

Gilberto Corbellini – Chiara Lalli

Bioetica per perplessi

Una guida ragionata

© 2016 Mondadori Education S.p.A., Milano

Tutti i diritti riservati

Il Sistema Qualità di Mondadori Education S.p.A. è certificato da Bureau Veritas Italia S.p.A. secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2008 per le attività di: progettazione, realizzazione di testi scolastici e universitari, strumenti didattici multimediali e dizionari.

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Realizzazione editoriale

Coordinamento redazionale Alessandro Mongatti

Redazione Scribedit servizi per l'editoria

Impaginazione Scribedit servizi per l'editoria

Progetto grafico Cinzia Barchielli, Marco Catarzi

Progetto copertina Alfredo La Posta

Prima edizione Mondadori Università, novembre 2016

www.mondadorieducation.it

Edizioni

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

2020 2019 2018 2017 2016

La realizzazione di un libro comporta per l'Autore e la redazione un attento lavoro di revisione e controllo sulle informazioni contenute nel testo, sull'iconografia e sul rapporto che intercorre tra testo e immagine. Nonostante il costante perfezionamento delle procedure di controllo, sappiamo che è quasi impossibile pubblicare un libro del tutto privo di errori o refusi. Per questa ragione ringraziamo fin d'ora i lettori che li vorranno indicare alla Casa Editrice.

Mondadori Università

Mondadori Education

Viale Manfredo Fanti, 51/53 – 50137 Firenze

Tel. 055.50.83.223 – Fax 055.50.83.240

www.mondadorieducation.it

Nell'eventualità che passi antologici, citazioni o illustrazioni di competenza altrui siano riprodotti in questo volume, l'editore è a disposizione degli aventi diritto che non si sono potuti reperire. L'editore porrà inoltre rimedio, in caso di cortese segnalazione, a eventuali non voluti errori e/o omissioni nei riferimenti relativi.

Lineagrafica s.r.l. – Città di Castello (PG)

Stampato in Italia – Printed in Italy – novembre 2016

In copertina: Close-up di bottiglie provetta © Skodonnell/iStockphoto.

Indice

<i>Introduzione</i>	1
Capitolo 1. Dall'etica medica alla bioetica	9
Quali sono le prime tracce di una attenzione morale e normativa per il rapporto tra medico e paziente?	10
Quali erano i tratti del comportamento medico valorizzati dall'originaria medicina laica?	12
I valori morali dell'etica medica erano esclusivi della medicina naturalistica occidentale?	12
Perché i valori dell'etica medica ippocratica sono stati acquisiti dall'etica cristiana?	13
Come si relazionò la medicina araba con la questione etica e l'impianto teologico dell'Islam?	14
Come si sono manifestate le prime attenzioni per un controllo politico dell'esercizio della medicina?	14
Quando le qualità morali del medico cominciano a fondarsi su competenze più che su meri obblighi sociali di assistenza agli infermi?	15
Quali sono i contenuti dell'etica medica politica che si afferma con gli inizi dell'età moderna?	15
Qual era la percezione culturale e sociale della medicina agli inizi dell'età moderna?	16
Quale fu il ruolo di John Gregory e di Thomas Percival negli sviluppi dell'etica medica?	17
Come cambiarono i codici dell'etica medica dopo Gregory e Percival?	18
Quale fu l'impatto della diffusione del metodo sperimentale sulla dimensione etica e sociale della medicina?	19
Quale fu l'impatto della scoperta dei crimini perpetrati dai medici nei campi di concentramento nazisti?	20
In che modo gli avanzamenti scientifici ampliavano lo spettro delle controversie etiche, al di là dei temi legati alla sperimentazione sull'uomo?	22
Come nasce l'uso di un nuovo termine, cioè bioetica, per caratterizzare una nuova fase della riflessione morale sulla medicina e la ricerca biomedica?	22
Quali erano le novità etico-filosofiche introdotte dalla bioetica?	23
In che modo si è arricchito negli anni il panorama dei temi e delle questioni discussi in ambito bioetico?	24

Quali sono state le reazioni del mondo medico alla specializzazione delle competenze bioetiche?	25
Quali sviluppi più recenti ci sono stati nell'ambito della riflessione e delle controversie bioetiche?	26
Capitolo 2. Il senso morale umano e le controversie bioetiche	35
Se la bioetica nasce per proteggere le persone, malate o sane, dal rischio di abusi sperimentali o da quello di subire trattamenti contro la loro volontà, e su questo punto c'è un sostanziale accordo, perché è così difficile e spesso impossibile trovare delle soluzioni condivise da tutti in merito alla liceità morale dell'eutanasia, della ricerca su embrioni umani, della clonazione umana o dell'uso di OGM?	38
Come ha avuto luogo nel mondo animale l'evoluzione del senso morale? Che cosa ci dicono le spiegazioni evolucionistiche e antropologiche?	40
Considerato che il nostro senso morale non è qualcosa che viene da fuori, dall'educazione o dalla cultura, ovvero che non si tratta di una seconda natura che si oppone al modo in cui saremmo fatti ma è il prodotto dell'evoluzione umana per selezione naturale, in cosa consiste questo nucleo di moralità sul piano delle predisposizioni psicologiche e dei processi neurobiologici, emotivi e cognitivi che chiama in causa?	42
Fino a che punto le ipotesi sulle basi psicologico-evolutive del giudizio morale trovano riscontro nelle ricerche neuroscientifiche sulle aree del cervello coinvolte nel comportamento morale?	44
Quali sono i rapporti tra religione e morale? Perché la religione è così fortemente coinvolta nelle controversie morali?	46
Qual è il ruolo delle credenze secolari? Come entrano in gioco nella costruzione dei sistemi morali?	47
È diffusa l'idea che gli atei siano persone meno affidabili moralmente dei credenti. È vero?	49
Quali sono le idee generali che si confrontano sul piano della metaetica e quale si può considerare il punto di vista più sensato anche alla luce di quello che si è scoperto sui meccanismi naturalistici che governano il senso morale?	51
L'esperienza mostra che l'etica funziona in modo prescrittivo. Quali sono le teorie etiche utilizzate sul piano normativo?	54
In che modo le etiche normative hanno concorso al dibattito bioetico?	56
Il pluralismo filosofico, che riflette nella sostanza un pluralismo valoriale distribuito naturalmente nelle società umane, non è stato ricondotto a sostanziale uniformità dai principi enunciati nel Rapporto Belmont del 1978?	61
Quali sono le basi etico-filosofiche della bioetica cattolica?	62
Perché la dignità è diventata una categoria sempre più spesso chiamata in causa nelle questioni che hanno dei risvolti bioetici? È utile far riferimento alla dignità nelle discussioni etiche e bioetiche?	64
Perché sollevano controversie etiche soprattutto le innovazioni mediche o biotecnologiche che rendono possibile manipolare per via artificiale processi naturali e, quindi, ottenere	

con più efficienza gli stessi risultati o riparare funzioni naturali compromesse? In realtà, si potrebbe considerare caratteristico della bioetica il classico argomento basato sul richiamo alla natura.	66
Anche nell'ambito della bioetica, come in generale in tutte le situazioni in cui si vuole assegnare un primato all'etica, è diffuso l'appello alla coscienza. Nella medicina peraltro, fino al riconoscimento che si deve rispettare l'autodeterminazione del paziente, la formula «in scienza e coscienza» era usata per attribuire alle buone intenzioni del medico un valore non discutibile o non negoziabile.	
Fino a che punto, alla luce dei risultati della ricerca psicologica e neuroscientifica, si può continuare a invocare la coscienza come foro morale individuale affidabile e indipendente?	68
Ma se tutto quello che dice la filosofia morale è sbagliato, perché le cose sono migliorate sotto la guida di queste idee? E quale sarebbe eventualmente una corretta posizione da tenere?	70
Perché l'argomento della china scivolosa è così sistematicamente utilizzato per rappresentare come minacce le innovazioni scientifiche e tecnologiche?	72
Quali rapporti intercorrono tra bioetica e diritto?	75
Capitolo 3. Sperimentazione sull'uomo e consenso informato	79
Quando inizia la sperimentazione sull'uomo e come evolve prima di essere regolamentata?	82
Quando si cominciarono a denunciare e a perseguire gli abusi ai danni dei pazienti, e quali sono state le tappe della regolamentazione internazionale della sperimentazione clinica?	88
Che valore avevano sul piano medico le sperimentazioni nei campi di sterminio nazisti? Come nasce il Codice di Norimberga? In che misura ha cambiato la percezione sociale della medicina e il rapporto tra medico e paziente?	92
Qual è stata l'influenza dell'invenzione dei <i>trial</i> clinici sull'etica della sperimentazione umana?	94
Perché viene proposta, come nasce ed evolve la Dichiarazione di Helsinki?	96
Quali sono state le principali revisioni a cui è stata sottoposta la Dichiarazione di Helsinki e perché ha cessato di essere un documento di riferimento essenziale per l'etica medica?	99
Da dove viene e che cosa è il consenso informato?	101
Quali sono in linea teorica i requisiti del consenso informato?	104
Quali sono i limiti del consenso informato?	107
Cosa sono i comitati etici? Come nascono e come funzionano?	
Esistono diverse tipologie di comitati etici: in cosa si differenziano?	110
Perché i comitati etici sono spesso criticati?	113
Capitolo 4. Scelte di fine vita	119
Che cosa riguarda la discussione sulle scelte che accompagnano le fasi finali della vita? Di cosa si sta parlando sul piano operativo e tecnico?	120

Esistono dati statistici sulle conseguenze che possono avere i diversi modi di normare le scelte di fine vita?	121
Come si articolano le posizioni etiche tradizionali nel dibattito sul fine vita?	123
Qual è lo scenario legislativo per le decisioni di fine vita nei paesi europei alla fine del 2015?	124
Come si moriva in passato? Quali erano i valori in gioco da parte del medico e da parte del contesto sociale e culturale, in particolare religioso?	128
Perché la medicina è in conflitto con la religione sulle scelte di fine vita? Quali sono gli argomenti, nel contesto dell'etica cristiana, contro la possibilità per le persone in condizioni terminali di mettere fine alle proprie sofferenze, per esempio suicidandosi?	129
Perché l'eutanasia è stata e rimane un problema?	132
Dove e da quando sono legali eutanasia e suicidio medicalmente assistito?	133
Che cosa raccontano le esperienze ormai più che decennali di legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito?	135
Che cosa sono le direttive anticipate di trattamento, e perché sono oggetto di controversie?	137
Cosa sono le cure palliative e quali sono gli aspetti etici rilevanti della discussione?	139
È finita la tradizione del cosiddetto dolorismo, cioè l'idea che il dolore abbia una sua utilità o che debba essere tollerato dal paziente?	141
Non è ipocrita dire sì alla sedazione terminale e no all'eutanasia?	142
In apparenza la discussione ricorda l'antica dottrina del doppio effetto, che continua a funzionare per giustificare un'ipocrisia più generale e che mira a limitare il peso dell'autodeterminazione nelle scelte di fine vita.	145
Capitolo 5. Scelte di inizio vita	149
Perché la riproduzione umana è fortemente connotata in senso morale?	154
Nei mezzi di informazione, ma anche a livello politico, ricorre spesso la domanda «quando inizia la vita umana?», allo scopo di stabilire fino a che punto è lecito intervenire sugli embrioni ai primi stadi di sviluppo. Ha senso la domanda?	155
La contraccezione è contro natura?	156
È sbagliato abortire?	158
Quali sono gli argomenti contro l'interruzione della gravidanza? Sono buoni argomenti?	160
Al di là degli argomenti razionali, esiste nelle situazioni mediche concrete un conflitto di diritti tra l'embrione/feto e la madre?	162
Gli embrioni godono di diritti fondamentali? Sono persone?	164
In che modo le acquisizioni scientifiche permettono di elaborare argomenti che, almeno sul piano logico-razionale, consentono di negare che solo i modi naturali di riprodursi conferirebbero valore all'esistenza umana di chi è messo al mondo?	165
È giusto ricorrere alle tecniche riproduttive artificiali? Nascere in provetta danneggia qualcuno?	168
Ricorrere alle tecniche artificiali dovrebbe essere illegale?	169

È lecito manipolare gli embrioni umani?	170
Perché volere un figlio a tutti i costi? Perché non rassegnarsi ai limiti imposti dalla natura? Non è da egoisti forzarli?	171
Quali sono i risvolti etici controversi per quel che riguarda l'uso delle procedure di fecondazione medicalmente assistita?	172
Perché la legge 40/2004 non è una buona legge?	174
La gravidanza per altri è un modo di diventare madre oppure è una mercificazione del corpo femminile?	176
È sbagliato selezionare il sesso dei nascituri?	177
Dovremmo permettere la clonazione a fini riproduttivi?	178
Come si pongono le religioni e tradizioni culturali non cristiane rispetto alla fecondazione assistita?	180
Capitolo 6. Medicina genetica	183
Quali sono gli interventi e le scelte mediche basate sulla genetica e sulla genomica? Perché sollevano controversie etiche? Quanto costano oggi (2016)?	185
In che modo sono usati i test genetici e per quali patologie sono utili? Quali sono le modalità migliori di usarli?	187
Che cos'è, a cosa e quando serve la consulenza genetica?	190
Perché si chiama in causa l'eugenica? Che cos'è e perché fa paura?	192
Noi siamo i nostri geni? Oppure a volte pensiamo e speriamo di esserlo? Perché?	196
Cosa non va nell'essenzialismo e nel determinismo genetici? Quanto è accurata la medicina predittiva o quella cosiddetta di precisione o personalizzata? Cosa significa essere «malati di rischio»?	198
La diagnosi genetica di preimpianto e gli altri test prenatali sono pratiche da nazisti?	200
Quali sono le origini, gli scopi, lo stato dell'arte e i problemi della terapia genica?	202
Come si articola la discussione sulla terapia genica praticata sulla linea germinale?	203
È immorale manipolare il DNA umano, a esempio «aggiungere» geneticamente un talento sportivo o musicale? Danneggia qualcuno il miglioramento genetico?	205
Cosa c'è nelle biobanche?	207
Perché le informazioni genetiche sono dati sensibili? Si devono stabilire dei limiti per accedervi e usarle?	208
Negli ultimi anni qualcuno ha proposto il consenso aperto. Perché e come potrebbe funzionare?	210
Perché sono stati varati numerosi progetti di sequenziamento dei genomi di popolazioni? Come dovremmo regolare la genomica su larga scala?	211
Capitolo 7. Sperimentazione animale	217
A cosa sono serviti e a cosa servono i modelli animali nella ricerca biologica e medica?	218

È vero che i modelli animali non servono più?	219
Perché alcuni dicono che sarebbero inutili? Come stanno in realtà le cose?	220
Quali sono stati, storicamente, gli argomenti etici contro la crudeltà nei riguardi degli animali?	223
Quali sono diventati gli argomenti attuali?	224
Quali sono state le conseguenze del dibattito suscitato dalle tesi di Singer?	225
In quale senso si ritiene che gli animali avrebbero dei diritti? Ha senso tale argomento?	225
Perché si pensa che non vi siano basi epistemologiche per difendere la sperimentazione animale? È vero?	227
Perché si usa il termine «vivisezione»?	229
Perché si può fare obiezione di coscienza sulla sperimentazione e com'è regolata?	230
Che cosa sono le 3R?	232
Si può sperimentare umanamente? O l'unica scelta etica sarebbe smettere?	233
Quali furono le origini delle legislazioni contro la crudeltà nei riguardi degli animali e come sono cambiate le leggi che limitano e regolano la sperimentazione animale?	235
Come nasce e cosa prevede la direttiva europea del 2010?	236
Perché la direttiva europea è stata recepita in Italia con ulteriori restrizioni e quali saranno le conseguenze per la ricerca biomedica?	237
Come è cambiata la percezione pubblica degli animali e della sperimentazione animale?	238
Capitolo 8. Medicina dei trapianti e definizione di morte	241
Quando sono stati realizzati i primi trapianti?	242
La definizione di morte è cambiata nel corso del tempo. Quali sono stati i principali cambiamenti prima di arrivare al concetto di morte cerebrale?	244
Che cos'è la morte cerebrale e a cosa serve la nuova definizione di morte?	246
Perché è stato difficile accettare a livello sociale e culturale l'idea di morte cerebrale?	248
Quali sono gli aspetti moralmente controversi nella medicina dei trapianti?	250
Esistono strategie migliori di altre per incrementare la donazione di organi da cadavere o da vivente? Quali sono i fattori che influenzano le decisioni di donare o meno gli organi, ovvero il livello di altruismo?	251
Davvero sarebbe immorale vendere i propri organi?	252
Come si potrebbe incentivare la disponibilità degli organi? Basterebbero i trapianti da viventi?	253
La donazione da vivente è troppo rischiosa? Andrebbe vietata?	254
Chi sono i donatori eroici e cosa andrebbe permesso loro?	255
Chi decide?	255
Cosa prevede la legge italiana sulla donazione degli organi da parte di viventi?	256
Se siamo donatori, ci lasceranno morire più facilmente per usare i nostri organi?	257
Quali sono e quali dovrebbero essere i criteri per le liste di attesa?	259
Perché sarebbe sbagliato o immorale far nascere Giovanni per salvare Luca? Si può giustificare il concepimento di un bambino per usarlo come donatore o farmaco?	260

Ci sono prospettive ottimistiche di riuscire a trapiantare organi funzionanti di animali nell'uomo? Quali problemi etici solleva la prospettiva degli xenotrapianti?	262
Capitolo 9. Etica della ricerca responsabile	267
Cosa sono le frodi scientifiche?	268
Quali sono le dimensioni del fenomeno, cioè qual è la percentuale di scienziati che imbrogliano e di che genere di frodi e manipolazioni si tratta?	269
Quali sono i costi economici e sociali stimati di questi comportamenti?	270
La cattiva condotta è una novità nella storia della scienza?	271
Quali fattori potrebbero aver causato le dimensioni attuali del fenomeno?	272
Che cosa è l'editoria predatoria/ <i>open access</i> e che rapporti ha con la cattiva condotta dei ricercatori?	275
Che ruolo svolge nella prevenzione delle frodi la caccia organizzata alle manipolazioni, la pubblicizzazione delle ritrattazioni e la <i>peer review</i> post-pubblicazione?	275
Quale peso ha la personalità del ricercatore?	276
Quali sono state le risposte della comunità e delle istituzioni scientifiche?	277
Quali sono, oltre agli Stati Uniti, i paesi che hanno linee guida e uffici dedicati all'integrità della ricerca, e quali sono i principi richiamati dai codici etici per condannare le cattive condotte?	279
La ricerca scientifica, intesa come attività praticata in specifici contesti socio-istituzionali, è eticamente neutrale?	281
Che rapporti ci sono tra la cattiva condotta nella ricerca e le recenti critiche metodologiche all'abuso della statistica per produrre risultati che sono scientificamente non validi?	283
Capitolo 10. Medicina rigenerativa e staminali	285
Che cosa è la medicina rigenerativa e quali metodi e obiettivi la differenziano dalle altre linee di ricerca e dalle altre pratiche mediche? Quali sono i trattamenti già approvati? A quale stadio si trova oggi la ricerca?	287
Come si configura lo scenario dei problemi bioetici collegati con la derivazione e l'uso delle cellule staminali? Come si differenziano le diverse religioni mondiali rispetto alle opzioni di usare cellule staminali derivate da embrioni umani?	290
Quali sono gli argomenti della bioetica cattolica nei riguardi della ricerca con embrioni umani e cellule staminali embrionali?	292
Come si può giustificare eticamente la creazione di embrioni e l'uso per scopi di ricerca degli embrioni soprannumerari?	293
Perché la clonazione riproduttiva umana fa paura?	293
Come si inquadra a livello internazionale la normativa sull'uso sperimentale delle cellule staminali?	295
Perché si è diffusa l'idea che le staminali adulte curino decine di malattie? A chi fa comodo questa illusione?	296

Diversi paesi hanno intrapreso percorsi legislativi volti a regolare la ricerca scientifica sugli embrioni umani e usano le tecnologie della biologia cellulare per manipolarli. Quali sono state le principali differenze tra diversi approcci normativi in Italia rispetto a paesi come Stati Uniti e Regno Unito, e in che modo questi approcci sono stati influenzati dalla discussione culturale e politica?	299
Quali sono le prospettive economiche della medicina rigenerativa e in che misura l'atteggiamento etico nei riguardi della proprietà intellettuale può influenzare lo sviluppo del settore?	302
Che cosa è e perché prolifera così efficacemente il turismo delle staminali?	307
Quali sarebbero le conseguenze e le potenziali ricadute delle diverse scelte legislative in merito alla ricerca sugli embrioni umani?	310
Capitolo 11. Neuroetica	313
Quali sono i profili filosofici della neuroetica? Come nasce e come si è inserita sulla tradizione della bioetica?	315
Quali sono i temi e i problemi oggetto delle riflessioni neuroetiche? Quali argomenti sono avanzati per giustificare una separazione della neuroetica dalla bioetica?	316
Quali sono i profili bioetici/neuroetici delle ricerche cliniche e delle decisioni terapeutiche rispetto a pazienti la cui capacità di dare un consenso informato è limitata dalle loro condizioni mentali e neurologiche?	317
Parte della neuroetica affronta, quindi, tematiche e controversie di natura bioetica, riguardanti cioè l'etica della ricerca e della pratica clinica in ambito neurologico e psichiatrico?	320
La diffusione delle tecnologie radiologiche per la visualizzazione del cervello ha sollevato nuovi problemi?	320
Quali sono le scoperte neuroscientifiche più recenti nel campo della neurologia della coscienza che hanno implicazioni per la clinica dei disturbi della coscienza e degli stati coma?	323
Che cosa è il <i>neuroenhancement</i> e perché solleva problemi etico-sociali?	323
Cosa si intende concretamente quando si parla di <i>enhancement</i> , cioè di potenziamento in relazione alle capacità cognitive? E cosa vuol dire, in generale, premiare delle <i>performance</i> in contesti sociali in cui è vantaggioso saper apprendere rapidamente e saper mantenere livelli di controllo ed efficienza elevati?	324
Si può giudicare moralmente lecito il potenziamento?	325
Ma se il potenziamento non è in sé qualcosa di male, e magari scopriremmo la possibilità di potenziare le persone sul piano morale, migliorando il loro altruismo, esiste un motivo valido per cui ad esempio il governo non dovrebbe progettare interventi di qualunque tipo diretti alle persone e volti a migliorare il funzionamento della società? Dato che, peraltro, questi sarebbero anche nell'interesse dei singoli.	327
Sempre sul fronte delle applicazioni, negli ultimi anni le neurotecnologie e le neuroscienze hanno trovato applicazioni nell'amministrazione	

della giustizia, soprattutto nel contesto dei processi penali, al fine di stabilire l'imputabilità degli accusati di qualche genere di reato. Questo fatto presenta profili neuroetici?	329
Rispetto allo spettro di atteggiamenti teorici esistenti, come tendono a orientarsi i modelli neurobiologici del cervello? E cosa dicono gli studi empirici sul modo in cui le idee di senso comune su determinismo e indeterminismo influenzano le nostre intuizioni riguardanti autonomia, libero arbitrio e responsabilità morale? E in che misura si può immaginare che la diffusione delle conoscenze scientifiche sul funzionamento del cervello potrebbero cambiare o addirittura scardinare l'assunzione e l'attribuzione di responsabilità e colpe?	331
Al di là delle spiegazioni scientifico-filosofiche circa perché e come il cervello, in base al progetto genetico ed epigenetico di specie e influenzato dai contesti socio-culturali, produce esperienze associate alla coscienza, come la sensazione di essere liberi e moralmente responsabili, in che modo queste intuizioni giocano nelle nostre scelte e nei nostri giudizi? In che misura la diffusione dei risultati degli studi neuroscientifici sulla natura dei comportamenti umani, nel momento in cui confutassero l'idea di una volontarietà non causata all'origine delle nostre azioni, potrebbe indurre le persone ad abbandonare le loro credenze circa il fatto di essere dotate di libero arbitrio e, conseguentemente, a scardinare l'idea che siamo moralmente responsabili per come agiamo?	332
Anche le ricerche di neuroetica avallano l'idea che, nei giudizi morali, le emozioni prevaricano la ragione?	333
Un aspetto singolare della neuroetica è che da subito è stato incluso come tema di studio la percezione pubblica delle neuroscienze e delle neurotecnologie. Perché?	334
Un problema che emerge sul piano della percezione pubblica delle neuroscienze è anche il seguente: a fronte dell'inevitabile conflitto tra le credenze umanistiche della filosofia, della religione, ma anche della sociologia, della politica e per qualche tempo ancora dell'economia e i dati forniti dalla ricerca sperimentale, come reagiranno le istituzioni sociali, culturali e politiche, e come reagiranno i cittadini? Che cosa può accadere con gli atteggiamenti sociali e culturali nei riguardi delle neuroscienze?	335
Capitolo 12. Etica ambientale e OGM	339
Qualcuno è moralmente responsabile dei disastri ambientali?	341
Abbiamo dei doveri verso le generazioni future? In quale misura e sulla base di quali argomenti si può sostenere che abbiamo l'obbligo morale di consegnare alle future generazioni un ambiente non inquinato?	345
Qual è la percezione pubblica delle biotecnologie e degli OGM?	346
Il caso OGM ha fatto riemergere una forma di attivismo tecnofobico che per certi versi ricorda il luddismo. Quali sono le caratteristiche di questa specie di militanza?	348

Quali sono gli argomenti «etici» pro e contro gli OGM?	350
A quali condizioni gli OGM possono essere discussi correttamente come problema bioetico?	355
Nel mese di giugno 2016 oltre 100 premi Nobel hanno accusato l'organizzazione ambientalista Greenpeace di «crimini contro l'umanità» per le campagne che sta conducendo contro gli OGM e in particolare contro lo sviluppo del <i>golden rice</i> . Che cosa è il <i>golden rice</i> e che storia racconta?	358
Quali sono i contenuti delle campagne «No OGM»?	359
Capitolo 13. Etica della comunicazione scientifica, della percezione della scienza e del «gender»	363
Cos'è la comunicazione scientifica?	365
Cosa dicono i sondaggi della percezione pubblica della ricerca e dell'innovazione biomedica nell'ambito degli atteggiamenti e dei giudizi, anche etici, che i cittadini esprimono verso la scienza?	369
Come sono state descritte dai mezzi di informazione le biotecnologie? Come viene tematizzata la dimensione morale? Quali sono state le conseguenze?	373
Perché si devono ascoltare gli scienziati? A quali condizioni gli scienziati sono fonti legittime di autorità? Quali principi rendono affidabile la comunicazione dei risultati della ricerca da parte dagli scienziati?	376
È vero che la scienza è divisa? Perché anche gli scienziati possono concorrere ad alimentare le controversie?	379
Quali sono i fattori psicologici che influenzano l'impegno morale delle persone rispetto a comunicazioni scientifiche controverse?	382
Il tema del «gender» è un esempio di pessima comunicazione scientifica, influenzato com'è da pregiudizi, che sono chiamati in causa per negare i fatti. Di cosa si tratta?	386
Che differenza c'è tra sesso, genere e identità di genere?	387
Perché la questione dei cromosomi sessuali è scientificamente più complessa di quello che siamo disposti culturalmente ad accettare?	388
Come ha funzionato la comunicazione sul tema degli stadi cosiddetti intersessuali?	389
<i>Indice dei box</i>	395
<i>Indice analitico</i>	399
<i>Indice dei nomi</i>	405

a Emma Bonino

Introduzione

Di bioetica si parla da quasi mezzo secolo con almeno due accezioni. Da un lato, e con scarso successo, quando ci si sforza di esaminare criticamente, cioè anche naturalisticamente, le controversie tra approcci scientifici nel campo della ricerca biomedica e della cura e credenze culturali prevalenti nelle società umane. Secondo questa idea minoritaria e anticonvenzionale della bioetica, ci si augura di riuscire a sciogliere il groviglio di fattori emotivi e cognitivi che produce profonde dissonanze tra specialisti e opinione pubblica nella percezione dei rischi legati alle innovazioni biomediche e biotecnologiche. L'intento di chi ha usato e usa il termine «bioetica» con questa accezione è di provare a costruire una collaborazione tra la ricerca scientifica sperimentale innovativa nel campo delle scienze della vita e della biomedicina e le altre componenti culturali (cioè etiche, politiche e sociali), ovvero di trovare strategie educative e normative per adeguare i fattori psicologici e antropologici che generano reazioni frequentemente negative verso le novità e l'espansione dei gradi di libertà individuale, e quindi di responsabilità, creati dalle ricadute tecnologiche nei campi delle scelte riproduttive, di fine vita, terapeutiche, preventive.

D'altro canto, la bioetica è stata ed è invece soprattutto un terreno particolarmente fertile per istanze filosofiche conservatrici, cioè sospettose o disgustate per gli avanzamenti scientifici e tecnologici. Questo atteggiamento deriva dalla reiterata constatazione di gravi abusi in diversi ambiti della ricerca sperimentale che usava soggetti umani, dalla quale viene ricavata l'idea che tali abusi vadano addebitati alla scienza, ovvero alla *hybris* conoscitiva degli scienziati, piuttosto che a cause specifiche da imputare a responsabilità personali o ad autoinganni socioculturali. Un contesto in cui il benessere economico e i livelli di istruzione crescenti, consentiti dalla convivenza fondata su principi liberali e democratici, ha coltivato persone capaci di immaginare e praticare comportamenti più diversificati anche in ambito medico, senza essere più disposte a subire danni se sottoposte a limitazioni delle aspettative e delle scelte individuali riguardo la nascita, la morte e la malattia. Orbene, sono proprio queste scelte e la libertà individuale di esprimerle a essere oggetto di discussioni bioetiche. Se è giusto che gli abusi siano condannati e perseguiti, non è invece giustificabile che nell'attuale clima culturale e normativo il termine «abuso» abbia assunto un'accezione talmente ampia da alimentare una paranoia invadente, capace di mettere a rischio gli effetti sociali positivi del-

la ricerca e dell'innovazione, ma soprattutto i benefici che le persone possono ricavare dall'ampliamento delle libertà individuali. È verso questa seconda concezione della bioetica che negli ultimi anni sono emerse insofferenze e critiche che hanno anche trovato voci autorevoli, come per esempio quelle dello psicologo e bioeticista Jonathan Baron, autore di un libro intitolato *Contro la bioetica*, e dello psicologo e celeberrimo saggista Steven Pinker.

Lo scopo di questa «guida» è provare a valorizzare quello che di utile può esserci nelle riflessioni bioetiche. È cioè un tentativo di sciogliere i nodi argomentativi che si ingarbugliano quando possiamo compiere azioni dissonanti rispetto alle intuizioni morali di senso comune. In altre parole, si tratta di tentare di recuperare in qualche modo l'originaria accezione di «bioetica», l'idea cioè di una bioetica che prenda sul serio l'approccio naturalistico o scientifico al modo di funzionare della moralità, e di spiegare come ci si possa difendere dagli abusi che genera la seconda accezione. Non ci facciamo troppe illusioni. Ma pensiamo che possa essere comunque didatticamente e culturalmente utile fornire coordinate scientifiche, epistemologiche, storiche, etico-normative e culturali (esposte nella forma di argomenti), informazioni e spiegazioni per capire come nascono, come si strutturano e come si possono (se si possono) risolvere le controversie bioetiche. Si tratta in genere di conflitti tra scelte rese possibili dalle innovazioni e dai cambiamenti nella pratica medica e intuizioni morali più o meno spontanee. Queste intuizioni scattano inconsapevolmente di fronte a scenari percepiti come rischiosi o minacciosi per la precaria integrità psicologica che le persone hanno faticosamente conquistato, introiettando sistemi di valori ritenuti fondanti o essenziali per il mantenimento dell'ordine sociale – così di fatto è stato per tempi immemorabili, sebbene fino a pochi decenni fa al costo di annichilire le libertà individuali.

Oltre alla soddisfazione di mettere in comune le nostre competenze e provare a organizzare in modo in modo un po' più coerente le rispettive idee, l'auspicio che ci ha convinti a scrivere questo libro è che almeno qualcuno che leggerà o studierà il nostro approccio lo trovi utile o almeno criticamente stimolante. O per illuminare meglio le proprie intuizioni e idee, o per maturare una posizione autonoma e informata su qualcuna delle materie trattate: una posizione autonoma perché informata, e informata perché autonoma. «Tutto qua?», si potrebbe domandare. In realtà, l'aspirazione è di illustrare e spiegare come e perché insorgono le controversie bioetiche. Non soltanto esaminando gli argomenti in conflitto a partire da valori diversi che si distribuiscono all'interno delle società umane, ma anche cercando di capire perché le nuove condizioni create dagli avanzamenti scientifici e tecnologici generano dissonanze e chiamano in causa paure, prefigurando rischi di abusi autentici o fittizi.

In altre parole, l'aspirazione è sia di riuscire a dare una profondità storica ai temi e alle controversie bioetiche, sia di utilizzare le più recenti e migliori conoscenze sulle basi antropologiche e psicologiche della moralità umana, nonché quelle su come i contesti socioculturali modulino le nostre predisposizioni morali, per caratterizzare più empiricamente l'analisi etica dei problemi.

Non siamo presuntuosi al punto di non sapere che ci stiamo dando un obiettivo ambizioso, e che si tratta di una sfida che non è ancora stata davvero tentata, proprio per la natura dei temi trattati che invita al neutralismo o all'indottrinamento. Cioè a recensire le posizioni che si confrontano pubblicamente e politicamente oppure a fare proseliti di un qualche schieramento fazioso o oppositivo.

«Da che parte stai?», «Sei favorevole o contrario all'eutanasia, alla clonazione, agli OGM o alla vita artificiale?» sono domande molto comuni quando si dice alle persone di studiare le questioni bioetiche. Non che il nostro scopo non sia una forma di indottrinamento. Un'educazione liberale, ispirata cioè ai principi che sono alla base delle democrazie moderne, non richiede meno indottrinamento rispetto a un'educazione religiosa o ideologica. Anzi! Però solo la prima produce individui autonomi, responsabili e civili e ammette la possibilità di un reale dibattito (con premesse chiare e regole precise). La seconda no. Soprattutto quando è l'unica educazione disponibile.

I temi e le controversie di natura bioetica sono sempre più spesso sulle pagine dei quotidiani, e raramente sono stati oggetto di titoli da prima pagina e di editoriali. Si tratta, per lo più, di scenari e possibili decisioni che non esistevano prima della seconda metà del secolo scorso, e che comportano un sovraccarico di attese e di preoccupazioni, a seconda del punto di vista da cui si guarda. Nata come area di studi e d'azione militante, cioè volta alla difesa dei pazienti e all'affermazione dell'idea che i malati, per il fatto di essere tali, non perdono i loro diritti fondamentali, la bioetica è diventata principalmente un'etichetta per reclutare approcci che si autodefiniscono multidisciplinari, di fatto per nascondere una debolezza metodologica.

Ripercorrendo a grandi linee la storia della bioetica si può vedere che questo nuovo spazio di confronto culturale è diventato anche una palude. Perché, cioè, è così difficile usare gli strumenti critici che l'esame dei problemi bioetici richiede per migliorare il soddisfacimento delle persone che si trovano a fare scelte rischiose o difficili, e ci si trascina invece in discussioni che possono risultare sterili o paralizzanti sul piano decisionale.

Noi ammettiamo che in linea di principio, come condizione ideale, sono lecite tutte le opinioni, e che sono formulabili i più diversi giudizi in merito alle questioni con rilevanza etica e legale che riguardano le decisioni su riproduzione o inizio vita, cura, fine vita, ricerca scientifica, e sulle norme migliori per regolare tali decisioni. La diversità delle opinioni è conseguenza inevitabile del funzionamento del cervello: quello che pensiamo, e come ci comportiamo, è il prodotto dell'attività del cervello. La variabilità individuale dei modi di elaborare le esperienze è, in ultima analisi, la manifestazione concreta della libertà. E la libertà di espressione, ne abbiamo le prove, è una condizione indispensabile per il miglioramento sociale e morale, anche se comporta la circolazione più agevole di credenze false e manipolatorie. Il concetto di libertà che viene usato in questo testo non è né quello positivo né quello negativo, ma quello di libertà come autocontrollo, che implica una costruzione di vincoli nel corso dell'esperienza individuale che rendono progressivamente più consapevoli le decisioni personali e migliorano la capacità di valutare criticamente le informazioni usate in funzione di aspettative e valori che sono sempre personali.

Pensiamo che non vi siano modi oggettivi per stabilire che un'etica sia più giusta o funzionale di un'altra in assoluto, anche se comprendiamo che è un tratto psicologico-sociale adattativo autoingannarsi o credere che i propri giudizi debbano essere presi in considerazione e rispettati o addirittura che siano universalizzabili. Da questo punto di vista Immanuel Kant aveva colto un'aspirazione umana più intuitiva che razionale. Purtroppo, ma anche per fortuna, veniamo al mondo con disposizioni sia benevole sia malevole. Possiamo essere più o meno predisposti a seguire i sentimenti morali di fondo che sono passa-

ti al vaglio della selezione naturale e hanno aiutato i nostri antenati a sopravvivere, cioè a lasciare una discendenza di cui siamo temporaneamente parte. In tal senso siamo anche relativamente flessibili e possiamo accettare che si causino sofferenze e dispiacere per un bene che giudichiamo conveniente (o superiore, ma comunque superiore perché conveniente), anche se la cosa ci turba e in altri contesti riterremmo che si fa del male – escluse quelle persone che nascono con una prevalenza di disposizioni malvagie e possono, in particolari contesti, calcolare la convenienza e non vedere il male da cui viene un qualche bene parziale.

Eviteremo di far riferimento a cadute tragiche dell'etica medica (le idee e le pratiche messe in atto dai medici sotto il regime nazista sono il caso più eclatante) come a scenari in qualche modo disumani o da prendere come tipologia di confronto per giudicare l'accettabilità di qualche particolare scelta o intervento medico. «Lo facevano i nazisti e quindi è male» non può essere un argomento intelligente contro qualche atto medico, perché i nazisti mangiavano, dormivano, facevano sesso, stringevano amicizie e rapporti affettivi. Quindi i nazisti erano persone del tutto normali e la loro etica era un'etica *normale* in quanto possibile, e possibile in quanto conteneva elementi molto umani sul piano psicologico. Gli stessi elementi che sono alla base della nostra etica. Così come una persona razzista o omofoba non è diversa da chi non trova rilevanti, sotto nessun punto di vista delle relazioni sociali, il colore della pelle o le preferenze sessuali – con l'eccezione, ancora una volta, dei razzisti e degli omofobi psicopatici.

Cosa cambia allora? Semplicemente le esperienze, le conoscenze e le capacità cognitive, si potrebbe anche dire una maturità epistemologica fondata su un pensiero critico, ci permettono di renderci conto che le credenze razziste e omofobe sono sbagliate. La capacità di valutare e usare criticamente i fatti consente di non restare schiavi di opinioni o pregiudizi falsi. Ci sono almeno due esperimenti sull'autorità, quello di Stanley Milgram e quello di Philip Zimbardo, che hanno dimostrato come anche le persone più «normali» possano trasformarsi in carnefici, dei quali si parlerà nel terzo capitolo. E quella cosiddetta nazista non era altro che una possibile strategia comportamentale adattativa, in un dato contesto socio-economico e geopolitico, e considerato che la continuità della specie e della vita prevalgono, nella logica dell'evoluzione, sugli interessi individuali. Per favore niente accuse di relativismo, perché si tratta se mai di una posizione riconducibile allo scetticismo morale.

Pensiamo che anche in etica e soprattutto nella bioetica siano desiderabili, e quindi da valorizzare, quelle prove e quei controlli che dimostrano possibile dire, in base a fatti descrivibili, che alcuni giudizi o spiegazioni in merito a scelte eticamente controverse sono qualcosa di più che mere opinioni, e che taluni giudizi e scelte sono preferibili, non in assoluto ma rispetto ad altri, per le conseguenze che quelle decisioni procurano agli individui e poi alle comunità. Nelle controversie bioetiche si può arrivare a riconoscere precisamente quali scelte siano da ritenere più legittime e quali meno o per niente, in base alla valutazione dei danni e dei soddisfacenti che possono derivarne. Questo ovviamente se si prende per valido il sistema di valori morali che governa gli ordinamenti sociali liberal-democratici. Certo, se si assoggettano questi valori a qualche ideologia o credenza religiosa, allora si decide *ipso facto* di ridimensionare il ruolo e lo spazio decisionale per la propria capacità di autodeterminazione. Una possibilità

senz'altro comoda, e anche quella che viene più naturale. Il nostro obiettivo non è spingere a un maggior controllo e limitazione della libertà (in genere così è inteso il compito della bioetica), ma consigliare di ampliarla, usando informazioni e conoscenze scientifiche come ausili. In altre parole, pensiamo che una maggior libertà nelle decisioni relative a riproduzione, cure e morte non aumenti i danni, ma al contrario produca esiti migliori.

Sappiamo che si tratta di un risultato non scontato, e che la possibilità che le scelte risultino moralmente migliori, che perseguano cioè soddisfacenti ragionevoli e non giustificati sulla base di pregiudizi o intuizioni autoingannevoli, dipende dalla qualità cognitiva del processo decisionale. Abbiamo abbondanza di prove che il miglioramento morale umano è stato possibile soprattutto grazie alla diffusione sociale di un'istruzione scientifica che addestra al pensiero astratto e ipotetico, che consente di immaginare scenari sulla base delle informazioni e delle esperienze, e quindi di prendere decisioni criticamente consapevoli, controllando gli impulsi emotivi e cercando di valutare le conseguenze delle proprie scelte. In tal senso, la ricerca scientifica e, soprattutto, il metodo scientifico non dovrebbero proprio essere visti come minacce contro le quali scagliare, come spesso accade, batterie di ragionamenti bioetici in astratto.

Come spiegheremo nel secondo capitolo, pensiamo che larga parte delle discussioni bioetiche parta da reazioni intuitive, disinformate o male informate all'aprirsi di nuove possibilità di scelta. E pensiamo anche che quasi tutte le questioni bioetiche siano di difficile categorizzazione, proprio a livello intuitivo, perché presentano situazioni che non sono mai esistite o non hanno mai potuto nemmeno essere immaginate come realizzabili. Inoltre, i temi della bioetica hanno a che fare con scelte che coinvolgono situazioni nelle quali sono pesantemente in gioco emotività e incertezza.

Si sarà già capito che abbiamo posizioni abbastanza definite in materia di bioetica. Mirando a dare strumenti per costruire posizioni autonome, vorremmo mettere nelle mani del lettore una procedura per controllare quando la nostra posizione realizza l'obiettivo di aumentare il benessere delle persone. Non saremo quindi, come già detto, dei neutrali recensori di posizioni bioetiche ma proporremo una «bioetica per perplessi». Una bioetica minima che vuole aiutare a capire quando ci sono buoni e validi motivi per impiccarsi nelle scelte degli altri, e quando l'analisi razionale del contesto decisionale suggerisce di lasciar perdere e di lasciare libere le persone. Lo ripetiamo: non è lo scopo di questo testo fornire una rassegna esaustiva degli argomenti, che possono essere anche molto complessi, per stabilire la liceità o illiceità etica di una specifica scelta. In qualche modo abbiamo cercato di fornire una cornice, dotata di profondità storica e di riferimenti normativi, che semplifichi i ragionamenti, che consenta di riportarli agli elementi sia intuitivi sia controintuitivi che si confrontano nella discussione bioetica, tenendo conto del fatto che quel che viene proposto come razionale è molto spesso una razionalizzazione di qualche pregiudizio.

È del tutto legittimo voler mettere un'etichetta al nostro modo di concepire la bioetica, e quindi anticipiamo da subito che si tratta, oltre che di una bioetica minima, anche di una bioetica libertaria e razionale (o argomentativa). Per dirla in un altro modo, rifiutiamo la diffusa distinzione tra bioetica laica e bioetica cattolica (o religiosa): la distinzione rilevante è tra una bioetica logicamente e scientificamente solida, ovvero fondata su buoni argomenti e sulle conoscenze naturalistiche che riguardano il comportamento umano, e una bioetica contraddittoria.

Nel secondo capitolo si proverà a illustrare le coordinate teoriche del nostro modo di ragionare sui temi bioetici. A questo punto qualcuno contesterà che questo testo sia davvero uno strumento per maturare posizioni autonome e critiche in materia di bioetica, dato che sviluppa un'idea comunque militante della bioetica. In realtà, pensiamo che sia soprattutto attraverso un uso pertinente e controllato delle conoscenze e delle informazioni che le persone diventano meno manipolabili dai contesti e dagli altri. E il punto di vista liberale, in generale e quindi anche l'atteggiamento libertario, per le sue origini e caratteristiche di funzionamento come modello di organizzazione di società umane in condizioni non naturali, è metodo e non ideologia. Il nostro intento, insomma, non è piazzare soluzioni preconfezionate, ma mostrare come si può arrivare più correttamente a un risultato soddisfacente ma anche difendibile logicamente o razionalmente, in condizioni inevitabilmente cangianti e imprevedibili.

Com'è strutturato e concepito il libro e a chi è indirizzato? Nei diversi capitoli, cercheremo di render conto del background storico delle condizioni materiali, delle pragmatiche umane possibili e delle dimensioni psicologiche immediate che portano a elaborare culturalmente in termini censori anche comportamenti che non causano danno a terzi (ci soffermeremo sull'importanza del principio del danno e sulla differenza tra danneggiare qualcun altro e danneggiare sé stessi, così come sull'illegittimità del moralismo e del paternalismo come fonti di coercizione legale), e che danno luogo alle principali questioni bioetiche. Date le premesse che mirano a inquadrare i luoghi comuni morali o pseudo-morali o religiosi, le credenze pseudoscientifiche e le curiosità tecniche, ogni capitolo si sposterà quindi a spiegare le origini e il funzionamento degli argomenti morali usati nella valutazione delle decisioni. Non ci soffermeremo nella presentazione di tutte le varianti di ogni argomento, considerato che la dimensione linguistica della comunicazione umana e le indeterminatezze semantiche di un vocabolario e di un manuale di etica rendono possibili capziosità quasi inimmaginabili. Chi vuole capire alla fine non sa davvero che farsene perché ne uscirebbe solo confuso. Dei box informativi completeranno i capitoli per le parti informative fattuali, fornendo materiali costituiti soprattutto da casi storici concreti che sono stati oggetto di controversie etiche o legali e che hanno istruito le scelte e le normative successive.

Abbiamo identificato i capitoli generali delle discussioni bioetiche, che sono ognuno aperto da una sintesi argomentata dei temi discussi in letteratura e trattati nel capitolo. A seguire, le questioni saranno affrontate attraverso domande e risposte o dialoghi che intercettano i pregiudizi e i luoghi comuni, cercando così di far emergere i fraintendimenti, ma anche l'origine delle posizioni e degli argomenti. Si farà uso di casi esemplari per illustrare la genesi di problemi e discussioni che hanno informato la costruzione di posizioni e norme. Inoltre, sarà usata anche la chiave di lettura storica, perché una corretta comprensione dell'evoluzione, cioè dei cambiamenti dei comportamenti umani e delle posizioni in relazione a specifici problemi bioetici, è strategica allo scopo di non cadere nelle trappole intuitive e nelle manipolazioni. Parte degli argomenti bioetici sono del tipo: «quando si faceva così succedeva questo», «non dobbiamo ripetere errori del passato», «ricordiamo che...», «quando certe cose non si potevano fare si stava meglio». Ebbene, alcuni esempi e casi storici saranno ripresi per mostrare in che misura sono o non sono pertinenti come esempi da utilizzare a supporto di particolari argomenti.

Si tratta di un testo pensato soprattutto per studenti, in generale per giovani o per persone che hanno interesse per un punto di vista un po' diverso da quello tradizionale, che vi possono trovare sia un'esposizione articolata dei temi, degli argomenti e delle normative salienti in ambito bioetico, sia spunti critici per andare oltre la staticità e l'aspirazione alquanto irrealistica all'astoricità che caratterizza le discussioni bioetiche.

Ringraziamo Elena Cattaneo, Michele De Luca, Luca Pani e Elisabetta Sirgiovanni che hanno accettato di leggere alcuni capitoli, segnalando errori, imprecisioni e debolezze.

1. Dall'etica medica alla bioetica

Introduzione e sintesi

L'etica, ovvero la costruzione culturale di un ordine morale, è costitutivamente legata alla medicina. La cura per il benessere proprio e dei conspecifici è ciò che hanno in comune. La morale in generale, cioè l'approvazione o disapprovazione di un comportamento, discende evolutivamente dalle relazioni di cura parentale; lo stesso vale, attraverso le forme dell'altruismo reciproco, per l'aiuto fornito dagli individui che si sono andati specializzando nell'assistenza a coloro che stanno male, che sono ammalati. Dagli sciamani ai medici di famiglia. Quindi i problemi dell'etica medica toccano la radice stessa delle emozioni sociali, delle aspettative che caratterizzano la moralità umana e delle difficoltà che i giudizi razionali, cioè i calcoli e le strategie, incontrano quando si confrontano con decisioni che riguardano la vita e la morte, la salute e la malattia.

Considerato lo stretto rapporto neuroevolutivo, oltre che socioculturale, tra malattia, salute e morale, di cui si dirà nel prossimo capitolo, è stato inevitabile che l'etica medica nel corso della sua storia andasse incontro a un'evoluzione sia funzionale alle condizioni sanitarie, sociali ed economiche di esercizio della medicina, sia rispondente ai cambiamenti che da un certo momento in poi sono intervenuti nella capacità dei medici di spiegare e curare le malattie. Per lungo tempo le dimensioni etiche della pratica medica hanno fatto riferimento da un lato al valore strumentale, in chiave anche terapeutica, della interazione con il paziente, e dall'altro alla precarietà di una condizione sociale via via sempre meno protetta dalle credenze in qualche effettivo potere di guarigione del medico.

Le fasi attraversate dall'etica medica e la nascita della bioetica si possono caratterizzare in primo luogo attraverso una definizione del processo che ha portato la pratica delle cure mediche ad affrancarsi dalla religione e dalle credenze nel soprannaturale, e questo è avvenuto un po' in tutto il mondo antico intorno alla metà del primo millennio prima dell'era volgare. Un ulteriore salto di qualità si è avuto quando il comportamento medico ha iniziato a essere vincolato da codici etici socialmente riconosciuti, di cui si sono fatti garanti, in Occidente, sia il potere religioso sia quello secolare. Con l'avanzare dell'età moderna la medicina è venuta ad assumere sempre più un peso politico, per il ruolo dei medici nella gestione di informazioni potenzialmente utili per governare emergenze sanitarie dovute

all'ampia circolazione delle malattie infettive. Il principale tema deontologico in tale contesto era quello di fornire ai pazienti gli strumenti per distinguere i medici dai ciarlatani, garantendo quindi la qualità della formazione e dell'abilitazione sia attraverso procedure di accreditamento interne alla stessa comunità medica sia per mezzo di un controllo politico-istituzionale della formazione dei medici.

Con l'avvento della medicina scientifica, il contesto morale della pratica medica è radicalmente cambiato. Fino alla seconda metà dell'Ottocento ci si poteva lasciar guidare dal principio che il medico rispetta il paziente se si astiene dal fargli del male; ma quando i medici dispongono di metodi e conoscenze per spiegare e scoprire le cure delle malattie, si può facilmente determinare la condizione per cui effettuare sperimentazioni rischiose sui malati o su soggetti umani in genere può far progredire la medicina. Si registrano quindi i primi gravi abusi, con relativi scandali e condanne, da cui vengono le prime legislazioni o sentenze che gettano le basi per un'attenzione sociale verso lo statuto morale della medicina.

L'etica medica di derivazione ippocratica, fondata sul paternalismo e sul *primum non nocere*, mostrava tutti i suoi limiti mentre proliferavano in Europa le ideologie totalitarie e tecnocratiche, risultando inadeguata a impedire gli abusi e le torture dei medici nei campi di concentramento nazisti. Dopo la Seconda guerra mondiale, il ripetersi di abusi e il manifestarsi di controversie hanno messo in moto un processo che ha portato alla formulazione di una serie di documenti internazionali e nazionali, e a leggi nazionali che hanno cambiato completamente il quadro etico della relazione medico-paziente, riconoscendo in modi più o meno espliciti e legalmente definiti il primato morale dell'autodeterminazione del paziente, cioè il principio che il medico ha un obbligo morale non solo a non fare del male ma anche a fornire cure valide ed efficaci ai pazienti e l'idea che la medicina deve essere una pratica ispirata a criteri economici di equità e senza discriminazioni sociali.

La più recente evoluzione delle procedure di cura tende a ridurre l'interazione comunicativa tra medico e paziente, ma così si priva un rapporto che ha basi psicologiche e morali complesse e di natura quasi filogenetica dei presupposti fisiologici che consentono di realizzare le soluzioni terapeutiche ritagliate sui problemi singolari delle persone.

Quali sono le prime tracce di una attenzione morale e normativa per il rapporto tra medico e paziente?

Via via che si distaccavano da un ruolo anche sacerdotale, i terapeuti che offrivano i loro aiuti perdevano la protezione che spettava loro in quanto mediatori tra mondo naturale e soprannaturale, e dovevano rispondere sul piano civile dei loro insuccessi. Le prime sanzioni, quindi riprovazioni sociali trasformate in pene, per danni causati da un'attività medica sono descritte nel Codice di Hammurabi (1700 p.e.v.): le operazioni chirurgiche che nuocevano ai pazienti comportavano costi monetari o fisici per il medico. Bisognerà attendere che la medicina si affranchi, o cerchi di affrancarsi, dalla religione per veder emergere una spontanea consapevolezza – associata all'aspettativa di una valutazione basata su competenze controllabili attraverso gli esiti ottenuti – di un principio morale universale, che va al di là della medicina. «Prima di tutto non far male» (*primum non nocere*) fu l'inevitabile formulazione in ambito medico della regola aurea (detta anche regola argentea) dell'etica della reciprocità: «non si dovrebbero trattare gli

altri come non si vorrebbe essere trattati». Il principio implicava anche il tener conto dei limiti di quello che era possibile fare nel tentativo di aiutare chi stava male. Ne parlano diversi testi ippocratici: *Epidemie I*, *Pronostico* e, ovviamente, il *Giuramento*. L'etica ippocratica era già quella di una professione, con un'enfasi particolare sull'etichetta, cioè sul portamento e l'apparenza, e sulle virtù e il carattere che dovevano connotare il medico come figura socialmente funzionale e non più garantita da una copertura ultraterrena.

Giuramento ippocratico

Attribuito a Ippocrate, sembra avere origine intorno al IV secolo a.C. Ci sono però molti dubbi sulla possibilità che si tratti davvero di un testo redatto da Ippocrate e sulla corretta descrizione storica della medicina antica e ippocratica.

Il testo della versione antica è il seguente (nella traduzione pubblicata in L.R. ANGELETTI – V. GAZZANIGA, *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*, Masson, Milano, 1988):

«Giuro su Apollo medico e su Asclepio e su Igea e su Panacea, e ne siano testimoni tutti gli dei e le dee, di tener fede, sinché lo consentiranno le mie forze e il mio pensiero, a questo giuramento e a questo scritto.

Considererò come genitori chi mi ha insegnato quest'arte e metterò la mia vita in comune con lui e quando ne abbia bisogno gli darò ciò che gli è necessario e i suoi discendenti considererò come miei fratelli e, se desiderano apprendere la, insegnerò loro quest'arte senza compenso, né obbligazioni scritte. Trasmetterò gli insegnamenti scritti e orali e ogni altra parte del sapere tanto ai miei figli come ai figli del mio maestro e agli allievi che abbiano sottoscritto il patto e giurato secondo la prassi medica e a nessun altro. Utilizzerò regimi appropriati per il beneficio del malato secondo la mia abilità e il mio giudizio e mi asterrò dal recar danno e ingiustizia.

Non darò a nessuno farmaci mortali, neppure se richiesto, né mai suggerirò di prenderne. Ugualmente, non darò a donne rimedi abortivi. Preserverò pura e sacra la mia vita e la mia professione.

Non opererò chi soffre di mal della pietra, anche se dolorante, ma lascerò far questo a chi ne sia esperto.

In qualsiasi casa io entri, vi andrò per aiutare i malati, astenendomi dal recar volontariamente ingiustizia o danni o dall'aver relazioni con donne o uomini, liberi o schiavi. E quanto vedrò o sentirò esercitando la professione o al di fuori di essa riguardo agli uomini e che non debba essere divulgato, lo terrò per me ritenendolo come cosa sacra. Se terrò fede a questo giuramento e non lo violerò, mi sia concesso di godere della mia vita e della mia professione, sempre onorato di fama presso tutti gli uomini; se io lo trasgredirò o mi comporterò falsamente che il mio destino sia contrario».

Nei secoli il giuramento ha mutato molte volte lingua (dall'originario greco antico) e contenuti, e oggi spesso viene erroneamente considerato come un testo di riferimento universale e immutabile.

L'ultima revisione in Italia è del 2007, a cura della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, ed è stato inevitabilmente adattato ai cambiamenti della medicina e della normativa attuale, pur rimanendo a volte ambiguo (d'altra parte anche la condanna dell'aborto e del suicidio assistito della versione antica non coincideva con le pratiche mediche ippocratiche).

Quali erano i tratti del comportamento medico valorizzati dall'originaria medicina laica?

Scribonio Largo, che scriveva nel quarto decennio del primo secolo dopo Cristo, nelle *Compositiones* (47-48) paragonava il medico a un soldato e a un buon cittadino. Richiamando il *Giuramento*, sosteneva che gli dei e gli uomini dovrebbero tener lontano il medico se questi manca di compassione e di uno spirito di gentilezza umana (*humanitas*). Per Galeno (129-200 ca.) il buon medico era anche filosofo, cioè bravo nel ragionamento e preparato nell'arte, nonché giusto e temperato nelle decisioni. Il più famoso medico dell'antichità non trascurava l'etichetta, ovvero il modo di entrare nelle case, il linguaggio, il vestiario, l'apparenza fisica, i capelli, la lunghezza e la pulizia delle unghie, l'odore. L'attenzione al portamento era utile perché lo scopo che il medico doveva perseguire quando interagiva con il paziente era «convincerlo» che il guaritore ippocratico che gli stava di fronte era in grado di curarlo. Perché convincerlo? Perché, e lo recitano già i testi ippocratici, nella battaglia contro la malattia la cooperazione del paziente era ritenuta essenziale per il successo. Ma medico e paziente non erano sullo stesso piano rispetto alla titolarità delle decisioni da prendere.

Galeno non dimenticava di parlare del carattere, che nell'etica antica coincideva con un comportamento decoroso. Perché, come spiegava anche Cicerone, un comportamento decoroso si manifesta solo se gli preesiste una rettitudine morale (*cum antegressa est honestas*). Quindi il medico di carattere sapeva sviluppare attraverso l'addestramento le proprie capacità, e con lo studio le proprie conoscenze, ma conduceva anche una vita regolare, era educato e simpatetico verso il paziente. Anche il decoro era uno strumento di cura, nella misura in cui concorreva a creare fiducia nel paziente. L'idea che nella relazione medico-paziente fosse fondamentale l'instaurarsi della fiducia era solo intuita come costitutiva dell'intervento terapeutico, ma oggi sappiamo dagli studi neurofisiologici che la fiducia esprime comportamentalmente delle modificazioni biochimiche che concorrono agli effetti placebo, cambiamenti fisiologici in grado di alleviare il dolore e alimentare risposte autoterapeutiche. Queste risposte indotte nei pazienti erano praticamente le uniche risorse a disposizione di quei medici e della medicina fino a pochi decenni fa.

I valori morali dell'etica medica erano esclusivi della medicina naturalistica occidentale?

I principi morali che guidavano la medicina occidentale letterata erano, in pratica, gli stessi sviluppati anche dalle medicine dell'India e della Cina: il rispetto della vita umana, possedere le conoscenze e le abilità richieste per proporsi come un guaritore, provare compassione per il malato, non cercare guadagni personali a spese dei malati che chiedono aiuto, essere sessualmente casti con i pazienti e i componenti delle loro famiglie e non discriminare tra pazienti ricchi e poveri. Nei testi medici o legali antichi non c'è, ovviamente, alcun accenno all'autonomia del paziente, e la riservatezza riguardava solo il sottrarsi da parte del medico ai pettegolezzi. Né era mai affrontato il problema se si dovesse dire la verità al paziente. Mentre si metteva in guardia dall'insegnare la medicina a persone sbagliate.

Perché i valori dell'etica medica ippocratica sono stati acquisiti dall'etica cristiana?

Anche se alcuni padri della Chiesa, come Origene (185-254), denigravano la medicina, dato che solo la provvidenza divina poteva far ammalare o guarire, la letteratura cristiana prevalentemente elogiava il sapere, le capacità pratiche e i rimedi medici. Anche Cristo, secondo i testi sacri, un po' come l'uomo di governo per i filosofi classici, trovava nel medico un modello. Al di là della presenza delle guarigioni miracolose nei Vangeli, l'idea del *Christus medicus* (suggerita per la prima volta da Ignazio di Antiochia, 107-110) metteva in relazione metaforicamente o metafisicamente la guarigione con la remissione dei peccati: da un lato il ristabilimento dell'equilibrio naturale e dall'altro la redenzione dell'anima. Questa concezione riprendeva gli insegnamenti etici della sapienza ebraica, consegnati al libro del Siracide (inizi II sec. p.e.v.) nell'Antico Testamento.

Il cristianesimo ampliava la dimensione sociale della medicina e del medico in Occidente, ed era un tratto distintivo delle prime comunità cristiane, come rilevava anche l'imperatore romano Flavio Claudio Giuliano (l'Apostata, 331-363), l'esercizio della carità nella forma dell'assistenza ai malati, indiscriminatamente. Forme estreme di tale atteggiamento furono assunte ad esempio dalla setta cristiana dei Parabalani, i cui membri erano attivi in Medio Oriente tra la metà del III secolo e il VI, e rischiavano fanaticamente le loro vite nel corso delle pestilenze per aiutare gli altri. L'attenzione per i malati aiutò il cristianesimo a diffondersi: essere cristiani o appoggiarsi ai cristiani riduceva i rischi di morte. Oltre a Giuliano l'Apostata, anche i due più importanti vescovi del III secolo, Tascio Cecilio Cipriano (210-258) vescovo di Cartagine e Dionisio (190-265) vescovo di Alessandria, indicavano come una delle principali differenze tra cristiani e pagani il comportamento di fronte alle epidemie e alla malattia. Nel 372 Basilio di Cesarea aprì un ospedale per lebbrosi, mentre il monachesimo che si sviluppò in Europa si dedicava anche a ricopiare i testi medici e alla pratica dell'erboristeria.

Dal IV secolo dopo Cristo il *Giuramento di Ippocrate* fu riconosciuto dai padri della Chiesa come una valida guida morale. Nel 1139 il Concilio Laterano II concedeva ai monaci di praticare entro alcuni limiti la medicina. Alla Chiesa interessava che i pazienti vedessero dei medici prima di morire, perché questo poteva favorire anche l'arrivo del prete. Così la Chiesa si preoccupava da una lato di stabilire i doveri dei medici, e dall'altro progressivamente si disinteressava o restringeva la pratica della medicina da parte dei chierici. La conseguenza fu che praticare la medicina poté diventare una professione. Per la Chiesa, i medici commettevano peccato quando danneggiavano il paziente a causa di ignoranza e incompetenza, e andavano contro la morale o la legge della Chiesa se sfruttavano i pazienti per avidità o non li avvertivano della morte imminente. Erano ovviamente fuorilegge aborto e contraccezione, data la particolare teologia della sacralità della vita (in quanto dono di Dio) sviluppata dai pensatori cristiani. Il decoro rimaneva importante, e si consigliava di far pagare le prestazioni solo ai ricchi.

Come si relazionò la medicina araba con la questione etica e l'impianto teologico dell'Islam?

Nel IX secolo il medico arabo Ishag ibn 'Ali al-Ruhawi pubblicava un testo di *Etica per il medico* in cui per la prima volta era descritto un procedimento di autoregolamentazione della professione sulla base di perizie effettuate da pari (una sorta di *peer review*), utilizzate anche per accertare e perseguire maltrattamenti dei pazienti da parte dei medici. Nei ventuno capitoli del testo erano anche riassunte le posizioni dei classici, ma proiettate in una cornice teologica. Il trattato, infatti, si apriva ricordando al medico che egli per primo era sottomesso a Dio. E dato che il suo corpo era una casa dello spirito, doveva tenerlo in salute, così come doveva tenere in salute l'anima attraverso la preghiera. Seguivano elenchi di virtù da coltivare, e un elogio del medico il quale aveva il privilegio di poter curare sia il corpo sia l'anima. A differenza del filosofo che poteva curare solo quest'ultima. Anche la teologia ebraica contribuì ad arricchire l'etica medica attraverso il pensiero di Moses ben Maimon (Maimonide, 1138-1204), che discuteva i rapporti tra obblighi religiosi e doveri medici, enfatizzando l'importanza dello studio per evitare gli errori, e invitando i medici a essere di beneficio e a non far danni. Egli ricordava loro, inoltre, che dovevano trattare non la malattia, ma il paziente che sta soffrendo a causa di essa.

Come si sono manifestate le prime attenzioni per un controllo politico dell'esercizio della medicina?

Nel 1140 Ruggero II di Sicilia decretava che chiunque desiderasse praticare la medicina doveva essere esaminato da un ufficiale regio, onde evitare che i suoi sudditi incorressero in pericoli a causa dell'inesperienza dei medici. Quasi un secolo dopo, nel 1231, Federico II re di Sicilia includeva nella Costituzione di Melfi articoli specifici sulla formazione e sulla supervisione dei medici. Spettava, in quel contesto storico, alla scuola di Salerno il diritto e il dovere di esaminare i candidati alla pratica di medico. Il decreto di Federico II contribuì significativamente alla professionalizzazione dei medici, raggruppandoli sotto un atto legislativo, e destinando loro il dovere di servire la comunità. Per gli sviluppi successivi si dovrà attendere il 1518, quando Enrico VIII creerà in Inghilterra il College of Physician, con il diritto di esaminare chi pratica la medicina e di sanzionare chi viola le regole del College. Iniziava così per la medicina la stagione dell'«etica politica», come l'ha chiamata il bioeticista Albert Jonsen, che fu rafforzata dalle gilde, corporazioni o arti dei medici. Le prime comparvero a Venezia e a Firenze, rispettivamente nel 1258 e nel 1296. I principi fondativi dell'etica delle corporazioni, cui gli iscritti dovevano riferirsi nella loro pratica, erano di essere pronti ad aiutarsi tra affiliati, di proteggere il bene e l'onore della corporazione e, infine, di aiutare il malato. Le gilde facevano in primo luogo l'interesse del gruppo professionale, e poi quello dei malati. In ogni caso era richiesto che i medici sapessero far bene il loro lavoro.

Quando le qualità morali del medico cominciano a fondarsi su competenze più che su meri obblighi sociali di assistenza agli infermi?

Nel tardo Medioevo le città si svilupparono commercialmente e cominciarono a impiegare medici licenziati dalla università. Nascevano le condotte. Questi medici avevano diversi doveri e i contratti potevano essere di vario genere. L'obbligo contrattuale divenne importante quando tornarono le grandi epidemie, come la peste del 1348, perché quei medici, che nulla potevano, erano tentati di fuggire di fronte al pericolo che minacciava anche loro (e più degli altri dato il contatto più frequente con malati). La questione se i medici potessero fuggire o dovessero restare fu oggetto di lunghe discussioni etiche, religiose e politiche. Di fronte alle pestilenze, la tradizione medica ippocratica non poteva consigliare altro che: *cito, longe et tarde* (presto, fuggi lontano e torna tardi). La questione etica, però, rimaneva: in quale circostanza una persona che aveva le competenze del medico aveva l'obbligo speciale di servire la comunità anche a rischio della propria incolumità o della vita? La risposta poteva dipendere dalla malattia: per esempio nel caso della sifilide, dato che si trattava di una punizione divina per comportamenti immorali, il medico poteva non curare i malati. Durante il Rinascimento tornò a essere qualità morale del medico la padronanza delle conoscenze, che riprendevano a svilupparsi, e la capacità di usarle per risolvere i problemi dei malati. Nello stesso periodo si passava anche dall'*honorarium* (pagamento in donazioni, la cui entità è determinata in base alla soddisfazione del cliente) al *salarium* (una somma calcolata in base alla natura, alla qualità e al successo dell'opera prestata, e spesso stabilita per contratto o termini d'impiego). Il salario, come emolumento, cominciava a diventare parte intrinseca del rapporto medico-paziente, mezzo più appropriato per dare dignità e valore al lavoro del medico.

Quali sono i contenuti dell'etica medica politica che si afferma con gli inizi dell'età moderna?

Nel XV secolo i teologi cristiani misero a punto le etiche adatte per tutte le situazioni della vita, e svilupparono per la prima volta il concetto, che sarà ripreso da Pio XII nel 1952, che il medico non fosse obbligato a usare mezzi straordinari per preservare la vita. Nel 1495 il medico padovano Gabriele de Zerbi (1445-1505) pubblicò il primo testo sistematico di etica medica dell'età moderna: *De cautelis medicorum*. Sarebbe seguita una serie di testi di teologia morale medica. Per de Zerbi il medico era una persona istruita, di classe sociale media o elevata, il cui obbligo etico primario era conquistare la fiducia dei pazienti. La principale virtù del medico era, inoltre, la «fedeltà». L'etica di de Zerbi risultava funzionale a un gruppo professionale capace di autoregolarsi e ormai cosciente del ruolo che il medico doveva assumere nella società.

Mentre in Inghilterra il College of Physicians emanava statuti etici, dispositivi pragmatici che avevano in primo luogo lo scopo di potenziare lo status e la prosperità del College stesso, il medico portoghese Rodrigo à Castro (ca. 1546-1627) pubblicò, nel 1614, *Medicus politicus*, un testo che illustrava le qualità morali del medico in funzione dell'utilità per lo stato. Queste erano prudenza e generosità, ma anche una solida formazione naturalistica e umanistica. Il decoro

era stato adattato alla società del Seicento e i vizi, ritenuti quasi congeniti per i medici, diventavano avarizia, orgoglio e invidia. Castro attaccava le sette di pseudomedici e l'astrologia, e discuteva se il medico potesse ingannare il paziente. La sua conclusione era che poteva non dire la verità, se l'intenzione era buona.

Un altro libro intitolato *Medicus politicus* lo scriverà, oltre un secolo dopo, nel 1738, Friedrich Hoffman (1660-1742), ideatore di un sistema teorico originale e molto influente nella medicina del Settecento. Il medico di Hoffman perseguiva in modo prudente e illuminato il proprio interesse, e poteva ottenere meglio questo risultato se sapeva provare pietà ma, allo stesso tempo, rimanere distaccato. Il medico politico di Hoffman doveva essere istruito anche nel diritto, e non poteva essere un chirurgo. Di lì a qualche anno, nel 1779, Johann Peter Frank (1745-1842) iniziava a pubblicare i sei volumi del *Sistema completo di polizia medica* (*System einer vollständigen medizinischen Polizei*), in cui si proponevano leggi e riforme sanitarie per potenziare la vitalità e la qualità dei popoli. Le idee di Frank erano funzionali a una nuova visione medica, per una società in corso di profonda trasformazione con la prima rivoluzione industriale. La medicina stava diventando qualcosa di più che la cura e l'attenzione per i singoli individui malati. Poteva incarnare anche un insieme di strategie utili a migliorare la salute della società nel suo insieme, se questa la si considerava come una sorta di organismo. Al decoro e alla deontologia cominciavano ad aggiungersi per i medici delle responsabilità pubbliche, e allo stesso tempo sorgeva una tensione tra le istanze della sanità pubblica, che imponevano anche restrizioni alle libertà individuali nella misura in cui minacciavano di diffondere malattie, e quelle degli ideali liberali che ispiravano le nascenti democrazie, e che teorizzavano il massimo di libertà di movimento per gli individui come condizione per avere un buon funzionamento di un'economia fondata sul libero mercato.

Se i medici professionisti diventavano politicamente sempre più importanti, l'etica politica manifestava un'intrinseca ambiguità. Infatti, si poteva riferire sia all'espedito adattativo autofunzionale della professione, sia alle aspettative pubbliche, sia a una moralità internalizzata dei praticanti, se e quando ritenevano, come medici, di rispecchiare standard professionali più elevati di affidabilità pubblica.

Qual era la percezione culturale e sociale della medicina agli inizi dell'età moderna?

La percezione pubblica del medico all'alba della mentalità moderna si può cogliere da alcune rappresentazioni letterarie della medicina. Si va dalla caricatura del medico, il dottor Rondibilis, nel *Gargantua e Pantagruel*, scritto agli inizi del Cinquecento da François Rabelais, medico lui stesso, e dalla spietata critica della medicina nel saggio che Michel Eyquem de Montaigne scrive verso la fine dello stesso secolo *Della rassomiglianza dei figli ai padri*, alle tre opere che nel secolo successivo Molière dedicherà a questa figura tra il saccente e l'impotente (*L'amour médecin*, *Monsieur de Pourcegnaac* e *Le Malade imaginaire*). Un segno che le cose cominciavano a cambiare nell'immagine pubblica del medico si trova nelle parole con cui il pittore spagnolo Francisco Goya accompagna un famoso quadro intitolato *Autoritratto con il dottor Arrieta*: «Goya, con gratitudine all'amico Arrieta: per la compassione e la cura con cui gli ha salvato la vita nel corso della grave e pericolosa malattia di cui ha sofferto verso la fine del 1819 nel suo settantatreesimo anno. Dipinto nel 1820».

Quale fu il ruolo di John Gregory e di Thomas Percival negli sviluppi dell'etica medica?

Nel 1770 il medico scozzese John Gregory (1724-1773) pubblicò le *Observations on the Duties and Offices of a Physician and on the Method of Presenting Enquiries in Philosophy*; due anni dopo uscivano le *Lectures upon the Duties and Qualifications of a Physician*. Le opere risentivano delle dottrine dei sensisti e moralisti scozzesi, da Thomas Reid che guidò la formazione di John dopo la morte del padre, a Francis Hutcheson e David Hume. La vita morale era quindi fondata sulla simpatia naturale e intuitiva per i sentimenti degli altri. Il dovere principale del medico, che derivava dalla funzione morale della simpatia, era di alleviare la sofferenza e curare la malattia. Da questo dovere discendevano tutti gli altri, tra cui la riservatezza. Gregory sosteneva che il medico doveva ascoltare i desideri del paziente riguardo al trattamento, dire la verità nelle situazioni in cui vi fosse pericolo di morte o di gravi menomazioni, e stare vicino ai malati morenti. Senza trascurare l'abbigliamento, che doveva essere conforme a quello di un *gentleman*.

Gregory influenzò l'autore del primo codice di etica medica: Thomas Percival (1740-1804). *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, stampato nel 1803, era suddiviso in quattro capitoli: i doveri relativi agli ospedali, la condotta professionale nella pratica privata, i rapporti con i farmacisti e i doveri verso la legge. Anche per Percival, il medico doveva essere un *gentleman* nei rapporti con pazienti e colleghi. Ma un *gentleman* non si distingueva solo per portamento e buone maniere, ma anche per le virtù. In tal senso doveva saper coniugare dolcezza e fermezza, e essere compiacente verso l'autorità. Per Percival mostrare compiacenza (*condescension*) significava anche accettare come paziente chiunque, e trattare chi si ritenesse socialmente inferiore come eguale. Il medico doveva inoltre saper ispirare le menti dei malati di gratitudine, rispetto e confidenza.

Il codice di Percival suggeriva 72 precetti, riguardanti per esempio l'importanza di coltivare la simpatia e la pazienza verso i malati, la sensibilità nella comunicazione, confidenza e cortesia, fermezza e discrezione, rispetto per la precedenza nei rapporti con i colleghi e consulenti. Egli affrontava anche il problema dell'ammissibilità morale della menzogna, e la conclusione era che andava bene se chi era ingannato non riteneva di essere stato danneggiato. Il medico di Percival era un *gentlemen* che adotta un atteggiamento paternalistico, esprime uno spirito di corpo ed è al servizio dello stato.

John Gregory, *Lectures on the Duties and Qualification of a Physician* (1772)

«Per pratica della medicina [...] io intendo l'arte di preservare la salute, di prolungare la vita, e di curare le malattie. È altrettanto affare di un medico alleviare il dolore, e spianare le strade della morte, quando inevitabile, quanto curare le malattie. [...]

Le virtù del medico includono umanità, pazienza, attenzione, discrezione, segretezza, onore, temperanza, sobrietà, candore e sopra tutte le altre simpatia [...]. La simpatia è quella sensibilità del cuore che ci fa avvertire l'angoscia dei nostri simili, e che di conseguenza ci incita a soccorrerli.

[...] La medicina può essere considerata sia come un'arte, la più benefica e importante per l'umanità, sia come un mestiere attraverso cui un considerevole corpo di persone si guadagna da vivere. Come può la medicina, praticata come un'arte, promuovere gli interessi privati dei suoi membri? Perché manifestando simpatia, il medico professionista dell'arte aggancia le affezioni e la confidenza di un paziente rendendo il paziente più disposto alla cura – e un cliente più soddisfatto. Così la simpatia e un'attenzione che i soldi non possono mai comprare forniscono ai praticanti dell'arte un vantaggio competitivo decisivo sui loro concorrenti che la concepiscono solo come mestiere. [...] Non esiste proprietà naturale in un medico che indossa un vestito piuttosto che un altro [...], di fatto [...] le formalità esterne sono state spesso usate come trappole per imporsi sulla debolezza e la credulità del genere umano; a cui, in generale, hanno più scrupolosamente aderito i più ignoranti e sfacciati della professione».

Thomas Percival, *Medical Ethics* (1803)

«I medici ospedalieri e i chirurghi dovrebbero assistere il malato, con le dovute impressioni dell'importanza del loro ufficio; considerando che l'agio, la salute e le vite di coloro che si affidano alla loro carica dipendono dalla loro abilità, attenzione e fedeltà.

[...] La confidenza personale non è meno importante per il conforto e il sollievo del malato povero che del ricco in circostanze simili [...].

[I medici devono studiare] il loro portamento in modo da unire sensibilità, con sicurezza e condiscendenza [trattare il paziente tanto più come uguale quanto maggiore è la distanza sociale] con autorità in modo da ispirare le menti dei loro pazienti con gratitudine, rispetto e fiducia.

[...] Il medico dovrebbe essere il ministro della speranza e del conforto per il malato; che attraverso questi «cordiali» per lo spirito depresso, può appianare il letto di morte; far rivivere la vita che si spegne e contrastare l'influenza deprimente di quelle malattie che privano il filosofo della forza e il cristiano della consolazione».

Come cambiarono i codici dell'etica medica dopo Gregory e Percival?

Le norme di Percival servirono da modello per la stesura del codice etico con cui, nel 1847, l'American Medical Association fu istituita. E le idee di Percival entrarono in generale a far parte dei codici etici e dei galatei medici che si svilupparono nel corso dell'Ottocento. Si può dire che, rispetto alla tradizione anglosassone, i testi italiani di etica medica, cioè quelli che furono chiamati «galatei medici», rimasero ancora legati alle istanze della tutela professionale. Il primo codice di etica e deontologia venne approvato dall'assemblea dell'Ordine dei medici di Sassari il 26 marzo 1903. Anche se quel codice non menzionava mai il paziente come individuo portatore di diritti, e parlava in generale di doveri del medico quasi solo verso il pubblico e verso i colleghi, era già presente l'idea che, accanto all'impegno sul segreto professionale, la deontologia richiedesse che il medico non intraprendesse operazioni sul paziente senza aver ottenuto il «consenso» da parte sua o di chi ne avesse la tutela. L'origine storica del codice nazionale di deontologia medica risiede comunque nel codice dell'Ordine

dei medici di Torino, del 1912, sulla cui base nel 1924 veniva redatto il *Codice deontologico unificato*. Lo stesso Ordine dei medici di Torino aggiornava i contenuti nel 1947, l'anno dopo la ricostituzione degli Ordini dei medici chirurghi (il regime fascista aveva abolito nel 1935 gli ordini professionali) e la creazione della Federazione nazionale dell'ordine dei medici, e il Codice dell'Ordine di Torino era temporaneamente adottato dalla Federazione. Nel 1953 venne creata una commissione presieduta da Cesare Frugoni che licenziò la prima edizione del Codice di deontologia medica nel 1958. Le versioni successive datano 1978, 1989, 1995, 1998, 2006 e 2014.

Codice dell'American Medical Association (1847)

Capitolo I. Dei doveri dei medici verso i loro pazienti, e degli obblighi dei pazienti verso i loro medici.

Articolo I. Doveri dei medici verso i loro pazienti. 1 - Un medico non dovrebbe solo essere sempre pronto a obbedire alle chiamate dei malati, ma la sua mente dovrebbe anche essere impregnata della grandezza della sua missione [...].

Articolo II. Obblighi dei pazienti verso i loro medici. [...] 2 - Il primo dovere del paziente è di scegliere come consulente medico uno che abbia ricevuto una educazione professionale regolare [...]. 4 - I pazienti dovrebbero fedelmente e senza riserve comunicare al loro medico la supposta causa della loro malattia [...]. Un paziente non dovrebbe mai temere [...] un medico è sotto il più stretto obbligo del segreto. Sebbene una modesta riserva sia lodevole nelle occorrenze comuni della vita [...] in medicina è spesso accompagnata dalle più gravi conseguenze, e un paziente può perire sotto la più orribile malattia, che poteva essere prontamente prevenuta se l'annuncio fosse stato dato prontamente al medico. [...] 6 - L'obbedienza di un paziente alle prescrizioni del medico dovrebbe essere puntuale. Egli non dovrebbe mai permettere che le sue grossolane opinioni per quanto riguarda la sua condizione influenzino la sua attenzione verso le prescrizioni del medico.

Capitolo III. Dei doveri della professione verso il pubblico, e degli obblighi del pubblico verso la professione.

Articolo I. Dei doveri della professione verso il pubblico. 1 - [...] È dovere dei medici essere sempre vigili sul benessere della comunità [...] e quando prevale una pestilenza, è loro dovere affrontare il pericolo, e continuare il loro lavoro per alleviare la sofferenze, anche a rischio delle loro vite. [...]

Articolo II. Obblighi del pubblico verso i medici. 1- [...] I medici sono titolati a ricevere la massima considerazione e rispetto dalla comunità. Il pubblico dovrebbe inoltre possedere una giusta valutazione delle qualificazioni mediche – per fare una giusta distinzione tra vera scienza e assunzione di ignoranza ed empirismo.

Quale fu l'impatto della diffusione del metodo sperimentale sulla dimensione etica e sociale della medicina?

Diventando scientifica la medicina cominciava a disporre di concetti, teorie e tecniche tali da consentire un salto di qualità epistemologico: il metodo sperimentale si affermava come standard di riferimento anche per lo studio e la spiegazione della fisiologia normale e patologica dei sistemi viventi. Emerse in modo

esplicito il problema etico della sperimentazione su soggetti umani, che incarnò da subito la tensione tra istanze della ricerca, e interessi della società per accumulare nuove conoscenze e capacità di intervento medico, e diritti individuali. I medici che usavano il metodo sperimentale sapevano che se avessero potuto sperimentare liberamente sull'uomo avrebbero fatto avanzare più rapidamente la medicina. Claude Bernard scriveva che sarebbe stato di grande utilità sperimentare sull'uomo, ma che l'etica giustamente lo impediva. La difficoltà era trovare un punto di equilibrio tra la domanda sociale di sempre migliori trattamenti e metodi di prevenzione delle malattie, l'ambizione del medico ricercatore a guadagnare riconoscimento pubblico e quindi fama per qualche fondamentale scoperta o invenzione e la tutela, anche legale, dai rischi di abusi. In effetti numerosi abusi e incidenti, anche se meno di quanto ci si potrebbe aspettare, hanno segnato l'evoluzione della legislazione sanitaria e le riflessioni morali volte a regolamentare la sperimentazione sull'uomo tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento.

La debolezza morale dell'etica medica fondata sui codici deontologici si manifestò definitivamente durante la Seconda guerra mondiale, nel corso della quale i medici risultarono facilmente asservibili al perseguimento di finalità che ignoravano i diritti umani fondamentali. Le cosiddette sperimentazioni, in realtà torture e omicidi, condotte nei campi di concentramento dai medici nazisti e le sperimentazioni vere, ma indifferenti ai diritti umani, portate avanti anche nei paesi democratici rivelano come la medicina scientifica si stesse sviluppando in un «vuoto morale». Nei primi decenni del Novecento si erano peraltro affermate le idee eugeniche, caratterizzate da un impianto ideologico illiberale, sia nella versione conservatrice e razzista, sia nella versione social-riformista.

Quale fu l'impatto della scoperta dei crimini perpetrati dai medici nei campi di concentramento nazisti?

La scoperta dei crimini commessi dai medici nei campi di concentramento nazisti indusse il tribunale di Norimberga a fondare la sentenza di condanna su un nuovo codice etico che voleva essere un riferimento internazionale per ogni ricerca clinica su soggetti umani. Il Codice di Norimberga (1947) affermava innanzitutto che solo il «consenso volontario» rende moralmente accettabile la sperimentazione su soggetti umani. Nel 1948 veniva votata dall'Associazione medica mondiale la Dichiarazione di Ginevra, che aggiornava in chiave laica i contenuti del *Giuramento di Ippocrate*, e impegnava il medico a non utilizzare, nemmeno «sotto costrizione», le sue conoscenze contro le leggi dell'umanità. Ma neppure questi vincoli e impegni solenni sarebbero bastati a evitare che maturassero nuovi conflitti tra le istanze della ricerca e della pratica biomedica e quelle della società. L'Associazione medica mondiale ribadiva quindi nella Dichiarazione di Helsinki del 1964, approvata nel 1962 e accettata con qualche resistenza da parte della comunità medica, il concetto che solo il consenso esplicito e non presunto poteva giustificare moralmente la ricerca sui soggetti umani e che «nella ricerca medica gli interessi della scienza e quelli della società non devono mai prevalere sul benessere del soggetto».

Codice di Norimberga (1947) – Esperimenti medici ammessi

1. Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione deve avere capacità legale di dare consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità o altre forme di imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi della situazione in cui è coinvolta, tali da metterlo in posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata. Quest'ultima condizione richiede che prima di accettare una decisione affermativa da parte del soggetto dell'esperimento lo si debba portare a conoscenza della natura, della durata e dello scopo dell'esperimento stesso; del metodo e dei mezzi con i quali sarà condotto; di tutte le complicazioni e rischi che si possono aspettare e degli effetti sulla salute o la persona che gli possono derivare dal sottoporsi dell'esperimento. Il dovere e la responsabilità di constatare la validità del consenso pesano su chiunque inizia, dirige o è implicato nell'esperimento. Sono un dovere e una responsabilità che non possono essere impunemente delegati ad altri.
2. L'esperimento dovrà essere tale da fornire risultati utili al bene della società, e non altrimenti ricavabili con mezzi o metodi di studio; la natura dell'esperimento non dovrà essere né casuale né senza scopo.
3. L'esperimento dovrà essere impostato e basato sui risultati della sperimentazione su animali e sulla conoscenza della storia naturale del morbo o di altri problemi allo studio, cosicché risultati antecedenti giustifichino lo svolgersi dell'esperimento.
4. L'esperimento dovrà essere condotto in modo tale da evitare ogni sofferenza o lesione fisica o mentale che non sia necessaria.
5. Non si dovranno condurre esperimenti ove vi sia già a priori ragione di credere che possa sopravvenire la morte o un'infermità invalidante, eccetto forse quegli esperimenti in cui il medico sperimentatore si presta come soggetto.
6. Il grado di rischio da correre non dovrà oltrepassare quello determinato dalla rilevanza umanitaria del problema che l'esperimento dovrebbe risolvere.
7. Si dovrà effettuare una preparazione particolare, e particolari attenzioni dovranno essere usate al fine di mettere al riparo il soggetto dell'esperimento da possibilità anche remote di lesione, invalidità o morte.
8. L'esperimento dovrà essere condotto solo da persone scientificamente qualificate. Sarà richiesto il più alto grado di capacità e attenzione in tutte le fasi dell'esperimento a coloro che lo conducono o vi sono comunque coinvolti.
9. Nel corso dell'esperimento il soggetto umano dovrà avere la libera facoltà di porre fine a esso se ha raggiunto uno stato fisico o mentale per cui gli sembra impossibile continuarlo.
10. Durante l'esperimento lo scienziato responsabile deve essere pronto a interromperlo in qualunque momento se è indotto a credere in buona fede, dopo una ponderata riflessione con tutte le sue facoltà, che la continuazione dell'esperimento comporterebbe probabilmente lesioni, invalidità o morte per il soggetto umano.

In che modo gli avanzamenti scientifici ampliavano lo spettro delle controversie etiche, al di là dei temi legati alla sperimentazione sull'uomo?

Durante gli anni Cinquanta e Sessanta le scienze biomediche registrarono una serie di sviluppi conoscitivi e terapeutici rivoluzionari: le scoperte della biologia molecolare, i progressi nelle tecniche di rianimazione, gli avanzamenti della farmacologia e l'avvento della medicina dei trapianti resero concreta la prospettiva di un controllo della vita, della morte e delle malattie da parte della medicina scientifica. Accanto alle promesse e alle aspettative di un continuo miglioramento della salute umana si manifestarono anche i primi conflitti fra i valori privilegiati dal medico e dal ricercatore e quelli più largamente diffusi nella società. I progressi conoscitivi e applicativi delle scienze biomediche erano percepiti da parte dell'opinione pubblica e in contesti più umanistici o religiosi come delle potenziali minacce alla dignità della persona, e l'aspettativa delle scienze biologiche di conoscere e manipolare i meccanismi fondamentali della vita e del comportamento umano era considerata come lesiva della libertà e dignità dell'uomo.

Gli stessi protagonisti della ricerca biomedica, consapevoli della frattura in atto tra scienza e società, svilupparono una serie di riflessioni sull'etica della conoscenza scientifica, sulla responsabilità del ricercatore e sull'esigenza di promuovere nella società «nuovi» valori, in grado di indirizzare le scelte politiche verso un'utilizzazione del nuovo sapere per il miglioramento del benessere generale. Allo stesso tempo, però, vennero lanciati dagli stessi ricercatori ingiustificati allarmi sui rischi potenziali derivanti dall'utilizzo della tecnologia del DNA ricombinante. Nel 1974 gli inventori del DNA ricombinante proposero una moratoria unilaterale sull'uso della nuova tecnologia, e nel 1975 organizzarono una conferenza ad Asilomar, da cui risultò che non vi erano prove concrete dei rischi e quindi ragioni per rinunciare a praticare l'ingegneria genetica. Si trattava semplicemente di adottare misure di sicurezza appropriate. Ma l'allarme produceva un clima di sospetto verso gli scienziati e le nuove biotecnologie nella società. Ed è all'interno di questo clima che prese forma un riflessione etica sulla biomedicina, di fatto sottratta a un controllo o a un'influenza prevalente del mondo medico-scientifico.

Come nasce l'uso di un nuovo termine, cioè bioetica, per caratterizzare una nuova fase della riflessione morale sulla medicina e la ricerca biomedica?

Benché in tedesco il termine *bioetik* fosse stato usato nel 1926 dal teologo Fritz Jahr per riferirsi al problema dell'etica della sperimentazione animale, fu l'oncologo americano Van Rensselaer Potter (1911-2001) a parlare di «bioetica» (*bioethics*) con riferimento alle sfide biomediche e ambientali emergenti e per definire un'ipotesi di etica di ispirazione ambientalistica, basata sulle conoscenze biologiche e volta a integrare tali conoscenze con i valori del sapere umanistico tradizionale allo scopo di sensibilizzare l'umanità verso i rischi della crescita demografica, dell'inquinamento ambientale e dello sfruttamento indiscriminato delle risorse energetiche. La parola «bioetica» sarebbe stata utilizzata negli anni Settanta e Ottanta con un diverso significato. Nell'ambito della pratica medica, intanto, venivano denunciati, soprattutto negli Stati Uniti, numerosi casi di spe-

rimentazione umana contrari all'etica del Codice di Norimberga e della Dichiarazione di Ginevra del 1948. Lo scandalo più clamoroso fu la scoperta, agli inizi degli anni Settanta, del Tuskegee Study. Circa quattrocento afroamericani di una contea dell'Alabama affetti da sifilide erano stati tenuti sotto osservazione dagli anni Trenta, e per consentire il proseguimento della ricerca non erano stati trattati con la penicillina neanche quando il farmaco divenne disponibile dopo la Seconda guerra mondiale. Il fatto ebbe una vasta eco nell'opinione pubblica statunitense. Dopo un'approfondita inchiesta, nel 1974 il Congresso degli Stati Uniti votava il *National Research Act*, che istituiva la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. La commissione, composta da undici esperti, doveva proporre delle linee guida di carattere etico per la regolamentazione della ricerca sperimentale su soggetti umani e su feti. Nel giugno 1978 venne diffuso il Rapporto Belmont, l'ultimo documento di carattere generale che identificava quali nuovi principi dell'etica biomedica il rispetto per le persone e le loro scelte autonome, la beneficenza e non maleficenza degli atti medici per i soggetti umani e la giustizia nella distribuzione sociale degli inconvenienti e dei vantaggi di sottoporsi a sperimentazione clinica.

Quali erano le novità etico-filosofiche introdotte dalla bioetica?

Le idee all'origine della bioetica vanno ricercate negli Stati Uniti durante gli anni Sessanta tra quei filosofi morali, di orientamento sia laico sia religioso, che mostravano un crescente interesse per l'applicazione delle dottrine etiche ai diversi campi dell'attività umana, con lo scopo di identificare principi morali e metodi adeguati a risolvere efficacemente i numerosi conflitti che caratterizzavano la complicazione dei rapporti sociali. Tutti assumevano la libertà e l'autonomia individuali come presupposto per qualsiasi scelta eticamente valida. I filosofi mettevano in discussione la possibilità per un'etica medica basata sui principi morali dei codici deontologici di assicurare il rispetto dei diritti individuali delle persone. Per i filosofi morali, e per molti teologi e giuristi, i medici potevano legittimamente reclamare un'autorità sui fatti della scienza medica, ma mancavano di competenza nel riconoscimento dei principi etici e dei valori che dovevano guidare le scelte. In particolare i valori del paziente avrebbero dovuto essere considerati decisivi, e questi avrebbe dovuto essere trattato dal medico come una persona dotata di capacità di scelta autonoma: in tal senso qualsiasi tentativo del medico di ampliare la sua competenza scientifica era giudicato un errore morale di paternalismo (un giudizio moralmente negativo che da quel momento avrebbe caratterizzato la tradizione dell'etica medica che riconosceva come valori prevalenti i doveri morali del medico). È importante tenere conto che la nuova etica biomedica si sviluppava in quegli anni soprattutto analizzando i presupposti filosofico-giuridici del consenso informato e la possibilità che il paziente avesse il diritto di rifiutare, sulla base del proprio sistema di valori, un trattamento terapeutico. L'intento di differenziare la nuova prospettiva morale da quella dell'etica medica tradizionale portò quindi all'affermarsi del termine «bioetica» con un significato diverso da quello originario, definito nella prima edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1978) come «lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali».

Nel frattempo e nei decenni successivi, nuovi fatti e sviluppi imposero un costante aggiornamento, e una progressiva diversificazione, della riflessione etica e delle legislazioni sulle prospettive della ricerca biomedica e delle sue ricadute applicative. Nel 1976 la Corte suprema del New Jersey riconosceva a una paziente, Karen Quinlan, il diritto di rifiutare un trattamento terapeutico. Nel 1978 nasceva in Gran Bretagna Louise Brown, la prima bambina concepita *in vitro*, e nel 1990 quel paese si collocherà all'avanguardia sul piano della legislazione in materia di riproduzione assistita con l'*Embriology and Fertilization Act*. Sempre nel 1990, la Corte suprema degli Stati Uniti riconosce a Nancy Cruzan il diritto di rifiutare l'idratazione e la nutrizione artificiali, e dal 1991 i cittadini statunitensi hanno il diritto di stabilire anticipatamente le direttive di trattamento in base al *Patient Self-Determination Act*. Nel 1997 nasce Dolly, il primo mammifero ottenuto con la tecnica della clonazione, e l'anno successivo viene dimostrata la possibilità di coltivare *in vitro* cellule staminali embrionali umane. Questi due ultimi fatti, insieme allo studio delle proprietà terapeutiche delle cellule staminali adulte, hanno aperto ulteriori scenari di discussione e portato a nuovi sviluppi normativi, sempre più diversificati sul piano internazionale e nazionale.

In che modo si è arricchito negli anni il panorama dei temi e delle questioni discussi in ambito bioetico?

Nel corso degli anni Ottanta sono sorte diverse critiche al primato del principio di autonomia nel processo decisionale. Da più parti si obiettava che se l'obbligo primario del medico e dell'operatore sanitario era guarire il malato o mantenere in salute una persona, nel momento in cui veniva data la precedenza all'autonomia del paziente rispetto agli obblighi stabiliti dai codici professionali i medici sarebbero stati costretti a violare i doveri morali. Un altro argomento contro un'interpretazione troppo radicale del principio di autonomia era quello dell'interesse collettivo: mentre da un lato il processo di socializzazione condiziona le scelte individuali (e quindi l'idea di valori scelti autonomamente sarebbe un'illusione), dall'altro i desideri e le scelte individuali devono comunque conformarsi alle convenzioni sociali. Come conseguenza della crisi economica degli anni Settanta, che aveva messo in discussione nei paesi anglosassoni i presupposti etici dell'assistenza sanitaria secondo il *welfare state*, il dibattito bioetico si apriva alla riflessione sui problemi delle scelte politiche ed economiche più efficaci per far fronte alla scarsità delle risorse e all'aumento dei costi per la sanità pubblica.

Il problema dell'autonomia del paziente negli ultimi anni è diventato relativamente secondario nella letteratura bioetica rispetto ad altre questioni relative alla giustizia, all'onestà, all'uguaglianza, all'efficienza economica e al contenimento dei costi. A partire dalla metà degli anni Ottanta, mentre i temi della riflessione bioetica si diffondono in tutti i paesi occidentali e cresce la domanda di interventi legislativi e di un'attività di formazione e insegnamento in tal senso, la bioetica va divulgandosi negli ospedali e nelle scuole di medicina come un sistema di procedure decisionali astratte, dando così origine a un'etica preconfezionata che consenta di ottenere risposte semplici e soluzioni veloci ai numerosi problemi morali che medici e ricercatori si trovano ad affrontare. Come reazione al prevalere di un'accezione formalistica e procedurale della bioetica applicata si sono manifestati a livello teorico e metodologico, negli Stati Uniti, due orientamenti abbastanza divergenti.

Alcuni dei fondatori della bioetica, vale a dire coloro che avevano definito una maggiore articolazione della bioetica sia rispetto all'etica medica tradizionale sia rispetto alle radici semantiche, biologistiche ed ecologiche del termine, cominciano a recuperare l'originaria ispirazione globalista che collega i problemi dell'etica biomedica con quelli più generali dell'etica ambientale in un orizzonte speculativo più vasto entro cui definire i valori e i principi da assumere come guide nelle scelte bioetiche. In questa direzione, nella seconda edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1995), curata dai ricercatori che hanno fondato la bioetica come disciplina negli anni Settanta e Ottanta, si osserva il prevalere di una definizione che, accanto alle questioni strettamente biomediche, torna a dare importanza ai problemi ambientali come quelli dello sviluppo demografico, del degrado ecologico e dei rapporti fra l'uomo e gli altri viventi.

Quali sono state le reazioni del mondo medico alla specializzazione delle competenze bioetiche?

Nel frattempo i medici rivalutano, anche a livello di analisi dei problemi morali, i metodi decisionali della pratica clinica, e in alcuni casi esplorano la possibilità di applicare i metodi della ricerca empirica – soprattutto epidemiologica – alla valutazione dell'efficacia delle procedure adottate nella soluzione dei conflitti morali e di interessi nella ricerca e nella pratica clinica. Di fatto, i tentativi di applicare le procedure formali, ovvero gli algoritmi decisionali proposti dai manuali di bioetica, si rivelano alquanto frustranti: i medici si trovano di fronte a situazioni sempre diverse, in cui ogni paziente dimostra differenti gradi di interesse, capacità e bisogno di partecipare al processo decisionale. Non è vero cioè che la maggior parte dei pazienti desidera ed è in grado di partecipare attivamente alle scelte mediche, né che il loro diritto di partecipare al processo decisionale è l'elemento davvero fondamentale in tutte le situazioni. Il medico deve innanzitutto predisporre per aiutare il paziente a esercitare l'autonomia. In tal senso, la dottrina bioetica appare essenzialmente statica e cognitiva e necessita di una formulazione più flessibile e ritagliata su situazioni reali. L'immagine che la bioetica assume del paziente, come un astratto operatore decisionale che per caso è anche un malato, mostra tutti i propri limiti: ogni paziente andrebbe considerato come un individuo unico e complesso, con la sua biografia, le sue proprie esperienze di vita, con credenze, valori e intenzioni personali: elementi che peraltro possono essere modificati per quanto riguarda la percezione soggettiva della malattia.

A partire dalla fine degli anni Ottanta, accanto alle discussioni teoriche sui concetti etici e all'analisi di casi specifici, appaiono studi realizzati da medici che si sono lasciati attrarre dai problemi dell'etica medica per i quali cercavano di trovare soluzioni in modo empirico. Piuttosto che insistere con l'applicazione dei metodi astratti dei teologi o dei filosofi – spesso discussioni su questioni di principio – essi propongono i metodi empirici dell'indagine sociologica e soprattutto dell'epidemiologia clinica. Il passaggio alla ricerca empirica in etica medica rappresenta uno sviluppo positivo, anche se non potrà sostituire completamente la riflessione teorica. L'approccio empirico in relazione alle scelte cliniche e alle decisioni sostitutive nel contesto delle terapie di rianimazione consente di identificare nuovi problemi etici, di focalizzare l'attenzione su questioni teoriche che nella pratica concreta possono avere conseguenze complesse e di valutare la ca-

pacità di chi fornisce cure mediche di rendere operativi i principi etici. Infatti la maggior parte della ricerca empirica pubblicata nella letteratura medica utilizza le tecniche dell'epidemiologia e dell'analisi decisionale piuttosto che i metodi qualitativi della sociologia e dell'antropologia. In tal senso vengono effettuati studi per esaminare gli atteggiamenti verso casi ipotetici, piuttosto che indagare il comportamento di partecipanti a situazioni di vita reale.

Quali sviluppi più recenti ci sono stati nell'ambito della riflessione e delle controversie bioetiche?

Nel corso degli anni Novanta la riflessione bioetica si è quindi progressivamente dedicata alle applicazioni delle tecnologie genetiche e cellulari. Mentre l'impiego delle biotecnologie in ambito agroalimentare solleva, soprattutto in Europa, una reazione di paura per i potenziali rischi ambientali e sanitari derivanti dalla coltivazione e commercializzazione di organismi geneticamente modificati, l'avvento di tecniche di diagnosi molecolare prenatale, di fecondazione *in vitro* e di trasferimento del nucleo cellulare (clonazione) portano a concentrare l'attenzione sui valori etici e sui diritti in gioco nelle scelte riproduttive e in relazione alla prospettiva di utilizzare gli embrioni umani per scopi di ricerca e per mettere a punto nuove terapie per le malattie degenerative. Oltre alle applicazioni della genetica e dell'ingegneria riproduttiva e cellulare, le controversie bioetiche emergenti riguardano gli studi sul cervello e le ricadute delle nuove conoscenze e tecnologie neuroscientifiche che consentirebbero di diagnosticare anomalie neurologiche associate a comportamenti socialmente devianti, o lo sviluppo di trattamenti farmacologici con cui potenziare le capacità individuali. Per quanto riguarda le implicazioni etiche della ricerca neuroscientifica e delle tecniche di indagine e intervento medico sul cervello, si tratta di temi ormai oggetto di una specifica riflessione *neuroetica*, che include anche il problema di esaminare i processi neurofisiologici implicati nei giudizi morali.

Evoluzione della deontologia medica in Italia

Il primo codice risale al 1903: è il Codice di etica e deontologia a cura dell'Ordine dei medici di Sassari. Quella prima versione prevedeva sanzioni per chi non rispettava le prescrizioni, che andavano dall'ammonizione all'espulsione (anche se in quegli anni gli ordini erano solo associazioni volontarie; diventano ordini professionali in senso proprio solo nel 1910). Nel 1912 fu la volta di Torino e negli anni successivi di altri codici degli ordini locali. L'impianto era simile: una parte dedicata ai diritti e ai doveri dei sanitari verso il pubblico, una parte ai diritti e ai doveri verso gli altri operatori e una parte ai provvedimenti disciplinari. Nel Codice del 1903 comparivano la necessità di ottenere il consenso del paziente e il rispetto del segreto professionale.

Il 1924 fu l'anno del Codice deontologico unificato, ma gli ordini professionali furono soppressi nel 1935 e istituiti nuovamente nel 1946, anno in cui nasceva la Federazione nazionale degli ordini dei medici. L'anno successivo erano unificate tutte le norme sparse nei codici regionali (37 articoli).

Nel 1958 entra in vigore il cosiddetto Codice Frugoni, composto di 99 articoli. Successivamente ci saranno le versioni del 1978, 1989, 1995, 1998, 2006 e 2014.

Nel corso di questi decenni avvengono anche importanti cambiamenti legislativi e scientifici, in vari ambiti: la riforma psichiatrica, il servizio sanitario nazionale, la legge sull'interruzione volontaria della gravidanza (tutto nel 1978), la contraccezione (illegale fino al 1971), i trapianti, la morte cerebrale, le tecniche riproduttive. Il Codice del 1978 viene pubblicato appena prima di molte di queste novità legislative. Composto di 100 articoli comprende anche la necessità di ottenere il consenso per il coinvolgimento in sperimentazioni cliniche e la possibilità di rifiutare l'alimentazione da parte di un «prigioniero». Compare la clausola di coscienza rispetto all'esecuzione di aborti volontari. Il Codice del 1989 aveva 107 articoli. Vi compariva il riferimento al cosiddetto «accanimento terapeutico» e la possibilità da parte del medico di astenersi da pratiche in conflitto con la sua coscienza. L'articolo 40 sottolineava, d'altro canto, la possibilità da parte del paziente – se in grado di intendere e di volere – di rifiutare qualsiasi trattamento medico.

Il Codice del 1995 era composto da 92 articoli. Le novità più rilevanti riguardavano la legittimità della violazione del segreto professionale in caso di «grave pericolo [per] la salute o la vita di terzi» (la diffusione dell'HIV e dell'AIDS hanno avuto un peso in questa decisione) e un ulteriore riconoscimento dell'autonomia del paziente e della necessità di informarlo in modo esaustivo delle sue condizioni cliniche (compare l'espressione «consenso informato»). Nel 1993 era stata approvata la legge sull'accertamento e sulla certificazione della morte (legge 578/93). Molti anni prima della legge 40 (2004) comparivano dei riferimenti alle tecniche riproduttive.

Passano solo 3 anni tra questo e il nuovo codice (79 articoli). Nel frattempo sono state approvate la legge sulla riservatezza (legge 675/96), la normativa sulla cosiddetta terapia Di Bella, sulla sperimentazione e sui comitati etici. Si parlava anche di «pratiche non convenzionali» di cui tanto si è scritto con la vicenda Stamina. Oltre al riferimento ai test genetici predittivi e il titolo «Tutela della salute collettiva».

Il Codice del 2006 conteneva 75 articoli. Nel frattempo sono state approvate le leggi sulla pubblicità sanitaria, sui trapianti di tessuti e di organi, sulla riservatezza, sull'amministrazione di sostegno e sulle tecniche riproduttive. È stata anche ratificata la Convenzione di Oviedo. Questa nuova versione presentava riferimenti alla tutela dell'ambiente, alla necessità di usare in modo appropriato le risorse e alla gestione del rischio clinico. Si ribadiva il dovere del medico di astenersi da trattamenti non voluti dal paziente. Si faceva anche riferimento alle direttive anticipate, ovvero alla circostanza in cui una persona non sia in grado di comunicare e di esprimere la propria volontà in modo attuale, ma lo abbia fatto in precedenza.

L'ultimo aggiornamento risale al 2014. Le novità riguardano la medicina estetica e potenziativa, la medicina militare e l'informatizzazione nella sanità. Nei primi due casi il medico deve vedersela con una medicina che non mira a curare – non nel senso che siamo abituati a dare a questo termine – ma a superare dei limiti fisiologici o a «invertire» un processo di invecchiamento. Per quanto riguarda il medico militare, si ribadisce che prima di tutto si è medici e dunque i doveri da rispettare sono quelli di ogni medico. La cosiddetta telemedicina, poi, può essere uno strumento utile ma dovrebbe sempre essere seguita e accompagnata da una visita vera e propria – che non può essere sostituita da un consulto via Skype o tramite un altro mezzo tecnologico.

Il richiamo finale ai medici dei comitati etici sembra risentire della vicenda Stamina: si invitano i medici a rispettare le regole di trasparenza della sperimentazione sui farmaci e nei comitati locali prima dell'approvazione, dichiarando anche di non avere conflitti di interesse.

Una cronologia essenziale dell'etica medica nel Novecento

1900 A fronte dello scandalo causato da inoculazioni sperimentali sull'uomo di materiale sifilitico, il Ministero prussiano per l'istruzione e gli affari religiosi stabilisce, il 29 dicembre, che gli esperimenti medici possono essere condotti solo su adulti competenti che abbiano dato il consenso, dopo un'adeguata spiegazione delle possibili conseguenze negative.

1906 Negli Stati Uniti il *Pure Food and Drug Act* attribuisce al governo il controllo sul modo in cui vengono commercializzati i farmaci.

1914 La sentenza *Schloendorff vs New York Hospital*, della Corte d'Appello di New York, fa riferimento all'idea di consenso informato: «Ogni uomo di età adulta e capace di intendere e di volere ha il diritto di decidere cosa si farà con il suo corpo e un chirurgo che opera senza il consenso del paziente commette oltraggio per il quale sarà perseguibile per danni».

1927 La sentenza della Corte suprema degli Stati Uniti *Buck vs Bell*, riguardante l'applicazione del *Virginia Eugenic Sterilization Act* del 1924, stabilisce che la purezza del pool genico del paese è più forte dell'interesse individuale all'integrità fisica. «Tre generazioni di ritardati sono abbastanza» scrive in chiusura il giudice Oliver Wendell Holmes, Jr.

1929 La Danimarca introduce una legge eugenica che contempla la sterilizzazione forzata. Nel 1934 anche la Svezia e la Norvegia adottano leggi eugeniche che legalizzano la sterilizzazione forzata. Le leggi rimarranno in vigore fino agli anni Sessanta e Settanta.

1930 Papa Pio XI emana l'enciclica *Casti Connubii* (31 dicembre): richiamandosi alle tesi fondamentali dell'insegnamento cristiano sul matrimonio, qualifica l'aborto come un «gravissimo delitto».

1931 A seguito delle frequenti accuse della stampa tedesca di sperimentazioni abusive, soprattutto su bambini, e della tragedia di Lubecca, dove un anno prima 72 persone erano morte dopo essere state vaccinate contro la tubercolosi, il Ministero degli interni tedesco emana un regolamento che prevede l'uso preliminare di animali e il divieto di esperimenti che mettono in pericolo i bambini.

1935 (15 settembre) La Germania nazista adotta la *Legge per la protezione del sangue e dell'onore tedesco* e la *Legge sulla cittadinanza del Reich* (cosiddette leggi di Norimberga). La prima proibisce il matrimonio e i rapporti extraconiugali tra «ebrei» e «tedeschi», mentre la seconda stabilisce che solo chi è classificato come «ariano» è cittadino del Reich. Gli altri, non di sangue tedesco, sono «soggetti allo stato».

1938 L'uso di glicol dietilenico, come additivo di uno sciroppo a base di sufamilamide, causa la morte di più di cento persone negli Stati Uniti e lo scandalo, insieme a altri incidenti, porta al *Food, Drug and Cosmetic Act*, che regola rigidamente l'etichettamento e gli standard di sicurezza dei farmaci, stabilendo che i nuovi farmaci vengano controllati per la sicurezza prima di essere messi in vendita.

1939 Nel mese di ottobre Hitler firma, retrodatandolo al 1° settembre, il Decreto sull'eutanasia che autorizza un programma per sopprimere le persone giudicate in-guaribili e disabili.

1948 Nel contesto del processo di Norimberga, che condanna i medici nazisti responsabili di atroci e mortali esperimenti nei campi di internamento, viene presentato dal tribunale il Codice di Norimberga, che prescrive gli standard etici per discriminare tra esperimenti legali e illegali su soggetti umani. Il criterio principale è il consenso volontario del soggetto.

1954 Il teologo morale episcopale Joseph Fletcher pubblica *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*.

1957 La sentenza della Corte d'appello californiana *Salgo vs Leland Stanford University* utilizza l'espressione «consenso informato»: «un medico disattende i suoi doveri nei confronti del paziente e si sottopone a responsabilità legale se omette qualsiasi fatto che è indispensabile per formulare un consenso intelligente riguardo alla cura proposta. [...] Quando si illustrano i possibili elementi di rischio, deve essere impiegata una certa prudenza riguardo alla spiegazione completa di fatti necessari al *consenso informato*».

1957 In un discorso del 24 novembre ad anestesiology riuniti in convegno a Roma, Pio XII afferma che sul piano morale il medico può usare gli apparecchi per la respirazione artificiale solo se il paziente glielo permette, e che si tratta di un «mezzo straordinario», per cui non c'è per il medico l'obbligo di farvi ricorso.

1962 La tragedia causata dagli effetti teratogeni del talidomide porta la Food and Drug Administration a rafforzare i controlli sui farmaci, modificando il *Food, Drug and Cosmetic Act* del 1938. Gli studi preclinici diventano obbligatori così com'è necessaria la valutazione della loro efficacia.

1963 Lo psicologo di Yale Stanley Milgram pubblica il risultato di un esperimento sull'obbedienza: i soggetti sono indotti sotto l'influenza dell'autorità a somministrare scosse elettriche, anche mortali (ovviamente non reali, ma i partecipanti credono che lo siano) ad altre persone. L'esperimento, che mira a spiegare il comportamento crudele dei nazisti, viene criticato per lo stress psicologico cui sono sottoposti i partecipanti.

1964 La World Medical Association approva la Dichiarazione di Helsinki (1964-2008IX) che stabilisce i principi etici della sperimentazione biomedica, accogliendo quali criteri di base il consenso informato e la valutazione dei protocolli sperimentali da parte di comitati etici indipendenti (1975). Nel corso degli anni e delle 6 revisioni e 2 chiarificazioni, il corpus della dichiarazione è passato da 11 a 30 paragrafi.

1965 L'anestesiology di Harvard Henry K. Beecher denuncia sul «New England Medical Journal» una serie di protocolli clinici sperimentali in contrasto con le regole stabilite dal Codice di Norimberga. Lo stesso fa l'inglese Maurice Henry Pappworth nel 1967, pubblicando il libro *Human Guinea Pigs*.

1966 Presso i National Institutes of Health viene creato l'Office for Protection of Research Subjects (OPRR), ed è licenziato un documento sulle *Policies for the Protection of Human Subjects* che raccomanda la creazione di enti indipendenti di valutazione.

1967 Il 27 ottobre il Regno Unito legalizza, con effetto dal 27 aprile 1968, l'interruzione volontaria della gravidanza entro la 28ª settimana.

1968 Nell'enciclica *Humane Vitae*, Paolo VI riafferma che solo l'atto coniugale è volto alla procreazione e che aborto, sterilizzazione e contraccezione sono illeciti in quanto metodi di controllo della natalità. L'aborto è una colpa grave quanto l'omicidio.

1968 Un comitato *ad hoc* della Harvard Medical School definisce i criteri per accertare la condizione di coma irreversibile o «morte cerebrale». La nuova definizione di morte diventerà un caposaldo delle legislazioni sui trapianti di organo da cadavere.

1969 Il filosofo morale metodista Paul Ramsey pubblica *The Patient As Person*.

1970 Van Rensselaer Potter pubblica *Bioethics: A Bridge to the Future*. Per Potter la bioetica è un «nuovo tipo di etica» che utilizza l'«approccio cibernetico» nella ricerca della «saggezza», che si basa su umiltà e responsabilità e ha lo scopo di combinare cono-

scienze biologiche ed etico-filosofiche per promuovere valori morali adattativi rispetto a un quadro di crisi ambientale (sovrappopolazione e inquinamento ambientale).

1972 La sentenza *Canterbury vs Spence*, della Corte d'Appello del Distretto di Columbia (USA), rende il consenso informato un requisito legale, stabilendo che un paziente può esercitare liberamente il suo diritto all'autodeterminazione solo se «possiede una quantità di informazione tale da permettere una scelta intelligente» (non spetta al medico stabilire quale e quanta informazione circa il rischio è rilevante o di interesse per il paziente); «il rispetto per il diritto del paziente all'autodeterminazione su una particolare terapia richiede uno standard legislativo per i medici piuttosto che uno standard che i medici impongono o non impongono a se stessi».

1972-74 La scoperta (1972) del *Tuskegee Syphilis Study*, in corso da metà anni Trenta e fondato sull'inganno e la sottrazione delle terapie a malati afroamericani, e degli esperimenti di tortura e manipolazioni psicologiche (1973), nell'ambito del programma *MKULTRA* condotto dalla CIA sin dai primi anni Cinquanta, mobilita il Congresso statunitense a disporre il *National Research Act*. La legge, del 12 luglio 1974, istituisce la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Lavorando per cinque anni produce rapporti e raccomandazioni che riscrivono i principi dell'etica biomedica.

1973 L'American Hospital Association adotta la Dichiarazione dei diritti del paziente (*Patient's Bill of Rights*): il consenso è un diritto morale dei pazienti.

1973 La sentenza *Roe vs Wade* della Corte suprema degli Stati Uniti legalizza l'interruzione volontaria di gravidanza come esercizio della libertà della donna garantito dal diritto all'autodeterminazione, che comunque deve essere bilanciato, con l'avanzare della gravidanza, dai legittimi interessi dello stato a proteggere la vita prenatale e la salute della donna.

1973 Nei Paesi Bassi la dottoressa Geertruida Postma è condannata per aver praticato l'eutanasia su richiesta della madre. La sentenza viene sospesa e inizia una discussione tra medici e società che porta prima alla depenalizzazione (1993) e poi alla legalizzazione (2002) dell'eutanasia.

1974 *Dichiarazione sull'aborto procurato* della Sacra congregazione per la dottrina della fede.

1975 Nel mese di febbraio si svolge una conferenza nel centro di Asilomar, in California, sulla sicurezza e sulla regolamentazione della manipolazione genetica. Nel 1973 era stata pubblicata sulla rivista *Science* una lettera aperta all'Accademia nazionale americana delle scienze in cui si sollevavano molte domande sul DNA ricombinante, chiedendo una vera e propria moratoria. Sedici mesi dopo la conferenza saranno emanate le raccomandazioni di Asilomar, linee guida redatte dai National Institutes of Health (NIH), *Guidelines for Research Involving Recombinant DNA Molecules*, in seguito aggiornate.

1976 La Corte suprema del New Jersey decide, in favore di Karen Ann Quinlan, che il rifiuto di un trattamento salvavita è un diritto costituzionale.

1978 La legge 194 del 22 maggio regola l'interruzione volontaria di gravidanza.

1978 Nasce Louise Brown, la prima bambina concepita mediante la fecondazione *in vitro* (IVF). Giovanni Paolo I, dopo aver ribadito che tutti gli esseri umani sono voluti da Dio, così commenta la sua nascita: «Non è lecito porre l'artificio, perché Dio ha legato la trasmissione della vita umana alla sessualità coniugale».

1978 Viene pubblicata la prima edizione della *Encyclopaedia of Bioethics*, dove la bioetica viene definita «lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze

della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali».

1979 Il 18 aprile viene pubblicato nell'US Federal Register il *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, licenziato nel settembre dell'anno prima dalla National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Il rapporto riassume i principi etici utilizzati dalla commissione per redigere i documenti con cui, a partire dal 1974, sono stati definiti i criteri per decidere in diversi contesti della ricerca biomedica. I principi sono: rispetto per le persone (o principio del rispetto per l'autonomia), principio di beneficenza (e di non maleficità) e principio di giustizia.

1984 In Gran Bretagna il Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology, istituito nel 1982 sotto la guida della filosofa Mary Warnock, presenta il *Report* che inquadra i criteri etici per regolamentare la ricerca e la pratica clinica nell'ambito della medicina riproduttiva. I contenuti del rapporto ispireranno la legge britannica del 1990 (*Human Fertilization and Embryology Act*).

1987 L'istruzione della Sacra congregazione per la dottrina della fede *Donum Vitae* del febbraio (Istruzione *Il rispetto della vita umana e la dignità della procreazione*) afferma che «l'essere umano è da rispettare, come una persona, fin dal primo istante della sua esistenza», vale a dire dal momento della fecondazione.

1989 L'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa raccomanda (raccomandazione 1100 del 2 febbraio) ai governi degli stati membri di istituire dei comitati interdisciplinari per analizzare e informare sugli avanzamenti scientifici in ambito biomedico e sulle relative implicazioni etiche, sociali e giuridiche.

1990 Il 25 giugno la Corte suprema degli Stati Uniti riconosce il diritto a Nancy Cruzan di rifiutare un trattamento che la tiene in vita. La Corte suprema non considera la rinuncia alla nutrizione e all'idratazione artificiali diversamente dalla rinuncia ad altre forme di trattamento medico.

1990 In Gran Bretagna viene promulgata una legge (*Human Fertilization and Embryology Act*) che ammette la sperimentazione sugli embrioni fino al 14° giorno. La legge riguarda la creazione di embrioni umani in laboratorio e il loro uso per trattamenti e ricerca, l'uso e la conservazione di gameti e di embrioni donati. La ricerca su embrioni umani è permessa in caso di finalità giudicate «necessarie e desiderabili» dalla Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) ed entro i primi 14 giorni di sviluppo. Possono essere conservati per 5 anni (i gameti per 10). L'HFEA intende anche cercare di ridurre il rischio di gravidanze multiple come effetto della fecondazione *in vitro* e le malattie mitocondriali. La legge sarà emendata nel 2008 per consentire l'uso delle tecnologie per il trasferimento nucleare a scopi di ricerca e per permettere la sperimentazione su embrioni umani, nonché la creazione di embrioni umani a scopi sperimentali anche per studiare malattie umane.

1990 Negli Stati Uniti viene promulgata una legge (*American With Disability Act*) che tutela i cittadini dalle discriminazioni su basi biologiche.

1990 Il 28 marzo viene istituito in Italia, con decreto del presidente del consiglio dei ministri, il Comitato nazionale per la bioetica.

1991 Il *Patient Self-Determination Act* garantisce ai cittadini statunitensi il diritto di disporre di strumenti per stabilire come essere curati nel caso in cui perdano la capacità di decidere.

1994 Lo stato dell'Oregon legalizza il suicidio medicalmente assistito (*Death with Dignity Act*).

1996 La International Conference on Harmonisation (ICH) uniforma a livello dei paesi europei, degli Stati Uniti e del Giappone gli standard per accettare i risultati delle sperimentazioni cliniche condotte utilizzando le linee guida ICH-GCP su sicurezza, qualità, efficienza e multidisciplinarietà.

1997 Viene comunicata a febbraio la nascita (il 5 luglio dell'anno precedente) della pecora Dolly, il primo mammifero nato mediante la tecnologia del trasferimento nucleare (clonazione).

1997 Il 4 aprile viene firmata a Oviedo la *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alla applicazione della biologia e della medicina* (Convenzione di Oviedo). È il primo trattato internazionale riguardante la bioetica e rappresenta una pietra miliare per lo sviluppo di regolamenti internazionali volti a orientare eticamente le politiche della ricerca di base e applicativa in ambito biomedico e a proteggere i diritti dell'uomo dalle potenziali minacce sollevate dagli avanzamenti biotecnologici. La Convenzione è stata integrata da tre protocolli aggiuntivi: (a) un protocollo sul divieto di clonazione di esseri umani, sottoscritto a Parigi il 12 gennaio 1998; (b) un protocollo relativo al trapianto di organi e tessuti di origine umana, sottoscritto a Strasburgo il 4 dicembre 2001; (c) un protocollo addizionale riguardante la ricerca biomedica firmato il 25 gennaio 2005 a Strasburgo.

1997 Il decreto ministeriale del 15 luglio 1997 recepisce in Italia le linee guida di buona pratica clinica (*Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali*). Ulteriori direttive comunitarie in materia sono recepite con il decreto legislativo 211/2003 (*Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico*) e il decreto legislativo 200/2007 (*Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali*).

1998 Il decreto ministeriale del 18 marzo (*Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici*) istituisce i comitati etici in ogni azienda sanitaria e ospedaliera; stabilisce che la loro composizione debba riflettere le competenze necessarie per una valutazione sia degli aspetti scientifico-metodologici sia degli aspetti etici delle ricerche proposte.

2002 Olanda e Belgio legalizzano l'eutanasia.

2004 L'Italia regola l'uso delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita con la legge 40 del 19 febbraio, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*. La legge contiene una serie di divieti, tra cui quelli relativi alla donazione di gameti (fecondazione eterologa), alla crioconservazione degli embrioni e alla fecondazione di un numero di embrioni superiore a tre. Negli anni successivi la legge verrà profondamente modificata dalla Corte costituzionale (dai tribunali, dai Tar e dalla Corte europea) che giudicherà illegittimi molti divieti: il limite del numero di embrioni da fecondare e l'obbligo di trasferirli con un «unico e contemporaneo impianto»; il divieto di crioconservazione; il ricorso a un gamete altrui (cosiddetta eterologa); il limite di accesso dopo l'accertamento di sterilità o infertilità (e la conseguente esclusione per chi è affetto da patologie genetiche). Sono state anche chiarite alcune questioni, come la possibilità di ricorrere alla diagnosi genetica di preimpianto (mai vietata dalla legge ma dalle linee guida). Dopo 11 anni rimangono in piedi il divieto di sperimentare sugli embrioni uma-

ni; l'accesso limitato alle coppie formate da un uomo e una donna sposati o conviventi; il divieto di maternità surrogata; la possibilità di cambiare il consenso solo fino alla produzione degli embrioni e non fino all'impianto.

2005 La Conferenza Generale dell'UNESCO adotta la Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani.

2007 La Human Fertilization and Embryology Authority del Regno Unito autorizza la creazione di ibridi citoplasmatici uomo-animale per scopi di ricerca.

2015 Nel mese di aprile un gruppo di ricercatori cinesi annuncia di aver sperimentato la modificazione genetica di embrioni umani usando il sistema di *genome editing* CRISPR/Cas. Il fatto suscita un ampio dibattito internazionale all'interno della comunità scientifica, ma anche in ambito bioetico.

2015-16 Il Regno Unito legalizza nel 2015 la tecnologia per concepire bambini con «tre genitori», che consiste nel trasferire il nucleo di un ovocita fecondato di una cellula, i cui mitocondri sono difettosi, al posto del nucleo di un ovocita fecondato con mitocondri sani. Il primo bambino con tre genitori nasce in Messico da parte di un'équipe degli Stati Uniti, dove la tecnica è illegale, nel 2016. La procedura usata in questo caso consiste nel trasferire il nucleo dell'ovocita (non fecondato) della cellula con i mitocondri malati, al posto del nucleo di un ovocita i cui mitocondri sono sani, e che viene quindi fecondato.

Bibliografia di riferimento

- R.B. BAKER – L.B. McCULLOUGH (a cura di), *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge University Press, New York, 2008.
- M. CONFORTI – G. CORBELLINI – V. GAZZANIGA, *Dalla cura alla scienza. Malattie, salute e società nel mondo occidentale*, Encyclomedia, Milano, 2011.
- S.G. POST (a cura di), *Encyclopedia of bioethics*, Macmillan, New York, 2003, 5 voll.
- A. JONSEN, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1998.
- G. SCUDERI (a cura di), *Raccolta dei principali documenti internazionali sui principi etici della ricerca e dei principali documenti legislativi degli Stati Uniti e della Comunità Europea sulla bioetica*, Istituto superiore di sanità, Serie Relazioni 98/5, Roma 1998 (http://www.iss.it/binary/publ/cont/Pagina1_154Relazione98_5.pdf).

2. Il senso morale umano e le controversie bioetiche

Introduzione e sintesi

Fino a una ventina di anni fa si poteva solo speculare perché e come le persone maturano giudizi di approvazione o di disapprovazione delle decisioni e delle azioni di altri individui, gruppi, organizzazioni o intere nazioni. La filosofia morale e, quindi, le dottrine etiche ruotavano intorno a una serie di assunti, tutti da dimostrare, che i filosofi (o coloro che teorizzavano su come governare il comportamento umano) si erano immaginati, partendo da osservazioni e generalizzazioni. A prevalere era l'idea che i giudizi morali fossero il prodotto di ragionamenti volontari, consapevoli e trasparenti. Almeno a iniziare da Socrate, per restare comunque in Occidente, i filosofi si sono chiesti quale fosse la natura della morale (cosa fossero il bene e il male, il giusto e l'ingiusto). Hanno fatto cioè della metaetica speculativamente, cercando di andare oltre le giustificazioni religiose del fatto che alcune pratiche fossero da preferire o fossero ritenute in generale più buone e più giuste di altre. Quindi, sulla base delle risposte che davano alle domande fondamentali hanno derivato suggerimenti sulle linee di condotta da seguire, cioè quali comportamenti sono eticamente corretti in diverse situazioni. Le metaetiche servivano, non volendo ricorrere al comando divino, a elaborare etiche normative laiche, cioè basate su argomenti prevalentemente logico-razionali o anche solo di senso comune.

Nel corso del Novecento, con lo sviluppo e la diffusione dell'istruzione, dei sistemi democratici e delle economie di libero mercato, che consentono e promuovono differenziazioni di competenze e di ruoli sociali, le etiche normative sono state chiamate in causa per prescrivere come ci si debba comportare in alcuni specifici ambiti, soprattutto professionali. Un'attività professionale che da sempre si interroga sui criteri morali da usare nelle decisioni è la medicina. Nel ventesimo secolo la medicina si è trovata a sviluppare sia la ricerca sia la pratica clinica, registrando negoziazioni complesse sul piano dei valori tra medico e paziente da un lato, e tra medici, pazienti e società dall'altro. La bioetica è una forma di etica applicata e, di fatto, raccoglie le analisi o gli inquadramenti, i giudizi o le valutazioni che diverse figure aderenti a dottrine etiche differenti e, quindi, a orientamenti politico-culturali diversi, pronunciano in merito a qualche innovazione o scelta, relativa a interventi medici intorno al nascere, l'ammalarsi, lo star bene e il morire.

Se esaminiamo più in dettaglio le discussioni intorno alle questioni eticamente controverse create con gli sviluppi della medicina scientifica, constatiamo che esse riguardano innanzitutto i valori difesi dalle etiche religiose. Perché le religioni ci tengono particolarmente (anzi esistono anche per questo) a dire la loro quando si affrontano le scelte relative al riprodursi, al come curarsi, al dolore, al morire. Per quel che riguarda le etiche laiche, le tre correnti che hanno fornito gli argomenti più utilizzati nelle discussioni bioetiche sono state l'etica deontologica (o etica del dovere o etica di matrice kantiana), l'etica teleologica (o etica consequenzialista o etica di matrice utilitaristica) e l'etica della virtù (uno sviluppo dell'etica aristotelica, detta anche etica del carattere).

Dunque fino a circa vent'anni fa la filosofia morale, sia per quel che riguardava la metaetica sia per quel che concerneva l'etica normativa e quindi le etiche applicate, era un campo di tenzoni dialettiche, dove le dottrine che avevano più successo erano quelle che meglio rispondevano al modo di sentire prevalente in diversi contesti ecologici – in generale, intendendo non solo l'ecologia di sopravvivenza ma anche i contesti socio-economici e culturali via via in mutamento e che si distaccavano dalle condizioni più arcaiche e, quindi, più naturali. Ne consegue che molte delle premesse, delle argomentazioni e delle conclusioni che caratterizzano le riflessioni etiche sulle più diverse questioni e che danno luogo a controversie sono infondate o false – il che non vuol dire che non siano state o non possano essere funzionali, ma per ragioni diverse da quel che si crede. A questa conclusione sono arrivati per la verità anche alcuni (pochissimi) filosofi, come John Leslie Mackie, la cui teoria dell'errore e delle stranezze ontologiche del ragionamento morale smonta ogni pretesa di fondare l'etica sull'esistenza di valori oggettivi. Per il filosofo australiano l'idea che esistano valori oggettivi porta a una serie di conseguenze che sono in conflitto con la descrizione naturalistica del mondo. Ovvero: assumere l'esistenza di fatti prescrittivi è sbagliato, per cui i nostri concetti morali sono letteralmente falsi.

Il contributo di Mackie funziona benissimo nella sua *pars destruens*, cioè nel demolire le pretese delle dottrine etiche di dirsi logicamente ed epistemologicamente fondate, ma pur richiamandosi alle intuizioni di David Hume sul modo in cui la psicologia personale domina sulla razionalità quando è in gioco la categorizzazione decisionale di contesti vitali, non dispone delle conoscenze delle basi neuropsicologiche ed evolutive della moralità umana che emergeranno negli anni Novanta. Soprattutto, Mackie, che negli ultimi anni era diventato però interessato alla sociobiologia, non si pone il problema del perché l'errore funzioni così bene in etica.

A partire dagli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso sono state fatte scoperte che hanno cambiato le comuni idee filosofiche sulla cosiddetta natura umana, cioè sulle radici evolutive e antropologiche e sulle basi neuropsicologiche del nostro comportamento, incluso il modo in cui giudichiamo e agiamo assumendo che esistano il bene e il male, il giusto e l'ingiusto. Queste scoperte sono scaturite da studi evuzionistici e sperimentali del comportamento altruistico e cooperativo, da ricerche antropologiche sugli universali morali umani che si ritrovano nelle diverse società, da studi sperimentali del funzionamento dei processi coscienti, introspettivi e psicologici in generale, da ricerche neuroscientifiche, di carattere clinico e sperimentale, sui correlati neurali dei sentimenti e dei ragionamenti morali, da una svolta in senso comportamentale ed evuzionistico degli studi del comportamento economico, da studi storici che prendono in considerazione i

cambiamenti cognitivi prodotti dalla diffusione dei metodi scientifici e delle pratiche normative in diversi ambiti delle istituzioni sociali; infine, anche dal controllo sperimentale delle più classiche idee filosofiche concernenti anche questioni molto generali e fondamentali, di cui è possibile indagare come siano comunemente intese dalle persone, come il libero arbitrio, il determinismo, la responsabilità.

Con buona pace di chi pensa che serva credere in qualche entità personale sovrannaturale per essere buoni e giusti (come nella famosa tesi di Fëdor Dostoevskij: «se Dio non esiste allora tutto è permesso»), o che si possa stabilire cosa è bene fare in generale usando il ragionamento e una volontà buona (come prevede l'imperativo categorico di Immanuel Kant), oggi abbiamo alcune plausibili prove per ritenere che non sia così. E che, per fortuna di tutti noi e pace per Kant, veniamo al mondo con una combinazione di geni e schemi decisionali che, a fronte di particolari esperienze, ci rendono più o meno buoni o giudiziosi, mentre diverse combinazioni genetiche unite a esperienze disfunzionali caratterizzano profili comportamentali patologici e/o antisociali. Le esperienze che modulano lo sviluppo della nostra moralità individuale sono legate principalmente alla qualità dell'approvazione e della riprovazione delle persone cui siamo affettivamente legati e alle nostre reazioni emotive ai giudizi del contesto, che quindi interiorizziamo e anticipiamo. La qualità dell'attaccamento nel corso dello sviluppo infantile è determinante per consentire alle persone di maturare una capacità di giudizio morale e perché tale capacità progredisca in modo più o meno autonomo. Le idee filosofiche che più si sono avvicinate alla realtà dei fatti sono l'etica della virtù di Aristotele, in quanto mostra la funzionalità dei valori morali rispetto al contesto sociale umano, e le dottrine etiche di ispirazione empirista, da Hume a Mackie passando per l'utilitarismo, che rifiutano l'assunto che i valori morali siano qualcosa di reale e li considerano invece costruzioni psico-sociali adattative dipendenti dalla combinazione di universali comportamentali che danno importanza ai vantaggi personali o sociali derivanti dall'adottare diversi comportamenti. Anche le dottrine etiche deontologiche contengono una parte di verità, perché illustrano la disposizione per una rigidità o intransigenza delle prescrizioni, che però trae origine non dalla ragione o da qualche illuminazione, bensì dalle emozioni e, in particolare, dalla paura.

Nell'esame delle controversie bioetiche è utile, quindi, stabilire a quali dottrine etiche aderiscano coloro che discutono per approvare o disapprovare un'innovazione o una possibile scelta; ma soprattutto con quali argomenti lo facciamo e in quale posizione si collochino rispetto ad alcuni valori e criteri che sono universalmente presenti e che possono essere più o meno rilevanti per le persone quando si trovano a giustificare giudizi che esprimono più intuitivamente che razionalmente.

Si diceva che le scienze antropologiche, cognitive, neurocomportamentali e filosofico-sperimentali hanno dimostrato che molti assunti tradizionali della filosofia morale sono sbagliati. La selezione naturale ha cablato nel nostro cervello dei moduli neurali che rispondono con specifiche emozioni e preferenze di fronte a scenari che prefigurano scelte o comportamenti controversi rispetto al contesto socioculturale di riferimento. Ora, la selezione naturale non ci ha programmati per essere buoni e giusti secondo quello che vorrebbero le teorie etiche, ma per sopravvivere meglio e fare più figli. Noi siamo i discendenti di coloro che hanno trovato la combinazione migliore delle qualità umane che chiamiamo morali. La ricerca empirica ha chiarito quali siano gli elementi e le caratteristiche di funzionamento del nucleo morale umano, e in quali condizioni o

fino a che punto si possano modificare il peso di questi elementi e il loro modo di funzionare. Di conseguenza, se da un lato è indispensabile capire come funzionano le argomentazioni prodotte all'interno delle diverse dottrine etiche, in modi naturalmente competitivi rispetto ad argomenti alternativi, è tuttavia necessario dar conto degli errori che si commettono e delle conseguenze che derivano dall'usare teorie su come noi pensiamo, giudichiamo e decidiamo che sono sbagliate e che tendono a loro volta a reclutare credenze erranee su questioni peraltro fattualmente decidibili.

Soprattutto è importante capire che la correttezza logico-formale di un'argomentazione non è né necessaria né sufficiente per portare qualcuno che la pensa diversamente a cambiare la sua posizione. Questo appunto perché quando si tratta di morale non è possibile stabilire se comportamenti o giudizi siano buoni o cattivi, giusti o sbagliati, se non per quel che riguarda i contenuti empirici. Che però non sono l'aspetto che più conta nei giudizi morali e nelle scelte. Com'è ampiamente dimostrato dagli studi sperimentali, le persone adottano ben definite strategie confabulatorie per i loro argomenti a difesa di un giudizio morale nel quale credono a prescindere.

Nell'ambito delle discussioni bioetiche ci sono alcune idee e credenze oggettivamente sbagliate che tendono a ricorrere e danno luogo alle cosiddette fallacie argomentative, come i richiami alla tradizione («si è sempre fatto così!»), alla naturalità («ci sono dei modi naturali di procedere che in quanto naturali sono anche moralmente migliori»), alla responsabilità personale cioè al libero arbitrio inteso come una condizione per cui le scelte e le azioni sarebbero intraprese senza un controllo di natura fisico-biologica, alla dignità della persona (moda recente) e alla coscienza come istanza psicologica e morale superiore, garanzia di un accesso alle informazioni vere e alle intenzioni più buone e giuste.

Se la bioetica nasce per proteggere le persone, malate o sane, dal rischio di abusi sperimentali o da quello di subire trattamenti contro la loro volontà, e su questo punto c'è un sostanziale accordo, perché è così difficile e spesso impossibile trovare delle soluzioni condivise da tutti in merito alla liceità morale dell'eutanasia, della ricerca su embrioni umani, della clonazione umana o dell'uso di OGM?

Perché l'etica non è un terreno di consenso, ma di dissidio, appena ci allontaniamo dall'unica cosa su cui siamo universalmente d'accordo: l'avversione o riprovazione, naturalmente in coloro che non sono sociopatici, per le azioni o decisioni che causano sofferenze alle persone con cui abbiamo rapporti di parentela o che fanno parte del nostro gruppo o comunità. L'etica è solo un'evoluzione culturale di sentimenti che servivano a rafforzare le chance di sopravvivenza dei parenti e del gruppo di appartenenza, cioè a schierarsi, nell'eterna contrapposizione che avvantaggia solo l'evoluzione della vita, una parte («noi») contro un'altra («loro»), o a instaurare qualche precaria collaborazione se questa produce un vantaggio per entrambe le parti. La storia e l'antropologia raccontano, e la psicologia evolutivista e le neuroscienze sociali spiegano, che i sentimenti di simpatia si attenuano fino a spegnersi via via che ci si allontana da coloro che sentiamo essere i «nostri». Siamo più disposti a perdonare un membro della famiglia o del nostro

gruppo che trasgredisce rispetto a un estraneo; ma se tradisce, perde valore e il diritto al godimento delle nostre cure o del nostro rispetto. Ovviamente se l'ingrato si pente, come nella parabola del figliuol prodigo, sarà perdonato, considerando che una simile strategia risulta vantaggiosa per il clan familiare o il gruppo.

Le discriminazioni e le persecuzioni su basi razziali o religiose contro gli «altri», quindi, sono la norma e non l'eccezione. Nella storia della medicina, coloro che sono stati oggetto di abusi sperimentali erano prigionieri, orfani, ebrei, neri, malati di mente, cioè stranieri, minoranze religiose o emarginati sociali. Di volta in volta estranei all'ordine morale di riferimento. La domanda che ci si deve fare è: quali sono le condizioni e i fattori che consentono a volte o ad alcuni di non cadere preda di pregiudizi e xenofobia, e quindi di promuovere una collaborazione con reciproci vantaggi anche con coloro con i quali non è spontaneo farlo? Perché una parte del mondo ha maturato in un determinato periodo della storia alcune idee, come quelle che assumono l'esistenza di diritti umani fondamentali, ed è riuscita a espandere questa visione facendone la base per una pacifica convivenza anche tra estranei?

La bioetica si afferma come un'estensione dei diritti umani fondamentali alla sfera dell'attività medica e della ricerca clinica sperimentale. Gli esseri umani diventano ancora più uguali, fino a includere i malati. Tuttavia, anche per capire o accettare che i malati hanno dei diritti, o che le persone che non possono esercitare naturalmente il diritto a riprodursi possono riacquistarlo se delle tecnologie non naturali vengono ad abbattere quel limite, senza causare danni ad alcuna persona, servono strumenti culturali e cognitivi di cui non siamo spontaneamente dotati.

Per comprendere che le altre persone sono moralmente uguali a noi e che il colore della pelle o la religione o la salute mentale non giustificano alcun trattamento diverso da quello che vorremmo fosse riservato a noi nelle stesse condizioni è necessaria una minima capacità di astrazione. Bisogna possedere un minimo livello di istruzione o aver vissuto esperienze di interazioni sociali possibili solo all'interno di società complesse. Ora, per capire problemi ben più complicati, come il diritto a non essere tenuti in vita o che gli embrioni umani non hanno alcuna delle caratteristiche proprie delle persone, servono capacità complesse come la logica e la razionalità. E se si entra nel merito degli argomenti etici usati per negare alcune libertà fondamentali, ci si accorge facilmente che questi fanno leva o su emozioni o sull'incapacità di molte persone di usare il ragionamento ipotetico per rendersi conto dell'insostenibilità logica dei pregiudizi che li influenzano, quindi per impedire che a rispondere agli scenari controversi siano emozioni non ragionate.

Il discorso appena fatto per la bioetica vale anche fuori del campo della biomedicina. Si pensi alle invocazioni regolari da parte di autorità istituzionali, politiche o religiose, ma anche da parte di intellettuali o giornalisti, affinché si ricorra all'etica per contrastare la corruzione o gli abusi o le prepotenze. In realtà, non esiste uno straccio di prova che questi richiami all'etica abbiano qualche effetto, nel senso di ridurre i comportamenti indesiderati, o che l'adozione di codici etici abbia cambiato, cambi o possa cambiare dei comportamenti. Come si dirà più avanti, il pluralismo morale o etico è qualcosa di molto concreto e il richiamo all'etica può funzionare solo se i comportamenti egoistici, o volti alla ricerca esclusiva del proprio interesse o soddisfazione, sono modulati anche da sentimenti di fastidio o vergogna, quando il loro perseguimento comporta il mettere in atto abusi che possono causare danni o sofferenze ad altre persone.

Cosa sono i dilemmi morali?

I dilemmi morali sono situazioni nelle quali chi agisce ha di fronte due possibilità, per ognuna delle quali vi sono ragioni morali che giustificano la scelta, ma anche che conducono ad azioni alternative. Ci si trova di fronte a un conflitto perché si deve decidere di fare un'azione a scelta tra due (o più). Si può scegliere l'azione che si preferisce, ma non entrambe. I dilemmi morali nei quali un'azione è palesemente preferibile come moralmente superiore a un'altra non sono genuini dilemmi morali. Un dilemma morale caratteristico è quello affrontato dalla protagonista del film *La scelta di Sophie*, costretta da un nazista a scegliere quale tra i suoi due figli non fare uccidere, quale salvare. Se non sceglie saranno uccisi entrambi. Esistono molte versioni di questa forma tragica di dilemma morale, dove chi decide si trova a dover fare una scelta in condizioni variamente conflittuali, scelta che comporta comunque come esito la perdita di qualche vita.

Un dilemma che è stato molto usato per stabilire il livello di maturità morale nelle teorie sullo sviluppo morale è il dilemma di Heinz. Il protagonista ha una moglie che sta morendo di cancro e potrebbe curarsi con un farmaco speciale inventato da un farmacista. Al farmacista produrre il farmaco costa 250 €, ma lo vende a 2.000 €. Heinz riesce a farsi prestare 1.000 € e chiede al farmacista di venirgli incontro, cioè di fargli uno sconto perché la moglie sta morendo. Il farmacista dice che non farà alcuno sconto perché è un suo diritto vendere il farmaco al prezzo che gli conviene. Heinz decide quindi di irrompere nel laboratorio e rubare la medicina. Si deve dire se Heinz ha fatto bene o male a rubare il farmaco, motivando il giudizio.

I dilemmi più usati per stabilire quando entrano in gioco la componente utilitaristica e quella deontologica nel giudizio morale sono quelli del vagone ferroviario. Nelle due principali versioni c'è un carrello ferroviario che trasporta 5 persone e che se prosegue la sua corsa precipita, con la conseguente morte di tutti i passeggeri. In uno dei due scenari, una persona che vede quel che sta accadendo può azionare una leva o premere un pulsante, deviando il vagone su un altro binario dove però si trova una persona sconosciuta che di conseguenza sarà uccisa. Nel secondo scenario ci si trova sopra un ponte sotto al quale passa il vagone insieme a una persona corpulenta sconosciuta, e l'unico modo di salvare i passeggeri è buttare sui binari lo sconosciuto. Nelle situazioni descritte la maggioranza delle persone azionerebbe la leva o premerebbe il pulsante, provocando la morte della persona sui binari, ma una maggioranza quasi equivalente non getterebbe la persona sui binari per bloccare la corsa del vagone.

Come ha avuto luogo nel mondo animale l'evoluzione del senso morale? Che cosa ci dicono le spiegazioni evoluzionistiche e antropologiche?

Alle origini della moralità, da un punto di vista evoluzionistico, ci sono la logica della cooperazione sociale e le emozioni. Per quasi un secolo, dopo la morte di Charles Darwin, tra gli studiosi delle origini naturali del senso morale prevalse l'idea che l'etica si fosse imposta al di fuori dei naturali comportamenti egoistici vantaggiosi nella lotta per la vita. Ma già nel 1871 Darwin sosteneva, invece, che «ogni animale fornito di istinti sociali molto spiccati [debba] inevitabilmente acquisire un senso morale o coscienza, appena le sue facoltà si sviluppino come o almeno approssimativamente quanto nell'uomo». Studiando le basi genetiche delle parentele negli insetti eusociali, i sociobiologi hanno scoperto la selezione

parentale e la *fitness* inclusiva, ovvero il fatto che il comportamento altruistico che favorisce un numero sufficiente di individui imparentati con i quali si condividono i geni può andare a vantaggio della trasmissione dei propri geni. Applicando la teoria dei giochi a situazioni come il dilemma del prigioniero si dimostrava poi matematicamente che la strategia cooperativa paga più della defezione, cioè dell'inganno, e che nelle interazioni ripetute (tipo dilemma del prigioniero ripetuto), dove si tratta di decidere se cooperare o defezionare (situazioni tipicamente sperimentate dai nostri antenati per centinaia di migliaia di anni), la strategia vincente è «Tit for tat», cioè «pan per focaccia». La strategia ha diverse varianti, ma consiste nel cooperare in prima battuta e in assenza di defezioni della controparte, ribattendo colpo su colpo alle mosse della controparte. Nel corso dell'evoluzione biologica l'altruismo è andato oltre il circolo parentale scoprendo la reciprocazione. Il fenomeno è ben descritto in alcune specie di pipistrelli vampiri, dove la condivisione del cibo mediante rigurgito di parte del sangue ingerito dipende dal grado di prossimità spaziale e dal tasso di opportunità di reciprocazione, cioè di restituzione dell'azione altruistica. L'altruismo reciproco gioca un ruolo decisivo nelle dinamiche sociali dei primati. Un'azione altruistica, senza alcun obbligo contrattuale, è un modo di dimostrare amicizia e di legare un'altra persona o di rinforzare un legame esistente. Chi riceve l'atto si sente appagato, grato e vincolato, in particolare matura un sentimento di benevolenza e si sente in obbligo di fare qualcosa per restituire il gesto, al punto da sentirsi in colpa se non ci riesce. Se una persona reciproca ci piace, ma se non reciproca suscita la nostra delusione o indignazione, se non rabbia. L'evoluzione ci ha dotato di un modulo comportamentale basato sul pettegolezzo e sulla punizione, che aiuta a rilevare chi non reciproca e a sanzionarne il comportamento. La selezione naturale ha fatto in modo di premiare il comportamento altruistico. Diversi esperimenti dimostrano che la punizione altruistica, quando in un contesto sperimentale viene compiuta non simbolicamente ma effettivamente, attiva il sistema striato dorsale, che è implicato nell'elaborazione delle ricompense, e la disponibilità ad affrontare il costo delle punizioni per chi le commina è tanto maggiore quanto più forti sono le attivazioni dello striato dorsale. Inoltre, studi osservazionali su soggetti impegnati nella cooperazione sociale mostrano l'attivazione di aree cerebrali che ricompensano l'altruismo e in questo modo probabilmente motivano i soggetti a resistere ai tentativi di accettare egoisticamente i favori senza reciprocare.

Le aree emotive sono intensamente implicate nelle risposte a divisioni eque o inique nel gioco dell'ultimatum, dove un giocatore deve proporre al partner la suddivisione di una somma che gli è stata consegnata e che resterà nelle mani dei due solo se la divisione è accettata, mentre si perde tutto se è rifiutata. La scoperta ritenuta più importante è che una percentuale elevata di proposte di divisioni in cui il secondo giocatore riceve meno del 20 o 30% della somma totale sono rifiutate, come evidente atto di ritorsione verso l'avarizia del proponente. Sembrerebbe che le emozioni guidino però soprattutto la generosità. Comunque si osserva già nei primati non umani l'avversione spontanea all'iniquità: capita che gli animali smettano di cooperare a un esperimento se vedono che un conspecifico ottiene una ricompensa più attraente per l'esecuzione dello stesso compito, o se viene premiato per non aver fatto niente. L'avversione all'iniquità, che implica anche l'adozione di strategie ritorsive, probabilmente si innesta come risposta funzionale acquisita per difendere il senso di equità, che

è un universale umano ereditato dai nostri antenati che avevano evoluto la capacità di cooperare. Si tratta di un'intuizione che attiva probabilmente l'invidia nei riguardi di coloro che possiedono più beni, e altrettanto probabilmente era vantaggioso mantenere una condizione di uguaglianza nei gruppi di cacciatori e raccoglitori. In tali contesti ecologici e sociali, con comunità umane costituite da alcune decine di elementi, fino a un massimo di circa 150-200, l'egualitarismo favoriva gli individui e il gruppo allo stesso tempo, e si alimentava anche del vantaggio rappresentato dal fatto di essere sospettosi, in quanto ciò riduceva il rischio che qualcuno potesse trattenere qualche risorsa invece di dividerla con il resto della comunità.

Negli ultimi anni è stato dimostrato un ruolo importante dell'ossitocina nella modulazione dei legami sociali. Evoluzionisticamente ha senso perché questo ormone è implicato nei processi del parto, nel legame materno e nell'allattamento. È plausibile che la sua azione sia stata effettivamente reclutata per incrementare la fiducia e ridurre la paura nelle interazioni sociali, anche se alcune osservazioni mostrano che l'aumento della fiducia riguarda solo coloro che per i segnali che mandano sono degni di fiducia, mentre non influenza l'atteggiamento verso chi è ritenuto infido. In sostanza, l'ossitocina è verosimilmente l'ormone del legame sociale, ma i suoi effetti sul comportamento dipendono anche molto dai contesti.

Considerato che il nostro senso morale non è qualcosa che viene da fuori, dall'educazione o dalla cultura, ovvero che non si tratta di una seconda natura che si oppone al modo in cui saremmo fatti ma è il prodotto dell'evoluzione umana per selezione naturale, in cosa consiste questo nucleo di moralità sul piano delle predisposizioni psicologiche e dei processi neurobiologici, emotivi e cognitivi che chiama in causa?

È almeno dal Settecento che si discute se noi giudichiamo ascoltando la ragione, cioè calcolando razionalmente, o sulla spinta delle emozioni, cioè perché siamo mossi affettivamente e senza rendercene conto a scegliere o giudicare in un certo modo. Fino più o meno agli anni Novanta del secolo scorso era ritenuto scontato che i giudizi e le scelte morali fossero governati dalla dimensione razionale del comportamento. Tutto è cambiato con la scoperta che alcune persone con lesioni a strutture nervose che controllano le emozioni perdevano la capacità di decidere e giudicare in conformità ai valori del contesto sociale o rispetto al controllo di comportamenti lesivi o autolesivi e si è visto quindi che di fronte a specifici dilemmi morali le reazioni, cioè il giudizio, si producono intuitivamente, usando il ragionamento solo per razionalizzare la scelta.

Lo scenario che è emerso da studi sperimentali in ambito sia psicologico sia neuroscientifico conferma un ruolo cruciale delle emozioni, ma dimostra anche che esistono margini per scelte e giudizi basati sul ragionamento o sul calcolo, cioè mediati dalle aree frontali del cervello che sono deputate a pianificare le decisioni in considerazione delle conseguenze.

Una teoria psicologica che insiste sulle basi emotive e intuitive della moralità umana, riprendendo in qualche modo la tesi di David Hume per il quale la ragione è schiava delle passioni ed è bene che sia al servizio di queste, è stata pro-

posta da Jonathan Haidt. Fino a Haidt tra gli psicologi morali prevaleva l'idea che a fronte di una situazione moralmente rilevante si attiverebbe un ragionamento che utilizza specifiche strategie dipendenti dal livello di sviluppo morale delle persone, per arrivare a un giudizio o a una decisione. Secondo questo schema, le risposte emotive sarebbero secondarie. Il principale sostenitore di questa tesi, che era un'estensione all'ambito psicologico del kantismo, fu Lawrence Kohlberg. Studiando lo sviluppo del senso morale dall'infanzia all'età adulta, aveva distinto tre fasi: pre-convenzionale, convenzionale e post-convenzionale. Nell'ultima fase i giudizi sarebbero orientati da norme legali e principi etici universali ai quali si aderisce per autonoma scelta.

Studiando la costruzione dei giudizi morali in contesti controllati, Haidt è giunto alla conclusione che chi esprime un apprezzamento morale non si comporta come uno scienziato che sta cercando la verità, ma come un avvocato che cerca qualche giustificazione. Per esempio, se si presentano loro alcune storie esemplari nelle quali ciò che accade non provoca alcun danno ma suscita comunque una forte contrarietà morale, le persone, che non riescono a trovare una giustificazione per il loro giudizio, diventano dogmatiche o manifestano una reazione di disgusto. Nella teoria di Haidt il disgusto svolge un ruolo importante come emozione morale, ed esistono indicazioni sperimentali in base alle quali le vie fisiologiche del disgusto per alimenti contaminanti e potenzialmente tossici e, quindi, pericolosi per la sopravvivenza sono reclutate anche quando si tratta di valutare situazioni considerate moralmente inaccettabili, come un incesto o un comportamento iniquo.

In base al modello socio-intuizionista di Haidt, il giudizio morale nasce da un'intuizione immediata e non cosciente, cui segue un ragionamento *post hoc* che razionalizza quel giudizio. La ragione e il calcolo, ovvero la valutazione di uno sfondo conoscitivo, non sono esclusi nella costruzione dei giudizi ma sono qualcosa di raro e poco influente nell'esito generale, cioè sociale.

Haidt ha elaborato anche una teoria etica che identifica una serie di emozioni fondamentali e universali che hanno lo scopo di favorire alcuni comportamenti funzionali a dinamiche sociali, ritenuti quindi accettabili o preferibili rispetto ai comportamenti opposti. Le sei fondamentali virtù evolutive che sono messe in gioco nelle risposte morali sono: cura o avversione per il danno, equità o giustizia, libertà o autonomia, lealtà o patriottismo, autorità o obbedienza, pulizia o castità. A ognuna corrispondono delle emozioni ma, soprattutto, ognuna serve a orientare il comportamento riguardo a situazioni come sofferenza, reciprocità, ordine politico, appartenenza al gruppo (*ingroup*), rapporti di gerarchia e purezza. I comportamenti che trasgrediscono quelle virtù possono essere stigmatizzati o, talvolta, essere indice di asocialità o non essere ritenuti funzionali rispetto a un particolare contesto socio-economico. In ogni caso, causare danno a una persona o non prendersene cura, parliamo di uno dei «nostri» ovviamente, è universalmente stigmatizzato, come del resto sono stigmatizzati l'ingiustizia o l'inganno, l'oppressione, il tradimento, la sovversione e il degrado o l'impurità. Per diverse persone e in diversi contesti questi valori possono essere più o meno importanti e, come mostra Haidt, dalla loro combinazione e prevalenza scaturiscono i profili politici comunitari e individualisti, ovvero conservatori e progressisti.

Di fatto, gli atteggiamenti che assumono le persone e i movimenti conservatori o progressisti verso le prospettive della ricerca, le innovazioni tecnologiche o le opzioni decisionali che presentano risvolti bioetici sono abbastanza prevedibili

sulla base delle preferenze e dei valori descritti da questo modello di psicologia morale. Anche se abbiamo difficoltà a inquadrare moralmente molte situazioni controverse dal punto di vista bioetico, perché si tratta di scenari quasi sempre molto lontani dai contesti nei quali si sono evolute le nostre capacità di risposta morale. Esempi di scene dove si deve dire se le persone hanno fatto bene o male ad agire come hanno agito vedono due fratelli consumare consensualmente e per solo divertimento un incesto prendendo precauzioni e impegnandosi a non ripetere il fatto, un cittadino che usa la bandiera nazionale per tamponare la rottura di un water, cucinare un animale domestico e da compagnia che è stato ucciso accidentalmente da un'automobile, masturbarsi usando un pollo morto e pronto per essere cucinato e che viene poi lavato, cotto e mangiato.

Fino a che punto le ipotesi sulle basi psicologico-evolutive del giudizio morale trovano riscontro nelle ricerche neuroscientifiche sulle aree del cervello coinvolte nel comportamento morale?

Le neuroscienze hanno cercato di capire cosa accade nel cervello delle persone che prendono una decisione o esprimono un giudizio che ha valenza morale. Agli inizi degli anni Duemila hanno cominciato a comparire studi basati sull'osservazione delle attività cerebrali di fronte a diversi scenari morali. In particolare, Joshua Greene ha esaminato cosa accade nelle aree del cervello deputate al calcolo e alle reazioni emotive in alcuni soggetti sottoposti al dilemma del vago ferroviario (vedi box *Cosa sono i dilemmi morali?*, p. 40), o davanti a un infanticidio o alla decisione di sopprimere un bambino per salvare una comunità di persone in pericolo. I risultati di quello studio, e di altri, mostrano che esiste una capacità generale di prendere decisioni utilitaristiche, facendo prevalere il calcolo razionale (salvare cinque persone sacrificandone una) sulle resistenze emotive al fare del male alle persone. Le decisioni diventano però difficili quando si tratta di interagire con la persona che viene sacrificata: mentre i due terzi degli interrogati devierebbero il carrello ferroviario, che ucciderà una persona, per salvarne cinque, solo un terzo afferma che lancerebbe qualcuno sui binari, uccidendolo, per salvare i cinque. Anche se il calcolo è utilitaristico, nel secondo caso l'interazione personale scatena una risposta delle strutture limbiche che serve a limitare la nostra disponibilità a far del male agli altri. In tutti gli scenari, si constata che la scelta utilitaristica è una funzione del tempo necessario alle aree frontali o cognitive del cervello per prevalere sulle prefrontali o emotive. Tra l'altro si è osservato che chi ha lesioni nelle aree prefrontali risponde in modo più utilitaristico, e che gli psicopatici o sociopatici che commettono crimini efferati contro le persone presentano una ridotta funzionalità a livello del controllo emotivo sul comportamento.

Greene ha identificato due sistemi neurali alla base del giudizio morale. Un sistema emotivo, comune ai primati sociali, danneggiato negli psicopatici e in alcuni pazienti con lesioni frontali e selettivamente attivato da violazioni morali personali, dalla percezione d'ingiustizia e da altri comportamenti socialmente significativi rispetto ai quali nell'ambiente ancestrale erano adattative delle risposte non flessibili. E un sistema cognitivo, più sviluppato negli uomini rispetto agli altri animali, selettivamente attivo in pazienti con lesioni frontali e in psicopatici, e che non viene ingaggiato in modo stereotipato da stimoli sociali. Questa

idea sarebbe supportata, come si intuisce, anche da ricerche che hanno investigato il cervello e il comportamento di gravi psicopatici, i quali per diversi motivi non si attivano emotivamente e ricorrono al calcolo razionale con il mero scopo di abusare o causare sofferenze o morte alle loro vittime.

Una conclusione abbastanza supportata da riscontri empirici è che la componente deontologica dei giudizi morali si fonda sulle emozioni e non sul calcolo razionale, cosa plausibile anche nella misura in cui le etiche deontologiche sono etiche non flessibili.

Il disimpegno morale

È un problema centrale della psicologia morale (e della filosofia morale quindi) capire se le persone agiscono immoralmente perché per qualche ragione non conoscono il bene o la legge (come pensava Platone e dopo di lui la tradizione dell'etica razionalista), ovvero se lo fanno perché, pur conoscendo la differenza fra bene e male, cadono per qualche motivo preda di meccanismi psicologici che consentono loro di autogiustificarsi per aver trasgredito degli standard etici nei quali si riconoscono, per cui la società prevede riprovazione o sanzioni.

Il più citato psicologo vivente, e il terzo più citato in assoluto dopo Freud e Piaget, cioè Albert Bandura, ha optato per la seconda ipotesi. Così ha inventato il concetto di «disimpegno morale» per spiegare la logica psicologica che sarebbe dietro a queste contraddizioni. Pensato negli anni Ottanta, il concetto in questione si collega all'idea generale di Bandura, e cioè che l'apprendimento delle strategie personali per rispondere a situazioni psicologicamente rilevanti sia di natura sociale, ed è stato recentemente usato da Bandura per spiegare in generale cosa hanno in comune i danni alle persone e al funzionamento della società causati dall'industria dell'intrattenimento o da quella delle armi, dalla finanza e dal mercato, dalle punizioni capitali, dal terrorismo, dall'antiterrorismo e da attività umane che inquinano l'ambiente. Nel libro *Moral Disengagement. How People Do Harm and Live With Themselves* prova a spiegare perché anche individui non sociopatici intraprendono comportamenti immorali, come corrompere, produrre e diffondere film porno con minori, andare in giro armati, torturare altre persone, inquinare o comminare una pena morte, pur sapendo che stanno facendo qualcosa di sbagliato.

Il disimpegno morale consiste nella giustificazione del comportamento immorale per eludere le autovalutazioni e i sentimenti negativi (come il senso di colpa) che derivano dall'aver trasgredito valori etici riconosciuti. Queste bugie giustificatorie servono, per esempio, a inventare una «giusta causa», che renda quel che abbiamo commesso meno riprovevole. Questi processi cognitivi servono sicuramente per neutralizzare i sentimenti socio-emozionali, come simpatia, colpa o vergogna, che orientano verso relazioni moralmente apprezzate.

Il disimpegno morale si esplica attraverso una serie di meccanismi (otto) che intervengono in quattro ambiti della situazione morale: il comportamento, l'agire, gli effetti e la vittima. L'ambito comportamentale riguarda il capovolgimento di un comportamento dannoso in uno accettabile, attraverso la giustificazione morale («Dio vuole che io uccida queste persone» o «queste persone si sono arricchite a spese di tutti e quindi meritano quello che faccio loro»), l'etichettatura eufemistica come l'uso di espressioni

che non suonano del tutto negative («danno collaterale» o «bombardamento chirurgico»), e il paragone vantaggioso che fa sembrare un'azione «non così cattiva» se paragonata a un'altra che è peggiore, ovvero richiamando l'uso della violenza dove era giudicata legittima (come paragonare una battaglia politica violenta alla Rivoluzione Americana).

A livello dell'agire morale, operano i meccanismi di spostamento o occultamento della responsabilità, che permettono alle persone di giustificare il loro comportamento mostrando che si tratta dell'esecuzione di ordini emanati da autorità (come l'uso della tortura negli interrogatori), e di diffusione della responsabilità per una condotta dete-riore, come per esempio minimizzando il proprio ruolo o di altri nel causare danni a dei detenuti in un campo di prigionia attribuendoli all'azione del gruppo. Per quanto riguarda gli effetti, il disimpegno morale si manifesta attraverso la distorsione o mini-mizzazione delle conseguenze, e qui Bandura se la prende pesantemente con la Chie-sa Cattolica che ha tollerato così a lungo gli abusi sessuali ai danni di minori.

Per quanto riguarda la vittima, i meccanismi descritti da Bandura sono il ben noto pro-cesso di deumanizzazione, che consiste nel considerare le vittime oggetti, o forme ani-mali inferiori o parassiti da eliminare (come i nazisti con gli ebrei o gli integralisti religio-si con gli infedeli) e nell'attribuire la colpa alla vittima o alle circostanze.

Il disimpegno morale è stato descritto in diversi contesti trasgressivi rispetto a com-portamenti prosociali, e risulta predittivo di aggressività e violenza nella tarda adole-scenza o di bullismo. Di fatto sembra anche mediare il consumo di video violenti e i comportamenti trasgressivi rafforzando un sentimento di autoefficacia (furto, menzo-gna, aggressione, distruttività, assenteismo e abuso di alcol e droga). Si è anche visto che le condizioni di sviluppo infantili e il contesto adolescenziale influenzano il grado di disimpegno morale.

Non è insensato pensare che il disimpegno morale fosse una strategia vantaggiosa per i nostri antenati vissuti in contesti sociali molto più violenti e strumentali dei nostri: poteva quindi essere «utile» razionalizzare in qualche modo quei comportamenti anti-sociali che, chi non è sociopatico, vive come emotivamente disagevoli, e che vengono spesso attivati in funzione sia aggressiva sia di difesa; sono gli stessi comportamenti che continuano ad attivarsi oggi nei nuovi contesti sociali, pur diversissimi, perché la nostra genetica del comportamento è rimasta fondamentalmente la stessa.

Cinque studi pubblicati due anni fa dallo psicologo delle decisioni Scott J. Reynolds per capire il «ruolo della conoscenza nell'immoralità quotidiana», cioè «quanto conta sapere cosa è giusto», mostrano che la conoscenza morale influenza significativamente le scelte nelle situazioni quotidiane, più dei processi che caratterizzano il disimpe-gno morale. Sul piano teorico e tenendo conto delle misure effettuate, sembra che la tendenza al disimpegno morale «dipenda piuttosto da scarse capacità di ragiona-mento morale e/o da razionalizzazioni *post hoc* e autoprotettive del comportamento».

Quali sono i rapporti tra religione e morale? Perché la religione è così fortemente coinvolta nelle controversie morali?

La religiosità, cioè la capacità o la tendenza a credere in entità sovranaturali, dipende da specifiche modalità di funzionamento del nostro cervello di rilevare nell'ambiente *pattern*, cioè configurazioni di stimoli, che sono percepiti come si-gnificativi – per esempio nuvole con fattezze zoomorfe o oggetti inanimati con

tratti antropomorfi – e dall’incessante e spontanea costruzione di ipotesi causali o teorie/narrazioni che cercano di spiegare i fenomeni naturali e sociali immaginando l’esistenza di scopi o intenzioni che li avrebbero prodotti. Le persone non scelgono di essere religiose, ma vengono al mondo più o meno predisposte a diventarlo, e possono eventualmente staccarsi dalle illusorie credenze in divinità o processi magici solo se maturano un pensiero critico e riescono a fare a meno psicologicamente degli effetti rassicuranti che produce la religione.

La religiosità ha svolto un ruolo fondamentale per la sopravvivenza, consentendo ai nostri antenati di gestire e dare un senso al dolore, alla sofferenza, ai pericoli, e ha anche fornito delle credenze utili a istituire e far funzionare i sistemi morali. Per esempio, l’idea di essere visti ovunque (anche quando non siamo visibili ad altre persone) da qualcuno che non si vede ma che tutto vede e tutto sa o di poter essere sanzionati da entità soprannaturali per eventuali trasgressioni delle regole vigenti nella comunità è di indubbia utilità per indurre alla cooperazione sociale o ad accettare fatalisticamente la propria condizione e posizione nella società. Ci sono dati abbastanza solidi che dimostrano come le comunità religiose entrino più difficilmente in crisi e si disgreghino più raramente di quelle secolari; e che le persone religiose sono più altruiste e stanno meglio in termini di salute sia fisica sia mentale.

La religione è un’istituzione sociale che si è evoluta a partire da predisposizioni comportamentali e cognitive quale meccanismo integrante della cultura umana per creare e promuovere miti, per incoraggiare l’altruismo e l’altruismo reciproco, e per rilevare il livello di impegno delle persone a cooperare e a reciprocare tra i membri della comunità. La morale e la religione sono state così a lungo collegate tra loro che è plausibile immaginare nel corso dell’evoluzione la selezione di regole epigenetiche per cui, date certe condizioni, si producono comportamenti funzionali. Si tratta di schemi di attivazione dei comportamenti che sono molto più radicati, cioè si innescano molto più spontaneamente – per esempio disconoscendo valore a persone di etnia diversa – delle conquiste della modernità, come l’idea di «diritti umani», inventata solo poco più di 200 anni fa.

Qual è il ruolo delle credenze secolari? Come entrano in gioco nella costruzione dei sistemi morali?

Siamo giustificati a pensare che nel corso dell’evoluzione la nostra specie abbia acquisito un nucleo di moralità, cioè di preferenze, diffidenze o idiosincrasie e indifferenze fondato sulle emozioni, in primo luogo quelle negative che servono a far correre meno rischi. Questi elementi di base possono ricombinarsi con elementi conoscitivi collegati o acquisiti attraverso esperienze ecologicamente contestualizzate. La diversità straordinaria dei sistemi e delle credenze morali che si possono incontrare nella storia, e ancora oggi, dipende sia dalla ricombinazione sia dalla formidabile creatività resa possibile dai diversi gradienti di plasticità cerebrale, ovvero dall’apprendimento. Ma è anche possibile ricondurre questa diversità a delle forme abbastanza caratteristiche.

Uno dei tentativi più coerenti di organizzare i dati antropologico-culturali per inquadrare i sistemi morali distribuiti nella storia e nella geografia umana è stato fatto da Richard Allen Schweder, il quale ha ricostruito la distribuzione delle forme di ordine morale nel mondo, mettendole in relazione con le spiegazioni

della sofferenza. Anche per questo, cioè per i suoi rapporti con salute e malattie, la tassonomia antropologico-morale di Schweder è importante per capire le questioni bioetiche e inquadrare le origini e le dinamiche delle controversie in gioco.

L'antropologo culturale statunitense ha identificato tre grandi forme della moralità umana, che sarebbero fondate sulla *divinità*, sulla *comunità* e sull'*autonomia*.

LE SOCIETÀ UMANE COME SISTEMI DI ORDINE MORALE

Etica fondata sull'autonomia	Etica fondata sulla comunità	Etica fondata sulla divinità
Idee regolative		
Danno Diritti Giustizia	Dovere Gerarchia Interdipendenza Persona	Ordine sacro Ordine naturale Tradizione Santità Peccato Corruzione
Scopi		
Proteggere gli spazi di scelta discrezionale degli individui e promuovere l'esercizio della libertà individuale nel perseguimento delle preferenze personali	Proteggere l'integrità morale di varie situazioni sociali; adesione a ruoli che costituiscono una «società» o una «comunità», concepita come entità dotata di identità, esistenza, storia e reputazione	Proteggere l'anima e le dimensioni spirituali dell'essere umano e della natura dal degrado causato da costumi secolari e materialisti

Schema basato su R.A. SCHWEDER *et al.*, *The «Big Three» of Morality. (Autonomy, Community, Divinity) and the «Big Three». Explanations of Suffering*, in *Morality and Health*, a cura di Allan Brandt e Paul Rozin, New York, Routledge, 1997.

Quindi i sistemi morali si possono distinguere per il fatto di essere guidati o da un'etica basata sulla divinità, o da un'etica basata sulla comunità o da un'etica basata sull'autonomia. Nelle etiche che fanno riferimento alla divinità come fonte dell'ordine morale, prevalgono idee che fanno coincidere quest'ultimo con un presunto ordine sacro, nonché con un ordine naturale (la natura è stata creata dalla divinità, per cui quello che è naturale è anche per definizione giusto). In questi sistemi domina la tradizione e le persone devono avere come modello un ideale di santità, rifuggendo il peccato e tutto ciò che corrompe quella rettitudine che viene solo dal seguire le pratiche approvate dalle gerarchie religiose. Si tratta di un'etica che stabilisce come scopo non negoziabile la protezione dell'anima e della dimensione spirituale dell'uomo (e della natura) dal degrado causato dalla contaminazione con pratiche e comportamenti secolari o trasgressivi. Si può comprendere come le etiche basate sulla divinità giudichino intollerabile l'uso di tecnologie non naturali per interferire con la sfera riproduttiva, o che le persone possano de-

cidere di non continuare a vivere nelle fasi terminali. Le persone che aderiscono alle etiche fondate sulla divinità non godono di libertà e i loro giudizi o decisioni devono essere adottati per fede o improntati dalle prescrizioni che le gerarchie ecclesiastiche fanno discendere dalla dottrina teologica. Nelle teocrazie funziona così.

Nelle etiche basate sulla comunità prevalgono o dominano le idee di dovere, gerarchia, interdipendenza e persona. Si tratta di etiche in cui gli elementi psicologici sono funzionali all'identificazione con il gruppo di appartenenza, e con la presa di distanza o l'avversione per chi si trova o si pone fuori dalla logica del gruppo. Giudizi e scelte devono salvaguardare l'integrità morale della persona in quanto elemento inserito con un preciso ruolo in una società o comunità, e che ha valore solo in funzione del tutto. In queste etiche la società o la comunità non sono funzionali ad alcunché, ma sono concepite come entità dotate di identità e esistenza propria, di storia e di reputazione, che devono essere tenute come riferimento da ogni singola persona. Anche le etiche basate sulla comunità lasciano pochi margini alle scelte individuali negli ambiti bioeticamente controversi: solo le opzioni che sono nell'interesse della società nel suo insieme saranno lecite, e si possono per principio ammettere interventi da parte di agenzie statali che limitano o ignorano le preferenze individuali. I totalitarismi adottano questa logica e, infatti, il sistema nazista stabiliva chi poteva riprodursi, chi doveva essere curato e chi non meritava di vivere.

Rispetto alle etiche basate sulla divinità e sulla comunità, che in alcuni contesti storici e geopolitici si possono anche confondere, cioè possono andare insieme (e le etiche comunitarie possono anche simulare le forme della religione), le etiche basate sull'autonomia sono un prodotto storicamente recente e sono esistite solo nel mondo occidentale come conseguenza delle trasformazioni socio-culturali ed economiche della modernità. Le idee chiave di queste etiche sono il principio del danno, i diritti e la giustizia. Nell'orientare giudizi e decisioni diventano fondamentali la protezione degli spazi di scelta discrezionale degli individui e la garanzia dell'esercizio della scelta individuale nel perseguimento delle preferenze personali. I limiti stabiliti sono volti a salvaguardare la libertà e a prevenire che tale esercizio determini danni o ingiustizie. Nel quadro delle etiche fondate sull'autonomia conta l'autodeterminazione e si assume come principio che le persone decidano liberamente cosa fare del proprio corpo e che ogni loro decisione sia legittima, tranne quelle che causano danni ad altre persone o interferiscono con la libertà di altri individui. Di fatto, la svolta bioetica è consistita principalmente nel riconoscimento dell'autonomia decisionale anche per i pazienti.

Esistono comunque molteplici teorie etiche che cercano di definire la natura dei ragionamenti che utilizziamo per spiegare comportamenti e giudizi che fanno riferimento al bene o alla giustizia, o per giustificare o incentivare giudizi e scelte che sarebbero da preferire.

È diffusa l'idea che gli atei siano persone meno affidabili moralmente dei credenti. È vero?

Le ricerche di Phil Zuckermann e di altri sociologi mostrano come ateismo e secolarizzazione presentino numerosi tratti positivi, come livelli significati-

vamente più bassi di pregiudizio, di etnocentrismo, di razzismo e di omofobia. Ma anche un supporto maggiore all'eguaglianza femminile. Gli atei di norma allevano i propri figli promuovendo in loro la maturazione di un pensiero indipendente e senza ricorrere a punizioni corporali. A livello sociale, salvo per quel che riguarda i suicidi, gli stati e le nazioni con un'elevata percentuale di popolazione secolarizzata presentano indici di qualità della vita superiori rispetto ai paesi con una proporzione più alta di persone religiose. È vero che le persone religiose sono meno a rischio per certi disturbi del comportamento, o per il consumo di alcolici e droghe, e che infrangono meno le leggi. Ma per quanto riguarda i comportamenti violenti e gli omicidi, gli atei non sono più a rischio dei religiosi di incorrervi.

Studi demografici e sociologici sfatano il luogo comune che gli atei non abbiano valori: ne hanno di molto forti. Semplicemente sono carenti in quei valori che prevalgono tra le persone molto religiose, come il nazionalismo, i pregiudizi socio-sessuali, l'autoritarismo, il razzismo, l'antisemitismo, la chiusura mentale e il dogmatismo. Insomma, come ha scritto anche il noto psicologo israeliano Benjamin Beit-Hallahmi, «la tesi che gli atei siano in qualche modo più portati a essere immorali è stata seppellita da tonnellate di studi».

Il politeismo dei valori secondo Max Weber

Il primo a capire che con l'avvento della modernità, cioè con l'affermarsi di quello che già John Stuart Mill aveva definito «politeismo» di valori, si va oltre la tradizionale dicotomia tra sistemi di valori inconciliabili fu Max Weber. Il filosofo e sociologo tedesco scriveva che «la superficialità della 'vita quotidiana', in questo senso più appropriato del termine, consiste appunto in ciò, che l'uomo il quale vive entro di essa, non diventa consapevole, e neppure vuole diventarlo, di questa mescolanza di valori mortalmente nemici, condizionata in parte psicologicamente e in parte pragmaticamente; ed egli si sottrae piuttosto alla scelta tra 'dio' e il 'demonio', evitando di decidere quale dei valori in collisione sia dominato dall'uno, e quale invece dall'altro».

Nelle pagine finali della celebre conferenza *La politica come professione* (1919), il «politeismo dei valori» si declina nell'etica sotto forma di un dualismo tra *etica della convinzione* (*Gesinnungsethik*) ed *etica della responsabilità* (*Verantwortungsethik*). La prima forma di etica fa riferimento a principi assoluti, che non sono negoziabili e prescindono dalle conseguenze che essi comportano. Non è solo la persona religiosa ad aderire a quest'etica, ma anche il sindacalista o il rivoluzionario, ovvero chi ritiene di essere depositario di qualche verità, cioè che i suoi principi siano superiori, ed è quindi spinto al giudizio e all'azione senza alcun riguardo per le conseguenze che possono derivare dal metterli in pratica.

L'etica della responsabilità pone attenzione alle conseguenze di un giudizio o di un'azione e valuta le decisioni in termini di mezzi e fini. Non esistono principi assoluti e il calcolo delle conseguenze di un'azione è il termine di riferimento. L'etica dei principi e quella della responsabilità sono opposte e inconciliabili, e conducono a due diversi modi di intendere la politica. L'etica della convinzione è, in definitiva, un'etica apolitica nel senso che non prevede mediazione, come è testimoniato dal religioso o dal rivoluzionario che agiscono seguendo i propri principi e senza chiedersi come il loro agire cambierà effettivamente il mondo. Al contrario, l'etica della responsabilità è in-

dissolubilmente connessa alla politica e alla ricerca di mediazioni, perché non perde mai di vista (e anzi le assume come guida) le conseguenze dell'azione. Nondimeno Weber riteneva che l'uomo con l'autentica «vocazione alla politica» fosse quello che riusciva a trovare in se stesso entrambe le dimensioni etiche – socialmente inconciliabili – agendo con una convinzione interiore che però è irrazionale secondo l'etica della responsabilità.

Quali sono le idee generali che si confrontano sul piano della metaetica e quale si può considerare il punto di vista più sensato anche alla luce di quello che si è scoperto sui meccanismi naturalistici che governano il senso morale?

È impossibile ragionare di etica senza prendere posizione su alcune questioni teoriche di fondo. Qual è la natura dei giudizi morali? Si tratta di fatti o giudizi che si applicano universalmente? O assumono valori diversi, cioè relativi alle persone e alle società? Ovvero, non avranno ragione i nichilisti morali sostenendo che non c'è motivo per dire che qualcosa è moralmente preferibile a qualcos'altro? Se queste prime domande riguardano la consistenza fondazionale del ragionamento morale, c'è anche un livello linguistico-semanticamente del problema. Qual è il significato dei termini e dei giudizi morali? Quando esprimiamo una valutazione morale diciamo qualcosa che può essere vero o falso (in senso realistico o in senso soggettivo)? Ovvero le proposizioni etiche sono sempre false? Oppure i termini e i giudizi etici non hanno alcun valore cognitivo ed esprimono solo emozioni e prescrizioni? Infine, c'è un'altra questione metatetica non secondaria: in che modo si possono difendere o affermare i giudizi morali? Ammesso che le proposizioni morali abbiano una base cognitiva – cosa che gli scettici negano, negando quindi qualunque conoscenza morale –, nell'acquisizione delle competenze morali conta più l'esperienza o la ragione? Oppure nessuna delle due e i giudizi morali, lungi dall'emergere per via inferenziale, procedono per intuizioni mosse da emozioni?

Metaetiche

Rispondono a domande quali: che cosa è l'etica? Quale è l'origine dei valori e quale la loro natura? Cosa sono il bene, il male, la giustizia, l'ingiustizia? Quale è il significato dei termini e dei giudizi morali? Esistono fatti morali, descrivibili in modo oggettivo? In che modo la disposizione morale governa le azioni? Come si possono difendere o affermare i giudizi morali?

Teorie cognitiviste: è possibile stabilire se i giudizi etici sono veri o falsi.

Realismo: i valori hanno natura oggettiva e i giudizi valutativi sono asserzioni relative a fatti, che possono essere veri o falsi come tali, indipendentemente da chi li esprime.

Intuizionismo: esistono proprietà/verità morali delle quali si ha conoscenza per via intuitiva.

Naturalismo: i fatti morali oggettivi sono riconducibili a fatti non etici dei quali si ha una conoscenza empirica non diversa da quella scientifica.

Razionalismo: le verità morali sono conoscibili a priori, usando la ragione.

Teorie soggettive: La verità o falsità dei giudizi morali dipende dalle convenzioni.

Relativismo: ciò che è moralmente giusto o sbagliato dipende dal contesto.

Teoria dell'ordine divino: Dio stabilisce se qualcosa è giusto o sbagliato, e l'uomo deve solo obbedire.

Soggettivismo individualista: l'individuo soltanto è la misura del bene e del male.

Teoria dell'osservatore ideale: un osservatore perfettamente razionale, informato e onnisciente è in grado di dire cosa è giusto.

Teorie non cognitive: i giudizi morali non sono né veri né falsi, ovvero non hanno un contenuto conoscitivo.

Emotivismo: le asserzioni etiche esprimono emozioni.

Prescrittivism: gli asserti morali funzionano come imperativi.

Realismo simulato: non esistono fatti morali, ma la struttura linguistica degli asserti morali consente di definirli veri o falsi.

Teoria dell'errore: gli asserti morali sono falsi, ma funzionano in modo da far pensare che esistano fatti morali, mentre non è vero.

Nichilismo morale: non esistono valori oggettivi o imperativi morali; siamo convenzionalmente morali e ci comportiamo bene perché siamo animali cooperativi.

Alla luce di quello che oggi sappiamo, cioè che i nostri tratti comportamentali sono scaturiti dall'evoluzione per selezione naturale e, quindi, non sono adattamenti finalizzati a conoscere la verità o a inglobare qualche specifico valore morale, il nichilismo morale è il punto di vista filosofico più compatibile con le conoscenze naturalistiche. Come ha efficacemente argomentato il filosofo della scienza Alex Rosenberg, il nucleo di sentimenti morali con cui rispondiamo alle diverse situazioni non è valutabile in termini di vero (o falso), giusto (o ingiusto) e corretto (o sbagliato). Non c'è niente nella morale che possa essere dimostrato più o meno corrispondente alla realtà sulla base di prove valide intersoggettivamente. Le idee e gli argomenti etici non sono come i concetti e le ipotesi che si usano per definire o spiegare i fatti. Quel che ci porta a credere che ci siano il giusto e lo sbagliato nella morale è un autoinganno, cioè dipende da come siamo fatti, e questo perché una tale finzione migliora la nostra *fitness* individuale e inclusiva, ovvero l'efficienza riproduttiva e la trasmissione dei geni.

La selezione naturale non funziona sulla base di progetti o scopi e, quindi, non si preoccupa che quello che crediamo o pensiamo sia vero. Infatti, non ha saputo né potuto dotarci di strumenti cognitivi affidabili, ma solo vantaggiosi in rapporto a particolari contesti ecologici. Il nostro cervello è organizzato per usare scorciatoie e *bias*, o per inventare storie e immaginare trame nascoste. Il principale impedimento per capire e trovare come stanno davvero le cose, cioè la verità sulla realtà, è proprio come siamo fatti e come funzioniamo naturalmente. Questa difficoltà non riguarda solo le persone religiose, ma anche gli atei e i laici, che magari abbandonano le credenze nel soprannaturale, ma ne coltivano di secolari e non meno inverosimili; come per esempio quella nel libero arbitrio o nell'esistenza di un sé unitario o nell'accessibilità dei contenuti della coscienza. Apparentemente, però, queste credenze aiutano a scoprire e a usare metodi più affidabili, rispetto a quelli superstiziosi e intuitivi, per capire come stanno le cose.

Che la selezione naturale non ci abbia fatto acquisire una moralità vera e giusta lo dimostra la nostra capacità di aderire a norme che una parte dei nostri consimili considera immorali, sbagliate e false. E che buona parte degli argomenti contro le norme che noi giudichiamo immorali – mentre gli altri considerano immorali le nostre – si basa sul fatto che grazie alla stessa selezione naturale, che ci ha dotato di un cervello in grado di maturare anche delle capacità critiche e delle spiegazioni controllabili, possiamo spiegare perché le persone si ostinano comunque a seguirle. Sul piano della ragionevolezza logico-naturalistica non è sostenibile né che la correttezza di un codice morale ne abbia favorito la selezione né che il fatto che sia stato selezionato lo renda corretto. Sono altre le ragioni del prevalere in qualche momento storico o luogo geografico di un sistema morale piuttosto che di un altro.

Da dove viene allora il nostro nucleo morale profondo e originariamente comune, fatti salvi i casi geneticamente devianti? Da un ciclo co-evolutivo in cui la costruzione di utensili, la cooperazione per la caccia e la raccolta e l'allevamento condiviso dei cuccioli umani hanno selezionato favorevolmente la nostra capacità di ipotizzare e inferire gli stati mentali altrui (teoria della mente). Il miglioramento della teoria della mente ha potenziato in particolare la *fitness* di coloro che praticano l'allevamento cooperativo dei bambini, fino a quando non si sono ottenute persone quasi nate per cooperare.

Ma non siamo stati selezionati per essere buoni, bensì buoni e cattivi, a seconda delle evenienze. Se fossimo stati selezionati per essere buoni di fondo, come alcuni pensano, come mai c'è tanta malvagità nel mondo? Come mai ci sono stati gli stermini di massa, le pulizie etniche, gli inquisitori e i nazisti? E ancora, come mai ci sono i *serial killer* o coloro che abusano e maltrattano bambini, donne, uomini e soggetti deboli? In realtà ogni tratto umano è polimorfo in ogni generazione, e così i sentimenti morali, per cui esiste di regola una distribuzione spesso normale di variazioni. I tratti come la gentilezza e, in generale, le combinazioni di comportamenti e di emozioni che la motivano sono il risultato dell'interazione tra le esperienze di una lunga infanzia/adolescenza e un grande numero di geni diversi che programmano lo sviluppo. Leggere differenze in alcuni di questi tratti, per cause genetiche o ambientali, possono dar luogo a una grande varietà di manifestazioni in ogni generazione. Di regola ci saranno poche persone che sono troppo gentili e si faranno calpestare e poche persone che non lo saranno affatto, come gli psicopatici. Gli altri oscilleranno, anche spinti da dinamiche ambientali, che possono trascinarli da diverse parti, ovvero che possono estrarre diverse disposizioni morali.

Il caso dei nazisti è esemplare e di grande interesse. Anche considerando che si tratta di un classico esempio chiamato in causa nelle controversie bioetiche. I nazisti erano per la maggior parte come noi. Avevano il nostro stesso nucleo di emozioni morali. Ci sono buoni motivi per pensare che alcuni di loro, cioè i capi, fossero psicopatici, cioè moralmente patologici. Ma la massa no. La maggior parte dei nazisti aveva una serie di demenziali credenze sulla razza e sulla tradizione che si combinavano con una moralità di fondo, dando luogo o meglio consentendo le tragedie di cui sappiamo. Lo stesso potrebbe valere per le purghe staliniane o il terrore giacobino o talebano, dove prevaleva anche il terrore sociale di coltivare credenze false. Sappiamo che sono fattualmente false molte credenze che infarciscono i codici morali, come quelle che riguardano la castità prima del matrimonio, il delitto d'onore, il sessismo, la superiorità razziale, l'o-

mofobia. I cristiani, con tutto l'amore che dichiarano per il prossimo, ne hanno fatte di ogni genere e persino John Locke, il cantore della tolleranza, difendeva lo schiavismo. Da un punto di vista naturalistico il miglioramento morale può esistere: si tratta di combinare la moralità che la nostra evoluzione ci ha inflitto con credenze vere, controllabili relativamente ai fatti chiamati in causa, che ci sono accessibili grazie alla scienza. È l'incapacità di essere scientifici e naturalisti che porta più facilmente, attraverso l'uso della nostra moralità di fondo, agli errori morali e, quindi, alle catastrofi morali.

L'esperienza mostra che l'etica funziona in modo prescrittivo. Quali sono le teorie etiche utilizzate sul piano normativo?

Anche se la razionalità normalmente conta poco nei giudizi e nelle scelte etiche, noi abbiamo evolutivamente sviluppato la vantaggiosa capacità di ragionare in modo da fornire giustificazioni per le nostre decisioni o i nostri giudizi, aspettandoci che gli altri siano d'accordo con noi. Questo genere di strategia ha dato luogo sul piano culturale e filosofico all'etica normativa, che non si interessa tanto dei fondamenti della morale in termini metafisici o epistemologici, ma si preoccupa di definire le condizioni che rendono un giudizio o una decisione giusti o sbagliati. In tal senso si tratta di usare l'argomentazione morale con scopi prescrittivi, in quanto l'obiettivo non è rilevare quante persone siano

Etiche normative

Rispondono a domande quali: come mi devo comportare? da quali principi mi devo far guidare nelle azioni e nelle decisioni?

Teorie consequenzialiste: la moralità di un atto dipende dalle conseguenze (le teorie consequenzialiste differiscono rispetto a ciò che considerano essere il valore di riferimento).

Utilitarismo: un'azione è giusta se massimizza il piacere o la felicità e minimizza la sofferenza.

Egoismo: la persona morale è colei che fa il proprio interesse.

Consequenzialismo delle regole: cerca di mediare con l'approccio deontologico assumendo alcune regole, selezionate per le conseguenze che producono.

Consequenzialismo negativo: si devono minimizzare le conseguenze indesiderate.

Teorie deontologiche: solo i propri doveri e i diritti altrui, non le conseguenze, devono guidare l'azione.

Etica kantiana: l'origine della moralità risiede nella capacità della ragione umana di darsi regole morali inviolabili.

Contrattualismo: le scelte morali sono quelle su cui ci si troverebbe d'accordo in assenza di confondimenti.

Diritti naturali: le persone hanno dei diritti naturali inalienabili.

Etica della virtù: mette l'accento sul carattere inerente di una persona, piuttosto che su specifiche azioni che può intraprendere.

Etica della cura (o etica femminista): insiste sulla compassione e sull'empatia nelle relazioni umane quali mezzi per raggiungere obiettivi etici.

Etica pragmatica: il progresso morale consegue dal progresso scientifico, e come la scienza l'etica può migliorare norme, principi e criteri attraverso l'indagine/ricerca.

favorevoli alla possibilità di interrompere la gravidanza o alla clonazione, ma se essere a favore o contro l'aborto o la clonazione sia eticamente accettabile. In sintesi l'etica normativa propone degli standard di condotta ed è comunemente associata a una particolare visione del modo in cui ci si dovrebbe comportare.

Sono tre le dottrine etiche che si contrappongono (ma a volte si confondono) riguardo a ciò che dà forza etica a un giudizio o a un'azione. Queste tre etiche sono, come anticipato nell'introduzione a questo capitolo, l'etica deontologica, l'etica teleologica (o consequenzialista) e l'etica della virtù.

L'*etica deontologica* o *etica del dovere* afferma che i concetti di obbligazione e di giusto devono essere indipendenti dal bene che si verrà a produrre adottandoli come guide per le azioni, ovvero che le azioni buone e giuste non sono quelle che mirano alla produzione di conseguenze desiderabili, ma quelle che sono giuste o buone in sé stesse, e solo la ragione quando viene usata correttamente può dirci se il modo in cui agiamo è eticamente buono. Per esempio ci prescrive come imperativo categorico di non trattare mai gli altri solo come mezzi ma anche come fini. L'etica del dovere può richiamarsi a una fondazione di carattere religioso, a una legge naturale o al diritto naturale, oppure a un contratto sociale. Le teorie deontologiche possono inoltre essere moniste (basate su un singolo imperativo categorico o su una regola aurea, che nella tradizione giudaico-cristiana può essere di fare agli altri quello che si vorrebbe che gli altri facessero a noi) o pluralistiche (che fanno riferimento a diversi principi quali la fedeltà, la beneficenza, la giustizia). Le due principali forme dell'etica deontologica sono l'etica kantiana, per cui l'origine della moralità risiede nella capacità della ragione umana di darsi regole morali inviolabili e universali, cioè di farsi guidare da imperativi categorici, e il contrattualismo, per cui le scelte morali giuste sono quelle su cui ci si troverebbe d'accordo in assenza di confondimenti, cioè se si potesse decidere protetti da un velo di ignoranza.

Per le *etiche consequenzialiste* o *teleologiche* le azioni sono giuste o sbagliate a seconda delle conseguenze, cioè degli effetti che producono, piuttosto che in base alle caratteristiche intrinseche che possiedono. L'etica di tipo consequenzialista più conosciuta è l'utilitarismo, per cui il giudizio morale di un'azione deve basarsi su quanto piacere essa ha prodotto. Un'azione sarà tanto più buona quanto più massimizza il piacere e minimizza la sofferenza. Non sempre, comunque, il punto di vista consequenzialista definisce a priori dei valori non morali quali termini di riferimento per valutare la bontà di un'azione, nel senso che non stabilisce solo di massimizzare il piacere, la felicità, l'amicizia, la conoscenza o la salute, e di minimizzare il dolore, la sofferenza, l'infelicità, l'inimicizia, l'ignoranza o la povertà. Per il consequenzialismo vi sono anche casi nei quali è eticamente sbagliato violare una regola che si è dimostrata in generale conveniente per conseguire un interesse personale immediato o provvisorio. Il consequenzialismo può assumere diverse forme, per esempio può essere di tipo edonistico (quando riconosce come valori non morali solo la felicità e il piacere), egoistico (per cui la persona morale è quella che fa il proprio interesse), pluralistico (riconosce più valori) o negativo (si devono soprattutto minimizzare le cattive conseguenze). Si distingue, inoltre, un consequenzialismo delle regole (in cui il principio di utilità viene applicato all'azione attraverso delle regole come «non rubare» o «non mentire») da un consequenzialismo degli atti (in cui il principio di utilità viene applicato ogni volta alle singole azioni).

La terza influente etica normativa è l'*etica della virtù*, che mette l'accento sul carattere proprio di una persona piuttosto che su specifiche azioni che può intraprendere, e che quindi non fa riferimento a regole, principi o conseguenze per stabilire come ci si deve comportare, ma porta invece a chiedersi quale genere di persona si dovrebbe essere e quale vita si dovrebbe condurre. I termini valutativi usati nell'ambito dell'etica della virtù sono degli aggettivi come coraggioso, insensibile, onesto, giusto. Un'azione è giusta o buona se e solo se è quella che una persona giudicata virtuosa farebbe in quelle stesse circostanze.

In che modo le etiche normative hanno concorso al dibattito bioetico?

Nel corso del Novecento l'etica normativa ha assunto le forme di diverse etiche applicate a problemi morali concreti. Questioni come l'eguaglianza razziale e sessuale, i diritti umani e la giustizia sociale sono diventate preminenti nelle società occidentali a partire dagli anni Cinquanta. Contemporaneamente si sono sviluppate controversie sull'aborto e sull'eutanasia, sul consenso all'atto medico, sulle varie implicazioni etiche delle nuove tecniche riproduttive e della terapia genica e su molti altri temi che hanno determinato l'emergere dell'etica biomedica o bioetica come una delle etiche applicate. Gli altri cinque ambiti della vita privata e pubblica che sono stati oggetto di analisi sul piano filosofico-morale sono: etica delle scelte, etica professionale, etica degli affari, etica delle organizzazioni ed etica sociale.

Nel processo di applicazione delle etiche normative alla bioetica, così come nelle argomentazioni bioetiche, il metodo principalmente utilizzato è stato la *casuistica*, che consiste nel trovare la soluzione a un problema morale ricavando regole e principi da casi concreti o da casi paradigmatici per applicarli, quindi, alla situazione di interesse. La casuistica è una metodologia controversa, esercitata soprattutto dai gesuiti, e attaccata da Blaise Pascal nelle sue *Lettere provinciali*, essendo usata per sanzionare lievemente i ricchi benefattori della Chiesa per quegli stessi peccati che costavano gravi penitenze ai poveri. Tuttavia se adeguatamente applicata, cioè se le analogie tra i casi presi in esame sono corrette, la casuistica è una forma di ragionamento molto potente, soprattutto per isolare alcuni valori morali che sono comuni a persone distanti per appartenenza etnica o credenze religiose e filosofiche e, quindi, per mostrare come quei valori sono in gioco anche nel caso in questione. La casuistica è anche il modo in cui si sviluppa il sistema anglosassone di *common law*.

Negli Stati Uniti, la Commissione nazionale per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale dopo un lavoro di circa 4 anni identificava, nel Rapporto Belmont (vedi box *Il Rapporto Belmont*, pp. 58-61), tre principi etici sui quali fondare la nuova etica biomedica: rispetto per l'autonomia, beneficiabilità e giustizia. Il rispetto per l'autonomia implica il diritto del paziente all'autodeterminazione e, quindi, al rifiuto o alla scelta del trattamento; la beneficiabilità comporta l'impegno del medico ad agire nel miglior interesse del paziente ed è legata alla non maleficità, vale a dire l'antico vincolo etico che la medicina ippocratica stabiliva per il medico, che non deve causare danni al paziente; la giustizia infine riguarda le decisioni su chi arruolare nelle sperimentazioni, su chi debba avere accesso ai trattamenti e a quali e sulla distribuzione delle risorse sanitarie, che sono scarse o limitate.

Questi tre principi (o quattro se si considera come un principio anche la non maleficità) sono stati considerati dai filosofi e bioeticisti da rispettare in prima istanza (cioè sono doveri *prima facie*), ma vanno bilanciati tra loro o con altri, o se ne può riconsiderare la gerarchia sulla base dell'accertamento delle capacità del paziente. Per esempio il rispetto dell'autonomia, che è all'origine del consenso informato e delle direttive anticipate di trattamento, ma anche del rispetto della *privacy*, implica che il paziente sia in grado di comprendere e decidere e non sia di fatto privo di autonomia per motivi di maturità psicologica (giovane età) o per qualche compromissione della sua salute mentale. Se la persona è capace di intendere e volere e il suo sistema di valori considera sbagliate alcune decisioni terapeutiche che gli salverebbero la vita – come le trasfusioni di sangue per i testimoni di Geova o l'aborto per una donna integralista cattolica – può rifiutarle, anche se la conseguenza sarà la morte. Ma se il paziente è un minore o non è sano di mente, allora non sta esercitando alcuna decisione autonoma, ovvero la legge autorizza a sospettare che sia condizionato da fattori che il medico, d'accordo con un giudice, può scegliere di ignorare, trattando il malato secondo il suo presunto migliore interesse. Ovviamente, nel caso di un malato di mente che rifiuta ogni cura dovrebbe essere eticamente accettabile intervenire se la volontà espressa in forma autonoma preesiste sotto la forma di qualche direttiva anticipata.

Il principio di non maleficità implica per esempio che il medico non dovrebbe accanirsi per tenere in vita un paziente che non ha alcuna speranza, perché in questo caso sta facendo del male (sempre che il paziente non chieda i trattamenti straordinari benché futili); se viene fatto del male deve essere al fine di un bene superiore e non altrimenti ottenibile. In questo caso si parla di principio del duplice effetto, in cui un effetto dannoso è anche la conseguenza di un intervento fatto al fine di ottenere un risultato desiderato. Un esempio può essere l'asportazione dell'utero per salvare una donna in gravidanza e alla quale è stato diagnosticato un tumore. In questo caso le condizioni che rendono valido il principio del doppio effetto sono: la natura dell'atto (che deve essere moralmente neutro); l'intenzione dell'agente (che deve mirare a ottenere l'effetto buono); la distinzione tra mezzi ed effetti (la morte del feto non deve essere il mezzo per ottenere l'esito desiderato); la proporzionalità tra il cattivo effetto e il buon effetto (la vita salvata alla donna ha un valore superiore al sacrificio del feto).

Il principio di beneficiabilità obbliga il medico a conoscere e utilizzare al meglio gli strumenti utili a ridurre i danni e i rischi e ad aumentare i benefici per il paziente. Il fatto che il medico sia obbligato a fare il bene può entrare in conflitto con il principio di autonomia del paziente, per cui il medico lascia nelle mani di quest'ultimo le decisioni, nella misura in cui la sua capacità di autodeterminarsi sia riconosciuta. Comunque, in tutte le situazioni di emergenza, cioè quando il paziente non è cosciente e non esistono direttive anticipate (laddove queste hanno valore legale), il medico deve agire per salvargli la vita e ridurre qualunque danno possa derivare dalle condizioni in cui si trova, che siano effetto di un incidente o di un tentativo di suicidio.

Il principio di giustizia prescrive che nel campo della medicina e della salute non si devono fare discriminazioni, a meno che non siano giustificate su basi empiriche. La giustizia implica che ognuno riceva il dovuto; e se viene trattato in modo diverso, deve essere per un motivo razionale o nel suo interesse. Questo primo approccio al problema elimina qualunque giustificazione morale alla pratica di usare come soggetti per la sperimentazione le persone più marginali e

deboli, facendo correre solo a loro i rischi dei test. Mentre i vantaggi sarebbero equamente distribuiti o, addirittura, alcuni dei risultati di sperimentazioni pagate con le tasse di tutti sarebbero economicamente accessibili solo a una parte della società. Un aspetto non meno importante, ma di difficile soluzione, che ha a che vedere con la giustizia in sanità, riguarda la distribuzione equa di beni e servizi scarsi. Su questo versante si confrontano diverse idee circa i criteri che andrebbero usati per la giustizia distributiva; per esempio «a ogni persona in parti uguali», «a ogni persona secondo i bisogni», «a ogni persona secondo lo sforzo», «a ogni persona secondo il contributo», «a ogni persona secondo il merito», «a ogni persona secondo il libero mercato».

I principi etici che sono alla base della bioetica entrano in gioco nella definizione di concetti e problemi come il consenso informato, l'eutanasia, la dignità e i diritti, la riservatezza, la sincerità e l'onestà, il conflitto di interesse. L'uso, il significato, il funzionamento e il peso dei principi etici dipendono, come si dirà più avanti, anche della visione morale prevalente o preferita.

Il Rapporto Belmont

Principi etici

L'espressione «principi etici» si riferisce generalmente a quei giudizi generali che servono per una giustificazione di base per la maggioranza delle prescrizioni etiche particolari e la valutazione delle azioni umane. Tre principi di base, tra quelli generalmente accettati nella nostra tradizione, sono particolarmente rilevanti verso le etiche della ricerca coinvolgente i soggetti umani: i principi di rispetto per la persona, beneficenza e giustizia.

1. Rispetto per la persona – Il rispetto per la persona comprende almeno due convinzioni etiche: primo, che gli individui devono essere trattati come agenti autonomi e, secondo, che le persone con diminuita autonomia hanno diritto alla protezione. Il principio per il rispetto della persona, dunque, si divide in due esigenze: l'esigenza di riconoscere l'autonomia e l'esigenza di proteggere quelli con diminuita autonomia. Una persona autonoma è un individuo capace di una decisione sui suoi obiettivi personali e capace di agire sulla scorta di una tale decisione. Rispettare l'autonomia significa dare peso alle opinioni e alle scelte ben ponderate delle persone autonome e allo stesso tempo trattarsi dall'ostacolare le loro azioni a meno che [tali azioni] non siano di espresso detrimento per gli altri. Mostrare mancanza di rispetto per un soggetto autonomo significa disconoscere le decisioni meditate di quella persona, vietare a un individuo la libertà di agire secondo i suoi giudizi personali, rifiutare l'informazione necessaria a produrre un giudizio ponderato, quando non vi siano ragioni impellenti per fare questo.

Comunque, non sempre l'essere umano è capace di autodeterminazione. La capacità di autodeterminazione matura durante la sua vita, e alcuni individui perdono questa capacità completamente o in parte per malattia, infermità mentale, o circostanze che limitino gravemente la libertà. Il rispetto per l'immaturo e l'incapacitato può richiedere di proteggerli mentre essi maturano o mentre non possiedono la capacità. Alcune persone hanno la necessità di una protezione più estesa, anche fino al punto di escluderli dalle attività che possono costituire per loro un danno; altre persone richiedono poca

protezione esistendo la sicurezza che essi intraprendano attività in maniera non coartata e avendo consapevolezza delle possibili conseguenze negative. Il grado di protezione prodotto dovrebbe dipendere dal rischio di offesa e dalla probabilità di beneficio. Il giudizio che un individuo manca di autonomia dovrebbe essere periodicamente rivisto e dovrebbe variare in differenti situazioni. Nella maggior parte dei casi coinvolgenti soggetti umani il rispetto per le persone, chiede che i soggetti entrino volontariamente nella ricerca e con adeguate informazioni. In qualche situazione, comunque, l'applicazione dei principi non è ovvia. Il coinvolgimento di detenuti come soggetti della ricerca costituisce un utile esempio. D'altra parte sembra che il principio del rispetto per le persone richiede che i carcerati non debbano essere privati della opportunità di essere volontari della ricerca. D'altra parte, in condizioni di prigionia essi potrebbero essere sottilmente costretti oppure ingiustamente influenzati ad entrare nelle attività di ricerca per le quali essi non sarebbero altrimenti volontari. Il rispetto per le persone deve dunque imporre che i detenuti siano protetti. Se permettere ai carcerati «di essere volontari» o di «essere protetti» costituisce un dilemma, il rispetto delle persone nella maggior parte dei casi è spesso una questione di bilanciamento tra le esigenze dettate dal principio del rispetto stesso che sono in competizione tra loro.

2. *Beneficialità* – Le persone sono trattate in maniera etica non solo rispettando le loro decisioni e proteggendole dal pericolo, ma anche facendo sforzi per assicurare il loro benessere. Questi trattamenti vengono compresi sotto il termine «beneficialità». Il termine «beneficialità» è spesso inteso per comprendere atti di umanità e di carità che vanno sotto stretto rispetto. In questo documento «beneficialità» è inteso in senso stretto, come un obbligo. Due regole generali sono state formulate come espressioni complementari di azioni benefiche in questo senso: (1) non causare danno e (2) massimizzare i benefici possibili e minimizzare i possibili danni. La massima ippocratica «non causare danno» è stata a lungo un principio fondamentale dell'etica medica. Claude Bernard estese questo principio al campo della ricerca, dicendo che nessuno dovrebbe causare danno a una persona senza considerare i benefici che potrebbero venire ad altri. Comunque, anche evitare il pericolo richiede di imparare che cosa sia pericoloso; e nel processo che porta a ottenere questa informazione, le persone possono essere esposte al rischio del pericolo. Inoltre, il *Giuramento di Ippocrate* richiede che i medici beneficino i loro pazienti «secondo il loro miglior giudizio». Apprendere che cosa, infatti, sarebbe di beneficio può richiedere di esporre le persone al rischio. Un problema imposto da questi imperativi è decidere quando è giustificabile ottenere certi benefici nonostante i rischi implicati, e quando i benefici dovrebbero essere minimi a causa dei rischi.

Gli obblighi di beneficialità influenzano sia i singoli, sia la società nel complesso, poiché essi si estendono sia a progetti di ricerca particolari sia all'intera impresa della ricerca. Nel caso di progetti particolari, ricercatori e membri delle loro istituzioni sono obbligati a dare considerazione alla massimizzazione dei benefici e alla minimizzazione dei rischi che potrebbero derivare dalla ricerca. Nel caso di ricerche scientifiche in generale, i membri delle società più larghe sono obbligati a riconoscere i benefici a lungo termine e i rischi che possono risultare dal miglioramento delle conoscenze e dallo sviluppo di nuove procedure mediche, fisioterapeutiche e sociali.

Il principio di beneficialità spesso riveste un ruolo di giustificazione [difesa] ben definito in molte aree della ricerca che coinvolge i soggetti umani. Un esempio [di tale signi-

ficato di difesa] si trova nella ricerca che coinvolge i bambini. Metodi efficaci di trattare le malattie dell'infanzia e di favorire lo sviluppo della salute [dell'infanzia] sono i benefici che servono a giustificare le ricerche che coinvolgono i bambini anche quando i soggetti individuali della ricerca non ne sono i diretti beneficiari. La ricerca inoltre rende possibile evitare il pericolo che può risultare dalla applicazione di pratiche di «routine» precedentemente accettate sulla base di sperimentazioni più limitate rivelatesi pericolose. Ma il ruolo del principio di beneficalità non è sempre così ambiguo. Un difficile problema etico rimane, per esempio, per quanto riguarda la ricerca che presenti rischi più che minimi senza prospettiva immediata di benefici diretti verso i bambini coinvolti. Alcuni hanno eccepito che tali ricerche siano inammissibili, mentre altri hanno affermato che questi limiti avrebbero impedito la maggior parte delle ricerche promettenti grandi benefici ai bambini nel futuro. Qui, di nuovo, come nella maggior parte dei casi più difficili le rivendicazioni differenti coperte dal principio di beneficenza possono entrare in conflitto e forzare scelte inutili.

3. *Giustizia* – [Ci si chiede] chi sia obbligato a ricevere i benefici della ricerca e sopportarne gli oneri. Si tratta di una questione di giustizia, nel senso di «imparzialità della distribuzione» o di «ciò che è meritato». Una ingiustizia si verifica quando alcuni benefici che una persona ha diritto [a ricevere] [le] vengono negati senza un giustificato motivo o quando alcuni oneri [le] sono imposti indebitamente. Un altro modo di concepire il principio di giustizia è di trattare allo stesso modo le persone uguali. Tuttavia, questa affermazione richiede una spiegazione. [Si tratta di stabilire] chi sia eguale e chi sia diseguale, quali affermazioni giustifichino la partenza da una distribuzione uguale. Quasi tutti i commentatori acconsentono che le distinzioni basate sull'esperienza, età, privazioni, competenza, merito e condizione sociale costituiscano dei criteri di giustificazione di un trattamento differenziato per certi scopi. È necessario allora spiegare in quali ambiti le persone debbano ricevere un uguale trattamento. Vi sono alcune formulazioni ampiamente accettate di giusti modi di ripartire gli oneri e i benefici.

Ogni formulazione allude ad alcune rilevanti proprietà sulla base delle quali dovrebbero essere distribuiti gli oneri ed i benefici. Queste formulazioni sono: (1) ad ogni persona una uguale parte, (2) ad ogni persona secondo le necessità individuali, (3) ad ogni persona secondo lo sforzo individuale, (4) ad ogni persona secondo il contributo dato alla società e (5) ad ogni persona secondo il merito. Le questioni della giustizia sono state a lungo associate con pratiche sociali quali punizioni, tassazioni e rappresentazioni politiche. Fino a poco tempo fa queste questioni non sono state generalmente associate con la ricerca scientifica. Comunque, esse sono adombrate anche nelle prime riflessioni sull'etica della ricerca coinvolgente soggetti umani. Per esempio, durante il XIX e il XX secolo, il peso di servire come soggetto della ricerca, cade largamente sui poveri pazienti ricoverati, mentre i benefici di miglioramento delle cure mediche cadevano principalmente su pazienti privati. Successivamente l'impiego di prigionieri non consenzienti quali soggetti della ricerca nei campi di sterminio nazisti è stato condannato come una ingiustizia particolarmente grave. In questo Paese [gli USA], negli anni '40, nello studio sulla sifilide di Tuskegee, sono stati usati uomini neri contadini, svantaggiati, per studiare il corso di una malattia senza terapia senza dubbio confinata a quella popolazione. Questi soggetti erano privati di un trattamento efficace dimostrabile allo scopo di non interrompere il progetto [ancora] molto tempo dopo che questa terapia era divenuta generalmente disponibile.

In questo sfondo storico, si può vedere come i principi di giustizia sono rilevanti per la ricerca coinvolgente i soggetti umani. Per esempio, la selezione dei soggetti della ricerca necessari ad essere scrutinati, è importante allo scopo di determinare se alcune categorie [di soggetti] (per es. pazienti beneficiari, particolari minoranze razziali ed etniche, o persone confinate alle istituzioni) sono state sistematicamente selezionate a causa della loro facile disponibilità, la loro posizione di compromesso, o la loro manipolabilità piuttosto che per ragioni direttamente correlate al problema studiato. Da ultimo, anche se la ricerca finanziata dai fondi pubblici porta allo sviluppo di pratiche e procedure terapeutiche, la giustizia chiede che queste non costituiscano vantaggio solo per quelli che possono affrontarli e che tali ricerche non dovrebbero senza dubbio coinvolgere persone provenienti da gruppi improbabili dall'essere i beneficiari di applicazioni successive della ricerca.

(Traduzione da G. Scuderi (a cura di), *Raccolta dei principali documenti internazionali sui principi etici della ricerca e dei principali documenti legislativi degli Stati Uniti e della Comunità Europea sulla bioetica*, Istituto superiore di sanità, Serie Relazioni 98/5, Roma 1998).

Il pluralismo filosofico, che riflette nella sostanza un pluralismo valoriale distribuito naturalmente nelle società umane, non è stato ricondotto a sostanziale uniformità dai principi enunciati nel Rapporto Belmont del 1978?

No, perché ai principi possono essere attribuiti significati filosofici diversi e perché insorgono conflitti tra principi. In altre parole, anche nell'ambito della bioetica l'esame di un problema nei suoi risvolti etici non aiuta a trovare un'intesa.

Se è abbastanza facile, usando l'*evidence based medicine*, mettersi d'accordo su che cosa è bene e male sul piano medico per un paziente, diventa difficile usare i principi di giustizia e di rispetto per l'autonomia. Per quel che riguarda il principio di giustizia i problemi emergono per il fatto che c'è una varietà di criteri, come si è visto, che sono stati pensati come migliori per ottenere una giustizia distributiva nell'allocazione di risorse scarse. Per quel che riguarda il principio del rispetto per l'autonomia il suo significato non è scontato. Di fatto l'autonomia fa riferimento sia alla capacità di autodeterminazione sia alla proprietà di un'azione che viene compiuta, quindi implica in teoria un comportamento attivo (azione), l'indipendenza e un modello della razionalità implicita nella decisione che viene presa. Infine, si può configurare sia un diritto positivo, per esempio lo stato deve fornire quello che è autonomamente scelto, sia un diritto negativo, cioè non ci deve essere alcuna interferenza nelle decisioni prese in modo autonomo.

Ora, quando si entra nel merito delle accezioni secondo le quali può essere inteso il principio del rispetto per l'autonomia si trova che ne esistono almeno due diverse tra loro. Autonomia significa autodeterminazione, ma l'autodeterminazione si può interpretare sia in senso kantiano sia in senso milliano. Nell'etica kantiana l'autonomia si fonda sulla capacità umana di autoregolarsi secondo principi razionali. L'autonomia per Kant può essere solo razionale e le persone autonome sono e trattano gli altri come fini in sé, nel senso che hanno la capacità di determinare il proprio destino e come tali vanno rispettate. Gli esseri razionali hanno la capacità di agire in accordo con la rappresentazione delle leggi,

cioè in accordo con principi, ovvero hanno una volontà. Serve la ragione per ricavare le scelte dalle leggi e la volontà buona è niente altro che ragione pratica.

Per Mill il concetto di rispetto per l'autonomia, cioè di rispetto per la libertà nel suo modo d'esprimersi, implica la capacità di pensare, decidere e agire in modo libero e indipendente, a condizione che non si causi danno a qualcuno. In altre parole, per Mill, sul suo corpo e sulla sua mente «l'individuo è sovrano» e non è giustificato l'esercizio di alcun potere sulla persona da parte della società per il suo bene fisico o morale, ma solo per prevenire danni ad altri.

Queste due concezioni dell'autonomia portano a esiti diversi se usate per esempio nelle decisioni sul fine vita. L'accezione milliana implica il diritto morale di un paziente di rifiutare un trattamento e il dovere del medico di rispettare le volontà del paziente, se queste sono informate e indipendenti. Nell'accezione kantiana, l'autonomia implica che la propria scelta sia conforme a una regola universalizzabile e tale da rispettare la dignità dell'uomo in quanto capace di ragione e, quindi, astenersi dall'usare se stesso o altri come mezzi. Secondo questa accezione si può sostenere che la vita umana è indisponibile, se non sacra, per cui salta ogni legittimità morale per il rifiuto di un trattamento salvavita o per la richiesta autonoma di un aiuto a morire nelle fasi terminali.

I principi identificati nell'ambito dell'idea della bioetica maturata nel mondo anglosassone come più condivisibili nel quadro di un pluralismo etico presentano naturalmente anche altri problemi, al di là dell'incertezza con cui si può declinare il concetto di autonomia. Soprattutto, è facile constatare come questi principi possano entrare in conflitto. Per esempio, se la vita e la salute sono beni anche collettivi, allora il bene dell'individuo è messo a rischio dalla creazione di archivi di dati per studi di popolazioni, quando viene prescritto il trattamento sanitario obbligatorio, quando il paziente contagioso viene messo in isolamento o quando si sottopongono persone a nuovi trattamenti sperimentali che saranno di utilità per altri. Se si assume che la vita umana sia sacra o indisponibile, come postulano le etiche religiose e in alcuni casi anche quelle deontologiche in generale, è evidente che la beneficiabilità che un individuo può ricavare dall'aborto o dall'uso delle tecniche riproduttive, ma anche dall'eutanasia, entra in conflitto con un diverso sistema di valori (in cui peraltro il principio di autonomia non è il benvenuto o lo è solo a condizione che coincida con l'affermazione di una dignità incondizionata per la persona umana).

Vi sono anche contesti dove i conflitti tra i principi etici diventano più evidenti, come quando il rispetto per l'autonomia può mettere in secondo piano il principio di beneficiabilità, e non solo nel caso di rifiuto di un trattamento, ma anche quando il medico comunica la verità su una diagnosi che avrà per il paziente conseguenze prevedibilmente dannose, ovvero nelle situazioni in cui viene deciso il trattamento obbligatorio. Infine, il principio di giustizia e l'esigenza di allocare in modo razionale le risorse scarse stabiliscono dei limiti economici alle decisioni mediche e alle preferenze dei pazienti.

Quali sono le basi etico-filosofiche della bioetica cattolica?

Non esiste una dottrina bioetica cattolica di riferimento, ma per motivi storici la bioetica cattolica è stata orientata nel suo sviluppo filosofico dalle idee del cardinale Elio Sgreccia, che ha prodotto una sintesi utile come termine di con-

fronto, enunciando una serie di principi guida per le decisioni e i giudizi relativi alla ricerca, alla pratica e alla politica in biomedicina e sanità.

Per il pensiero cattolico la bioetica ha lo scopo di limitare il campo d'azione della biomedicina e di proteggere l'uomo, nella sua integrità di corpo e spirito, cioè in quanto persona. E ha anche lo scopo di tutelare la natura dall'arroganza della scienza. Ma soprattutto il compito della bioetica dal punto di vista cattolico è affermare la verità ontologica sull'uomo, alla luce della quale si devono esaminare e giudicare le novità tecnologiche e scientifiche.

Tale verità è che la persona è qualcosa di più che mera corporeità, in quanto possiede un'anima o spirito che eleva il corpo stesso a un livello speciale sul piano della vitalità e della dignità. Da questa idea ontologica di persona discendono dei principi generali, che sono un po' diversi da quelli tradizionali della bioetica secolare. Il più importante è il *principio della difesa della vita fisica*: poiché il corpo vitale è un presupposto per la vita dello spirito, la vita fisica è un diritto fondamentale e indisponibile, nonché il principale valore della persona, in quanto da esso soltanto possono derivare gli altri valori, inclusa la libertà.

Il secondo principio, per importanza, è il *principio terapeutico*, o *principio della globalità*, per cui si ammettono interventi che vanno a danneggiare l'integrità fisica della persona soltanto a condizione che siano necessari per salvaguardare la vita di quella persona, e quindi la sua integrità stessa. La difesa della vita, della sua integrità e della sua salute legittima l'esistenza della medicina. Il *principio della proporzionalità delle cure*, a sua volta, afferma che ogni atto medico deve essere proporzionato e che non si può trattare un malato se si sa che la cura non darà alcun esito terapeutico. Da questo principio discende anche la funzione dell'educazione sanitaria, che deve portare al superamento di falsi bisogni, a ridurre gli sprechi e a prevenire l'insorgere di malattie che derivano da comportamenti irresponsabili.

Il *principio della libertà e della responsabilità* implica che non si possa curare una persona senza aver ottenuto il consenso informato o contro la sua volontà. Ma il paziente deve sapere che non può rifiutarsi di difendere la vita e quindi la sua propria salute, per cui egli non può decidere di respingere quelle cure che gli salverebbero la vita. Vi è poi il *principio di socialità*, che prevede che la persona, nonostante il suo primato, tragga benefici dal rapporto con la società e in questo rapporto di reciprocità c'è spazio per atti di altruismo personale, come le donazioni di sangue o organi. Il *principio di sussidiarietà* chiama in causa, invece, le responsabilità personali nella cura della salute e consiglia la società politica di spendere i soldi dove serve farlo, cioè per chi è malato e non è in grado di far fronte da solo alle spese. In pratica, nell'allocazione delle risorse non si dovrebbe far riferimento al rapporto costi/benefici, che non esamina nel merito gli effetti dei tagli e della riallocazione, ma considera solo le ricadute economiche.

I suddetti principi devono essere applicati usando la «metodologia triangolare», che ha lo scopo di ridurre, facendo ricorso all'antropologia, l'influenza della scienza e della tecnologia, o delle aspettative sociali, nelle decisioni. Infatti, nell'ottica cattolica, la bioetica non deve trovare le soluzioni alle controversie valoriali cercando di confrontare conoscenze scientifiche, ovvero promuovendo l'uso della scienza e della tecnologia per migliorare la salute umana, né deve limitarsi a integrare i dati scientifici con le informazioni sociologiche o con istanze filosofiche. La bioetica deve piuttosto mettere l'antropologia, e in particolare l'idea ontologica di persona, al centro del processo che porta a giudicare e decidere sulla liceità morale di qualunque giudizio.

Perché la dignità è diventata una categoria sempre più spesso chiamata in causa nelle questioni che hanno dei risvolti bioetici? È utile far riferimento alla dignità nelle discussioni etiche e bioetiche?

Il concetto di dignità entra nell'etica applicata dopo la fine della Seconda guerra mondiale ed è significativo che il secondo documento internazionale a farne uso formalmente sia stata la Costituzione della Repubblica federale tedesca, approvata nel 1949, che all'articolo 1, paragrafo 1, recita: «La dignità umana è inviolabile. Rispettarla e proteggerla è dovere dello Stato». La Germania usciva da un'esperienza politica, il nazismo, che aveva violato crinosamente la dignità delle persone ritenute al di fuori di un'appartenenza pseudorazziale o non conformi a profili eugenici di normalità.

Pochi mesi prima, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, introduceva la dignità come qualità morale umana nel primo articolo. «Tutti gli uomini nascono liberi e uguali per dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e coscienza e agiscono gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza». Successivamente, la dignità è entrata nella Dichiarazione di Helsinki promossa dalla Associazione medica mondiale, in quando è «dovere dei medici che partecipano alla sperimentazione clinica proteggere la vita, la salute, la dignità, l'integrità, il diritto all'autodeterminazione, la *privacy* e la riservatezza delle informazioni personali dei soggetti della ricerca» (articolo 11). Si è arrivati, quindi, alla Convenzione europea sulla bioetica del 1997, dove si dice che gli abusi della biologia e della medicina possono costituire un pericolo per la «dignità umana» e che la Convenzione «protegge la dignità e identità di tutti gli esseri umani, e garantisce a ognuno, senza discriminazione, il rispetto della loro integrità e altri diritti e libertà fondamentali per quel che riguarda l'applicazione della biologia e della medicina». L'anno successivo le Nazioni Unite si sono riferite alla dignità nell'ambito della Dichiarazione sul genoma umano e i diritti umani dell'UNESCO. L'articolo 2 recita che «ognuno ha diritto al rispetto della sua dignità» e l'articolo 24 dice che «può essere contrario alla dignità umana» intervenire su una persona per eliminare un difetto genetico. La «dignità della specie umana» sarebbe messa in gioco, inoltre, da trattamenti che modificano la linea germinale. Anche la Dichiarazione sulla bioetica e i diritti umani, licenziata dall'UNESCO nel 2005, insiste sul rispetto della «dignità umana» nelle pratiche scientifiche e mediche.

Nessuno di questi documenti specifica con quale accezione venga usato il termine dignità, e se si guarda alla letteratura filosofica si comprende che può assumere diversi significati. Una di queste è quella cosiddetta relazionale o progressiva, per cui non tutti hanno la stessa dignità, e la dignità è una qualità che si può acquisire per gradi. Un altro modo di pensare ritiene la dignità umana qualcosa di incondizionato o non disponibile ad alcuna condizione. Secondo un'accezione soggettiva, poi, l'uomo sarebbe artefice di se stesso, mentre per Kant l'autonomia è il fondamento della dignità umana e il suo contenuto è il rispetto per gli agenti autonomi e razionali, cioè in grado di agire come persone morali. Che cosa hanno in comune tutte le idee di dignità? Innanzitutto assumono che l'uomo abbia uno status morale speciale, come portatore di caratteristiche essenziali sue proprie. Per il fatto di essere portatore di dignità l'uomo dovrebbe vivere tale condizione come un valore, perché la dignità può essere persa o violata, e quindi deve essere protetta da norme legali di livello superiore. Solo la dignità

relazionale e quella kantiana possono consentire una negoziazione nel contesto di società secolari, cioè liberali.

Gli individui hanno uno status morale come persone, e le persone si distinguono essenzialmente per essere in possesso della ragione o della coscienza. È probabilmente questa presenza della ragione e della coscienza che dà a chi la possiede un valore speciale, o dignità. Per cui la dignità umana può essere intesa come fonte dei diritti umani a partire dal diritto all'autodeterminazione (dignità = autonomia). D'altro canto, la dignità umana può essere vista anche come un'essenza metafisica indisponibile alla persona, e in questo caso serve come pretesto a diverse dottrine religiose e politiche per condannare qualsiasi tecnologia che espanda le possibilità di autodeterminazione.

Il fatto che la dignità sia chiamata in causa con accezioni di volta in volta diverse può essere constatato nel dibattito bioetico sulle biobanche. Quando si tratta di definire i termini del consenso, la dignità umana viene prevalentemente usata nella tradizione dei diritti umani, per cui a contare sono l'autodeterminazione e il rispetto degli agenti autonomi. Se però entrano in gioco la commercializzazione e, quindi, i brevetti, la dignità umana viene usata a partire da assunzioni simboliche o metafisiche, per sostenere che i brevetti sono «ripugnanti» e trasformano in merce geni e tessuti umani. Nel contesto della clonazione umana e della ricerca sulle staminali embrionali, il concetto di dignità umana viene usato assumendo che l'embrione umano sia portatore di diritti umani.

Quali sono dunque i limiti del concetto di dignità in bioetica? Intanto non favorisce la trasparenza sulle motivazioni e sui fini che istruiscono la regolamentazione delle biotecnologie. Il pluralismo implicito delle democrazie liberali rende illiberali le decisioni ispirate da istanze ideologiche e religiose. I protagonisti delle discussioni bioetiche quando chiamano in causa la dignità umana dovrebbero esplicitare il significato che attribuiscono al termine, perché è fonte di equivoci e confusioni e non aiuta la causa dei diritti umani, ma fa scadere tutto nella retorica. C'è di più.

«L'uomo è fatto per pensare» scriveva il matematico e teologo Blaise Pascal, aggiungendo che «dignità» e «merito» risiedono in questa capacità, da cui deriva il dovere di pensare correttamente. Ma allora, quando non c'è pensiero e non è possibile pensare «come si deve», che ne è della dignità? Ben prima di Pascal Tommaso d'Aquino, che nella *Summa Theologiae* (IIa IIae 64,2) parlava di «*dignitas humana*» discutendo dell'omicidio, affermava che il suo possesso dipende dal rimanere liberi e razionali, cioè «esistere per sé stessi». Non diversamente la pensava Kant, per il quale l'idea che la persona abbia un valore intrinseco coincide con l'autonomia (cioè con la capacità dell'uomo di darsi delle leggi), avendo come contenuto il rispetto delle persone in quanto agenti autonomi.

È, quindi, anacronistico usare in modo ambiguo il concetto di dignità o assumere la dignità come incondizionata, piuttosto che come qualcosa di relazionale e graduale. E questo al mero scopo di limitare proprio la libertà di scelta e l'espressione dell'autonomia stessa. Forse Steven Pinker esagerava scrivendo alcuni anni fa di «stupidità della dignità», ma non sono banali gli argomenti che ne denunciano l'inutilità. Si tratta di critiche che diventano comprensibili se la dignità è brandita contro la libertà.

Se la capacità di pensare, diciamo pure se la presenza di una coscienza come consapevolezza di sé o capacità di scelte autonome (quindi anche come ca-

pacità di ragionare), è necessaria e sufficiente per definire concretamente una persona, allora, per esempio, gli embrioni non sono persone. Così come non lo sono gli individui in stato vegetativo permanente e irreversibile o in condizioni analoghe. E forse nemmeno chi è colpito da demenza grave. Ergo non c'è danno alla dignità umana se si consente l'uso delle tecnologie riproduttive o la ricerca su embrioni umani. L'alternativa sarebbe appiattare la dignità sul metabolismo del corpo o collocarla nelle credenze metafisiche di persone altre, perdendo di vista ciò che dà valore all'uomo come potenziale di sviluppo morale.

Perché sollevano controversie etiche soprattutto le innovazioni mediche o biotecnologiche che rendono possibile manipolare per via artificiale processi naturali e, quindi, ottenere con più efficienza gli stessi risultati o riparare funzioni naturali compromesse? In realtà, si potrebbe considerare caratteristico della bioetica il classico argomento basato sul richiamo alla natura.

In effetti, se si prendono in esame alcuni dei principali argomenti etici contro diverse innovazioni biotecnologiche o scelte medico-sanitarie, si osserva che pesa significativamente il fatto che siano considerate non naturali o, addirittura, contro natura. Dal punto di vista religioso la natura è una creazione divina, per cui l'ordine naturale è anche un ordine morale, cioè è per definizione buono e giusto. Per questo, ovvero per il fatto che le religioni servono a far sopravvivere le comunità rafforzando la cooperazione tra gli individui, non c'è da stupirsi che sia giudicato in modo eticamente negativo l'uso di tecnologie che sovvertono i modi naturali di riprodursi, o che gli individui intervengano per decidere in autonomia di potenziare geneticamente o farmacologicamente le proprie capacità o di non continuare a vivere, invece di accettare i tempi e i modi della natura o le prescrizioni della religione e della società su come curarsi. L'idea che la natura incarni un ordine morale non appartiene solo alle religioni, ma anche ad alcuni orientamenti politico-culturali che valorizzano la conservazione e la tradizione, per esempio nel rapporto con gli ecosistemi o rispetto ai metodi di produzione del cibo. In quest'ottica, per esempio, le manipolazioni delle piante di interesse agroalimentare sono ritenute moralmente sbagliate perché scambiando geni tra specie diverse violano l'ordine naturale. Come spiegheremo nel capitolo dodici, questa credenza è il risultato di un pensiero essenzialistico, che carica i geni di valori simbolici o li associa automaticamente a tratti o caratteristiche apparenti di una pianta o di un animale; mentre i geni sono solo sequenze di basi nucleotidiche che codificano per proteine o molecole regolatrici.

Tuttavia l'argomento «se X è naturale, allora X è buono o giusto» o «se Y è innaturale allora Y è cattivo o sbagliato» non è difendibile per diversi motivi. I microrganismi che causano malattie sono naturali ma noi li combattiamo, come altri fattori che mettono a rischio la nostra sopravvivenza. Tutto il cibo che mangiamo è in buona parte diverso da quello cui ci siamo evolutivamente adattati ed è il risultato di selezioni genetiche e addomesticamenti che ne hanno cambiato le caratteristiche naturali. Anche molti comportamenti che stigmatizziamo sono naturali (come l'aggressività, l'imbroglio, lo stupro), mentre preferiamo o apprezziamo nelle persone tratti che sono molto innaturali, come la conoscenza

approfondita della matematica o della fisica o il talento in attività sportive come il motociclismo.

L'appello alla natura trascura anche il banale fatto che l'uomo, come osservava John Stuart Mill nel 1874, è parte della natura e quello che fa è il risultato di processi fisici, biologici e mentali del tutto naturali. Se l'uomo ha cambiato l'ambiente e inventato modi sempre più avanzati di preservare la salute e trattare le malattie, o di creare condizioni di benessere attraverso il controllo sui processi naturali, lo ha fatto usando la sua naturale capacità cognitiva. Peraltro, parlare di una natura adattativa per l'uomo dopo il Pleistocene è sbagliato, ovvero noi siamo adattati eventualmente a una natura che non esiste più. Se l'uomo è cambiato dal Pleistocene è stato per sopravvivere o migliorare la propria condizione. Se facendo appello alla natura si intende, invece, che l'uomo deve rispettare il corso spontaneo delle cose, allora questo non ha senso perché l'uomo ha l'intelligenza precisamente per cambiare quel corso quando le cose vanno a suo danno o rischio. Quindi seguire la natura è irrazionale, come diceva Mill, e anche immorale, perché la natura non si interessa della condizione umana e molte delle nostre predisposizioni morali possono essere dannose per noi stessi ma soprattutto per gli altri, e i nostri giudizi o le nostre scelte possono facilmente essere fallaci se non sono informati da conoscenze valide, cioè soprattutto scientifiche.

L'appello alla natura, cioè alla tradizione e a una presunta purezza, integrità e originalità, funziona abbastanza nelle controversie bioetiche perché molte delle possibilità che sono state offerte all'uomo dalla medicina, migliorando così la salute e riducendo le malattie, non sono naturali. E, quindi, accade frequentemente che chi è contrario a queste innovazioni critichi il loro uso proprio in quanto innaturali. Abbiamo visto che le etiche basate sulla divinità fanno spesso riferimento a un presunto ordine naturale, considerato anche ordine morale. Anche se logicamente infondato, è un argomento molto potente, perché va direttamente a toccare emozioni profonde. L'emozione fondamentale in questo caso è il disgusto. Il disgusto è stato suggerito peraltro da un bioeticista conservatore statunitense, Leon Kass, quale sentimento cui dare ascolto per capire quali innovazioni biotecnologiche minaccino la natura umana: in sostanza per Kass tutto quello che altera, manipola o potenzia degli aspetti naturali dell'uomo deve essere rifiutato perché interferisce con ciò che hanno stabilito la natura e, quindi, il creatore riguardo al modo in cui dobbiamo vivere, riprodurci e morire.

In realtà il disgusto è un'emozione strettamente collegata a una risposta protettiva contro le contaminazioni degli alimenti o in generale i rischi di essere infettati da sostanze impure. È dimostrato che le vie fisiologiche del disgusto sono reclutate anche per supportare delle risposte morali nei riguardi di pratiche o situazioni che possono danneggiare il gruppo, come ad esempio di fronte all'incesto, a comportamenti troppo iniqui o alla trasgressione di importanti tabù religiosi. Quindi il disgusto entra in campo quando mancano elementi cognitivi per capire o ragionare correttamente, per favorire le avversioni intuitive nei riguardi di decisioni o giudizi che vanno contro l'ordine morale. Dando così luogo all'idea morale di «purezza», in particolare quando sono chiamati in causa modi ritenuti stabiliti di mangiare, fare sesso, curarsi, riprodursi e morire.

Anche nell'ambito della bioetica, come in generale in tutte le situazioni in cui si vuole assegnare un primato all'etica, è diffuso il richiamo alla coscienza. Nella medicina peraltro, fino al riconoscimento che si deve rispettare l'autodeterminazione del paziente, la formula «in scienza e coscienza» era usata per attribuire alle buone intenzioni del medico un valore non discutibile o non negoziabile. Fino a che punto, alla luce dei risultati della ricerca psicologica e neuroscientifica, si può continuare a invocare la coscienza come foro morale individuale affidabile e indipendente?

Non fatevi guidare dalla coscienza. Ecco un consiglio generale che sentiamo di poter dare. Perché si è scoperto che il ruolo assegnato alla coscienza in generale nel funzionamento umano è esagerato, e che quando si tratta di questioni che riguardano la salute e la libertà, la coscienza non è uno strumento affidabile. In ogni caso, il richiamo alla coscienza morale come foro interiore al quale affidarsi per trovare le autentiche motivazioni delle proprie scelte etiche non è giustificato.

Quando siamo spinti ad agire o giudicare con la ferma convinzione di essere nel giusto perché «lo sentiamo» o perché la nostra coscienza ci dice che abbiamo ragione, proviamo a pensare a tutte le prove che abbiamo del fatto che la coscienza è fallace. Come dimostra per esempio il *blindsight*, cioè la cosiddetta visione cieca, in cui una persona con un'lesione che interessa la corteccia visiva è tranquillamente in grado di localizzare uno stimolo che le viene presentato nel campo cieco. Questo fenomeno prova che la coscienza, ovvero una percezione cosciente, non è necessaria per identificare uno stimolo o un dato e, quindi, per agire di conseguenza. Non sono solo le persone con danni cerebrali a essere in grado di discriminare stimoli visivi senza averne un'esperienza cosciente. Accade anche quando i ricercatori disturbano momentaneamente la corteccia visiva primaria con un forte campo magnetico. Inoltre, interferendo con altre parti del cervello, si è ottenuto che le persone sentissero un suono senza esperienza introspettiva di sensazioni acustiche, o rispondessero a contatti fisici senza la coscienza di alcuna esperienza tattile. Insomma, l'introspezione cosciente è inaffidabile come fonte di conoscenza circa il modo in cui lavora la nostra mente.

Quando crediamo di fare o dire qualcosa perché siamo consapevoli di quello che stiamo facendo o dicendo, per lo più non è vero. Numerosi altri fatti sperimentali dimostrano che la coscienza non è davvero il foro interiore deputato a cercare la verità, la sincerità, l'onestà. La coscienza si è evoluta, come qualunque tratto umano, perché migliorava la *fitness* riproduttiva, e considerando il modo in cui lavora la selezione naturale è più probabile che la sua funzione fosse di servire all'autoinganno che non di promuovere pratiche morali simili a quelle che noi occidentali educati riteniamo preferibili o migliori. Certo, la coscienza si può educare, ma probabilmente non più di tanto.

Anche gli esperimenti sul cosiddetto libero arbitrio dimostrano che decidere coscientemente di fare qualcosa non è la causa del farlo. Il sentimento introspettivo di aver deciso di compiere un'azione è preceduto di alcuni secondi da una elaborazione inconscia. Non è che questo provi che non esiste il libero arbitrio (che comunque è un costrutto decisamente traballante), ma dimostra ulteriormente che non ci si può fidare dell'introspezione neppure quando si tratta solo di spingere un pulsante. Non possiamo fidarci che l'introspezione ci dica perché

abbiamo preso la decisione che abbiamo preso. L'introspezione è talmente inaffidabile che sarebbe da irresponsabili farvi riferimento riguardo a qualsiasi cosa abbia a che fare con la volontà di fare del bene.

L'introspezione ci inganna anche facendoci credere che lo sguardo con cui ci avviciniamo alle cose sia quello di adesso. Ci fa credere che quando i nostri occhi sono aperti sul mondo vedano quello che è qui e ora. Ma la psicofisiologia ci dice che non abbiamo un accesso in tempo reale al modo in cui il mondo è, qui e ora (anche sottraendo il tempo che impiega la luce a inviarcì lo stimolo). Di fatto è come se noi guardassimo il mondo in uno specchietto retrovisore.

Ancora. Si sa che in noi convivono diversi livelli di elaborazione delle informazioni sul mondo in cui ci troviamo, che costruiamo a partire da stimoli fisici raccolti attivamente e selettivamente dai nostri apparati sensoriali. Una parte di queste informazioni, cioè quella veritiera, è elaborata a livello inconscio, e serve a tenerci in vita e a fare le scelte (direttamente o a livello di possibilità): il fatto che venga elaborata automaticamente è appunto una garanzia per la sopravvivenza. Un'altra parte d'informazione, elaborata consapevolmente, tende a essere falsa. Questo si può dimostrare registrando sperimentalmente una serie di manipolazioni, effettuate spontaneamente, dell'informazione che emerge alla coscienza. Per esempio è provato che ci rappresentiamo migliori di come siamo, che denigriamo tendenzialmente gli altri (soprattutto se non fanno parte della nostra cerchia parentale o sociale), che diventiamo più falsi e opportunisti quando ricopriamo posizioni di potere, che manifestiamo di norma un senso di superiorità morale, che pratichiamo di regola l'ipocrisia morale, che ci illudiamo di avere le situazioni sotto controllo o di sapere prevedere l'evolvere di una situazione, che ci costruiamo teorie sociali per rilevare gli imbrogli a nostro danno (e allo stesso tempo per imbrogliare gli altri), che ci inventiamo dei falsi racconti personali.

All'interno di un individuo convivono, quindi, verità e menzogna, ovvero sincronicamente più identità. Una condizione che viene regolarmente registrata da diversi test psicologici, come l'Implicit Association Test che rileva le divergenze tra i livelli di elaborazione consapevole e inconsapevole dei nostri giudizi. Inoltre, si possono identificare moduli inconsci dediti all'inganno e correlati anatomici le cui caratteristiche o la cui disattivazione sono predittive di maggiori o minori capacità d'inganno, e quindi anche di autoinganno.

Come ha ben argomentato Robert Trivers, l'autoinganno e l'ipocrisia sostenuti dalla coscienza non sono di fatto dannosi. Probabilmente sono alla base di molti fenomeni terapeutici, dall'effetto placebo alla psicoterapia. Ma pur servendo al benessere individuale, sul piano sociale l'autoinganno è all'origine delle più terribili tragedie, che vanno dalle separazioni familiari alle guerre, ai disastri aerei e spaziali, alle manipolazioni educative ai danni dei bambini, cui le diverse nazioni raccontano storie completamente falsate con lo scopo di asservirli agli interessi delle cosiddette patrie. Il fatto che l'autoinganno sia così pervasivo e spesso dannoso probabilmente dipende anche dalla differenza sul piano sociale tra il contesto evolutivo in cui ha trovato una funzionalità adattativa, cioè le piccole bande di cacciatori-raccoglitori, e le attuali e imprevedute situazioni che caratterizzano le società umane complesse.

L'autoinganno colpisce anche i sistemi di conoscenza. Le scienze sperimentali, che studiano oggetti inanimati o animati, sono l'unica forma di sapere ad aver sviluppato e adottato un efficace meccanismo anti-inganno e anti-autoinganno. Per questo hanno avuto e hanno un così grande successo nel produrre risultati efficaci e validi. Mentre le scienze sociali, dall'economia alla sociologia, all'an-

tropologia culturale, alla filosofia sono più in ritardo perché chi le pratica tende, sia spontaneamente sia ingenuamente e in concorso con i colleghi, a deformare la realtà a vantaggio di chi ha o mira ad avere il controllo sociale. La bioetica non sfugge affatto, anzi forse è una delle esemplificazioni più eclatanti di un'attività manipolatoria votata ad alterare i fatti o a disinformare.

Ma se tutto quello che dice la filosofia morale è sbagliato, perché le cose sono migliorate sotto la guida di queste idee? E quale sarebbe eventualmente una corretta posizione da tenere?

Le cose sono migliorate principalmente grazie alla diffusione della scienza, cioè all'invenzione e all'utilizzazione di un metodo affidabile per controllare i fatti e, quindi, per trovare spiegazioni valide. Diversi ricercatori che si interessano dello sviluppo culturale delle menti umane vedono nella diffusione del modo di pensare scientifico un fattore che ha migliorato moralmente le persone. Come è potuto accadere? Favorendo lo sviluppo individuale del pensiero astratto e ipotetico, che da un lato richiede un potenziamento delle aree frontali del cervello, che quindi possono esercitare una capacità inibitoria sulle strutture emotive cioè sulle risposte intuitive non calcolate, e dall'altro sul piano cognitivo ha consentito di scoprire razionalmente l'assurdità di taluni pregiudizi e di concepire e seguire norme di comportamento non spontanee ma capaci di dar luogo a grandi benefici per tutti. Se si considera nel suo complesso la storia del mondo occidentale negli ultimi duecento anni circa, si constata un'evoluzione morale di grande interesse, che non riguarda solo il drammatico declino della violenza descritto dallo stesso Pinker (vedi box *Pinker e il declino della violenza: grazie alla scienza siamo migliorati moralmente*, p. 71), ma anche l'aumento correlato del numero di democrazie costituzionali (quindi della libertà), insieme all'incremento del PIL pro capite e degli anni di scolarizzazione. Nel corso del Novecento si è anche registrato, collegato al fenomeno di diffusione dell'istruzione scientifica, il cosiddetto effetto Flynn (da James Flynn, che l'ha scoperto), cioè l'aumento del quoziente intellettivo medio di tre punti ogni dieci anni, soprattutto per quel che riguarda la risoluzione di test che misurano proprio la capacità di astrazione e il ragionamento ipotetico.

La scienza è di grande aiuto per maturare la capacità di mettere sotto controllo le credenze e i pregiudizi; ma non dice quale potrebbe essere la giusta posizione da assumere. Da un punto di vista scientifico, non c'è giusto o sbagliato, bene o male. Qualsiasi cosa va bene se il mondo viene guardato partendo dai processi fisici che lo determinano. Assumendo una prospettiva naturalistica, non esiste una posizione da preferire rispetto a un'altra, malgrado ognuno di noi abbia un senso morale e dei giudizi molto forti su cosa sia giusto o sbagliato. Inoltre, le persone o i gruppi sociali più liberali o tolleranti e le persone o i gruppi più fanatici e disumani condividono gli stessi elementi della moralità di fondo. Allora come possiamo stabilire quale posizione morale preferire? Facile: controllando se le credenze che coltiviamo sono vere o meno. I nazisti avevano credenze sulla razza, per esempio, che erano fattualmente sbagliate. Parliamo ovviamente delle persone, nazisti o meno, che non hanno problemi psicopatologici. Siccome la maggior parte dei disaccordi tra le persone sono riconducibili a materie fattuali e su queste materie la scienza è l'unico strumento che può dirimere una controversia, un punto di vista naturalistico è di grande ausilio.

Per esempio, non è possibile trovare un argomento morale a supporto del diritto naturale della donna di abortire. Sul piano solo morale, cioè dei sentimenti fondamentali, ha ragione sia chi è contro sia chi è a favore. È quando ci si sposta sui fatti che emerge una serie di elementi, come i danni che derivano alle donne se si vieta l'accesso all'interruzione di gravidanza, per cui diventa ingiustificato essere contro il diritto all'aborto. La nostra moralità di fondo non ci fornisce una singola risposta. Sotto le circostanze dell'ignoranza scientifica la nostra moralità elementare insieme alle riluttanza delle persone ad assumere rischi può indurre anche scienziati a proibire totalmente pratiche di ricerca sulla linea germinale o su organismi geneticamente manipolati. Ma non si tratta di decisioni scientifiche. La scienza è sempre neutrale su quello che dovremmo fare. È la nostra moralità che prende le decisioni... ricorrendo normalmente a manipolazioni.

Se si assume il punto di vista per cui solo la scienza stabilisce come stanno le cose, allora sono consigliabili modestia e prudenza nell'usare le nostre convinzioni morali. Anche la scienza è comunque fallibile, e non tutte le teorie scientifiche sono come la teoria della relatività o la seconda legge della termodinamica o la teoria della selezione naturale. Anche usando la scienza ci possiamo sbagliare, ma in quel caso gli errori vengono quasi sempre scoperti e corretti.

Infine, se non siamo davvero liberi, allora non meritiamo nemmeno di essere puniti, dato che non siamo responsabili di alcunché. Che le persone debbano essere ritenute libere e responsabili e che vadano punite lo esige la nostra moralità innata. In realtà, per avere senso le sanzioni dovrebbero servire a prevenire abusi e crimini, e a tale scopo si potrebbe accettare anche la detenzione dei criminali potenziali.

Pinker e il declino della violenza: grazie alla scienza siamo migliorati moralmente

In controtendenza rispetto alle impressioni generate, anche strumentalmente, dall'enfasi con cui i media diffondono le notizie di crimini e violenze, e nonostante la consuetudine di considerare il XX secolo il più sanguinoso della storia umana, Steven Pinker dimostra che nel passato più lontano non si stava meglio, perché il rischio di morte violenta per i nostri antenati cacciatori-raccoglitori variava tra il 60% e il 15%, secondo il tipo di società. E con quel tasso di mortalità, nel XX secolo non ci sarebbero stati 150 milioni di morti (sommando le due grandi guerre e quelli causati da Mao Zedong, Stalin e dalle più cruente guerre civili), ma almeno 2 miliardi. In termini relativi, cioè rapportato alla demografia di metà XX secolo, l'episodio più tragico della storia umana fu la rivolta di An Lushan, nella Cina dell'VIII secolo, che causò 36 milioni di morti (equivalenti a 429 milioni se fosse oggi). Nel corso dell'età moderna, la mortalità per violenza in diversi paesi europei è scesa da 10 a 50 volte.

Pinker riconosce sei fasi nel processo di riduzione della violenza. La prima, che ha abbattuto di cinque volte il tasso di morte violenta, è stato il *processo di pacificazione* che è seguito alla civilizzazione agricola. La seconda coincide con il *processo di civilizzazione* già descritto da Norbert Elias, che interessa l'Europa dal Medioevo al XX secolo e vede emergere la moderna struttura statale e il libero scambio. All'interno della seconda fase, Pinker identifica una *rivoluzione umanitaria*, che nei secoli XVII e XVIII vedeva le idee dell'Illuminismo indurre un numero crescente di persone a chiedere l'abolizione dello schiavismo,

della tortura, del duello, delle condanne a morte per motivi religiosi, delle punizioni sadiche e della crudeltà verso gli animali. La quarta, definita *lunga pace*, è seguita alla Seconda guerra mondiale, con una fase di *nuova pace*, dopo la caduta del Muro di Berlino. L'ultima fase è stata la *rivoluzione dei diritti*, inaugurata con la Dichiarazione universale del 1948 e segnata da una serie di battaglie per eliminare le discriminazioni etniche, di genere, verso orientamenti o preferenze sessuali, dei bambini e degli animali.

Ma che cosa ha fatto diminuire la violenza? Hanno certamente avuto un ruolo i nostri migliori angeli (*The Better Angels of Our Nature* è il titolo del libro di Pinker, che riprende una frase di Abraham Lincoln), cioè le basi psicologico-evolutive della nostra bontà (*empatia* – intesa però come simpatia nel senso di Smith, Hume e Darwin –, *autocontrollo*, *senso morale* e *razionalità*), e i fattori storici esterni che hanno pacificato la vita sociale (*nascita dello stato moderno*, *economia di libero mercato*, *femminizzazione*, *cosmopolitismo*, *ascesa e ampliamento della razionalità*). È stato, però, anche importante mettere sotto controllo i demoni che sono dentro di noi, cioè le basi psicologico-evolutive della nostra malvagità (*violenza strumentale* e *predatoria*, *dominanza*, *vendetta*, *sadismo* e *ideologia*).

Per Pinker noi siamo evolutivamente predisposti a comportamenti violenti, che sono innescati e controllati da specifiche aree del cervello. Tra i meccanismi che alimentano la violenza, in particolare la vendetta che dovrebbe servire solo come fattore di deterrenza, gioca un ruolo fondamentale il gap della moralizzazione. Le persone considerano i danni che infliggono giustificati e perdonabili, e quelli che subiscono ingiustificati e terribili. E poi le derive ideologiche (il bisogno di credere a quello cui credono gli altri al di là di qualunque riscontro empirico), soprattutto a livello giovanile, quando l'autocontrollo è meno sviluppato. L'evoluzione ci ha dotato anche di predisposizioni cooperative e pacifiche, di modo che possano determinarsi, a vantaggio della riproduzione e della sopravvivenza, le strategie più adattative rispetto a diversi contesti. Tra questi «angeli», il senso morale, l'autocontrollo e la razionalità sono particolarmente importanti, e dipendono anch'essi da specifiche aree del cervello (quelle frontali e prefrontali) che possono essere potenziate per esercitare un maggior controllo sui «demoni». Pinker identifica precisamente le attività culturali umane che aiutano i nostri angeli a prevalere, e fanno capire come lo stato di diritto, l'economia di libero mercato, il rispetto e la valorizzazione della donna, il cosmopolitismo e l'espansione su basi razionali del cerchio morale intorno a noi (le persone per le quali proviamo rispetto e benevolenza) sono fattori che riducono la violenza. Si tratta in primo luogo dell'acquisizione della capacità di usare il ragionamento astratto e ipotetico-deduttivo che è stato diffuso dalla scienza moderna, e ha prodotto l'effetto Flynn, cioè l'aumento del quoziente medio di intelligenza, in modo particolare per quegli aspetti che caratterizzano la cosiddetta intelligenza fluida. Pinker pensa che la diffusione dell'intelligenza scientifica abbia migliorato anche il ragionamento morale finalizzato a una convivenza più pacifica.

Perché l'argomento della china scivolosa è così sistematicamente utilizzato per rappresentare come minacce le innovazioni scientifiche e tecnologiche?

La china scivolosa è un argomento per il quale se al momento T si ammette X, cioè un'azione o una scelta che in sé appare accettabile, allora inevitabilmente accadranno una serie di passaggi e arriverà un momento T₁ nel quale accadrà Y – dove Y è un'azione o una scelta terribile e in sé moralmente inaccettabile.

Gli esempi dell'uso di questo argomento sono diversi. Il tema rispetto al quale è più utilizzato è l'eutanasia: se si consente l'eutanasia attiva volontaria per le persone che la chiedono, allora si arriverà progressivamente a consentirla e quindi a praticarla anche in casi in cui non è esplicita la volontarietà della richiesta (disabili, malati di mente o bambini con gravissime malattie), e a quel punto la situazione sarà la stessa della Germania durante il nazismo. Oppure, nel caso della genetica medica, si afferma che applicando la genetica alla medicina riproduttiva (diagnosi prenatale e aborto selettivo o diagnosi di preimpianto con selezione degli embrioni) e consentendo di evitare la nascita di individui con gravi malattie, inevitabilmente si arriverà ad ammettere la diagnosi genetica anche per persone con disabilità minime, e questo riprodurrà l'eugenica di tipo nazista.

Le forme più propagandistiche e semplicistiche dell'argomento della china scivolosa fanno largo uso della *reductio ad Hitlerum*, cioè impiegano l'esempio dei nazisti o di Hitler per vincere la discussione prescindendo dalla validità dell'argomentazione. In pratica si assume che tutto quello che hanno pensato o fatto Hitler e i nazisti fosse sbagliato, quindi si attribuisce a una pratica attuale lo stesso significato che aveva quella pratica presso i nazisti o Hitler, e in questo la si liquida. Per esempio, «Hitler era favorevole all'eutanasia, quindi l'eutanasia è sbagliata», ovvero «i nazisti favorivano l'eugenica, quindi l'eugenica è sbagliata». Ma Hitler era anche vegetariano e amava gli animali, per cui la *reductio ad Hitlerum* non è un argomento né logicamente né empiricamente valido.

La fallacia di questo genere di argomentazione risiede in pratica nell'assumere che vi sia una continuità necessaria tra un'azione o una scelta e la conseguenza terribile che viene preconizzata, indipendentemente dal contesto in cui tale azione o scelta hanno luogo e soprattutto da chi le mette in pratica. La continuità, di fatto, è quasi sempre indimostrabile, nel senso che tra eutanasia volontaria e eutanasia involontaria non esiste un'implicazione necessaria, e sono eventualmente le condizioni politiche e sociali e, quindi, i fattori legati al contesto che possono creare qualche collegamento. In ogni caso, l'argomento della china scivolosa assume che le persone abbiano un'inclinazione a produrre delle conseguenze malvagie indipendentemente dalla situazione.

Gli studiosi di argomentazioni distinguono una forma logica e una psicologica. Nella forma logica l'accettazione di un atto iniziale X implica l'accettazione di Y, che è un'azione indesiderabile, ma può assumere sia che X e Y siano la stessa cosa, sia che siano due cose diverse che vengono però collegate da una serie di passaggi. In realtà, nella maggior parte degli esempi nei quali l'argomento è usato nella sua forma logica si può vedere la differenza. Nel caso dell'eutanasia volontaria e di quella involontaria la distinzione non richiede alcuna assunzione logica, ma si basa sul fatto che si tratta di cose diverse e che per passare dall'una all'altra si deve cambiare il punto di vista. Per quel che riguarda la forma psicologica o empirica dell'argomento, il ragionamento è che l'accettazione di X porterà ad accettare Y perché sarà seguito da un cambiamento morale in negativo, e quindi l'argomento fa leva sulla paura. Le prove usate più frequentemente per sostenere questo argomento sono tratte dalla storia dell'eutanasia nei Paesi Bassi e, in particolare, dal fatto che dopo l'eutanasia volontaria si è adottato il Protocollo di Groningen (vedi box *Protocollo di Groningen*, p. 142) ed è stata autorizzata l'eutanasia per i malati di mente che in Olanda nel fanno richiesta. In realtà tutte le indagini compiute dagli enti preposti confutano l'idea che nei Paesi Bassi sia in atto un effetto china scivolosa. L'uso del protocollo di Groningen è sotto control-

lo attraverso le indagini della magistratura, e per quel che riguarda l'eutanasia volontaria non ci sono indicazioni che stia portando all'adozione dell'eutanasia involontaria. Peraltro, nei paesi dove l'eutanasia è legalizzata, i casi di uccisioni di pazienti terminali che non ne abbiano fatto richiesta sono percentualmente inferiori rispetto ai paesi in cui è illegale.

Psicosociologia delle teorie cospirative

Una teoria cospirativa è un insieme di false credenze per cui si accusano una o più persone o un'organizzazione di aver causato o nascosto un fatto attraverso una macchinazione allo scopo di perseguire un preciso obiettivo malevolo, dannoso e spesso illegale. È almeno dalla scoperta del fenomeno della dissonanza cognitiva, cioè nei primi anni Sessanta, che gli psicologi studiano le manifestazioni dell'attaccamento emotivo delle persone a credenze assurde basate su idee cospirative. In quegli anni, il tema in voga erano UFO e alieni. La dissonanza cognitiva dice che di regola le persone non abbandonano quello in cui credono di fronte a prove contrarie, ma manipolano i fatti e gli argomenti per conciliare le contraddizioni. Ne deriva che è tempo perso cercare di convincere qualcuno, se è un adulto e dice per esempio di star pensando con la propria testa, portando fatti e usando la logica, che le cospirazioni cui crede non esistono.

Immaginare o credere ai complotti doveva essere vantaggioso, o almeno non dannoso, per i nostri antenati preistorici. Sospettare macchinazioni ai propri danni teneva in allerta i nostri progenitori, e quelli che sviluppavano questo tratto evidentemente lasciavano più figli, cioè sono stati favoriti dalla selezione naturale. Ogni tratto fenotipico si esprime in una popolazione a livelli più o meno spiccati, per cui le persone possono essere più o meno appagate dal credere in teorie complottiste. Si può anche pensare che coltivare il sospetto prevenisse dal diventare più facilmente preda di inganni e manipolazioni da parte di aggregazioni sociali di potere. Tuttavia, viviamo in società che non sono più quelle preistoriche o anche premoderne: nel nostro mondo sono disponibili conoscenze e metodi scientifici per controllare come stanno i fatti ed esistono leggi scritte e governi democraticamente eletti, per cui oggi sospettare che i metodi più affidabili per controllare i fatti, ridurre i danni e garantire diritti siano frutto di pratiche cospirative non è solo una paranoia, può essere pericoloso. Si tratta di un altro esempio di *mismatch* tra le nostre disposizioni psicologiche selezionate dall'evoluzione, e il mondo nel quale oggi viviamo. Per avere un'idea delle conseguenze, si pensi alle vaccinazioni: si tratta della più controllata pratica medica, ma i complottisti la considerano una macchinazione dei governi e di Big Pharma. Lo stesso vale per gli OGM, per la chemioterapia antitumorale, e così via.

Peraltro, basta consultare la letteratura empirica per trovare le prove che credere alle teorie complottiste aumenta il rischio di ammalarsi o morire, come conseguenza di scelte sbagliate. Ma la diffusione del complottismo peggiora anche la trasparenza delle decisioni politiche e rafforza ideologie dominanti. Chi coltiva credenze cospirative è meno egualitario rispetto ai diritti umani (tende a essere più xenofobo e razzista) e più predisposto alla violenza politica. Si sono studiate anche le differenze individuali, cioè la possibilità di misurare la predisposizione delle diverse persone a sviluppare credenze in piani cospirativi. I tratti psicologici associati più affidabilmente a forti credenze cospirative sono: sfiducia nell'autorità, cinismo politico, bassi livelli di autostima, autoritarismo e credenze nel paranormale. Credere in teorie cospirative è regolarmente associato al rifiuto delle scoperte scientifiche!

L'ideazione cospirativa fa ampio uso di *bias* e di euristiche fallaci. Per esempio, usa l'errore di attribuzione (ritenere che la causa di un comportamento dipenda solo dalla personalità/disposizione di chi lo compie, sottostimando l'influenza del contesto), l euristica della rappresentatività (tendenza ad accettare spiegazioni che sono proporzionali alle conseguenze di un evento) e la fallacia della congiunzione (errore di ragionamento probabilistico per cui le persone sovrastimano la probabilità di eventi congiunti).

Si può fare qualcosa per limitare il contagio complottista, che in Italia sembra essere particolarmente diffuso? Si è visto, da alcuni studi empirici, che un'epistemologia relativista favorisce le credenze nei complotti. Ora, ci sono prove che per superare lo stadio del relativismo e maturare un pensiero critico, nello sviluppo epistemologico personale, è direttamente apprendere gli elementi costitutivi del metodo scientifico. E la psicologa dell'educazione Deanna Kuhn ha dimostrato almeno da venti anni che, in larga maggioranza, le persone che escono da un'istruzione superiore e non si specializzano non vanno oltre la credenza che ogni forma di conoscenza è un'opinione che vale come le altre.

Alcuni studi hanno dimostrato che, diversamente da come si pensava, in diversi casi anche gli adulti possono essere curati dalla malattia complottista, se si somministra loro del pensiero analitico. Il pensiero analitico, che protegge anche dalle superstizioni delle credenze religiose, come ha dimostrato uno studio pubblicato qualche anno fa su «Science», fa uso di argomenti logici e basati su fatti. Quindi i decisori politici preoccupati per gli effetti negativi della teorie cospirative dovrebbero incentivare precocemente nei giovani l'uso del pensiero analitico. Rimane comunque un tema di studio importante capire i motivi di una così larga accettazione delle teorie complottiste nelle società moderne.

Nessun paese è immune dall'infezione complottista. Ma l'Italia, tra i paesi sviluppati, è uno dei più colpiti. Qui muoiono persone a causa di paranoie cospirative: inevitabile se si crede di poter curare il cancro con le vitamine, perché la chemioterapia e i farmaci antitumorali sono usati dai medici che complottano con case farmaceutiche e poteri occulti. Sempre da noi, si stanno smantellando le basi etiche e cognitive della convivenza civile e democratica: i leader paranoici e illiberali del Movimento 5 Stelle basano per esempio i loro ragionamenti e le loro scelte irresponsabili paventando quasi solo macchinazioni pluto-massonico-spionistiche.

Quali rapporti intercorrono tra bioetica e diritto?

La legge e la (bio)etica si influenzano a vicenda. La morale influenza la legge e il problema fondamentale del diritto è stabilire quando è giustificato trasformare la moralità comune in legge, senza invadere la sfera privata e i diritti fondamentali, per costruire delle norme di portata generale con un'adeguata consapevolezza di quelli che potrebbero essere gli effetti collaterali. La legge influenza la morale cambiando la percezione dei valori e dei rapporti sociali (per esempio nel caso di consenso informato, aborto, eutanasia o matrimoni egualitari).

Fino agli anni Sessanta la professione medica era largamente autonoma e libera da norme legislative esterne (poche leggi e prevalenza del paternalismo nella gestione del rapporto tra medico e paziente). Negli anni Sessanta emergeva un modello liberale dei rapporti tra etica e legge sanitaria che produceva una convergenza tra moralità e diritto e che metteva al centro i diritti e l'autonomia del paziente.

Negli anni Ottanta e Novanta le leggi sanitarie hanno cominciato a essere criticate come troppo invadenti, rigide e non sufficientemente sensibili per gestire i complessi problemi della pratica medica. Anche la bioetica è stata criticata come troppo orientata sui diritti, e meno sulle libertà, mentre ci sono dimensioni dell'etica medica che hanno a che fare con stili di comportamento e situazioni culturali che il modello liberale non riesce a cogliere.

Siccome la bioetica ha avuto inizio e si è sviluppata per un certo periodo come fenomeno nordamericano, i rapporti con la legge sono stati influenzati dal costume invalso negli Stati Uniti di rivolgersi ai tribunali per vedere soddisfatte preferenze di natura privata, contro gli obblighi e i divieti sanciti da leggi statali. Quindi in America, dove il diritto funziona secondo il sistema di *common law* per cui sono le sentenze che fanno la giurisprudenza, la bioetica ha acquisito forma e contenuti sia attraverso famosi casi giudiziari (Salgado, Roe, Quinlan, Cruzan), sia fornendo una metodologia di lavoro (uniformità procedurale rispetto all'analisi filosofica), sia mettendo l'enfasi sulle procedure (per cui non si deve stabilire quale punto di vista morale è corretto, ma basta rispettare la libertà dell'individuo), sia orientando il dibattito verso il tema dei diritti (libertà ed eguaglianza).

Nella tradizione liberaldemocratica la società dovrebbe usare meccanismi di coercizione legale solo per prevenire azioni che danneggiano qualcun altro che non sia l'esecutore o qualcuno che non abbia acconsentito a subire l'azione. Le azioni potrebbero essere criminalizzate se sono profondamente offensive, anche non dannose, per altri. Non si dovrebbero fare leggi che creano «crimini senza vittime», come per esempio leggi contro il suicidio e l'eutanasia volontaria. A meno che queste leggi non siano richieste per proteggerci da errori e abusi. Per l'approccio liberale non è necessario fare una legge se l'applicazione della legge produce danni e quello che conta è che il consenso sia valido.

Nel decidere se obbligare legalmente a standard morali devono essere soppesati il rispetto per le diverse visioni in una società pluralista, quello per la *privacy*, le conseguenze derivanti dal far passare una data legge, le difficoltà di distinguere tra casi fraudolenti e legittimi.

Bibliografia di riferimento

- A. BANDURA, *Moral Disengagement. How People Do Harm and Live With Themselves*, Macmillan, New York, 2016.
- M. COHEN, *101 Ethical Dilemmas*, Routledge, London, 2007.
- G. CORBELLINI, *Scienza, quindi democrazia*, Einaudi, Torino, 2011.
- G. CORBELLINI – E. SIRGIOVANNI, *Tutta colpa del cervello. Introduzione alla neuroetica*, Mondadori, Milano, 2013.
- J. GREENE, *Moral Tribes: Emotion, Reason and the Gap Between Us and Them*, Penguin Books, New York, 2014.
- J. HAIDT, *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*, Vintage, New York, 2013.
- J.L. MACKIE, *Ethics: Inventing Right and Wrong*, Penguin Books, London, 1991.
- The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 2009.
- S. PINKER, *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, Penguin Books, New York, 2012.
- J. RACHELS – S. RACHELS, *The Elements of Moral Philosophy*, McGraw Hill Education, New York, 2014.
- A. ROSENBERG, *The Atheist Guide to Reality: Enjoying Life without Illusion*, W.W. Norton & Company, New York, 2012.
- G. SCUDERI (a cura di), *Raccolta dei principali documenti internazionali sui principi etici della ricerca e dei principali documenti legislativi degli Stati Uniti e della Comunità Europea sulla bioetica*, Istituto superiore di sanità, Serie Relazioni 98/5; Roma 1998 (http://www.iss.it/binary/publ/cont/Pagina1_154Relazione98_5.pdf).
- E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 2012, 2 voll.
- M. SHERMER, *The Moral Arc: How Science Makes Us Better People*, St. Martin's Griffin, New York, 2016.
- M. SHERMER, *The Science of Good and Evil: Why People Cheat, Gossip, Care, Share and Follow the Golden Rule*, Holt Paperbacks, New York, 2005.
- P. SINGER – A.M. VIENS (a cura di), *The Cambridge Textbook of Bioethics*, Cambridge University Press, New York, 2008.
- R. TRIVERS, *The Folly of Fools: The Logic of Deceit and Self-Deception in Human Life*, Basic Books, New York, 2014.
- L. VAUGHN, *Bioethics: Principles, Issues and Cases*, Oxford University Press, New York, 2012².
- M. WEBER, *La scienza come professione. La politica come professione*, Einaudi, Torino, 2004.
- P. ZUCKERMAN, *Living the Secular Life: New Answers to Old Questions*, Penguin Books, New York, 2015.