

# **Cos'è l'uomo perché te ne curi?**

## **La bioetica nella pratica clinica**

Ospedale Sant'Orsola, Bologna

Alberto Frigerio

Ringrazio la dott.ssa Chiara Locatelli e tutti gli amici e amiche di Bologna per l'ideazione di questo corso di bioetica, volto a indagare alcuni tra i temi più dibattuti della pratica clinica (aborto procurato, procreazione medicalmente assistita, manipolazione corporea, eutanasia, suicidio assistito, accanimento terapeutico), per consentire a chi opera nella sanità di abitare il mondo della salute con intelligenza. Il che è tanto più urgente per chi si professa credente, a motivo del contesto plurale in cui si trova a vivere e operare, che chiede di rendere ragione delle proprie convinzioni, secondo l'esortazione dell'apostolo Pietro (1Pt 3,15), per offrire giudizi almeno potenzialmente condivisibili dai propri interlocutori. In questo primo incontro, di carattere introduttivo, desidero sostare sui temi evocati dal titolo, che fa riferimento alla cura e alla bioetica nella pratica clinica.

### *Cura*

La riflessione moderna sulla cura, avviata da Martin Heidegger, parla di primarietà ontologica della cura, fenomeno essenziale dell'esistenza, a motivo della debolezza ontologica dell'esserci, cantata dal coro nel *Prometeo* di Eschilo: «Non vedi com'è debole la stirpe dei mortali, fatti di niente come un sogno, ciechi, impediti dalla loro impotenza»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ESCHILO, *Prometeo Incatenato* 547-550.

Secondo Luigina Mortari la cura è un fenomeno irrinunciabile dell'esistenza, a causa dei tratti caratteristici della condizione umana, che costituiscono quelle che chiama le «ragioni ontologiche della cura»: incompiutezza, fragilità, vulnerabilità, relazionalità<sup>2</sup>.

L'esserci è *incompiuto*, in quanto non è mai finito, ma ha da divenire: come gli altri viventi, è gettato nel mondo, ma, diversamente dagli altri viventi, è una forma non pienamente data, che deve decidere di sé e attuarsi nell'esistenza (il ciliegio *sa* come fiorire, mentre l'esserci deve determinare il proprio divenire). L'esserci è *vulnerabile*, in quanto continuamente sottoposto a urti esterni, cioè alle azioni che gli altri viventi e gli altri enti mettono in atto, tramite cui possono fornirgli nutrimento ma anche minacciarlo. L'esserci è *fragile*, in quanto ente limitato, in perenne stato di bisogno, che non ha potere di essere: l'esserci è un ente finito, che non possiede l'essere ma lo riceve, e dunque non ne dispone. L'esserci è *relazionale*, in quanto il modo di un ente è sempre e comunque l'essere con altri: ciascun ente, vivente o non vivente, dal momento che esiste, coesiste, motivo per cui l'esserci è costitutivamente in relazione.

I quattro tratti peculiari della condizione umana rendono ragione della polisemia del termine cura, che è necessaria per nutrire l'esserci e fuoriuscire dall'incompiutezza (es. bambini), per riparare l'esserci nella sua vulnerabilità (es. ammalati, disabili, handicappati), per preservare l'esserci nella sua fragilità (es. anziani), e per costruire direzioni di senso nella propria esistenza (es. amicizia).

---

<sup>2</sup> Cfr. L. MORTARI, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015, 11-67.

In tal senso, come già intuito dalla sapienza classica, la cura si configura come dedizione a cercare la migliore qualità di vita possibile (necessità etica), come terapia volta a lenire la sofferenza (necessità terapeutica), e come preoccupazione di conservare la vita (necessità vitale). Il mondo classico sottolineava infatti l'importanza della cura nel senso di cura (*epimeleia*) dell'anima, che costituiva il nucleo della educazione (*paideia*)<sup>3</sup>, e nel senso di attività medica volta a curare le affezioni del corpo (*iatreia*) ma anche la persona nella sua totalità fisica e psichica (*terapeia*)<sup>4</sup>. Inoltre, dato che la cura è fenomeno ontologico sostanziale dell'esserci, e dato che l'esserci è relazionale, la cura per l'altro, è condizione indispensabile per condurre una vita buona. L'esserci ha dunque bisogno di essere oggetto di cura ma anche soggetto di cura, «di ricevere cura e di avere cura»<sup>5</sup>.

Alla luce delle considerazioni svolte, Mortari invita a parlare della cura come di una pratica essenziale per condurre una vita buona, in quanto volta a conservare, coltivare e riparare la vita, intesa nella sua totalità corporea e spirituale.

La cura si configura come l'agire che procura quelle cose che sono necessarie non solo a conservare la vita, ma anche a coltivarla in vista del fiorire delle sue possibilità e a ripararla nelle ferite che il tempo può provocare nel corpo e nell'anima<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Cfr. PLATONE, *Apologia di Socrate* 30b e 36c, Bompiani, Milano 2014.

<sup>4</sup> Cfr. PLATONE, *Carmide* 155e e 156b, Bompiani, Milano 2015.

I termini *iatreia* e *terapia* sono oggi tradotti con *cure* e *care*, oppure, sul versante del paziente, con *disease* e *illness*.

<sup>5</sup> L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006, VII.

<sup>6</sup> L. MORTARI, *La politica della cura*, 177.

Sul piano etico, la cura si configura come pratica volta ad apportare all'altro un beneficio che da solo non è in grado di conseguire (altrimenti si tratta di servizio), si precisa in alcune posture del curante (sentirsi responsabili dell'altro, essere premurosi verso l'altro, condividere il bisogno con l'altro), e si attua secondo diverse modalità relazionali (che possono richiedere competenze tecniche), tra cui quelle che rientrano nella pratica sanitaria: informali, come nelle relazioni materna e amicale; formali, come nelle relazioni educativa e infermieristica<sup>7</sup>.

Convogliando l'attenzione sull'ambito sanitario, la riflessione di Luigina Mortari chiede di assumere una nozione di cura *integrale*, preposta a conservare, coltivare e riparare la vita nella sua totalità fisico-psichica. Il che non è per nulla scontato, a causa di due fenomeni che influenzano la pratica medica odierna: condizionamenti tecnologici/economici e processo di secolarizzazione.

Sul primo versante, va detto che le strutture sanitarie sono in continua evoluzione, per gli avanzamenti tecnologici e i vincoli di *budget*. Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha conosciuto importanti mutamenti, con l'erogazione di servizi ad alto contenuto tecnologico, sottoposti a criteri di efficacia ed efficienza e a rispettare parametri economici esigenti. La cura del malato risulta così influenzata dallo sviluppo tecnologico, che favorisce la trasformazione della pratica medica in medicina sperimentale, secondo la scelta operata nell'Ottocento da Claude Bernard, e dall'esigenza di ridurre o comunque contenere i costi della sanità, che corrispondono a una voce rilevante della spesa pubblica.

---

<sup>7</sup> Cfr. L. MORTARI, *Filosofia della cura*, 115-175.

I condizionamenti tecnologici/economici costituiscono una risorsa ma anche una sfida per la medicina. Per un verso, l'applicazione della tecnologia alla medicina alimenta la specializzazione dei trattamenti, che acuisce lo sguardo sui problemi specifici ma rischia di perdere di vista l'intero (lo sguardo del personale sanitario si pone più su cellule, tessuti e organi, che sulla persona nella sua interezza), e alimenta la medicalizzazione della malattia, che diviene competenza tecnica del personale sanitario più che essere competenza etica del malato (il crescente potere tecnologico è correlato alla dipendenza sempre più marcata del paziente dall'apparato medico). Per altro verso, la complessa macchina socio-sanitaria deve affrontare il delicato problema dell'equa distribuzione delle risorse economiche, che incide sull'allocazione e razionalizzazione delle risorse destinate a tutelare il bene della salute, col rischio di comprimere il paziente entro i parametri economici.

Insieme ai mutamenti connessi alla tecnologia e all'economia, va menzionato un altro fattore che incide sull'assistenza sanitaria: il processo di secolarizzazione, avviato al principio della modernità, che estromette Dio dalla vita e si priva di solidi appigli per far fronte alle domande sollevate dalla malattia e dalla morte. Il che incide sul modo in cui il paziente e i familiari vivono la malattia, ma anche sul modo in cui il personale sanitario si rapporta al malato. Tra l'altro, il fenomeno occidentale della secolarizzazione collide con la sensibilità di tanti uomini e donne che, a motivo del fenomeno della globalizzazione, giungono in Occidente da terre in cui la credenza religiosa è ancora radicata. Il che costituisce una sfida per l'incontro e l'accoglienza dell'altro, anche nei contesti di cura.

Gli elementi richiamati attestano la necessità di recuperare una nozione di cura integrale, in cui i fattori biologici oggettivi siano coniugati con quelli psicologici e spirituali soggettivi. Accanto alle spiegazioni biologiche, che offrono la base razionale per comprendere la dinamica fisiopatologica delle malattie, esiste un livello psicologico e spirituale per la rielaborazione soggettiva degli eventi della vita, che chiede di non venire trascurato<sup>8</sup>.

È quanto attestano in modo esemplare le cure palliative, che l'OMS definisce «globali» e preposte al «controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali»<sup>9</sup>. Tale definizione riprende la nozione di «total pain» coniata da Cicely Saunders, assistente sociale, infermiera e dottoressa, fondatrice dell'*hospice movement*, la quale rilevava che la malattia, tanto più se protratta e debilitante, provoca nel paziente dolore fisico ma anche sofferenza psicologica e spirituale e disagio sociale<sup>10</sup>.

Tra l'altro, Saunders, convertitasi al cristianesimo nel 1947, alle soglie del terzo millennio, pochi anni prima di morire, a fronte del processo di secolarizzazione incipiente, s'interrogò sul tipo di assistenza da conferire ai malati all'interno degli Hospice, invitando i curanti a misurarsi con la questione del senso, che costituisce un dato condiviso con i curati, a prescindere dalle proprie convinzioni religiose.

---

<sup>8</sup> Cfr. T. PROSERPIO – C. PICCINELLI – C. ARICE – M. PETRINI – M. MOZZANICA – L. VENERONI – C.A. CLERICI, *Il supporto ai bisogni spirituali nella cura ospedaliera. Prospettive di integrazione nell'ospedale moderno*, «Recenti Progressi in Medicina» 105 (2014) 281-287.

<sup>9</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Cancer pain relief*, WHO, Geneva 1996.

<sup>10</sup> C. SAUNDERS, *The symptomatic treatment of incurable malignant disease*, «Prescribers' Journal» 4/4 (1964) 68-73.

Molti, sia i pazienti che chi li aiuta, vivono in una società secolarizzata e hanno perso il linguaggio della religione ... Se ci presentiamo non solo nella nostra funzione di professionisti, ma anche nella nostra comune e vulnerabile umanità ... il modo di dare assistenza permette di raggiungere i luoghi più reconditi ... Il professionista può, con la propria ricerca di significato, creare un clima, come noi abbiamo tentato di fare nei tanti anni passati, spesso coi limiti della nostra incapacità, nel quale pazienti e familiari, sostenuti nella fiducia, possono protendersi verso ciò che vedono come vero e trovare il coraggio di accettare ciò che sta loro accadendo<sup>11</sup>.

In questo quadro inclusivo, che ha per fondamento il dato antropologico della spiritualità, si colloca la religiosità, tra cui quella cristiana, che si distingue in quanto ha per modello di cura la figura di «Cristo medico», secondo l'appellativo coniato dai Padri della Chiesa. La spiritualità cristiana ha la sua sorgente nello Spirito di Cristo Risorto, che istruisce e abilita il discepolo del Signore a vivere al modo del Maestro. In tal senso, i cristiani, figli di un Dio che non si è tenuto distante dai patimenti umani, ma li ha abitati e vinti, hanno il compito di annunciare in parole e opere il Vangelo del Signore, per dischiudere cammini di speranza. È quanto documenta proprio Cicely Saunders, che descrive la prossimità dei discepoli di Cristo al malato documentando l'attualità delle immagini evangeliche del bicchiere d'acqua fresca e della lavanda dei piedi.

---

<sup>11</sup> C. SAUNDERS, *A personal therapeutic journey* «British Medical Journal» 313 (1996) 1599-1601: 1601.

Cristo è presente in tutte le competenze professionali che apprendiamo e in simboli e sacramenti di ogni genere. Anche nei segni del bicchiere d'acqua fresca e della lavanda dei piedi. Tutte queste cose parlano silenziosamente ai pazienti dell'amore di Dio per loro [...] La risposta cristiana al mistero della morte e della sofferenza non è una spiegazione, ma una presenza<sup>12</sup>.

Per concludere, i cristiani sono chiamati a praticare la cura di chi è nell'indigenza, secondo l'invito di Cristo Buon Samaritano: «Va' e anche tu fa' lo stesso» (*Lc* 10,37). È quanto intuì Vincent van Gogh, il quale, poco prima di togliersi tragicamente la vita, realizzò la tela *Il Buon Samaritano* (1890), raffigurandolo con le proprie sembianze. Ed è quanto certifica la storia della medicina, di cui è utile richiamare, a mo' di esempio, l'invenzione medievale degli ospedali e delle università, che favorirono l'accoglienza, l'assistenza e l'ospitalità dei malati, coniugate allo sviluppo delle competenze mediche<sup>13</sup>.

### *Bioetica*

Come comprova la riflessione inerente al tema della cura, la pratica clinica è volta anzitutto a misurarsi con la domanda di senso posta dalla morte e dalle sue anticipazioni nella vita, ovvero dal dolore e dalla sofferenza che sono associate alla malattia e alla disabilità.

---

<sup>12</sup> C. SAUNDERS, *Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care*, Observatory House, Lancaster 2005, 6 e 29.

<sup>13</sup> Cfr. G. COSMACINI, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2011, 101-226. G. CESANA, *Il "ministero" della salute. Note introduttive alla medicina*, Società Editrice Fiorentina, Firenze 2005.

La pratica clinica si misura però anche con questioni bioetiche, relative alla postura che la libertà è chiamata ad assumere per compiere azioni giuste e consone al bene dei soggetti coinvolti. Come ha rilevato Hans Jonas, la pratica clinica è rivolta a casi unici, che nessun inventario analitico può spiegare del tutto<sup>14</sup>. Per far fronte alla complessità clinica, la bioetica ha il compito di elaborare concetti precisi, che consentano di declinare i principi morali universali nei casi clinici singolari, e così orientare la pratica clinica.

Per introdurci alla bioetica richiamerò le tappe storiche che ne hanno sancito la nascita, delinearò lo statuto epistemologico della disciplina e presenterò la visione antropologica sottesa alle diverse concezioni bioetiche. In via preliminare è però utile rilevare il crescente potere di manipolare i processi vitali, reso possibile dal massivo sviluppo tecnologico in corso. L'applicazione all'umano delle tecnologie emergenti o convergenti, in cui confluiscono nano, bio, info-tecnologie e scienze cognitive (NBIC), è motivo di una vera e propria disputa, secondo le parole del Card. Camillo Ruini.

La nuova questione antropologica ... tende non soltanto a interpretare l'uomo, ma soprattutto a trasformarlo, e questo non limitatamente ai rapporti economici e sociali come avveniva nella prospettiva del marxismo, ma assai più direttamente, e radicalmente, nella nostra stessa realtà biologica e psichica<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Cfr. H. JONAS, *Ärztliche Kunst und menschliche Verantwortung*, in ID., *Technik, Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Insel, Frankfurt 1985, 146-161: 148.

<sup>15</sup> C. RUINI – G. QUAGLIARIELLO, *Un'altra libertà. Contro i nuovi profeti del paradiso in terra*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2020, 116.

Nella cornice della *nuova questione antropologica* si comprende l'importanza della *bio-etica*, disciplina preposta a indagare l'agire umano (εθος o ηθος) inerente alla vita (βιος), al fine di formulare e avanzare una valutazione precisa e circostanziata dei diversi interventi sui processi vitali. È quanto suggerisce la definizione classica, proposta dalla prima edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics*.

La bioetica è lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto questa condotta è esaminata alla luce dei valori e dei principi morali<sup>16</sup>.

*Nascita della bioetica.* Lo studio teologico-morale dei problemi relativi alla vita umana ha conosciuto uno sviluppo storico che è suddivisibile in quattro fasi: teologia morale tradizionale, medicina pastorale, etica medica, bioetica<sup>17</sup>. La *teologia morale tradizionale* di area cattolica si accostava alle problematiche sulla vita umana con uno studio breve ed essenziale, indagando tematiche particolari quali l'aborto e il suicidio. Il numero limitato dei temi trattati e l'ampia condivisione delle soluzioni proposte non rendevano necessario sviluppare studi ulteriori. In epoca umanistica e rinascimentale gli sviluppi dell'arte medica propiziarono l'indagine sull'estensione dell'obbligo di preservare la vita. Ebbe così avvio l'elaborazione della dottrina dei mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita.

---

<sup>16</sup> W.T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 4, MacMillan, New York 1978, XIX.

<sup>17</sup> Cfr. A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Scelti in Cristo per essere santi III*, Edusc, Roma 2012, 177-178.

Nella seconda parte dell'Ottocento, definito il secolo della medicina e sanità a motivo della nascita delle discipline mediche moderne (citologia, fisiologia, microbiologia, immunologia, fisiopatologia), il mutato contesto scientifico e culturale spinse a introdurre nel *curriculum* degli studi ecclesiastici la *medicina pastorale*, disciplina volta a fornire ai candidati al sacerdozio conoscenze pratiche di anatomia, fisiologia, igiene e psicologia, per sostenere l'attività pastorale dei futuri sacerdoti. Tra i manuali più noti si ha quello del medico tedesco Carl Capellmann, dal titolo *Pastoral-Medizin*, del 1878.

All'inizio del Novecento i teologi dediti allo studio delle tematiche etiche della vita avvertirono l'esigenza di elaborare manuali per il personale sanitario, per integrare il sapere scientifico con la conoscenza dei principi morali. Si sviluppò così un'ampia letteratura di *etica medica*, tra cui si distingue il testo del teologo statunitense Charles Joseph McFadden, intitolato *Medical Ethics*, del 1953. In questo contesto s'inscrivono i 98 discorsi di Pio XII rivolti agli operatori e operatrici sanitari, in cui il papa trattò con rigore scientifico diverse tematiche, illuminate dai principi tradizionali del duplice effetto e di totalità.

Nella seconda metà del Novecento il crescente potere della pratica medica dischiuse scenari inediti, in particolare nel campo del fine-vita e dell'inizio-vita: si pensi allo sviluppo della terapia intensiva, a seguito dell'apertura del primo reparto a Copenaghen nel 1953; si pensi allo sviluppo della trapiantologia, coi primi trapianto di rene, fegato e cuore, realizzati nel 1954, 1963 e 1967; si pensi allo sviluppo delle metodiche riproduttive, che portò alla nascita della prima bimba concepita in provetta a Manchester nel 1978.

Inoltre, il potere della pratica medica non fu esente da abusi ideologici, nonostante il *Codice di Norimberga* del 1947, memore delle pratiche eugenetiche naziste, avesse fissato dieci principi per regolare la sperimentazione medica su esseri umani: si pensi a Tuskegee in Alabama, dove si praticarono studi sulla sifilide in persone di colore (1932-1972), e al *Jewish Chronic Disease Center* di Brooklyn, dove furono iniettate cellule cancerogene in degenti anziani (1963), in ambo i casi senza previo consenso informato; si pensi alla *Willowbrook State School* di Staten Island, in cui fu iniettato il virus dell'epatite B in bambini disabili (1956-1970) sulla base di un consenso informato raccolto con metodi ambigui e ricattatori.

Tutto ciò, ovvero il crescente potere della pratica medica, non privo peraltro di abusi di carattere ideologico, stimolò l'avvio di una riflessione sistematica sui temi etici relativi alla vita, a cui si diede il nome di *bioetica*. La profonda connessione tra bioetica e applicazione del potere tecnologico alla vita umana è chiaramente espressa da Hans Jonas, tra i pionieri della disciplina, che la definì «filosofia della tecnologia»<sup>18</sup>, e da Adriano Pessina, secondo il quale la «bioetica deve porsi come coscienza critica della civiltà tecnologica»<sup>19</sup>. Detto altrimenti, la bioetica è la disciplina preposta a valutare la liceità e illiceità degli interventi sulla vita nel suo sorgere, perpetuarsi e declinare, resi possibili dall'applicazione tecnologica in ambito medico e della ricerca scientifica.

---

<sup>18</sup> H. JONAS, *Warum die moderne Technik ein Gegenstand für die Philosophie ist*, 15.

<sup>19</sup> A. PESSINA, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Mondadori, Milano 1999, 41.

Il termine fu coniato dal teologo protestante tedesco Fritz Jahr, che nel 1926 scrisse il saggio *Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre*, in cui evidenziò il legame tra biologia, antropologia, filosofia e teologia, e nel 1927 scrisse l'articolo *Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*, in cui invitò a superare la divisione tra uomini, animali e piante, per riconoscere gli obblighi morali degli esseri umani verso il creato. La nozione di bioetica divenne nota però solo nel 1971, grazie all'utilizzo che ne fece il biochimico e oncologo statunitense Van Rensselaer Potter. Verosimilmente ignaro degli articoli di Jahr, nel testo *Bioethics: bridge to the future* Potter presentò la bioetica come disciplina *ponte* tra scienza e etica, volta a combinare conoscenze biologiche e valori umani (l'anno prima Potter aveva scritto un articolo, meno noto, dal titolo *Bioethics: the science of survival*).

Tra gli anni Sessanta e Settanta nacquero i primi centri di bioetica, di norma legati a grandi università, istituiti per indagare le tematiche emergenti, stilando programmi didattici e pubblicando riviste specializzate. Accanto alle istituzioni bioetiche accademiche, tra gli anni Settanta e Ottanta, presso i grandi ospedali e laboratori di ricerca sorsero commissioni e comitati bioetici, preposti a valutare le problematiche bioetiche emergenti e a vigilare sull'eticità dell'attività svolta negli istituti di appartenenza, con particolare riferimento ai protocolli clinici e alla conduzione di ricerche e sperimentazioni sugli esseri umani. L'istituzione dei Centri di Bioetica e dei Comitati Etici promosse così l'elaborazione e diffusione dell'indagine teorica, dando così avvio alla disciplina bioetica.

*Statuto epistemologico.* Lo statuto epistemologico di una disciplina, che ne definisce l'identità, è costituito dall'oggetto indagato (oggetto materiale) e dal metodo di ricerca utilizzato (oggetto formale). La bioetica è disciplina di frontiera, che indaga il *bios* col contributo di diverse aree del sapere, adottando un approccio trans-disciplinare, che ruota attorno a due principi: complementarità dei saperi; primato formale dell'etica<sup>20</sup>.

La complementarità dei saperi è data dal tipo d'indagine condotta. La bioetica integra gli studi condotti da prospettive e visuali differenti: la biologia studia i processi fisici, la psicologia indaga i dinamismi psichici, la filosofia (teologia) esplora il profilo spirituale della vita. Il primato formale dell'etica è giustificato dal ruolo del sapere morale: tra le azioni fattivamente possibili, la ragione pratica riconosce come moralmente lecite solo quelle che operano il bene. Il piano valutativo morale, relativo a ciò che è lecito, si distingue da quello descrittivo fattuale, relativo a ciò che è fattibile, e lo dirige al bene della persona.

Per cogliere l'*ordo* dell'indagine bioetica, è utile offrire un esempio, quello delle cellule staminali embrionali. Per decidere di un loro eventuale utilizzo nella ricerca scientifica è necessario coniugare il sapere filosofico morale, che fissa i principi dell'agire (primato formale dell'etica), con quello antropologico filosofico, che dice chi è persona, e quello scientifico, che offre gli strumenti per chiarire lo statuto dell'embrione (complementarità dei saperi).

---

<sup>20</sup> Cfr. L. MELINA, *Riconoscere la vita, problematiche epistemologiche della bioetica*, in A. SCOLA (ed.), *Quale vita? La bioetica in questione*, Mondadori, Milano 1998, 75-115.

La norma personalista d'ispirazione kantiana afferma che non è mai lecito trattare una persona solo come mezzo e mai anche come fine, la riflessione antropologica postula l'identità tra essere umano e persona (su questo si tornerà in seguito, dato che costituisce il punto di frizione tra le varie visioni bioetiche), l'indagine scientifica mostra che l'embrione è un essere umano unico e irripetibile, che ha in sé tutte le informazioni per operare lo sviluppo dell'individuo. Alla luce di questi dati, è possibile affermare l'illiceità morale dell'utilizzo di cellule staminali embrionali nella ricerca, in quanto l'embrione è da trattare alla stregua di una persona, che va rispettata nella sua singolare dignità, senza venire reificata e usata per perseguire scopi a lei alieni.

L'esempio riportato consente di cogliere i tre livelli di cui si compone la riflessione bioetica: *fondativo* o generale, che riguarda le questioni meta-bioetiche (visione antropologica e teoria etica: nella fattispecie il modello personalista, di cui si dirà a breve); *specifico* o speciale, che studia i singoli problemi (cellule staminali embrionali); *clinico* o casuistico, che discute i casi particolari (uso delle cellule staminali embrionali nella ricerca scientifica).

*Modelli bioetici.* Fin dall'inizio la disciplina ha visto confrontarsi, e talora scontrarsi, orientamenti e visioni bioetiche differenti, che divergono per fondazione antropologica e giustificazione morale. Tra i più noti modelli bioetici si distinguono quello liberale, utilitarista, principialista, areteico, femminista, fenomenologico e personalista. Il tempo a nostra disposizione non ci consente di operare una recensione dei singoli modelli bioetici richiamati. È però utile considerare l'opzione antropologica di fondo, a cui sono correlati due atteggiamenti bioetici differenti.

Da una parte vi sono quanti postulano la distinzione tra essere umano e persona, secondo una logica funzionalista, che identifica la soggettività con la capacità di esprimere determinate funzioni quali quella senziente e autocosciente. È questo il caso della bioetica liberale e utilitarista. Dall'altra parte vi sono quanti postulano l'identificazione tra essere umano e persona, secondo una logica sostanzialista, che identifica il principio persona nell'anima spirituale, sebbene certo la persona maturi e si attualizzi nel vivo dell'esistenza. È questo il caso della bioetica personalista. In questa sede si vuole dunque dare rapidamente conto della bioetica liberale, utilitarista e personalista.

La *bioetica liberale* pone al centro il valore dell'autonomia individuale e adotta per criterio orientativo delle scelte la preferenza accordata a ciò che è stabilito del soggetto, asserendo che l'unico fondamento dell'agire morale sarebbe la scelta autonoma e l'unico limite sarebbe la libertà altrui, secondo la tesi per cui *ogni azione liberamente voluta è moralmente lecita purché non leda la libertà altrui*. D'altra parte, il principio di autonomia o del permesso/consenso sottende una visione del soggetto morale che coincide con l'agente in grado di esprimere un consenso e stipulare un contratto, motivo per cui si è tenuti a rispettare la libertà altrui nella misura in cui il soggetto è in grado di avvalersene, al punto da non riconoscere dignità personale agli esseri umani che non esercitano ancora (embrioni, feti, neonati, infanti), non eserciteranno mai (disabili psichici gravi) o non esercitano più (comatosi, cerebrolesi) la capacità consensuale e contrattuale. È quanto si evince dalla riflessione dello statunitense Hugo Tristram Engelhardt, insigne esponente della bioetica liberale.

Non tutti gli esseri umani sono persone. Non tutti gli esseri umani sono autocoscienti, razionali, capaci di concepire la possibilità di biasimare e lodare. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non-persone umane, queste entità sono membri della specie umana<sup>21</sup>.

È quanto sostiene anche il filosofo italiano Sebastiano Maffettone, il quale nei suoi testi richiama esplicitamente, anche nella terminologia, la riflessione condotta dal collega statunitense, e teorizza la dissociazione tra essere umano e persona.

Capacità autoriflessive e per lo meno un minimo senso morale sono indispensabili per imputare a un soggetto quell'integrità da cui siamo partiti come principio iniziale e fondamentale. Ciò che conta non è l'appartenenza a una specie ma il fatto di essere titolari di integrità [...] Non tutti gli esseri umani sono persone<sup>22</sup>.

Nel quadro della bioetica liberale, i così detti agenti morali, che sono ritenuti tali in quanto capaci di dimostrare di possedere la facoltà e l'esercizio della ragione e dell'autocoscienza, sarebbero abilitati a decidere se proteggere oppure utilizzare gli esseri umani considerati non personali per altri scopi (promozione della ricerca scientifica), bisogni (ragioni di convenienza economica) o aspettative (desideri soggettivi).

---

<sup>21</sup> H.T. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University, New York-Oxford 1996, 138-139.

<sup>22</sup> S. MAFFETTONE, *Valori comuni*, Il Saggiatore, Milano 1989, 224 e 233.

La *bioetica utilitarista* ha per criterio morale il calcolo delle conseguenze dell'azione in base al rapporto vantaggi/svantaggi, che alcuni traducono nella valutazione di ciò che è piacevole/spiacevole per il soggetto, mentre altri traducono nella valutazione dei costi/benefici per la società. Noto esponente della bioetica utilitarista è l'australiano Peter Singer, che ha formulato la tesi secondo cui sarebbero lecite le azioni che massimizzano l'interesse del maggior numero di persone, tenendo presente però che non tutte le persone sarebbero esseri umani e non tutti gli esseri umani sarebbero persone: mentre alcuni animali (scimpanzé, delfini, balene) andrebbero trattati come persone, in quanto capaci di provare dolore e di averne una qualche coscienza, alcuni esseri umani (embrioni, feti, neonati, infanti, disabili psichici gravi, comatosi, cerebrolesi) andrebbero trattati come non-persone, in quanto incapaci di provare dolore e averne una qualche coscienza.

In Singer la concezione di persona è dunque ricondotta a elementi empiricamente rilevabili, ovvero alla presenza e all'esercizio della sensibilità e della coscienza, e questo conduce a distinguere tra essere umano e persona umana e a conferire lo statuto di persona a esseri non appartenenti alla specie umana<sup>23</sup>. Detto altrimenti, lo statuto di persona andrebbe conferito agli esseri senzienti che ne hanno una qualche consapevolezza, motivo per cui favorire gli interessi dei soggetti che appartengono alla propria specie (umana) sarebbe una limitazione arbitraria e pertanto discriminante, passibile dell'accusa di specismo.

---

<sup>23</sup> Cfr. P. SINGER, *Practical Ethics*, Cambridge University, New York 1979, 48-71.

La *bioetica personalista* sottolinea l'unità costitutiva della persona umana, *corpore et anima unus*, e avanza la tesi di fondo secondo cui è necessario riconoscere, e conseguentemente tutelare, la dignità personale a tutti gli esseri viventi che appartengono alla specie umana, indipendentemente dal loro grado di sviluppo psicofisico e dalla loro capacità di esprimere determinate facoltà. La bioetica personalista rifiuta dunque la logica funzionalista sottesa alla bioetica liberale e alla bioetica utilitaria, che negano lo statuto di persona ad alcuni esseri viventi appartenenti alla specie umana e lo assegnano ad alcuni esseri viventi appartenenti alla specie animale, a motivo del fatto che non si è persona perché ci si comporta come tale, ma ci si comporta come tale perché si è persona.

È quanto asserisce il filosofo tedesco Robert Spaemann, secondo cui il criterio per stabilire se una persona è tale è l'appartenenza alla specie umana, in quanto non si dà passaggio da *qualcosa* a *qualcuno*, e in quanto la persona è l'essere umano e non una sua qualità più o meno manifesta.

Può e deve darsi un unico criterio per la personalità: l'appartenenza biologica al genere umano ... L'essere della persona è la vita di un uomo ... La persona è l'uomo e non una qualità dell'uomo<sup>24</sup>.

Anche il teologo riformato Jürgen Moltmann rifiuta la separazione tra essere umano e persona, teorizzata da quanti sostengono in chiave funzionalista che ci sarebbe vita personale laddove la vita umana è dotata di certe funzioni.

---

<sup>24</sup> R. SPAEMANN, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen 'etwas' und 'jemand'*, Klett-Cotta, Stuttgart 1996, 264.

La dissociazione tra persona e natura è rischiosa, conduce all'irresponsabilità morale. L'umanesimo radicale del tipo di quello sostenuto da Peter Singer, definisce la persona come soggetto fornito di intelligenza e di volontà. Esseri umani che non dispongono ancora, o non dispongono più o che mai disporranno, di intelletto e volontà non vengono considerate persone umane ma soltanto materiale umano. Pensiamo agli embrioni e ai feti, ai disabili gravi e a quanti soffrono di malattie senili ... Questo umanesimo radicale porta alla più completa disumanità, perché priva della dignità quella che sembrerebbe una "vita che non vale di essere vissuta"<sup>25</sup>.

La bioetica personalista asserisce dunque che la persona è un individuo concreto dotato di una natura spirituale, che si esprime e manifesta in una serie di funzioni che attestano la sporgenza del soggetto rispetto all'elemento materiale: riflessività, autocoscienza, autodeterminazione, simbolizzazione, comunicazione. La natura spirituale si esprime dunque nelle funzioni spirituali, senza però, è bene precisarlo, ridursi a esse, a motivo del fatto che le funzioni (accidenti) presuppongono logicamente un'altra entità (sostanza), che sta in sé, a cui inerire. In tal senso, un individuo della specie umana è persona in quanto possiede la natura spirituale, anche senza manifestare sempre, tutte e in massimo grado le funzioni che esprimono tale natura spirituale. Da ciò consegue il dovere di rispettare la vita umana in ogni stato e condizione, alla luce dei seguenti principi della bioetica personalista, da leggere secondo l'ordine gerarchico indicato.

---

<sup>25</sup> J. MOLTSMANN, *Gott im Projekt der modernen Welt*, Gütersloher, Gütersloh 1997, 82.

*Principio del rispetto e della difesa della vita umana*, che è indisponibile al soggetto e inviolabile dagli altri, in quanto costituisce il presupposto di tutti gli altri beni.

*Principio di libertà-responsabilità*, secondo cui la libertà è responsabile della vita in quanto la vita è condizione perché la libertà stessa sussista e si eserciti.

*Principio di solidarietà*, secondo cui la persona è responsabile verso gli altri, a motivo dell'intrinseca socialità e interdipendenza che sussiste tra gli esseri umani.

*Principio di socialità-sussidiarietà*, secondo cui la società è chiamata a impegnare risorse per il bene primario della vita e lo stato, che costituisce la forma istituita della società, è chiamato a intervenire laddove necessario per sostenere o supplire l'iniziativa posta in essere dalla società.

*Principio terapeutico o di totalità*, secondo cui è lecito intervenire su una parte del corpo, anche in maniera lesiva, quando, a motivo del suo carattere patologico, è dannosa per l'intero organismo (es. amputazione dell'arto inferiore cancrenoso in paziente diabetico), oppure, sebbene sana, la sua funzione arreca grave danno all'organismo (es. sterilizzazione per ridurre possibili recidive del tumore mammario). La corretta applicazione del principio esige che non vi siano altri modi o mezzi per ovviare alla malattia, vi sia una possibilità buona e proporzionalmente alta di riuscita, vi sia il libero consenso informato del paziente).

*Principio del duplice effetto*, secondo cui l'azione con due effetti, uno buono e l'altro cattivo, è moralmente lecita quando è in sé buona o indifferente, è volta all'effetto buono e non a quello cattivo, ottiene l'effetto buono non tramite quello cattivo, ha una ragione proporzionata (es. isterectomia in donna gravida affetta da K portio).

Notabene: la convinzione che la vita umana è indisponibile e inviolabile va chiarita precisando che la vita fisica è un bene fondamentale ma non assoluto. In tal senso, la vita fisica non può mai venire volontariamente soppressa ma può essere donata in relazione al bene spirituale della persona, come insegna la Lettera enciclica *Veritatis splendor*.

L'origine e il fondamento del dovere di rispettare assolutamente la vita umana sono da trovare nella dignità propria della persona e non solo nell'inclinazione naturale a conservare la propria vita fisica. Così la vita umana, pur essendo un bene fondamentale dell'uomo, acquista un significato morale in riferimento al bene della persona che deve essere sempre affermata per se stessa: mentre è sempre moralmente illecito uccidere un essere umano innocente, può essere lecito, lodevole o persino doveroso dare la propria vita (cf *Gv* 15,13) per amore del prossimo o per testimonianza verso la verità<sup>26</sup>.

*Note conclusive.* Per ragioni di tempo non è stato possibile istruire il nesso tra bioetica e teologia e delineare il contributo che l'indagine biblico-teologica può apportare alla riflessione bioetica, ad esempio sul piano antropologico. Si pensi alla categoria di *imago Dei*, secondo cui la persona, intesa nella sua unità spirito-corporea, è aperta al Trascendente. Tuttavia, mi preme sottolineare che l'indagine teologica è chiamata a rispettare le fondamentali chiavi interpretative dell'agire fornite dall'etica filosofica, certo collocandole e integrandole nell'orizzonte della rivelazione.

---

<sup>26</sup> GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Veritatis splendor* 50, (6.08.1993) (EV XIII, 2532-2829).

Si tratta dunque di fuoriuscire dalla contrapposizione, per la verità pretestuosa, tra bioetica laica e cattolica. Nella vulgata, la prima sarebbe tollerante e procederebbe per assunti razionali, la seconda sarebbe intollerante e procederebbe per assunti fideistici. In realtà, la vera bioetica laica è quella che offre argomenti razionali, senza essere pregiudizialmente a-religiosa né tantomeno anti-religiosa. Altrimenti, sarebbe più opportuno parlare di bioetica laicista, in cui la giusta a-confessionalità della disciplina viene indebitamente intesa come in-differenza nei confronti del fenomeno religioso, aprioristicamente escluso dal dibattito.

Si profila così il compito, affidato a credenti e non credenti, di articolare un'indagine bioetica capace di rendere ragione delle soluzioni proposte ai vari dilemmi morali, in un dialogo teso a tutelare e salvaguardare la dignità personale, secondo la prospettiva dischiusa da Giovanni Paolo II nella Lettera enciclica *Evangelium vitae*.

In Cristo è annunciato definitivamente e pienamente donato quel *Vangelo della Vita* che, offerto già nella Rivelazione dell'Antico Testamento, ed anzi scritto in qualche modo nel cuore stesso di ogni uomo e donna ... *può essere conosciuto nei suoi tratti essenziali anche dalla ragione umana* [...] Il servizio al *Vangelo della vita* ... si presenta come spazio provvidenziale per il dialogo e la collaborazione con i seguaci di altre religioni e con tutti gli uomini di buona volontà: *la difesa e la promozione della vita non sono monopolio di nessuno, ma compito e responsabilità di tutti*<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Evangelium vitae* 29 e 91, (25.03.1995) (EV XIV, 1206-1445).