimentazione può essere giustificata solo nell'interesse della scienza e se il rapporto tra rischio-beneficio è accettabile. In questi casi è basilare il principio di autodeterminazione e di libera scelta da parte del paziente: tanto che non è lecito utilizzare persone che potrebbero essere indirettamente condizionate, come persone in situazioni coattive (detenuti, minorati mentali ecc.) o che si prestino dietro compenso economico.

Per offrire maggiori garanzie esistono specifici comitati, esterni alla sperimentazione, che valutano il rispetto delle norme deontologiche.

Comunque un problema etico si pone, quando la sperimentazione richieda uno studio clinico controllato con l'uso di due gruppi: uno trattato con la sostanza attiva, anche se non perfettamente conosciuta, e l'altro con una sostanza placebo che è sicuramente inattiva.

E' lecito che un gruppo di pazienti non sia sottoposto, per un certo periodo di tempo, ad alcuna terapia? Normalmente sembra che questa situazione sia accettata, perchè il beneficio generale che deriva dalla certezza di una sostanza come terapeutica, può compensare il danno che deriva da un mancato trattamento. Ma questa deve essere riservata a casi strettamente necessari. In campo psichiatrico è inaccettabile che si continuino a fare esperimenti di questo genere, quando si sa benissimo che la differenza tra uno psicofarmaco e l'altro è assolutamente minimo. In questi casi il motivo non è scientifico, ma pseudo-scientifico: poter dimostrare "scientificamente" risultati che già si sanno in precedenza.

Problemi più complessi possono nascere quando una terapia viene definita tale, su di una base empirica e quindi in assenza di qualsiasi sperimentazione. Il caso Di Bella è certamente emblematico e i contrasti e le polemiche, sopite ma non cessate, hanno evidenziato i problemi deontologici connessi soprattutto alle diverse posizioni circa il concetto di terapia e di verifica.

In questo specifico caso, e non è pensabile che non si possano ripresentare casi analoghi, sembra che il principio di autodeterminazione e di libera scelta del paziente, abbia finito con il prevalere: comunque le polemiche non sono cessate e certe posizioni rimangono tuttavia inconciliabili.

#### *4.1.2 Eutanasia. Accanimento terapeutico*

Uniamo queste due situazioni che sembrano contrapposte, ma in effetti sono strettamente legate perchè nascono da posizioni rigidamente pregiudiziali e sono fortemente influenzate da fattori emotivi.

La parola eutanasia fu utilizzata da F. Bacon che nel “Novum Organum” così si esprime: “Compito del medico non è solo quella di ristabilire la salute, ma anche quello di mitigare le sofferenze... ed i medici se non vogliono mancare al loro ufficio, e quindi all’umanità, dovrebbero acquisire l’abilità di aiutare i morenti a congedarsi dal mondo in modo dolce e quieto...” Questa posizione di Bacon condivisa da altri filosofi come Hume e Kant, è invece spesso rifiutata dal medico e non solo per motivi deontologici o ideologici. Troppo spesso il medico esperisce la morte come una sorta di insuccesso personale e pertanto reattivamente si “prodiga” in un accanimento terapeutico che è assolutamente ingiustificato per il paziente.

L’eutanasia può essere attiva o diretta e passiva o indiretta.

Nel primo caso il medico di fronte ad una situazione di grave sofferenza di un malato terminale, e su precisa richiesta, somministra un farmaco letale. Per questo si parla anche di suicidio assistito.

Il problema dell’eutanasia è strettamente collegato al concetto di vita: se si ritiene la vita come valore “sacrale” è ovvio che l’eutanasia è l’equivalente di un omicidio; se prevale il concetto di dignità dell’uomo e di qualità della vita, può essere un gesto terapeutico, anche se non sempre il medico, pur accettando il principio, potrebbe essere in grado di metterlo in atto. Le posizioni su questo problema sono spesso antitetiche: a volte vengono risolte con l’emanazione di leggi che approvino l’eutanasia, che altrimenti resterebbe un reato: come è avvenuto per esempio in Olanda nel 1994. Comunque anche se nella maggior parte delle nazioni non esiste una legislazione del genere, non si può dimenticare che spesso l’eutanasia attiva viene eseguita da medici che a volte preferiscono l’anonimato, in altri casi si autodenunciano, soprattutto per porre all’attenzione pubblica questo problema.

Per eutanasia passiva si intende invece la sospensione di quelle cure che manterrebbero il paziente in uno stato di vita vegetativa: si tratta pertanto di pazienti che vivono solo grazie ad apparecchiature speciali.

In questi casi, le posizioni sono meno contrastanti anche perchè alcuni studiosi cattolici accettano questa possibilità “nell’imminenza di una morte inevitabile si può rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario della vita”. Pertanto sembra esserci una minore conflittualità circa la liceità dell’eutanasia passiva, comunque sorgono problemi di natura diversa. Se il paziente è in coma chi può dare l’autorizzazione? Non certo il paziente: quindi dovrebbero assumerne la responsabilità i familiari o eventualmente un giudice tutelare. E questo potrebbe non essere accettabile dai familiari o dall’autorità giudiziaria, ma soprattutto ci si potrebbe trovare di fronte al rifiuto da parte del medico di attuare l’eutanasia. All’estremo opposto dell’eutanasia (attiva o passiva) si pone l’accanimento terapeutico che consiste nella irragionevole ostinazione a continuare una terapia anche quando si ha la sicurezza che non ci sarà alcun miglioramento, anzi che si prolungerà solamente la sofferenza del paziente. Certamente si può obiettare che non c’è mai una sicurezza assoluta (ma perchè in medicina c’è la sicurezza assoluta?), ma questa è una banale razionalizzazione.

In effetti l'accanimento terapeutico deve essere visto come una perversione dell'atto medico che spesso è legata a problematiche più o meno inconscie del medico e che trova una sua prima manifestazione, forse meno grave, nella tendenza alla medicalizzazione nei confronti di persone che presentano al massimo piccoli disagi o malesseri, con un costo elevatissimo per il paziente e per la società.

#### 4.1.3 Trapianto d'organi

Da alcuni decenni è possibile attuare il trapianto d'organi da donatori viventi e sani oppure da soggetti che presentano morte cerebrale.

Questa possibilità deve essere vista nell'ottica di migliorare la qualità della vita: basti pensare a cosa significa un trapianto di rene, per un paziente dializzato.

Nel 1975 la legge 644 ha cercato di regolamentare questo complesso problema soprattutto cercando a evitare che il trapianto si trasformasse in commercio d'organi.

Solo nel marzo '99 una serie di articoli hanno fornito precise normative in questo campo.

In primo luogo ogni soggetto maggiore dei 18 anni può subire un espianto in caso di morte cerebrale, a meno che non abbia precedentemente disposto in maniera contraria. Se manca un preciso divieto vale la regola del silenzio-assenso.

L'espianto può avvenire solo in presenza di accertata morte cerebrale e non possono essere trapiantate né le gonadi né l'encefalo. Per i minori è necessario l'assenso congiunto dei genitori.

E' possibile l'espianto da donatori vivi, solo per il midollo osseo, il rene ed il fegato.

Questa legge è evidente che favorisce l'espianto, soprattutto dal momento che in Italia per motivi vari, di indole culturale e forse religiosa, i favorevoli al trapianto erano poco numerosi.

Comunque la legge tutela sia l'assoluta certezza della morte cerebrale, tramite una equipe medica che la deve certificare, sia la proibizione di un possibile commercio d'organi. Infatti il prelievo può avvenire solo in una situazione di gratuità: non a caso si parla di *donazione*.

Come si vede in questo caso la normativa ha cercato di bilanciare il rispetto per il proprio corpo, il principio di solidarietà e il miglioramento della qualità della vita per il paziente che riceve il trapianto.

#### 4.1.4 Statuto dell'embrione

Sotto questo titolo generico è compresa tutta una serie di problemi che riguardano la fecondazione artificiale, l'ingegneria genetica, la sperimentazione sull'embrione, fino alla interruzione volontaria della gravidanza.



Non ci soffermeremo su queste problematiche complesse e spesso anche molto difficili da proporre rimandando ai numerosi libri sulla bioetica (come per esempio G. Milano: *Bioetica. Dalla A alla Z*, Feltrinelli) ma semplicemente che dietro questi problemi che implicano la biologia, la medicina, l'etica, la bioetica non bisogna dimenticare che si aggirano fantasmi ed angosce che spesso rendono queste tematiche ancora più complesse ed incomprensibili.

Come non pensare che dietro il problema della ingegneria genetica non si nascondono i fantasmi di dar luogo a un ipotetico Frankstein? Non a caso questa tecnica sofisticata e complessa, comunemente viene definita "manipolazione genetica".

O come dietro il discorso della clonazione si nasconde il terrore per il doppio, quel doppio che rappresenta l'opposto dell'individualità e quindi l'angoscia della non esistenza. Non è un caso che presso alcune culture, si ritiene che vedere una persona totalmente uguale a noi è presagio di morte.

Come non pensare a quali angosce mobilita la fecondazione eterologa, tanto da diventare un problema che, in nome di principi, spacca maggioranze politiche, se non l'antichissimo problema del "mater semper certa, pater incertus".

Ma come non pensare a quali problemi psicologici possa avere il bambino nato da una madre che potrebbe essere sua nonna: ed in questo caso non sono fantasmi, ma problemi reali.

In questa sede vogliamo soffermarci invece esclusivamente sul problema della interruzione volontaria di gravidanza.

La legge 194 del 1978 ha reso legale, l'interruzione volontaria di gravidanza entro il 3° mese, su richiesta della donna e purchè sia dimostrato che il proseguimento comporterebbe un danno alla salute fisica o psichica della donna. Come si vede la legge offre ampie possibilità e pone al centro della scelta la autonomia e la libertà della donna: è ovvio che questa legge ha suscitato numerose polemiche, tanto da dover essere riconfermata, nel 1981, da un referendum.

E' ovvio che la legge cercava di evitare gli aspetti più negativi di un fenomeno esistente da sempre: come il mercato nero, il rischio spesso letale collegato a interventi eseguiti da persone non qualificate, l'impossibilità a volte di poterlo eseguire, pur in presenza di motivi estremamente validi.

Ed è evidente che i legislatori tenessero presente che l'aborto è pur sempre un grave trauma psichico che spesso lascia tracce indelebili, o che non potesse essere usato come una sorta di contraccezione tardiva.

Comunque il legislatore si trovava di fronte a vari quesiti e non del tutto secondari.

Il primo era stabilire i diritti della donna e quelli dell'embrione e quali dovessero essere prioritari: sono stati privilegiati quelli della donna e credo che bene abbia fatto il legislatore, soprattutto se si pensa che ancora oggi numerosi studiosi sostengono che l'ovulo fecondato è già una persona, non solo in termini biologici ma addirittura legali.

Il secondo era di tener conto della libertà del medico e di rispettare quindi il suo credo ideologico o religioso. Ed infatti tutti coloro che non sono d'accordo, possono tramite l'obiezione di coscienza, esimersi dal fare interventi abortivi.

Credo che questa legge valga qualche riflessione in tema di bioetica. Sicuramente è una legge equa, non dogmatica, che rispetta la libertà sia della donna che del medico. Questa legge non ha favorito l'aborto, ma ne ha solo limitato gli aspetti deteriori: forse il futuro potrebbe rendere, a causa di una migliore educazione e conoscenza della sessualità, questa legge obsoleta.

Ci sembra necessario riportare alcuni dati. Il primo è che rispetto al 1982, nel 1997 gli aborti sono diminuiti del 40%. Inoltre di fronte a notizie allarmistiche dei mass media, con qualche "esperto" sempre pronto a fare da palo, della possibilità di sopravvivenza del feto dopo la 28° settimana di gravidanza, bisogna ricordare che tale possibilità è appena dell'1%. Certamente bisogna tener conto anche di questa eventualità, per quanto rara, ma non ci sembra lecito parlare di "omicidio", soprattutto tenendo presente le statistiche: il 99% delle donne che si sottopongono a I.V.G., lo fanno entro le prime 12 settimane.

Questi dati dovrebbero indurre a una riflessione circa quello che si può definire come la legge del "progressivo aggiustamento": nel tempo se si evitano inutili crociate e dogmatici principi, il cittadino tende a utilizzare lo strumento tecnico, con sempre maggior cautela e comunque sempre in misura minore.

Da questo rapido excursus sembra evidente che la bioetica si trova ad affrontare in una ricerca che deve essere interdisciplinare, quattro aree fondamentali per la riflessione sull'uomo.

- a) Il concetto di vita umana: quale l'origine ed il significato;
- b) la qualità della vita: quali sono i limiti al di sotto dei quali la vita non è più umana, ma pura sopravvivenza biologica;
- c) i diritti della persona malata come l'autonomia, l'autodeterminazione, la dignità, il diritto di accesso alle cure;
- d) lo statuto dell'ambrione.

Rispetto a questi quesiti fondamentali come vedremo non esiste un parere comune e pertanto non esiste una bioetica, ma esistono diverse bioetiche.

E' inevitabile scegliere.

## **5. Quale bioetica?**

Precedentemente abbiamo visto che nel tempo si sono susseguite etiche normative o descrittive molto diverse tra loro; è quindi normale che possano esistere bioetiche diverse.

Senza voler essere riduttivi, possiamo ritenere che le varie posizioni possono raggrupparsi in due filoni principali: la bioetica dogmatica e la bioetica laica.

La bioetica dogmatica, ispirata in genere da visioni religiose della vita, si propone in modo molto chiaro e schematico: esistono alcuni principi che non sono dati dall'uomo, ma che sono dati all'uomo che si deve sottomettere. Utilizzano una logica deduttiva, e anche quando sembra permissiva nella forma, rimane dogmatica nella sostanza.

L'etica laica, pur in forme diverse, si pone come alternativa, soprattutto perchè accetta il principio del pluralismo. Quindi l'etica laica non è antireligiosa, ma antidogmatica: pluralista vuol dire semplicemente tener conto delle diverse posizioni, senza scadere in un banale relativismo etico.

Questi principi sono stati esposti in maniera molto chiara nel "Manifesto di bioetica laica" (vedi bibliografia) che condividiamo e di cui riportiamo i passi salienti.

La visione laica considera il progresso e la conoscenza come un valore etico fondamentale e nella conoscenza vede la fonte principale del progresso umano. Ed il progresso umano, nel bene o nel male, è fatto dagli uomini ed anche la stessa natura è un concetto culturale e non una entità fissa ed inamovibile. Pertanto il principio che fonda le scelte è l'autonomia e l'autodeterminazione.

"Noi pensiamo, tuttavia, che il progresso in quanto tale non sia automatico, nè sia garantito ed inarrestabile. Ma proprio per questa ragione insistiamo nella capacità degli uomini di giudicare volta per volta... Ogni individuo ha pari dignità e non devono esserci autorità superiori che possano arrogarsi il diritto di scegliere per lui in tutte le questioni che riguardano la sua salute e la sua vita".

Un secondo principio è il rispetto delle convinzioni religiose "... questo rispetto non ci fa dimenticare che dalla fede religiosa non derivano di per sè prescrizioni e soluzioni... e non vi può essere alcuna derivazione automatica a partire dalla fede".

"Un terzo principio è quello di garantire agli individui una *qualità della vita* molto più del principio che fa della mera *durata* della vita il criterio dominante della terapia medica. Se vi è un senso nella espressione "rispetto della vita" questo non può risiedere nel separare il concetto astratto di "vita" dagli individui, per morire con il minimo di sofferenza possibile...

Il quarto principio è garantire ad ogni individuo un accesso alle cure mediche che siano dello standard più alto possibile, relativamente alla società nella quale vive ed alle risorse disponibili".

Crediamo che sulla base di queste affermazioni si può tentare di dare una risposta ai quattro quesiti fondamentali per la bioetica.

a) La vita umana è una complessità biologica e psicologica che nasce e si sviluppa all'interno del contesto umano. Non esiste una origine trascendente e quindi il concetto di "sacralità" della vita è puramente astratto.

b) La qualità della vita è definibile in base ai principi di autonomia, autodeterminazione e rispetto della dignità della persona umana. Una vita puramente vegetativa, una vita solo di sofferenza e senza alcuna speranza, è la negazione della vita umana.

La qualità della vita non è un valore astratto, ma si definisce rispetto a se stessi e a come si era prima della malattia che se è sicuramente incurabile e comporta sofferenze tali da renderla inaccettabile, diventa una negazione della vita umana.

**E' interessante notare che coloro che parlano di sacralità della vita, tendono a negare ogni importanza alla qualità della vita e viceversa.**

c) La persona malata ha il diritto di scegliere, determinarsi, accettare o meno le proposte terapeutiche: in piena consapevolezza, ha diritto a decidere come morire, come ha il diritto di accesso alle cure.

d) Sicuramente l'ovulo fecondato ha enormi potenzialità: ma deve percorrere un iter ben preciso come annidarsi nell'utero, poi crescere seguendo un preciso piano biologico, per poter diventare una entità autonoma quale è solo al momento della nascita (anche se prematura).

Considerare l'ovulo fecondato come persona è una aberrazione, come rispettare l'embrione evitando qualsiasi manipolazione o sperimentazione è un dovere dell'uomo. Ma anche considerare l'ovulo fecondato come "vita" è una aporia, perchè anche il gamete è "vita", ma non può essere definita "vita umana".

E' comunque necessario cercare di definire quando l'embrione non dovrebbe essere sottoposto a manipolazioni o sperimentazioni.

Una soluzione che al momento sembra logica ed accettabile, è quella proposta dalla commissione Warnock che ha indicato come limite il 14° giorno. Dopo questo periodo non è possibile più alcuna sperimentazione, perché l'embrione comincia ad assumere una identità, anche se minima.

E' una posizione al momento accettabile. Quando diciamo al momento vuol dire anche tener conto della possibilità, sulla base di nuove conoscenze, di poter cambiare opinione.

## **6. Dai principi al diritto**

E' evidente che la scelta tra diversi comportamenti è lasciata alla libera autodeterminazione del soggetto, a meno che non esistano precise leggi al riguardo. Le leggi possono *vietare o imporre o anche proporre*, con apposite modalità, la liceità di certi comportamenti che altrimenti costituirebbero degli illeciti.

Per esempio in Italia la legge vieta l'eutanasia, impone l'intervento del medico in casi di urgenza, propone la possibilità della I.V.G.

Data la complessità della materia, spesso il legislatore tende a non intervenire su specifici problemi, rinviando la scelta a principi generali, ma spesso si finisce con il creare un vuoto legislativo, piuttosto pericoloso, come per esempio in Italia è il problema della fecondazione eterologa o gli altri sistemi di procreazione.

Il rapporto fra etica e diritto non è stato mai completamente definito ed in linea di massima, a lungo, sono rimasti due settori distinti.

“... La corrente probabilmente dominante nella filosofia del diritto del ventesimo secolo, vale a dire il positivismo giuridico (Hans Kelsen) o il realismo giuridico (Alf Ross) ha fatto valere una distinzione netta tra etica e diritto riferendosi ad una lunga tradizione, secondo cui l’etica era ridotta alla preoccupazione ed alla considerazione dei rapporti interpersonali, mentre il diritto era concepito come l’aspirazione al mantenimento di un ordine sociale creato da un dominatore potente... Nella sua forma più democratica quest’ordine è stabilito come l’insieme delle regole delle azioni umane, in modo che ciascuno possa divenire tanto libero quanto è possibile, senza impedire agli altri di esercitare la medesima libertà. Così la legge diviene un sistema di protezione di tutti contro tutti” (P. Kemp).

A lungo il diritto ha oscillato tra una posizione *positivistica*, ove la legge si limita a codificare i comportamenti esistenti ed accettati, ed una *naturalista*, ove la legge diventa l’espressione codificata di principi “naturali” che sono evidenti ed immutabili. Ad esempio l’imperativo “non uccidere”, può essere considerato un principio universale, anche se esistono alcune limitazioni, come ad esempio la legittima difesa.

Negli ultimi decenni però il diritto si è sempre più spostato su di una posizione che si potrebbe definire *umanista*: cioè tener conto di quei valori che sono fondamentali e costitutivi di una cultura (o di una nazione), ma anche delle nuove esigenze man mano che queste emergono per mutate situazioni. Ma i problemi posti dalla bioetica tendono ad una ulteriore trasformazione. “Ma a partire dal momento in cui l’etica si è estesa dalla preoccupazione per tutti i viventi, dal corpo propriamente umano alla natura tutta intesa e a partire dal momento in cui una legislazione o una pratica giuridica decidono i limiti agli interventi sulla vita degli essere viventi, da allora il diritto non è più semplicemente una sovrastruttura d’ordine sociale dato, ma è l’espressione della cura e del rispetto che si ha per la corporeità e per la natura in genere.

Possiamo definire questa nuova svolta nella razionalità etica verso la bioetica, la svolta dalla bioetica al biodiritto.

Verosimilmente il termine biodiritto (in inglese *biolaw*), come il termine bioetica (*bioethic*), è un’invenzione americana, che si riferisce all’insieme delle decisioni giudiziarie e/o leggi che riguardano le questioni bioetiche” (P. Kemp).

Giustamente l’autore sottolinea come un nuovo diritto, soprattutto nel campo della bioetica, sia nato dalla necessità delle corti di giustizia di rispondere a quesiti concreti.

E noi crediamo che questa sia la posizione più giusta che non è segno di un banale relativismo, ma segnala la necessità di un dibattito che possa poi far stabilire i limiti "... ma tali limiti non sono sostenibili in base ad un astratto diritto naturale, nè su una prospettiva metafisica o sui costumi *tradizionalmente invalsi* nella società.

Ed è questa la dimensione laica, "laicità intesa non più come questione di metodo, ma definita in termini di contenuto: esclusione di premesse metafisiche o religiose che pretendano di valer per tutti" (v. Scarpelli).

E sicuramente la discussione su casi specifici, come la tolleranza delle diverse posizioni, porta a soluzioni accettabili. E lo stesso autore nei confronti della legge sulla I.V.G. sostiene "... ammessa una pluralità di convinzioni morali, la tolleranza suggerisce una legislazione che consenta agli individui di agire secondo coscienza... Il principio del rispetto incondizionato per la vita, dal quale non si può assolutamente prescindere nella coscienza cristiana, sfocia nella intolleranza quando si impone come principio giuridico coattivo, togliendo alla coscienza laica di realizzare la propria morale" (pag. 125).

E siamo d'accordo con quanto afferma G. Berlinguer che in quel momento storico, la 194 era l'unica legge possibile anzi necessaria.

Ma sicuramente, pur con incertezze e ritardi, la tendenza da parte del legislatore è quella di salvaguardare i diritti civili, e soprattutto la possibilità di autodeterminazione, come dimostra un apposito strumento dell'ordinamento giuridico volto proprio a tutelare le diverse libertà di scelta: l'obiezione di coscienza. L'obiezione di coscienza è un elemento altamente equilibrante tra rispetto delle leggi e libertà di scelta: l'esempio più evidente è la possibilità per il medico che non accetta, per motivi religiosi o deontologici l'aborto, tramite una dichiarazione di obiezione di coscienza, di non eseguirlo.

La situazione diviene più complessa quando ci si trova di fronte ad una legge che invece prescrive un *obbligo*. E' possibile sottarsi ad un comportamento, seppur ritenuto moralmente inaccettabile, quando il sottarsi costituisce un reato?

Socrate è famoso oltre che per la maieutica, anche perchè preferì subire una condanna ingiusta, piuttosto che fuggire; perchè la fuga gli avrebbe salvato la vita, ma lo avrebbe escluso per sempre dall'essere cittadino in Atene, ove cittadino significava in primo luogo essere rispettoso delle leggi, anche se ritenute ingiuste.

Il problema dell'obiezione di coscienza si può porre in svariate occasioni nella pratica medica.

In alcuni casi la richiesta del paziente (per esempio l'eutanasia) comporterebbe un illecito e pertanto il rifiuto del medico non pone alcuni problemi.

Il problema invece può nascere se il paziente chiede un intervento legalmente lecito, ma che il medico, per sua scienza e coscienza, non ritiene utile o comunque deontologicamente corretto.

In questi casi, si deve ritenere che il principio di autodeterminazione, se è valido per il paziente, è valido anche per il medico, che può rifiutarsi di eseguire qualcosa che ritiene deontologicamente scorretto. “I medici ed in genere tutti i professionisti del mondo sanitario, non sono venditori di cure: lo studio medico non è un negozio, dove il cliente deve essere accontentato. Un uomo arriva e chiede la vasectomia, una donna incinta vuole abortire, una coppia desidera l’inseminazione artificiale ed il medico non dovrebbe far altro che mettere il suo sapere e la sua tecnica al loro servizio? No. Il medico rimarrà sempre moralmente responsabile dei propri atti, responsabile del bene o del male che fa. Sta a lui quindi giudicare *della moralità dei servizi che presta: valutare la domanda, considerare la natura dell’atto, calcolare i rischi fisici e psicologici, le conseguenze*” (G. Durand). Il problema è di fondamentale importanza, in questo modo si propone che l’atto medico, anche se giuridicamente lecito, non può essere automatico.

Se il medico dovesse rilevare nella domanda del paziente o un probabile danno per lo stesso, o un comportamento dal medico ritenuto deontologicamente scorretto, deve rifiutarsi<sup>1</sup>.

### *6.1. Il problema della informazione.*

Riteniamo che i problemi sollevati dalle biotecnologie, debbono essere sottoposte al vaglio di tutti, perchè interessano tutti i cittadini e perchè ci sia sulle eventuali scelte, un controllo *democratico*. Ma per fare questo è necessario che tali tematiche non restino nel chiuso dei laboratori di alcuni gruppi industriali: il rischio che si crei un monopolio tecnico-industriale-politico che decida cose fondamentali per i cittadini, sulla testa dei cittadini, è reale.

Come non è accettabile che i mass-media, più o meno consapevolmente, continuino in questo gioco perverso: proporre notizie eclatanti in prima pagina, come fondamentali o apocalittiche, salvo a non parlarne più e a non dare alcuna notizia circa il seguito. Non si può parlare per giorni del trapianto di una mano, salvo poi non sapere più nulla circa l’esito e gli eventuali problemi insorti.

Pertanto è necessario che si formi una conoscenza approfondita e seria, che ci sia una alfabetizzazione sulle possibilità e sui rischi di queste nuove frontiere.

Qualora la società civile non fosse in grado di comprendere i problemi sui quali, potrebbero essere chiamati ad esprimersi, qualora non ci sarà una corretta e continua informazione, il

---

<sup>1</sup> Queste osservazioni sono perfettamente condivisibili e sono state spesso vissute direttamente nei servizi pubblici, soprattutto dagli psicoterapeuti. Non è infrequente che di fronte ad una richiesta di psicoterapia, dal momento che mi rendo conto della inconsistenza della domanda, della incapacità da parte del paziente di poter fare un lavoro su se stesso, ho risposto con un rifiuto, *motivato ed articolato* ed anche con proposte alternative, ma comunque con un rifiuto. Questo comportamento mi è stato spesso contestato da alcuni colleghi che adducono l’obbligo di dover “per forza” praticare un atto terapeutico dal momento che viene richiesto, e soprattutto se questo avviene in un servizio pubblico. Continuo ad essere convinto della correttezza della mia posizione. E non solo per un principio di economia, ma soprattutto perchè un rifiuto motivato diventa una “frustrazione con interesse” e quindi un atto terapeutico.

rischio è che si finirà per delegare ad un monopolio di tecnici ed industriali, decisioni che riguardano anche il futuro della nostra società.

Una corretta educazione scientifica è l'unico antidoto ad apocalittiche visioni o a semplicistiche considerazioni, che possono far comodo sia a tendenze reazionarie sia a speculatori senza scrupoli.

## **7. Dalla psichiatria alla bioetica**

Abbiamo accennato alla necessità di una corretta informazione: ma una corretta informazione non sarebbe tale, perchè incompleta, se a fronte di queste nuove frontiere non ci ponessimo due quesiti fondamentali.

Quali sono i fantasmi, le angosce, le speranze che queste novità suscitano e come possono incidere sulle eventuali scelte?

Quale è la vera natura umana, dal momento che alcune di queste biotecnologie minacciano di colpire proprio la natura dell'uomo ed il concetto di vita umana?

Crediamo che la psichiatria, intesa come disciplina che si occupa del mondo interno dell'uomo, anche se prevalentemente nel suo aspetto patologico, può e deve essere una interlocutrice importante in questo dibattito. Comunque proprio la conoscenza della patologia psichica, induce la psichiatria a chiarire non solo i concetti di norma e di salute mentale, ma soprattutto ad elaborare uno schema di come sia e di come debba evolvere l'uomo sul piano psichico.

Il presente Manuale ha fatto di questo principio il filo conduttore come si può evidenziare dai vari capitoli.

Pertanto in questo contesto non ci soffermiamo tanto sul problema dei vissuti psichici legati a queste novità: in parte sono state accennati in precedenza.

Riteniamo più opportuno soffermarci a fare alcune osservazioni sulla natura umana: da sempre dominio esclusivo dei filosofi, dei teologi o di alcune psicologie che spesso sono diventate egemoni, del momento che esprimono, seppur con altri termini, una visione molto spesso di tipo "religioso".

Quello che possiamo affermare con certezza che è falso che l'uomo nasca come essere perverso e narcisista (S. Freud) o come fondamentalmente psicotico (M. Klein): tesi che rappresenta l'espressione "scientifica" (??) della concezione cattolica, o religiosa in genere, del peccato originale.

Il bambino nasce con un enorme potenziale ma anche con una grande fragilità: caratteristiche che sembrano connotare proprio i limiti e le possibilità dell'evoluzione dell'uomo.



Il bambino può sviluppare questo enorme potenziale in maniera sana, oppure nell'iter dei processi evolutivi e delle relazioni interumane, può ammalarsi sul piano psicologico: che è una possibilità e non un destino precostituito.

Se l'uomo non è perverso o schizoide di natura, è comprensibile che ci sarà una tendenza da parte del genere umano a preservare queste potenzialità, ad espanderle, non già a distruggerle per principio.

L'uomo è portato a cercare a conoscere, tanto che alcuni autori hanno parlato di istinto "epistemofilico" dell'uomo. A volte in questa ricerca, in questo desiderio di conoscere e di cambiare può aver sbagliato, può essere stato aggressivo o distruttivo.

Ma non è questa la sua natura, la distruzione non è il suo telos.

Se accettiamo questo principio basilare, forse evitando ingenui determinismi possiamo pensare che l'uomo tenderà, come nel passato, ad un "progressivo adattamento" alle nuove situazioni e potrà gestirle in funzione di un miglioramento complessivo dell'umanità.

La conoscenza può essere fonte di dolore, ma anche di piacere: sicuramente non può essere considerata come un fatto proibito per principio o ritenuto come fattore di distruzione.

In questa visione è evidente che i valori etici tenderanno a mutare: non esistono principi immutabili, nè naturali nè metafisici.

Da quando la natura è diventata sempre più mutabile da parte dell'uomo, all'uomo toccherà una sempre maggiore responsabilità nelle sue scelte.

"Il motto cattolico potrebbe essere "valori etici eterni nelle situazioni nuove", il motto laico, "a situazioni nuove forme etiche nuove", che è ispirato dal timore del male che in situazioni nuove, possono involontariamente produrre forme etiche vecchie" (v. Scarpelli).

## BIBLIOGRAFIA

1. Angeletti L.R.: *Storia della medicina e bioetica*, Efas Libri, Milano, 1992.
2. Angeletti L. R., Cazzaniga V.: *Storia, filosofia ed etica generale nella medicina*, Masson, Milano, 1998.
3. Aristotele: *Etica Nicomachea*, 2 vol., (a cura di) Zanatta M., Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1986.
4. Azzone G. F.: *I dilemmi della bioetica*, NIS, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.
5. Berlinguer G.: *Questioni di vita. Etica, Scienza, salute*. Einaudi, Torino, 1991.

6. Berlinguer G.: *Etica della salute*. Il Saggiatore, Milano, 1994.
7. Cavaggioni G.: Qualità della vita, psicofarmaci e psicoterapia. *Il Sogno della Farfalla*, n. 4, 1994.
8. Codice di Deontologia Medica: Deliberato C.N. della FNOMCeO, 30 ottobre 1998.
9. Durand G. (1998): *La bioetica*. Oscar Mondadori, Milano, 1996.
10. Elias N. (1983): *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna, 1986.
11. Engelhardt T. H. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1991.
12. Fagioli M.: *Bambino donna e trasformazione dell'uomo*. Nuove Edizioni Romane, 1980.
13. Flamigni C., Massarenti A., Mori M., Petroni A., Manifesto di bioetica laica, edito da *Il Sole 24 ore*, del 0.6.1996.
14. Guggenbühl - Craig A. (1983): *Al di sopra del malato e della malattia*, R. Cortina Editore, Milano, 1987.
15. Heidegger M. (1987): *Seminari di Zollikon*, Guida Editori, Napoli, 1991.
16. Jankélévitch V. (1994): *Pensare la morte* R. Cortina Editore, Milano, 1995.
17. Jasper K. (1965): *Le questioni della colpa. Sulla responsabilità politica della Germania*. Prefazione U. Galimberti, R. Cortina Editore, Milano, 1996.
18. Jonas H. (1985): *Tecnica ed etica. Prassi del principio di responsabilità*. G. Einaudi, Torino, 1997.
19. Kant I: (1788): *Critica della ragion pratica*. Editori Laterza, Roma Bari, 1991.
20. Kemp P.: *Ethique et Médecine*. Ed. Tierce et Inserm, Paris, 1987.
21. Kemp P.: *Ethique et technique: bioéthique. Le pouvoir sur la vie en question*. Aquinas, *Rivista Internazionale di Filosofia*, gen.-apr. 1991, n. 1, pag. 25-40.
22. Lain - Entralgo P. (1969): *Il medico ed il paziente*, Il saggiatore di A. Mondadori, Milano, 1969.
23. Lalli N.: *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*. Liguori Editori, Napoli, 1997.
24. Lalli N.: *L'isola dei Feaci. Percorsi psicoanalitici nella storia della psichiatria, nella clinica, nella letteratura*. Nuove Edizioni Romane, Roma, 1998.
25. Lecaldano E.: *Etica*. Tea, Milano, 1996.
26. Locke J. (1661): *Sulla tolleranza*. Utet, Milano, 1961.
27. Manuli P.: *Medicina e antropologia nella tradizione antica*. Loescher Editore, Torino, 1980.
28. Milano G.: *Bioetica. Dalla A alla Z*. Feltrinelli, Milano, 1997.
29. Mill J. S. (1858): *Saggio sulla libertà*. Il saggiatore, Milano, 1991.

30. Ollman B. (1971): *Alienazione. La concezione marxiana dell'uomo nella scelta capitalista*. Armando Editore, Roma, 1975.
31. Scarpelli V., *Bioetica laica*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998.
32. Severino E.: *La strada*. Rizzoli, Milano, 1983.
33. Sgreccia E.: *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Via e Pensiero, Milano, 1987.
34. Stocco E., Fiori Nastro P.: L'origine biologica della psiche. *Il Sogno della Farfalla*, n. 4, 1992.
35. Stone I.F. (1988): *Il processo a Socrate. Perché una democrazia condanna a morte un filosofo?* Rizzoli, Milano, 1990.
36. Tolstoj L.N. (1884): *La morte di Ivan Il'ic*. Garzanti, Milano, 1975.
37. Weber M. (1917): *Il metodo delle scienze storico sociali*. Einaudi, Torino, 1958.
38. Veggetti M.: *L'etica degli antichi*. Editori Laterza, Bari, 1989.