

UNA BREVE INTRODUZIONE ALLA BIOETICA¹

Struttura dello schema:

1. Cos'è la bioetica? Quali sono i suoi ambiti? – 2. Perché è nata la bioetica? – 3. Come affrontare i problemi della Bioetica medica? Il metodo dei Comitati Etici – 4. Perché la bioetica è rilevante per la riflessione filosofica più generale? – 5. Bibliografia minima

1. Che cos'è la Bio-etica? Quali sono i suoi ambiti?

Con il termine **BIOETICA** ("BIO" = vita; "ETICA" = riflessione morale) si indica quella disciplina che si propone come "studio sistematico della condotta umana verso la vita, esaminata alla luce dei valori e dei principi etici"².

Il termine venne coniato nel **1970** dal cancerologo americano di origine olandese Van Rensselaer POTTER (1911-2001). Questi lo adoperò per la prima volta in un saggio intitolato *Bioethics: the science of survival*, nel quale sosteneva la necessità di combinare la biologia con le varie forme del sapere umanistico al fine di determinare un sistema di priorità per la sopravvivenza³. L'anno seguente Potter pubblicò il libro in cui sviluppò tale idea e indicò come compito specifico della bioetica quello di essere un "ponte" tra scienze sperimentali e scienze umane⁴. Obiettivo di questa nuova scienza, secondo Potter, doveva essere quello di identificare e promuovere un cambiamento ambientale ottimale insieme ad un ottimale adattamento umano a questo ambiente (significato **SCIENTIFICO-ECOLOGICO**).

Un'accezione diversa del termine (**ETICO-BIOMEDICA**) venne invece proposto da A. Hellengers, primo direttore del *Kennedy Institute for Bioethics* avviato nel 1971 presso la Georgetown University di Washington. Secondo l'impostazione di Hellengers la bioetica non era una nuova disciplina, ma una branca dell'etica applicata ai campi della ricerca biomedica. Essa perciò aveva il compito specifico di affrontare i dilemmi etici posti dalla pratica clinica, dalla sperimentazione, dalle politiche sanitarie, ecc.

Quindi, secondo Potter la nuova disciplina doveva configurarsi come "bioetica globale" (ed egli non riteneva che al suo interno dovesse confluire la riflessione biomedica).

Il modello *Georgetown*, invece, considera la bioetica come una disciplina tradizionale, una branca dell'etica applicata alla biomedicina. È quest'ultimo il modello di bioetica che è prevalso fino ad oggi.

Al di là di questa differenza di fondo, emerge in tutti gli autori che si sono occupati di bioetica la consapevolezza della **complessità** di questo nuovo campo d'indagine, che si configura come originariamente e inevitabilmente **pluri-disciplinare**.

¹ A cura di ENRICO FURLAN (furlanenrico@yahoo.it).

² REICH W., *Encyclopaedia of Bioethics*, Free Press, New York 1978, p. XIX.

³ POTTER V.R., *Bioethics: the science of survival*, in "Perspectives in Biology and Medicine", 14 (1970), pp. 120-153.

⁴ POTTER V.R., *Bioethics, bridge to the future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971.

La **novità della bioetica** consiste pertanto proprio nell'interazione e nell'intreccio degli apporti delle molteplici discipline implicate nel discorso bioetico:

“La bioetica non è in senso proprio una nuova disciplina, né una nuova scienza, né una nuova etica. Essa è un insieme di ricerche, di discorsi e di pratiche, generalmente pluri-disciplinari, aventi per oggetto la chiarificazione e la soluzione di questioni di carattere etico suscitate dall'avanzamento e dall'applicazione delle tecnoscienze biomediche”⁵.

GLI AMBITI DELLA BIOETICA

(nella sua accezione più ampia di “bioetica globale” o di “etica della vita”)

“L'etica della vita può essere considerata, in prima istanza, un'etica applicata. La si potrebbe definire come lo studio delle questioni etiche emergenti dai fenomeni vitali, o anche l'applicazione delle teorie morali all'ambito della vita, in tutte le sue dimensioni”⁶

1. BIOETICA GLOBALE (riflessione sui fenomeni vitali anche extra-umani)

- ✓ etica ambientale
- ✓ etica del rapporto uomo-animale

2. (BIO)-ETICA MEDICA (riflessione sulla vita umana in quanto oggetto di intervento medico)

2.1 BIOETICA CLINICA

- ✓ relazione medico/paziente
- ✓ problemi etici all'inizio della vita (contraccezione e aborto, diagnosi prenatale, terapie intensive neonatali, ecc.);
- ✓ problemi etici alla fine della vita della vita (diagnosi di morte cerebrale e trapianti, terapie antalgiche, astensione o sospensione di trattamenti di sostegno vitale, eutanasia, ecc.);
- ✓ **COMITATI ETICI PER LA PRATICA CLINICA**

2.2 BIOETICA DELLA RICERCA

- ✓ ricerca in laboratorio
- ✓ ricerca su animali
- ✓ ricerca clinica sui pazienti
- ✓ **COMITATI ETICI PER LA SPERIMENTAZIONE**

3. La nuova frontiera della bioetica: le BIOTECNOLOGIE (nuovi poteri che intervengono sulla struttura genetica dell'uomo e degli altri organismi viventi):

- ✓ applicate alla vita umana (clonazione terapeutica, diagnosi pre-impianto, ecc.);
- ✓ applicate alla vita animale (transgenesi al fine di produrre modelli animali per la sperimentazione i più simili possibile all'essere umano; xenotrapianti);
- ✓ applicate all'ambiente (OGM = organismi geneticamente modificati)⁷.

⁵ HOTTOIS G., *Bioéthique*, in HOTTOIS G., PARIZEAU M.H. (sous la direction de), *Les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique*, De Boeck, Bruxelles 1993, pp. 49-55.

⁶ M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008, p. X.

2. Perché è nata la Bio-etica?

Fattori principali:

- 1) cambiamento qualitativo dell'agire umano determinato dalla **tecnica** (→ radicalità delle questioni poste, che per essere affrontate richiedono competenze che superano l'ambito strettamente medico o scientifico); in ambito sanitario, l'ampliamento delle potenzialità della medicina sia a livello diagnostico sia a livello terapeutico e riabilitativo (→ problema della gestione etica di tali nuove capacità di intervento “tecnico” e **questione del limite**).
- 2) **scandali** della ricerca e **casi emblematici** della pratica clinica;
- 3) processo di “**emancipazione**” del **paziente** e **crisi del “paternalismo” medico** (nel quadro della penetrazione del linguaggio dei diritti in sanità → movimento per i diritti civili negli *States* e in Occidente negli anni '60 e '70);
- 4) allargamento del sistema delle cure ad una molteplicità di figure professionali (con il rischio che la **frammentazione dell'approccio al paziente** faccia perdere di vista la globalità della persona e faccia scivolare verso una sorta di “imperativo tecnologico” per cui si considera lecito, se non doveroso, fare tutto ciò che è tecnicamente possibile fare).
- 5) “**scarsità**” delle **risorse** sanitarie (e quindi necessità di criteri condivisi per l'allocazione delle risorse limitate).

L'irruzione della tecnica

La nascita della bioetica e l'importanza crescente che essa ha assunto nei quattro decenni della sua breve “vita” sono dovute essenzialmente ai **cambiamenti qualitativi indotti sull'agire umano dai nuovi poteri di intervento sulla vita resi possibile dalla tecnica**.

Mai prima nella storia il potere di intervento dell'uomo sulla vita è stato così ampio, profondo e pervasivo e questo fatto, oltre ad offrire enormi potenzialità, pone l'uomo di fronte a responsabilità di pari grado.

Ecco perciò che alla **bioetica** è affidato il compito di costruire **un'etica all'altezza dei tempi**, ossia un'etica all'altezza degli inauditi poteri di intervento sulla vita resi possibili dalla tecnica:

“La bioetica vuole individuare in termini sistematici, e perciò attraverso la sfida dell'interdisciplinarietà, l'insieme delle condizioni che dovranno essere considerate se vogliamo esercitare la nostra responsabilità per proteggere la vita e la vita umana in un universo sempre più caratterizzato dallo sviluppo accelerato e complesso delle scienze biomediche”⁸.

Gli scandali della ricerca e i primi casi emblematici della clinica

Gli scandali della ricerca negli Stati Uniti (in violazione del *Codice di Norimberga*, 1947):

- New York City's *Jewish Chronic Disease Hospital* (iniezione sottocutanea di cellule cancerogene vive su ignari pazienti anziani o gravemente malati, non affetti da cancro, per comparare il comportamento di tali cellule in pazienti debilitati senza cancro rispetto a pazienti debilitati con il cancro; 1963);

⁷ Tali nuove tecnologie possono essere applicate anche alla materia inorganica: con le **NANO-TECNOLOGIE** è infatti possibile intervenire sulla struttura stessa della materia. È chiaro, però, che i problemi etici sollevati da queste tecnologie e dalle loro eventuali applicazioni non rientrano in senso stretto nella BIO-etica, comunque intesa.

⁸ ROY D., *La bioéthique. Une responsabilité nouvelle pour le contrôle d'un nouveau pouvoir*, in «Relations», 36 (1987), p. 309.

- *Willowbrook State School* (iniezione del virus dell'epatite su bambini con ritardo mentale per studiare il decorso della malattia in condizioni controllate; 1963-66);
- *Tuskegee Syphilis Study* (studio quarantennale – 1932-1972 – sugli effetti del decorso naturale della sifilide su 399 afroamericani dell'Alabama, di bassa estrazione sociale, che ne erano affetti; la ricerca continuò anche dopo che, a partire dal 1947, la penicillina divenne l'efficace cura standard per le persone affette dalla sifilide).

I casi emblematici della pratica clinica:

- il caso *Karen Quinlan* (limitazione delle cure in fine vita, 1975);
- il caso *Baby Doe* (limitazione delle cure per un neonato disabile, 1983).

L'emancipazione del paziente

La **penetrazione del linguaggio dei diritti in sanità** (nel quadro del più ampio movimento per i diritti civili negli Stati Uniti e in Occidente negli anni '60 e '70) determinò l'uscita dei pazienti da quello "stato di minorità" rispetto ai medici nel quale erano rimasti fino a quel momento.

I medici e i sanitari non vengono più considerati come gli unici depositari della conoscenza di ciò che è bene per la persona malata, ma piuttosto come professionisti con una specifica competenza che possono e devono mettere a disposizione dei pazienti perché essi possano decidere con maggiore consapevolezza come affrontare la malattia.

Sempre più i malati chiedono un rapporto adulto, alla pari, con i sanitari. Ne riconoscono la specifica competenza, ma non per questo accettano di abdicare dalla libertà e responsabilità sulla propria vita.

I conflitti che il nuovo rapporto medico-paziente (più maturo, ma anche più "complesso") ha portato con sé sono stati uno dei fattori che hanno spinto i sanitari stessi a richiedere la consulenza di bioeticisti e comitati etici.

La frammentazione dell'approccio al paziente

L'obiettivo dell'allargamento del sistema delle cure ad una molteplicità di figure professionali è evidentemente quello di rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni del paziente. Tuttavia, è molto alto il rischio di una *frammentazione* dell'intervento sanitario e insieme il rischio di un intensificarsi della *conflittualità* tra sensibilità etico-professionali diverse.

A fronte degli indubbi guadagni che ha apportato la *specializzazione* nella medicina moderna, vi è il pericolo che una acritica interpretazione di questa pratica porti alla "liquidazione dell'uomo come soggetto" e con questo alla "cecità morale": non si vede più l'uomo, ma l'organo, la cellula, il gene⁹.

Aumenta inoltre la probabilità che si consideri sempre il massimo dell'intervento tecnologico come la migliore terapia, perdendone così il senso originario.

⁹ Il rischio di tralasciare le componenti esistenziali della malattia che incombe su una medicina tutta presa dagli aspetti scientifici delle patologie e dimentica di essere al servizio dell'uomo tutto intero è ben simboleggiata dall'episodio dello stetoscopio raccontato da Richard Barton in un suo celebre articolo del 1985 (R. BARTON, *An Introduction to Medical Phenomenology: I Can't Hear You While I'm Listening*, in "Annals of Internal Medicine", 103 (1985), pp. 606-611): "È successo l'altra mattina durante il giro dei pazienti, come già altre volte, che mentre stavo auscultando con grande attenzione il petto di un paziente, questi mi rivolse una domanda. 'Stia zitto' – gli dissi di rimando – 'non riesco a sentirla mentre sto ascoltando'". Traduzione mia. Passaggio citato a p. 606.

La “scarsità delle risorse”

Carattere strutturale della scarsità delle risorse sanitarie (→ modifiche demografiche, con aumento della popolazione anziana e conseguente crescita della richiesta di assistenza; tecnologie biomediche che vengono introdotte nel sistema sanitario a ritmi sempre più accelerati e costosi; nuove tendenze epidemiologiche, con l’aumento di malattie legate a stili di vita e contesti a rischio o a nuovi tipi di disagio sociale).

Dato il carattere strutturale della “scarsità”, le “scelte in sanità” sono *inevitabili*, anche se vi è una diffusa inconsapevolezza a livello pubblico di tale inevitabilità.

Se le scelte in sanità sono inevitabili, il miglior modo di farle non è tanto “porre dei limiti”, tagliando trasversalmente beni e servizi, ma “stabilire delle *priorità*”. Ma per determinare i criteri in base ai quali stabilire tali priorità, diventa indispensabile sollecitare un ampio *dibattito pubblico* al quale la riflessione bioetica è chiamata a fornire dati e strumenti concettuali adeguati.

3. Come affrontare i problemi della Bioetica medica? Il metodo dei Comitati Etici

Come si è visto brevemente, le decisioni nel campo della sanità coinvolgono sempre più questioni *radicali* che sorpassano la competenza strettamente medico-professionale.

Non v’è da stupirsi dunque che il campo bio-medico sia diventato il luogo dove più direttamente si decide nel nostro tempo l’auto-rappresentazione dell’uomo (**campo biomedico come nuovo “locus-anthropologicus”**) e il luogo dove più immediatamente si scontrano le diverse impostazioni morali presenti nella nostra società. In questo quadro la bioetica rappresenta il tentativo di fornire risposte che l’etica medica in sé non è in grado di dare, dal momento che molte delle questioni etiche che quest’ultima si trova di fronte pongono problemi e richiedono strumenti che vanno oltre l’ambito strettamente medico.

Le istanze alla base della bioetica:

- 1) necessità di giungere a **soluzioni pubblicamente convincenti** di fronte ai dilemmi generati dal continuo ampliamento delle possibilità della tecnica (“pubblicità”).
- 2) forte **esigenza argomentativa** generata dall’erosione delle evidenze etiche comuni ad opera di un sempre più ampio pluralismo di opzioni morali (“attitudine argomentativa”)
- 3) necessità di un sistematico **confronto tra prospettive disciplinari differenti** per evitare l’insuperabile parzialità connessa ad ogni singolo approccio specialistico (“interdisciplinarietà”).

Nel processo di sviluppo della bioetica i **Comitati etici per la pratica clinica** sono stati individuati come lo **strumento più idoneo** per portare le istanze della bioetica (“PUBBLICITÀ”, ATTITUDINE ARGOMENTATIVA, INTERDISCIPLINARITÀ) all’*interno* delle istituzioni sanitarie.

“La crescita delle conoscenze mediche e la diffusa applicazione della tecnologia in campo medico hanno aperto nuove opportunità nella cura della salute. Nello stesso tempo però questi fenomeni hanno posto sempre più medici, operatori sanitari in genere, pazienti e familiari di fronte a complesse scelte etiche. Il recente tentativo di chiarificare a livello delle istituzioni sanitarie le questioni di etica biomedica si è concentrato sul ricorso all’istituzione dei comitati etici. Tali comitati saranno in grado di rispondere al compito di identificare le implicanze etiche dei nuovi problemi posti dal progresso biomedico e di contribuire alla loro soluzione, a condizione che ne siano chiaramente definiti gli obiettivi e che sia altrettanto chiara la consapevolezza delle loro possibilità e dei loro limiti”.

(AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *Guidelines for Hospital Committees on Biomedical Ethics*, 1984).

4. Perché la bioetica è rilevante per la riflessione filosofica più generale?

La nascita di questo nuovo campo di ricerca interdisciplinare appare estremamente interessante non solo per la filosofia morale, ma per la filosofia *tout court*, per almeno quattro motivi:

- 1) Ha obbligato la riflessione filosofica a **confrontarsi con problemi concreti, urgenti e bisognosi di una soluzione**, strappandola alle infinite (e in per buona parte sterili) discussioni metaetiche cui si era confinata nei primi decenni successivi alla seconda guerra mondiale.
- 2) Costringe la filosofia a **mettere in discussione e ripensare o eliminare molti dei suoi concetti tradizionali** (uomo, persona, diritti, vita, morte, salute, natura, medicina, dignità, ecc.) → Bioetica come “*locus anthropologicus*”.
- 3) Richiede o di **adattare-ampliare le teorie morali tradizionali** (utilitarismo, deontologismo, etica liberale, etica della legge naturale, ecc.) o di **proporre nuovi approcci teorici** (etica ambientale, etica femminista).
- 4) **Sfida ad individuare approcci metodologici in grado di guidare la deliberazione** in tutti quei consessi interdisciplinari in cui, a vari livelli, si esplica sul piano istituzionale la ricerca di punti di riferimento normativi (→ Approccio dei 4 principi di Beauchamp & Childress).

5. Bibliografia minima per iniziare

FORNERO G., *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano 2009².

HABERMAS J., *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, tr. it. Einaudi, Torino 2002.

JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, tr. it. Einaudi, Torino 2009⁴ (ed. orig. 1979).

JONAS H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, tr. it. Einaudi, Torino 1997 (ed. orig. 1985).

LECILDANO E., *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari 2005.

MARINO I., *Nelle tue mani. Medicina, fede, etica e diritti*, Einaudi, Torino 2009.

MORDACCI R., *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.

REICHLIN M., *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008.

VIAFORA C., *Introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano 2006.