

Bioetica: percorsi complessi dell'agire morale

Tre giorni di aggiornamento teologico

Quercianella 2010

INTRODUZIONE

**IL PUNTO DI PARTENZA DELLA BIOETICA:
L'INTERROGATIVO SU CHE COSA SIA LA VITA E CHE COSA È L'UOMO.**

Erminio Antonello

“Oggi si parla molto di etica in campo economico, finanziario, aziendale. ... si nota un certo abuso dell'aggettivo *etico* che, adoperato in modo generico, si presta a designare contenuti anche molto diversi, al punto da far passare sotto la sua copertura decisioni e scelte contrarie alla giustizia e al vero bene dell'uomo. Molto, infatti, dipende dal sistema morale di riferimento. Su questo argomento la dottrina sociale della Chiesa ha un suo specifico apporto da dare, che si fonda sulla creazione dell'uomo “ad immagine di Dio” (*Gn 1,27*), un dato da cui discende l'inviolabile dignità della persona umana, come anche il trascendente valore delle norme morali naturali” (*Caritas in veritate* n. 45)

La bioetica è la scienza umana che indaga sulla vita, e proprio per questo nasce da un'interrogazione sull'umano. Ora il problema di fondo, quello che, a partire come da uno spartiacque, *decide tutto il resto è il giudizio che si dà sul “fatto” della vita*. La prima constatazione che ogni uomo non può non fare è che la vita lo precede. Tutti ci troviamo a vivere prima di poterci interrogare su di essa. Questo è un dato di partenza innegabile, e ogni individuo si trova ad attraversare questa condizione embrionale in cui la vita ha preso forma senza chiedergli l'assenso, passando attraverso vari stadi che lo arricchiscono dentro al tempo e all'appartenenza ad un contesto culturale, che gli consegnano l'alfabeto esistenziale per leggere la vita che misteriosamente si trova a dover vivere. Il primo dato dunque, che precede ogni accrescimento successivo, è che la vita c'è indipendentemente dal soggetto, ossia al di là che colui che la vive l'abbia voluta. Ora questo fatto richiede un giudizio iniziale, a partire dal quale dipende la verità di tutte le conseguenze che se ne traggono.

1. La prima domanda allora è: il fatto della vita che un individuo vive, da dove viene, dove va, a che serve? La risposta a queste domande sono la base da cui prende origine la bioetica. Ogni forma di etica che venga elaborata vi risponde, coscientemente o senza saperlo. E le risposte non sono che due: o la vita ha in sé un disegno e un fine, oppure la vita è casuale. Qual è la posizione più ragionevole? A mio parere la risposta è: quella che riesce a rispondere a tutti i fattori di cui è costituita la vita. O detto altrimenti: la posizione più ragionevole è quella che maggiormente riesce a rendere conto del fatto che la vita c'è senza essere voluta. Non siamo noi che vogliamo la vita, è la Vita che ha voluto noi. E allora la domanda successiva è: dal momento che la vita umana potrebbe non esserci, ma di fatto c'è ed esiste “portando nel suo cuore – come dice un detto rabbinico – il punto interrogativo”, per quale motivo c'è invece che non esserci? Questa domanda prelude alla *concezione della vita come creazione, e non come semplice casualità di un meccanismo anonimo dell'evoluzione*. E se la vita esiste in quanto voluta da un Padre, allora la vita è orientata e ha un senso. E tutta l'etica che ne consegue consiste nello svolgere l'esistenza in maniera coerente a questo dono della vita ricevuto.

Qui prende origine una concezione della vita che viene identificata come “cattolica”, come se questa posizione esprimesse una visione parziale, derivante dalla fede. In realtà, la posizione veramente cattolica è una visione universale, perché realista ossia perché intende partire dal dato della realtà e prende sul serio il dato di fatto della vita e lo interroga in tutti i suoi fattori. Il punto di vista cattolico sulla bioetica non è perciò una posizione ideologica, perché non parte da un'idea pre-confezionata sull'uomo, ma è una posizione che intende sottomettersi alla realtà.

2. Prendiamo in esame un'altra posizione che, pienamente coerente con il soggettivismo culturale moderno, è assai diffusa in ambito bioetico: è la posizione che si raccomanda per essere “laica”, intendendo con tale termine una presunta posizione “neutrale”. In realtà questa posizione parte dal presupposto che la vita sia autofondata, che stia in piedi su se stessa. La più lucida espressione di questa posizione è data dalla famosa conferenza del 29 ottobre del 1945 di J.P. Sartre, poi pubblicata con il titolo *L'esistenzialismo è un umanesimo*. Con una formula egli ha definito l'uomo in questi termini strani, ma chiari:

“L'uomo è l'essere nel quale l'esistenza precede l'essenza”: cioè l'uomo non nasce all'interno di un disegno e cioè con una natura umana. “Che cosa significa –

scrive Sartre - che l'esistenza precede l'essenza? Significa che l'uomo esiste innanzi tutto, si trova, sorge nel mondo, e che si definisce dopo. L'uomo in quanto inizio non è niente. Sarà solo in seguito, e sarà quello che si sarà fatto. Così non c'è natura umana, perché non c'è un Dio che la definisca".¹

Da questa visione egli determina l'essenza dell'uomo come "libertà assoluta", ossia come possibilità di diventare quello che vuole essere: l'uomo è creatore di se stesso e l'uomo è all'origine dei valori. Così l'uomo è totalmente nelle proprie mani. Non si costruisce in base ad una vocazione e ad una natura, ma in base alle sue scelte. La libertà come possibilità di poter disporre di tutto sarebbe, in questa visione, alla radice della struttura umana. Questa visione è l'acme della parabola dell'uomo "moderno", che esce dalla contestazione contro la visione "antica". Questa visione si è diffusa, e diciamo si è aggiornata per mettersi al riparo da ogni critica, nascondendosi non tanto dietro alla negazione di un Dio creatore, ma dietro a una forma agnostica: che Dio ci sia o no, non possiamo saperlo razionalmente (posizione kantiana), allora stiamo nella posizione neutra del "non sappiamo e non potremo saperlo". Di fatto l'uomo cancella la possibilità di Dio all'origine dell'uomo. Ma questa, in ultima analisi, è una opzione volontaristica, non ragionata: la si sceglie, perché si decide di sceglierla. In questa visione dunque la vita è concepita "senza fondamento trascendente", che sia cioè al di fuori della stessa esistenza.

In realtà anche in questa visione, c'è parte di verità, come capita in ogni errore, ed è la grande responsabilità libera dell'uomo di costruire la propria identità. Ma quando si assolutizza un particolare ci si mette fuori della verità. E in questa visione il particolare assolutizzato è *l'inversione gerarchica dei fattori che costituiscono l'uomo*: non prima la natura, ma la cultura; non prima la verità, ma la libertà; non prima l'oggettività, ma la soggettività.

La conseguenza di questo rovesciamento è il *relativismo e la negazione di una verità oggettiva per la vita umana. Tutto pertanto diventa opinabile*. L'uomo è senza un fine a cui essere orientato. E' l'uomo stesso che si dà lo scopo dell'esistenza. L'uomo che ha tutto nelle sue mani è perciò un uomo che: a) è senza trascendenza; b) è chiuso nella materia; c) è costretto a difendersi dagli altri che possono intrufolarsi nella sua libertà e violarla. Sartre dirà: persino "con lo sguardo", perché lo sguardo dell'altro pietrifica il soggetto, riducendolo alla propria immagine; per cui "gli altri sono l'inferno".

¹ J.P. Sartre, *L'esistenzialismo è un umanesimo*, ed. Mursia, 1946, p. 25.

3. Nonostante tutto, il richiamo alla libertà è elemento di verità che non deve essere trascurato in ambito etico per non cadere in forme di morale "oggettivistica". Tale accentuazione è una forte sottolineatura della modernità. Sottolineatura che in ambito etico introduce l'attenzione e la cura della persona e del rispetto delle sue scelte. Tuttavia, quando prevale la visione del "soggettivo" e si abbandona l'oggettività, si depaupera una scienza, che perde i suoi caratteri di universalità e di oggettività. I dati soggettivi, in una scienza umana qual è la bioetica, sono importanti, ma vanno tenuti dialetticamente presenti insieme alla considerazione dei dati della realtà. In altre parole nell'ambito della bioetica la soggettività è importante, ma stravolge l'idea stessa di scienza quando si trasforma in soggettivismo. Di fatto questa è la deriva della modernità. Ma la realtà è fedele al suo creatore. E tutte le posizioni trovano una verifica nella storia.

Ora, messi in risalto i pregi della soggettività moderna, vediamo anche i costi che la modernità ha messo sulle spalle dell'uomo del nostro tempo. Possiamo descriverli in tre ambiti:

a) Una storia di morte.

La storia del soggettivismo moderno coincide sia con la storia del totalitarismo ed i disastri che ha lasciato dietro di sé nel XX secolo, sia con la banalità dell'esistenza a cui la vita è ridotta nel nostro inizio di secolo XXI, di cui l'aborto è un disastro a carattere sociale. Molte nazioni rischiano il collasso demografico, perché, a causa dell'aborto, il tasso di natalità è inferiore all'indice dell'1/2 per mille di crescita sociale.

b) Una storia di risentimento per il dato della vita.

La parabola della storia ci fa dire che l'io "moderno" non è riuscito ad autofondarsi, come avrebbe voluto, ma si è trasformato in un "io" postmoderno, debole e insicuro, chiuso in un criticismo "decostruttivo", che rifiuta *con risentimento* qualsiasi aspetto della realtà che non confermi la sua pretesa di essere arbitrariamente illimitato.

“Nelle pagine finali del libro sulle origini del totalitarismo, con il titolo *The Burden of our Time* (Il fardello del nostro tempo), Hannah Arendt definisce con il termine *risentimento* la disposizione affettiva caratteristica dell'uomo moderno. Risentimento contro “tutto ciò che è dato, anche contro la propria esistenza”, esistenza contro “il fatto che egli non è il creatore dell'universo, né di se stesso”.

Spinto da questo risentimento fondamentale a “non scorgere alcun senso nel mondo quale si offre”, l'uomo moderno “proclama apertamente che tutto è permesso e crede segretamente che *tutto è possibile*”. ... Traendo insegnamento dalla catastrofe dei totalitarismi, H. Arendt afferma nello stesso testo che *la gratitudine è la sola alternativa al nichilismo del risentimento*, “una gratitudine fondamentale per le poche cose elementari che ci sono invariabilmente date, come la vita stessa, l'esistenza dell'uomo e del mondo” (A. Finkielkraut, *L'umanità perduta*, ed. Lindau, 2009, p. 147).

c) Una storia de destrutturazione, in cui l'uomo si sente abbandonato in balia del caso.

Il dramma dell'uomo moderno è che, chiuso nel suo soggettivismo, è diventato impermeabile alla realtà: né lo stupore, né l'insoddisfazione, né il dolore, riescono a riaprire la domanda umana sul destino della vita e della sua felicità; e in questo ostinato oscuramento dell'esperienza umana si trova la radice della debolezza dell'io e della fatica del vivere. Una tale affermazione assoluta senza trascendenza fa sì che il problema della vita finisca per essere affidato alla sorte, in una casualità estrema che sconfinava nell'arbitrarietà, della quale l'uomo è più vittima che signore. La nostra epoca è caratterizzata da una notte che è calata sull'uomo (*cf* Heidegger) rendendolo insensibile alle domande fondamentali sul senso della vita e sulla felicità. La vita dell'uomo è come se fosse affidata alla sorte, cosicché esso si sente totalmente abbandonato e in balia del caso. Questa debolezza e paura "postmoderna" dell'esistenza viene illusoriamente superata attraverso la riduzione della vita a funzione: nel mondo d'oggi tutto è ridotto a organizzazione dell'esistenza, dove l'uomo si affatica perché tutto sia a posto e funzioni. E quando le cose funzionano, l'uomo s'illude di esistere. In realtà la domanda dell'esistenza è una domanda insopprimibile.

Questa posizione riduttiva dell'umano può essere superata dall'uomo solo lasciandosi stupire dell'avvenimento della vita, che in fondo è il riconoscimento dell'essere creatura amata all'interno di un disegno buono. Diceva Hanna Arendt, ed è intelligente sottoscrivere:

“Io in realtà sono molto felice perché non si può andare contro la propria vitalità naturale. Il mondo così come Dio l'ha creato, a me sembra buono” (a Kurt Blumenfeld, nel 1947, cit. in Paola Ricci Sindoni, Hanna Arendt, Come raccontare il mondo, ed. Studium, Roma 1995, p. 7).

5. E' chiaro che una posizione di riconoscimento della verità di Dio Creatore, operante nella realtà umana, porta in maggiore evidenza una

bioetica a stampo realista. Mentre una posizione “atea o agnostica”, anche solo assunta come metodo con la presunzione che essa sola sia neutra, in realtà neutra non è, ma dà origine ad una bioetica basata solo su un criterio di efficienza o utilitaristico. Osserva il Papa:

“Se non possiamo conoscere la verità riguardo a Dio, allora anche la verità riguardo a ciò che è bene e a ciò che è male resta inaccessibile. In tal caso non esistono il bene e il male; rimane solo il calcolo delle conseguenze: l'*ethos* viene sostituito dal *calcolo*” (J. Ratzinger, *Fede, verità, tolleranza*, Cantagalli, 2003, p. 244).

Il criterio utilitarista risponde alla domanda: “Che cosa è meglio?”. Apparentemente il criterio pare condivisibile, ma filosoficamente è inattendibile, perché cade in una forma non universale di sapere. Infatti chi decide che sia “il meglio”? La singola coscienza? Con questo criterio si cade in una forma relativismo soggettivo che è come la melma in cui si va ad impantanarsi: le ruote girano a vuoto.

E' per questo motivo che in un clima di post-kantismo com'è quello in cui viviamo, in cui la ragione viene offuscata nella sua capacità metafisica, ossia di apertura veritativa sul reale, vi è il prevalere in bioetica “laica” dell'utilitarismo o, con parole più eleganti ma retoriche, della “qualità della vita”.

Per contro, il compito di una bioetica “cattolica” non è semplicemente quello di contrapporsi e nascondersi dietro ad un'affermazione di Dio che faccia da sostegno alle proprie tesi. Il compito di un'etica seria è che abbia il coraggio di confrontarsi con la risposta alla domanda del “come stanno veramente le cose?”. Ma per fare questo è necessario attestarsi su un concetto di *ragione aperta*, restituendo alla ragione la competenza di sondare la realtà nella sua intima struttura. La natura umana possiede un'orizzonte di conoscenza più ampio di quanto Kant ed il soggettivismo post-kantiano le abbia attribuito. Kant stesso con i suoi postulati della ragione pratica (sull'immortalità dell'anima e dell'esistenza di Dio) lo ha anche dovuto in qualche modo ammettere.

“Le scoperte scientifiche nel campo della bioetica e le possibilità di intervento tecnico sembrano talmente avanzate da imporre la scelta tra le due razionalità: quella della ragione aperta alla trascendenza o quella della ragione chiusa nell'immanenza. Si è di fronte a un aut aut decisivo. La razionalità del fare tecnico centrato su se stesso si dimostra però irrazionale, perché comporta un rifiuto deciso del senso e del valore. Non a caso la chiusura alla trascendenza si scontra con la difficoltà a pensare come dal nulla sia scaturito l'essere e come dal caso sia

nata l'intelligenza. Di fronte a questi drammatici problemi, ragione e fede si aiutano a vicenda. Solo assieme salveranno l'uomo. Attratta dal puro fare tecnico, la ragione senza la fede è destinata a perdersi nell'illusione della propria onnipotenza. La fede senza la ragione, rischia l'estraniamento dalla vita concreta delle persone" (Caritas in veritate n. 74)

Perciò una posizione intelligente sulla bioetica è di evitare le contrapposizioni frontali, anche se posizioni diverse e contrapposte esistono. Si tratta piuttosto di individuare il punto genetico originario da cui partire. E a mio avviso, questo punto d'origine per una riflessione che sia il più possibile universale e comune, cioè un punto di partenza per un dialogo con tutti, è quello di un sano realismo che si interroga a partire da questa semplice domanda: come stanno veramente le cose? Com'è la realtà, al di là e prima di una posizione ideologica? Qual è il senso umano delle opzioni che si possono maturare?

6. Il pensiero della bioetica diventa poi ancor più fecondo e umanamente attraente quando, nella fede cristologica, ci si addentra nel mistero dell'uomo amato da Dio nel suo Figlio Gesù fino al dare se stesso là sulla croce.

PARTE PRIMA - INTRODUZIONE ALLA BIOETICA

CHIARIMENTI TERMINOLOGICI

- (di G. Turati)

La nostra epoca sta vivendo l'esperienza di un progresso scientifico e tecnico mai visto prima d'ora, che apre all'uomo sempre nuove prospettive di intervento e di dominio sulla sua vita. Questo suo "potere" sulla natura umana, che una volta avrebbe fatto il suo corso misterioso e sapiente, è oggi avvertito dall'uomo contemporaneo come una sua possibilità e responsabilità.

Sarà capace l'uomo di portare il peso di questa responsabilità? La convinzione tipica dell'epoca moderna (a cominciare almeno dal sec. XVII), cioè che il progresso civile e sociale dell'umanità sarebbe stato legato alla crescita continua del progresso scientifico, oggi non è più pacificamente accettato.

Così l'uomo si interroga circa il valore del suo progresso, la qualità della vita e la bontà delle sue scelte e azioni sulla vita stessa. In particolare, di fronte alle possibilità tecniche rese possibili dal progresso scientifico sorge l'interrogativo: è *consentito* (moralmente) all'uomo porre in atto tutto ciò che è *in grado* (tecnicamente) di fare? Questo il problema etico fondamentale della bioetica.

Scienza e sapienza

E' evidente che non si può rinunciare al progresso della scienza; anzi, il progresso scientifico è una vocazione per l'uomo. D'altra parte, l'uomo avverte che la scienza non deve prescindere dai valori morali se vuole essere autentica e a servizio dell'umanità. In altri termini, la scienza ha bisogno di camminare di pari passo con la sapienza e il progresso scientifico con la riflessione etica.

La scienza da sola non basta: essa ci dice che cosa siamo in grado di fare, ma non ciò che possiamo (ciò che ci è consentito) e ciò che dobbiamo (ciò che è doveroso) fare. La scienza non può dire ciò che è giusto e ciò che non è giusto. Per essere veramente a servizio dell'uomo le applicazioni della scienza devono essere guidate dalla responsabilità nei confronti di istanze (valori) che sono poste fuori dalla scienza e che sono percepibile solo alla luce di una visione globale dell'uomo (antropologia).

Peraltro, le vie della scienza e quelle dell'etica non sono di per sé divergenti, perché se sono autentiche vanno nella medesima direzione: quella della verità (e quindi del bene) umano.

Medicina ed etica

E' soprattutto la medicina, più ancora che ogni altra scienza, che ha bisogno di cercare l'equilibrio tra l'imperativo tecnico (la necessaria acquisizione di sempre nuove conoscenze e più efficaci mezzi terapeutici) e l'imperativo etico (la promozione del bene integrale dell'uomo).

Le possibilità della medicina riguardano direttamente l'uomo in quanto tale (si pensi alle possibili applicazioni alla generazione umana delle tecnologie riproduttive e dell'ingegneria genetica, ai trapianti d'organo, alla rianimazione, al prolungamento artificioso del processo della morte, all'eutanasia ...) ed hanno grande rilevanza in ordine alla qualità della sua vita individuale e sociale, presente e futura.

Ethos ed etica

Per capire meglio che cos'è l'etica, vale forse la pena di descrivere prima il significato del concetto di *ethos*. Il termine "*ethos*" era usato in greco per indicare il "carattere" (inteso come "disposizione psichica") dei personaggi di un'opera letteraria. A sua volta "*ethikos*" indicava quelle parti di un poema in cui meglio si manifestava il carattere (*ethos*) di un personaggio e ha approssimativamente il significato dell'aggettivo italiano "psico-logico". *Ethos* indicava dunque il modo di sentire e di volere di un personaggio: in questo senso si parla oggi di *ethos individuale*.

Ma il termine *ethos* ha oggi assunto un significato più ampio e può definirsi come l'insieme dei principi e delle norme (giuridiche e morali) che ispirano l'esistenza concreta di un popolo in una determinata epoca. In questo senso, si usa il termine *ethos* per indicare genericamente il "costume", che si esprime in una serie di modelli di comportamento tipici di una popolazione o di un gruppo sociale.

L'*etica*, in quanto scienza e disciplina scolastica, è una riflessione critica sull'*ethos*, per verificarne il valore e l'autenticità, per assumerne i tratti positivi e per favorirne un'evoluzione verso forme migliori. In breve, l'etica è la scienza che studia il comportamento umano (*ethos*) dal punto di vista del bene e del male (riflessione critica).

Diritto e morale

Le norme che regolano l'agire umano sono fondamentalmente di due tipi: norme giuridiche e norme (e principi) morali. Il diritto e la morale sono due categorie fondamentali di una riflessione etica. Le norme giuridiche sono costituite da tutte quelle leggi o ordinamenti giuridici che regolano in maniera obbligatoria la vita di un popolo e che costituiscono il "diritto" (positivo).

Anche l'etica fa riferimento al diritto, ossia alle varie norme dell'agire, ma non le assume in maniera acritica semplicemente come regole pratiche di condotta, bensì le valuta dal punto di vista della ragione (*etica filosofica*) o della ragione illuminata dalla fede (*etica teologica*). In altre parole, dà una valutazione critica delle norme facendo riferimento al bene della persona e della convivenza umana ed eventualmente, quando le trovi inadeguate o ingiuste, dice come esse dovrebbero essere.

Il termine "morale" viene dal latino *moralis*, che è l'aggettivo di *mos*, che si può tradurre con il termine italiano "costume". Poiché il latino *mos* traduce normalmente il greco *ethos*, i termini "etica" e "morale" sono spesso adoperati come sinonimi.

Tuttavia, oggi con il termine "etica" si suole indicare, in senso lato, lo studio dell'insieme delle norme di comportamento sovra individuali, mentre con il termine "morale" si suole riferirsi a concezioni etiche particolari, ossia agli ideali e alle norme che ispirano il comportamento di singole persone e di gruppi di persone.

Nella nostra società occidentale convivono diverse e particolari concezioni etiche, diverse "moralì", ossia diverse visioni della vita e quindi diversi sistemi di norme morali. Esse conducono a conclusioni anche molto divergenti di fronte ad alcuni casi e situazioni dell'esistenza umana. Una delle concezioni etiche più significative della tradizione e della cultura occidentale è quella cristiana, tramandata attraverso l'insegnamento della "teologia morale".

L'etica, in quanto riflessione critica sull'*ethos* (cioè sul costume e sulle leggi, sia giuridiche sia morali), si distingue da una scienza empirica, che si limita ad una pura e semplice descrizione dei fatti (scienza descrittiva). Piuttosto, essa si interroga se ciò che è corrisponde a ciò che dovrebbe essere (scienza prescrittiva): in altre parole, se il *fatto* corrisponde ad un *valore*.

Ma quali sono i criteri in base ai quali formulare questo giudizio di valore? Poiché la scienza e il progresso sono a servizio dell'uomo, possiamo dire che la misura di ogni giudizio (etico) sulle applicazioni della scienza è il bene

autentico e integrale della persona umana. Possiamo anche esprimerci così: *all'uomo è lecito attuare tutto ciò che corrisponde alla sua umanità.*

Specialmente è necessario che corrispondano al bene dell'uomo le applicazioni della biologia e della medicina. Queste consentono di intervenire, in certi casi, in ciò che riguarda più radicalmente l'essere umano, il suo nascere e il suo morire, il suo vivere e il suo soffrire. La riflessione critica su queste applicazioni da luogo ad un ambito specifico dell'etica, che si chiama "*bioetica*", che può essere definita come la valutazione etica dei diversi interventi nel campo medico e della cura della salute alla luce del bene integrale della persona umana.

I diritti dell'uomo

Ma in che cosa consiste il "bene integrale" della persona umana? E' possibile specificare quali sono i valori e le esigenze in cui si esprime l'autentica umanità? E' possibile agli uomini individuare dei punti di riferimenti oggettivi e sicuri, che non siano espressione delle preferenze individuali (soggettive)? La questione circa l'esistenza o meno di un'*etica oggettiva* (un insieme di valori oggettivi), che proprio perciò interpellano la responsabilità di tutti, è oggi molto dibattuta e la risposta dipende dalla visione antropologica da cui si parte.

In ogni caso, nella cultura occidentale sono stati individuati di fatto alcuni valori umani (e quindi alcuni principi etici che li esprimono) universalmente riconosciuti: si suole indicarli con l'espressione "*diritti fondamentali dell'uomo*". Essi esprimono il valore e la dignità della persona umana. E' sulla base di essi che si può oggi costruire un discorso etico che abbia valore al di là delle diverse concezioni della vita e del mondo presenti nella nostra società.

Dobbiamo però subito osservare che oggi non c'è consenso unanime riguardo ai contenuti concreti di tali diritti, a motivo delle diverse concezioni etiche (diverse "moralì") che influiscono nell'interpretazione (e quindi nel giudizio riguardante la concreta applicazione) di molti di quei diritti pur da tutti affermati in linea di principio.

DIVERSE CONCEZIONI ETICHE

- (di G. Turati)

-

A differenza delle norme giuridiche, che sono formulate in maniera precisa, codificate e fatte valere per tutti, le *norme morali* si esprimono perlopiù nella forma di appelli rivolti alla coscienza e alla responsabilità di ogni persona umana. In una società culturalmente e religiosamente pluralistica, come quella occidentale, esse si rifanno a diverse concezioni della dell'uomo e suggeriscono soluzioni, talvolta fra loro molto divergenti, sul piano operativo.

Anche se non è sempre facile tracciare confini precisi e stabili tra le diverse visioni dell'uomo (visioni antropologiche), può essere utile evidenziare alcune formulazioni particolarmente significative in ordine alla comprensione di alcuni modi di sentire caratteristici del nostro tempo.

Etica relativistica (o storicistica)

Secondo un modo di sentire oggi molto diffuso i valori del vero, del giusto, del bene non sono da considerarsi come valori ed esigenze assolute immutabili, ma storicamente contingenti e relativi. In pratica, non si potrebbe stabilire in assoluto ciò che è giusto e ciò che è ingiusto, ciò che corrisponde alla verità e alla dignità della persona umana, ma si può dire cosa è giusto-ingiusto *solo relativamente* ad una determinata epoca o in una data situazione o secondo un certo costume.

In questa visione i diritti dell'uomo non sarebbero esigenze immutabili, ma fatti storici, manifestazione di bisogni di determinate epoche. In effetti, le molteplici violazioni dei diritti umani costituiscono uno dei problemi più gravi della storia presente.

E' forse per questo che lo storicismo contemporaneo arriva a considerare i diritti umani come valori fondamentali, che si impongono alla volontà del legislatore. In quanto tali, anche se storicamente relativi, essi possono rappresentare il punto di riferimento di un serio impegno etico e possono essere vissuti *come se* esprimessero valori assoluti.

Etica sociale (o marxista)

Verso la fine del sec. XIX, K. Marx e F. Engels hanno elaborato una specifica dottrina etica, che rappresenta ancora oggi una componente importante della cultura del nostro tempo. Secondo questa dottrina, i prodotti dello spirito (morale, religione, metafisica) non hanno autonomia propria, ma sono una "emanazione diretta" delle condizioni materiali economiche dell'esistenza. Non sarebbe la coscienza a determinare la vita, ma la vita che determina la coscienza.

In particolare, il marxismo ha reagito alla concezione individualistica e, in definitiva, egoistica dei diritti dell'uomo e dei rapporti sociali propria di alcune espressioni del pensiero liberale del suo tempo e ha profetizzato per i tempi futuri *un'etica collettivistica*, in cui ogni individuo rinunci ai propri vantaggi (e anche alle proprie idee, quando non coincidono con quelle ufficiali) per dedicare la vita alla costruzione del socialismo (inteso come il bene collettivo).

Etica utilitaristica

L'utilitarismo (una concezione etica oggi molto diffusa) assume come criterio di moralità di una determinata azione la ponderazione (il calcolo) dei vantaggi e degli svantaggi, dei benefici e dei costi che da essa scaturiscono: è perciò considerata buona quell'azione che, con il minor costo in termini di sacrificio e di sofferenza, consente di raggiungere l'utilità e la felicità più grandi possibili.

L'utile può essere considerato sia in funzione del soggetto che agisce, sia prevalentemente in funzione degli altri. Nel primo caso, si privilegia il piacere (*edonismo*) o il vantaggio personale (*utilitarismo*); nel secondo caso si afferma che la ricerca del proprio piacere deve avere riguardo del piacere altrui, perché in forza di una specie di aritmetica morale la felicità di ognuno diventerebbe automaticamente la felicità di tutti (*utilitarismo classico*).

Etica della situazione

Si tratta di una forma particolare di relativismo, che affronta il problema etico accentuando il valore della libertà individuale e della situazione concreta a scapito dei principi universali, non più considerati come norme ultime cui la libertà deve attenersi. Si ritiene invece che le situazioni della vita vissuta siano sempre così nuove e così uniche da non poter essere ricondotte a norme generali.

Secondo tale prospettiva, la coscienza ricava le sue scelte unicamente dall'interno della situazione, senza alcun riferimento a criteri esterni ad essa, perché questi rappresenterebbero un limite alla libertà del singolo che vive nel momento concreto.

Nella medesima prospettiva, non ci sarebbero ideali in cui si debba o si possa credere, non ci sono principi che possano rischiarare il cammino dell'uomo., per cui tutto nella vita dell'uomo (amore, matrimonio, vivere, morire...) è senza significato. Nella sua formulazione più assoluta l'etica della situazione propone una morale senza norme oggettivamente e

universalmente valide e quindi propone una morale del tutto *sogettiva* e individuale.

Etica soggettivista

Si tratta di una proposta etica che esalta la propria individualità e volontà a prescindere da qualsiasi norma superiore e da ogni giudizio morale. Tale modo di sentire è *soggettivista* (considera il soggetto che agisce come l'unico criterio della verità morale), *individualista* (conosce come unico criterio del bene l'affermazione di sé), *libertario* (prescinde da ogni sistema oggettivo di valori), *naturalista* (ricerca l'autoaffermazione attraverso il soddisfacimento dei propri desideri e bisogni), *scettico* (considera l'etica, la cultura e la religione come un semplice prodotto della storia in continua evoluzione).

Una tale concezione etica rappresenta un aspetto importante della cultura contemporanea. Da essa discende un particolare modo di considerare i temi e i problemi dell'etica in generale e in specie quelli connessi all'esercizio delle professioni sanitarie. In questa visione, infatti, non vi sono remore a giustificare comportamenti quali l'eutanasia e il suicidio.

Una concezione etica di questo orientamento che si è imposta notevolmente nella cultura contemporanea è quella di S. Freud, che vede nelle istanze della coscienza morale (il Super-io) una mistificazione di condizionamenti psichici inconsci e quindi un fattore repressivo e inibitore, da cui ci si deve liberare, perché genera turbe psichica.

Neopositivismo etico (scientismo)

Il positivismo, ossia la concezione filosofica che considera come unica forma di conoscenza quella propria delle scienze positive, è stato riformulato in tempi recenti in riferimento a problemi riguardanti la verità e i valori umani e si suole denominare neopositivismo etico.

Sostanzialmente il neopositivismo considera i valori morali percepiti dalla "coscienza" come una descrizione e ripetizione di emozioni soggettive, in quanto i valori etici oggettivi sono inconoscibili. Poiché i criteri universali in base ai quali si approva o si disapprova un comportamento umano non sono verificabili scientificamente, essi sono perciò "privi di interesse per tutti gli uomini".

Una tale dottrina è espressione di un "non-cognitivism etico", già formulato nella cosiddetta "legge di Hume", secondo il quale da posizioni descrittive (riguardanti l'essere) non si possono trarre proposizioni prescrittive (attinenti al dover essere).

Etica personalistica

Nella riflessione attuale un ruolo particolarmente significativo è svolto dai filosofi che si ispirano al *personalismo*. Questa visione antropologica parte dall'idea che la persona è irriducibile ad un oggetto; inoltre la persona, incarnata in un corpo e immersa nel divenire storico, è per natura sua comunitaria.

Il modello etico elaborato dal personalismo intende, quindi, promuovere la verità intera sull'uomo. Perciò una riflessione etica che voglia essere autenticamente umana, nell'elaborare i criteri morali deve partire dall'uomo inteso come "persona" (non come individuo): infatti, la persona umana è il valore fondante, trascendente, intangibile e normativo sia della riflessione sia della pratica bioetica.

Visione etica cristiana

Si basa filosoficamente sulla concezione etica personalistica con la differenza che a ciò che già la ragione umana arriva a conoscere sul concetto di persona aggiunge quanto è contenuto nella Rivelazione, che viene proposta dalla Bibbia e interpretata alla luce della Tradizione e degli insegnamenti del Magistero della Chiesa.

L'antropologia cristiana ha il suo paradigma nella persona di Gesù Cristo, modello di umanità. In particolare, secondo la concezione cristiana l'uomo è unità di corpo e di spirito. E il principio di tale unità è l'*anima* spirituale e immortale, che fa sì che l'uomo esista come un tutto e non come un insieme di parti.

Secondo la concezione cristiana vanno riconosciuti la dignità, il valore e i diritti propri dell'uomo ad ogni individuo appartenente alla specie umana, dal suo concepimento sino alla sua morte naturale, qualunque siano le sue condizioni fisiche e mentali.

Dal punto di vista cristiano tali diritti sono fondati ontologicamente e stabilmente nella verità-dignità della persona umana come "immagine di Dio". Perciò i diritti dell'uomo corrispondono alla sua natura e ne esprimono i dinamismi e le esigenze fondamentali ed autentiche. Essi sono: naturali, universali, immutabili e oggettivi. Pertanto, i valori umani (i valori morali) sono da considerarsi oggettivi e universalmente conoscibili, anche se di fatto la loro individuazione avviene in sintonia col crescere della storia e della cultura.

LA LEGGE MORALE E LA LEGGE CIVILE

(di G. Turati)

Nella vita sociale il cristiano si trova a confronto con altre leggi, di origine umana, che nel contesto attuale della società pluralistica seguono una logica diversa, talvolta in conflitto con essa.

Il "sistema delle leggi" nella tradizione teologica

Nella teologia scolastica medievale fu elaborato un "sistema delle leggi" che fu mirabilmente esposto da San Tommaso nella *Summa Theologiae*:

- *legge eterna* (di tradizione agostiniana): la sapienza eterna che governa in modo provvidente il mondo,
- *legge naturale*: la partecipazione della legge eterna nella creatura razionale dell'uomo,
- *legge divina*: il momento storico positivo della rivelazione nella sua duplice forma:
- *antica*: che ripropone il nucleo centrale della legge naturale (Decalogo),
- *nuova*: compimento nella carità del significato della legge, mediante lo Spirito Santo.

Questa impostazione permette di cogliere l'unità profonda del progetto divino nella diversità di tutte queste leggi. In questa visione la *legge umana* ha un ruolo specifico e particolare: quello di attualizzare, mediante leggi e sanzioni, quegli elementi della legge naturale che sono indispensabili alla vita sociale.

Al centro dell'idea di legge umana c'è il concetto di *bene comune*, che non è la somma dei beni individuali, ma l'insieme delle condizioni della vita sociale che permettono a tutti e a ciascuno di raggiungere la propria perfezione. L'idea di bene comune ha in sé la concezione per cui la persona umana non può arrivare alla propria perfezione da se stessa (*individualismo*), ma solo nel suo rapporto personale con gli altri (*personalismo*).

In concreto, le leggi civili non hanno la funzione di reprimere tutti i vizi e di garantire tutte le virtù, ma si limitano a reprimere i comportamenti che possono nuocere gravemente alla convivenza: di qui il principio classico della *tolleranza*, già proposto da Sant'Agostino e definito da san Tommaso. Secondo questo principio, talvolta la legge umana può tollerare qualcosa, la cui eventuale repressione provocherebbe un danno ancora più grave alla società. In questa visione le leggi civili per sé non sono in contrasto con la legge morale: anzi, traggono il loro valore proprio da queste ultime.

Diritto e morale nella società pluralistica attuale

Con l'epoca moderna si è prodotta una separazione del diritto dalla morale e si è elaborato un sistema di leggi umane *etiam Deus non daretur*. Da questi inizi si è poi giunti nell'epoca contemporanea ad affermare il primato stesso del diritto sulla morale.

Questo processo ha portato a concepire le leggi dello Stato come il risultato di un consenso maggioritario della volontà dei cittadini, senza alcun riferimento trascendente della legge, che viene intesa come mera espressione delle decisioni umane. Il problema del fondamento di legittimità di tali leggi si converte quindi in una questione di correttezza delle procedure. Questo proceduralismo porta all'attribuzione di un primato formale della giustizia sul bene comune e si limita ad un accordo sul "minimo" da esigere, secondo una razionalità molto diversa da quella propria della morale.

In questo contesto l'*etica* viene relegata nello spazio del privato e considerata come espressione di preferenze soggettive, ma prive di rilevanza sociale e non universalmente fondate, mentre il *diritto* deve custodire il minimo necessario per la convivenza pacifica.

Dopo le esperienze tragiche dei totalitarismi del Novecento e con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) si è sentita nuovamente la necessità di un principio etico a fondamento degli ordinamenti giuridici particolari. Tale fondamento fu trovato nel (più moderno) concetto di *diritti fondamentali dell'uomo*, che praticamente corrispondeva ai contenuti essenziali di quel *diritto naturale*, che è la parte sociale della dottrina tradizionale della legge naturale. Come tale fu accolto e valorizzato da molti documenti del Magistero sociale della Chiesa.

Occorre però fare attenzione che non vi è perfetta coincidenza tra la visione cristiana (personalista) del diritto naturale e la concezione meramente individualistica dei diritti, che soggiace alle teorie liberali. In particolare, per la visione liberale i diritti fondamentali non sono un nucleo originario che le leggi civili devono riconoscere e rispettare, ma piuttosto una materia pur sempre oggetto di discussione e decisa a maggioranza. La *Centesimus annus* ha sottolineato i pericoli di questa ideologia liberale: «*se non esiste nessuna verità ultima la quale guida e orienta l'azione politica, allora le idee e le convinzioni possono essere facilmente strumentalizzate per fini di potere*» (CA 46).

Legge civile e legge morale secondo il Magistero della Chiesa

L'*Evangelium vitae*, al n. 71, precisa che se il compito della legge civile è diverso e limitato rispetto alla legge morale, tuttavia non può essere disgiunto dalla sua base morale. La diversità riguarda l'obiettivo della legge civile, che è quello di assicurare il bene comune: il bene comune non è semplicemente la somma dei beni individuali, ma l'insieme di quelle condizioni che permettono a tutte e a ciascuna delle persone di realizzarsi secondo la propria dignità e vocazione, in una convivenza sociale giusta. Per questo, le leggi civili, in quanto espressione di un'autorità legittima, preposta al bene comune, hanno un valore vincolante per la coscienza morale del cristiano (cf Rom 13, 1-2; 1 Pt 2, 13-14).

Secondo il principio di tolleranza (che abbiamo visto avere radici cristiane), lo Stato rinuncia talvolta a sanzionare penalmente alcuni comportamenti immorali o contro il bene comune, quando la loro repressione potrebbe provocare danni maggiori. Tuttavia, la tolleranza non può essere senza limiti, perché vi sono dei comportamenti che, se ammessi, feriscono così gravemente il bene comune da far perdere di senso lo Stato stesso che li ammettesse. Si tratta dei diritti fondamentali della persona, quali il diritto alla vita e all'integrità fisica di ogni essere umano, il diritto alla libertà religiosa, di pensiero e di espressione, i diritti del matrimonio e della famiglia come istituzione. In caso di conflitto tra legge morale e legge civile su questi diritti fondamentali, vale il principio che *«bisogna obbedire a Dio piuttosto che agli uomini»* (At 5,29).

A proposito della modalità di intervento delle leggi civili, occorre distinguere tra:

- depenalizzazione: la rinuncia a sanzionare penalmente un comportamento (a certe condizioni), che continua ad essere considerato negativamente (es. uso di droghe);
- legalizzazione: un comportamento, che prima era fuori legge, ora viene accolto dalla legge e regolamentato, talvolta viene addirittura prevista la sua attuazione nel quadro della pubblica amministrazione (es. aborto procurato).

Il cristiano di fronte alle leggi ingiuste

Dal punto di vista etico il criterio decisivo è quello del tipo di collaborazione che viene richiesto:

- mai potrà essere legittima una collaborazione formale (cioè che condivide anche solo implicitamente l'intenzione negativa dell'atto),

- mentre una collaborazione solo materiale dovrà essere valutata nella sua liceità considerando i fattori moralmente rilevanti del contesto concreto.

Quando la legge prevedesse da parte dei professionisti la collaborazione formale con azioni contro la vita (è il caso della collaborazione all'aborto procurato), si impone il «grave e preciso obbligo morale di opporsi, mediante l'obiezione di coscienza» (*Evangelium vitae*, n. 73).

Sulla linea opposta a quella della collaborazione si trova la scelta di taluni di resistere alle leggi ingiuste mediante la *protesta pacifica* o anche la *disobbedienza civile*: in quest'ultimo caso, il fine è quello di attirare l'attenzione dell'opinione pubblica su azioni ingiuste, mostrando il proprio rispetto per l'autorità, anche accettando la pena conseguente al proprio gesto. Si tratta di valutare con prudenza la situazione concreta, per vedere se con la disobbedienza civile non si vada contro responsabilità morali più gravi: in linea di principio, la legittimità di tale atteggiamento non può essere esclusa.

Due problemi specifici riguardano il tipo di collaborazione richiesto da alcune professioni e il problema della liceità morale dell'obiezione fiscale.

- Nel caso di professioni che implicano una *collaborazione* ad attività almeno discutibili sul piano etico (personale sanitario, operatori della comunicazione, operatori bancari e finanziari, attività parlamentare...), occorre molta prudenza. Per esempio, a riguardo del contesto procedurale dei lavori parlamentari, che comporta interventi a livello di proposte di leggi magari non perfettamente in linea con la legge morale, l'*Evangelium vitae* invita ad intervenire non solo per promuovere leggi pienamente rispettose del diritto alla vita (obiettivo primario), ma, qualora ciò non fosse realisticamente possibile, anche per «favorire un legge più restrittiva (...) in alternativa ad una legge già in vigore o messa al voto» (EV 73).
- Per quanto riguarda il problema della liceità morale di *astenersi al pagare le tasse*, quando il sistema legislativo preveda che i contributi fiscali servano a finanziare (ad esempio tramite il sistema sanitario pubblico) azioni contro la vita, l'obbligo di pagare le tasse non viene automaticamente meno per il fatto che ci siano abusi: nonostante le buone intenzioni soggettive, il rifiuto di pagare le tasse potrebbe configurarsi come un sottrarsi individualistico alla logica del bene comune della società.

La condizione paradossale del cristiano nel mondo

Il cristiano si trova ad operare nel mondo, nel quale è chiamato ad introdurre la novità evangelica, proprio per far evolvere il mondo in direzione del regno di Dio.

All'interno della Chiesa vi sono vocazioni diversificate:

- i *laici* sono chiamati ad inserire la novità evangelica nelle realtà temporali,
- mentre i *religiosi* sono chiamati a dare testimonianza profetica delle realtà escatologiche.
- Evidentemente i due diversi stati di vita danno luogo a corrispondenti azioni nel mondo, dal momento che ciascuno è chiamato ad una missione originale.

BIOETICA LAICA E CATTOLICA

(di B. Jalkh)

Nascita del termine bioetica:

Nel 1970 comparve per la prima volta la parola bioetica in un articolo² pubblicato dall'oncologo olandese Van Rensselaer Potter (1911-2001), residente negli USA. Essa denomina un nuovo ambito del sapere etico destinato a studiare sistematicamente gli interventi umani nel campo del *bios*, della vita. La sua proposta nasceva dalla preoccupazione allarmata nei confronti degli sviluppi delle scienze sperimentali e della tecnologia, che venivano sentiti come una minaccia per la sopravvivenza dell'umanità e dell'intero ecosistema.. Nel suo libro *Bioetica: ponte verso il futuro*, pubblicato nel 1971, Potter denunciava come innaturale e pericoloso la scissione fra ambito scientifico e umanistico del sapere e auspicava una mediazione fra le due culture. Per la prima volta nella letteratura scientifica si poneva in dubbio il concetto ottimistico di "progresso" e se ne svelava la sua ambiguità e pericolosità. Questo ponte secondo Potter dovrebbe salvare l'umanità del futuro e consentirle la sopravvivenza. Infatti, nella parola bioetica, *bio* sta a significare la conoscenza biologica, la scienza dei sistemi viventi, mentre *etica* sta a rappresentare la conoscenza dei sistemi dei valori umani.

Lo sviluppo della Bioetica

Lo sviluppo della nuova disciplina avvenne nelle università, grazie alla fondazione dei primi due *Centri di Bioetica* statunitensi. Il primo *Centro*, l'*Hasting Center* di New York³, sorse nel 1969 ad opera del filosofo cattolico Daniel Callaghan in collaborazione con lo psichiatra W. Gailain. Questo centro (proponendosi di restare indipendente da connotazioni ideologiche e religiose) si occupò di problemi di sperimentazione clinica, organizzazione sanitaria e programmi sociali di natura educativa. Il secondo *Centro*, il

² V. R. Potter, *Bioethics: de Science of Survival*, in "Perspectives in Biology and Medicine", 14, (1970), pp. 127-153.

³ La denominazione di questo primo centro è: *The Institute of Society, Ethics and Life Sciences*, con sede in Hastings in Hudson (New York).

*Kennedy Institute of Ethics*⁴, fu fondato nel 1971 dall'ostetrico olandese André Hellegers⁵ nell'ambito della Georgetown University di Washington retta dai gesuiti, grazie ai finanziamenti generosi della Fondazione Kennedy. Se Potter coniò il termine, Hellegers ebbe il merito di introdurre il termine bioetica (e con esso un campo di ricerca di pubblico interesse) nel mondo accademico, in quello delle scienze biomediche , nel governo e nei media. Inoltre, Hellegers (diversamente dalla idea di bioetica voluta da Potter) indirizzò e sviluppò una bioetica riguardante l'ambito sanitario, con il tempo il suo approccio bioetico divenne dominante. In ultimo, una altra spinta al diffondersi della bioetica fu data dalla istituzione dei *Comitati etici* negli ospedali, composti da rappresentanti dei malati e da esperti di vari settori, come organo di vigilanza sulla eticità dello svolgimento dell'attività clinica. In Italia sono presenti varie istituzioni fra le quali: il *Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore* (fondato a Roma nel 1985 da mons. E. Sgreccia è nella linea del personalismo ontologico neotomista), *Politea* (fondato a Milano nel 1985 da M. Mori, si propone di produrre una bioetica laica e pluralista), la *Scuola di Medicina e Scienze umane dell'Istituto Scientifico San Raffaele* (fondata a Milano nel 1982 da P. Cattorini mira ad una organica integrazione fra sapere scientifico e sapere umanistico).

Definizione di Bioetica

Una definizione ormai classica (fra le varie definizioni), ma è tutt'ora valida e rende bene l'idea, la si trova nella grande *Encyclopedia of Bioethics* (la prima edizione del 1978) prodotta dal *Kennedy Institute*, nella quale si definiva la bioetica come “lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle *scienze della vita* e della *cura della salute*, quando tale condotta è esaminata alla luce dei valori e dei principi morali”. In altre parole, essa è una *etica applicata o pratica* (facente parte dell'etica), derivante cioè dalla applicazione di una data *teoria etica*, con i suoi presupposti fondativi e con il suo sistema normativo, a un ambito preciso dell'agire umano, quello sulla vita e la salute. Questo ambito di studio conferisce alla bioetica una intonazione più medica, da cui il termine di *bioetica medica* o

⁴ La denominazione del secondo centro è: *The Joseph and Rose Kennedy Institut for the Study of Human Reproduction and Bioethics*.

⁵ Egli essendo stato membro della commissione pontificia sui problemi della natalità e fecondità che avrebbe portato alla enciclica *Humane Vitae*, avvertì l'urgenza di promuovere studi e approfondimenti etici nel campo delle scienze biomediche.

etica bio-medica. Si parla invece di *bioetica globale* quando l'ambito di studio viene allargato per comprendere non solo la vita umana, ma il fenomeno vita in tutto la sua vastità, tenendo in considerazione le strette relazioni dei viventi tra loro e con l'ambiente. Si distinguono inoltre, tre livelli di riflessione fra loro articolati: la *bioetica generale* che tratta le questioni preliminari e fondative di tipo meta-bioetico (modelli antropologici, teorie etiche, produzione delle norme...); la *bioetica speciale* che studia i singoli problemi (eutanasia, fecondazione artificiale...); la *bioetica clinica* o casuistica che discute i casi particolari.

Il metodo Bioetico

La bioetica in quanto a disciplina scientifica, ha il suo oggetto materiale che è il fenomeno vita (condiviso con le altre scienze), mentre il suo oggetto formale è il punto di vista etico con il quale studia il suo oggetto. Di conseguenza, pur essendo essenzialmente un'etica, il *metodo bioetico* si caratterizza per un suo approccio multidisciplinare e interdisciplinare; perché necessita dell'apporto di biologi, medici, giuristi, sociologi, filosofi e teologi. Da ciò deriva che per un suo corretto funzionamento, la bioetica necessita di una *scienza ermeneutica*, che faccia da mediazione tra il dato empirico e l'elaborazione normativa. Questo compito viene svolto in bioetica dalla antropologia e dalla cosmologia filosofica. Inoltre, dovendo risolvere i nuovi problemi etici sollevati dalla scienza e dalla tecnologia, la bioetica viene a costituirsi come una nuova disciplina di frontiera, che si rivolge non solo agli addetti del lavoro, ma anche a tutti i componenti della società.

Bioetica laica e bioetica cattolica: contrapposizione o arricchimento?

Oggi, nell'ambito della discussione sulla *bioetica generale* si assiste normalmente (nei vari paesi del mondo), ad un dibattito sostenuto dalle varie teorie etiche e filosofiche presenti. In Italia, si è voluto (in modo artificioso) qualificare questo dibattito bioetico come una specie di lotta tra una bioetica di ragione e una bioetica di fede. Infatti, la distinzione tra laico da un lato e cattolico dall'altro, è una distinzione che ha caratterizzato, per lo più il dibattito italiano dove si è venuto a costituirsi un atteggiamento di contrapposizione piuttosto che di dialogo. Secondo Mons. Sgreccia, "si vorrebbe, infatti, contrapporre ad una visione «aperta» e «rispettosa» delle scelte di tutti – quale sarebbe quella «laica» – la visione cattolica indicata

come «chiusa» e «intollerante», inaccettabile in una società pluralista ed eterogenea come la nostra. In sostanza, la bioetica laica sarebbe fondata sulla ragione e sui valori della coscienza ed invece quella cattolica sarebbe fondata sui dogmi e sulla fede e si pensa che l'una visione sia inconciliabile con l'altra⁶. Dal punto di storico i fatti accaduti mostrano chiaramente quanto è stato detto sull'andamento del dibattito italiano. In effetti, negli anni ottanta si è cominciato a parlare di bioetica «personalista», mentre soltanto quasi dieci anni dopo si è registrata la prima reazione ufficiale della bioetica «laica⁷» e che oltretutto ha riconosciuto di essere intervenuta in «ritardo» reagendo al personalismo, identificato dai «laici», come posizione «cattolica». È importante notare che l'aggettivo «cattolico» è stato attribuito alla bioetica personalista dai «laici», mentre la bioetica personalista ha preferito autodenominarsi originariamente, appunto, «personalista».

Secondo U. Scarpelli, per laicità in bioetica, non si intende un'etica che parta dalla negazione di Dio (in tale senso si dovrebbe piuttosto dire *atea*), bensì un'etica razionale che ragioni *etsi Deus non daretur*, mettendo tra parentesi la fede e il discorso teologico. A questo punto, non ci sarebbe una grande contrapposizione dato che ogni etica, sia pure quella personalista, intende elaborare una etica filosofica fondata su un argomentare razionale. Il problema si sta nel significato che la *bioetica laica* (pur nella diversità delle teorie etiche che essa racchiude) dà al termine razionalità. In effetti, la ragione nel rapportarsi alla conoscenza della realtà e della natura non può fare altro che registrare ciò che è accaduto o che ciò accadrà in base al calcolo delle conseguenze. La natura risulta essere opaca e sterile, non dice nulla all'uomo sul senso o sul valore che si nasconde dietro la rilevazione dei fatti. Questa concezione materialistica e deterministica della natura, nega la possibilità della ragione umana di conoscere una verità oggettiva nella realtà e da ciò deriva l'autoreferenzialità dell'etica laica.

Da parte sua la bioetica personalista rifiuta l'etichetta di cattolica, cristiana o religiosa. Non perché tali aggettivi contrastino con i contenuti che essa propone (essendone, invero, complementari), ma perché tali aggettivi finirebbero per provocare alcuni fraintendimenti. Di fatto, la bioetica personalista si inserisce nel dibattito bioetico come un'etica anch'essa

⁶ E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, Vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1999³, p.68.

⁷ Mi riferisco in particolare al «manifesto della bioetica laica» pubblicato su «Il Sole 24 Ore» da C. Flamigni, A. Massarenti, M. Mori, A. Petroni, *Primo, rispetta i valori altrui*, 9 giugno 1996, n. 156, p. 27.

razionale. Dove la ragione ha un compito forte: di cogliere progressivamente il significato inscritto intrinsecamente nella natura. In tale senso, l'etica diventa oggettiva, ossia radicata nella natura. L'uomo attraverso la ragione, riconosce gradualmente il senso oggettivo della realtà e non conferisce soggettivamente il senso alla realtà. In particolare, la bioetica personalista individua nella persona, identificata con l'essere umano, il criterio centrale dell'agire in bioetica.

Lo specifico della bioetica cattolica

Una caratteristica della Chiesa Cattolica, presente fortemente nel periodo patristico, è il dialogo, continuo in essa tra fede e ragione. Un esempio lo si trova nell'introduzione della parola *bioetica* per la prima volta nel Magistero della Chiesa, nell'enciclica di Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae*, al n. 27:

“Particolarmente significativo è il risveglio di una riflessione etica attorno alla vita: con la nascita e lo sviluppo sempre più diffuso della *bioetica* vengono favoriti la riflessione e il dialogo – tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni – su problemi etici, anche fondamentali, che interessano la vita dell'uomo”. Con queste parole del Pontefice, si è voluto assegnare alla bioetica un compito che va al di là di una particolare visione religiosa e che interpella direttamente la ragione dell'uomo, chiamandolo a riflettere sull'intimo significato della sua stessa esistenza e dell'ambiente nel quale si trova. In questo dialogo tra ragione e fede, la *bioetica cattolica* si specifica per il modello antropologico cristiano a cui essa fa riferimento. Gli elementi di riferimento sono i seguenti:

1. *L'uomo esiste in relazione con Dio*: su questa *creaturalità* dell'uomo, deriva la convinzione della dignità, del valore e della autonomia della persona umana.
2. *L'uomo è uno e insieme multidimensionale*: di conseguenze ogni intervento sull'uomo riguarda tutta la persona. Inoltre, l'integrità e i dinamismi del corpo umano non sono indifferenti dal punto di vista etico.
3. *L'uomo è immagine di Dio, ed esiste in Cristo*.

QUALITÀ E SACRALITÀ DELLA VITA

(di B. Jalkh)

La categoria tradizionale di salute era di natura tipicamente medica perché definiva la salute come assenza di malattia. Nel secolo XX si è imposta una visione nuova che cercava di superare la medicalizzazione della salute e allargava la comprensione della salute alle strutture sociali, lavorative, ricreative, educative, abitative, alimentari.

A questa comprensione allargata può essere riportata la celebre definizione di salute offerta dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel Protocollo di costituzione, il 22 luglio 1946: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia o di infermità".

Qualità della vita

Le luci e le ombre contenute nella idea della salute come benessere si sono riversate ed espresse, a partire dagli anni '50, nella categoria di qualità di vita e si può dire che la categoria di qualità della vita è diventata un modo usuale per riferirsi alla salute in termini di benessere, con una enfasi implicita sulle dimensioni soggettive della salute.

Nella letteratura bioetica la nozione di qualità della vita è un tema costante, ma non sempre adeguatamente argomentato. È facile verificare che, in genere, i sostenitori della cosiddetta bioetica della qualità della vita offrono molti indici e algoritmi per calcolarla e si impegnano seriamente per confutare il paradigma rivale, rappresentato - secondo molti di loro - dalla bioetica della sacralità della vita, ma si dimostrano più deboli quando si tratti di fondare e definire rigorosamente la qualità della vita.

Dal punto di vista teorico sono stati individuati diversi approcci a questa categoria, ma si possono individuare alcuni tratti comuni e ricorrenti. Prima di tutto, nel definire la qualità della vita si fa riferimento stati mentali piacevoli o dolorosi del soggetto in risposta alle sue condizioni psico-fisiche e sociali, per cui si ritiene che promuovere una buona qualità di vita consista nel produrre condizioni di vita gratificanti e nel rimuovere condizioni penose o dolorose. A livello sociale, per esempio, una politica sanitaria di allocazione delle risorse sarà ritenuta più o meno adeguata a promuovere la

qualità di vita a seconda degli effetti piacevoli prodotti e delle situazioni spiacevoli rimosse. L'insistenza sulla dimensione soggettiva della qualità della vita, se viene estremizzata, può introdurre un tale carattere di relatività che, alla fine, ne è impedita una qualsiasi valutazione oggettiva. Soggetti diversi, infatti, possono benissimo dare valutazioni diverse di che cosa sia una vita di buona qualità e questa variabilità, se non si compone con criteri di oggettività, sfocia nella più assoluta indeterminazione, contro la pretesa di fondare la valutazione del valore della vita su basi razionali e a partire da criteri verificabili e costanti.

Molti autori, cercando di superare le aporie derivanti da una accentuazione unilaterale della componente soggettiva della qualità della vita si sforzano, di riportare la qualità della vita sul terreno dell'oggettività e propongono di assumere come indici di essa la possibilità di esprimere alcune capacità ritenute propriamente umane. C'è chi, come H. Tr. Engelhardt, individua queste capacità nella integrità delle funzioni cerebrali, nell'autocoscienza e nella relazionalità e c'è chi, come Flettcher, riconosce la qualità di una vita davvero umana a chi dimostri un minimo intellettuale, autocoscienza, autocontrollo, senso del tempo, capacità di relazione, interesse per l'altro, capacità comunicativa, capacità di cambiare, equilibrio fra ragione e sentimento, funzioni neocorticali. In sostanza, sia che si tratti di riportare la qualità della vita a indici di fruibilità di beni e di piacevolezza, sia che si cerchi di focalizzarla su attività e capacità tipicamente umane la categoria di qualità della vita, alla fine, trascura le dimensioni più profonde, ontologiche e non efficientiste dell'essere. Inoltre, la nozione di qualità della vita rimanda sempre ad una antropologia che la sostanzia e la fonda. Sarà, infatti, l'antropologia di riferimento, spesso implicita e non tematizzata, a dirci che cosa si deve intendere per "una vita buona", o "degnata d'essere vissuta" e, ancora più radicalmente, chi è "umano" e quindi merita il nostro impegno per tutelare e promuovere la sua qualità di vita. Normalmente, in campo antropologico, i fautori della qualità della vita, dimostrano di presupporre una antropologia piuttosto semplificata. Se infatti, promuovere la qualità della vita significa rispondere in modo utilitaristico alle attese o realizzare condizioni di esistenza piacevoli, sarà necessario che il soggetto destinatario del nostro interesse o della nostra tutela possa apprezzare i risultati, avere attese, serbare memoria, percepire interessi. Non molto diversamente, in ambito neo-contrattualista, ci sono Autori che tendono a riconoscere come veramente umani in senso ontologico quegli esseri che

presentano in atto le capacità o qualità ritenute tipiche della persona e negano la cittadinanza nella comunità morale a quegli esseri umani che non riescono più o non riescono ancora a manifestare indici chiari di umanità, come l'autocoscienza o la capacità di instaurare relazioni interpersonali. Parallelamente varia anche la valutazione della forza del diritto ad esistere e a ricevere cure e assistenza.

Qui possiamo riconoscere il corto-circuito logico di tanta bioetica laica. La nozione di qualità della vita è sostanziata dall'antropologia di riferimento, ma l'antropologia tende a identificare come veramente umani i soggetti che già vivono o potrebbero vivere vite di buona qualità. La nozione di qualità della vita, in altre parole, non solo è criterio di eticità per stabilire il diritto alla tutela e il dovere di rispetto cura, ma concorre anche a definire l'umano. Esistono vite che non raggiungono standard di prestazione adeguati e che non sono ritenute meritevoli di tutela o della stessa tutela di cui godono le vite di buona qualità.

L'etica della qualità della vita, se è intesa così, conduce senza dubbio a introdurre discriminazioni fra gli esseri umani per quanto riguarda la loro dignità e i loro diritti. La categoria di qualità della vita usata come criterio di valore della vita umana nega il fondamento naturale e culturale dell'uguaglianza, e introduce un'etica della disuguaglianza; essa pretende di avere un'intima ragionevolezza e pretende di fondare su dati oggettivi (atti, condizioni psico-fisiche, fasi della vita, prestazioni ..) una disuguaglianza che è pura costruzione culturale.

Sacralità della vita

All'etica della qualità della vita si suole contrapporre –con un eccesso di semplificazione - l'etica della sacralità della vita. La bioetica della qualità della vita presuppone che la vita sia eticamente definita attraverso le sue qualità e ammette una disuguaglianza di valore tra le diverse esistenze umane. Con l'espressione sacralità della vita si possono intendere diverse realtà, ma fondamentalmente si vuol esprimere l'idea che il valore della vita umana non dipende da un apprezzamento e da una valutazione delle qualità che essa accidentalmente presenta, bensì dal fatto stesso di essere una vita umana. Affermare la sacralità di ogni vita umana e dedurne l'uguaglianza di dignità e l'intangibilità non nasconde che le diverse esistenze manifestano

qualità diverse, alcune desiderabili ed indesiderabili, non nasconde che per alcuni e, forse, molti la vita non sia felice, compiuta e realizzata, ma non per questo ritiene diminuita la dignità e il valore di quelle esistenze fragili e dolenti. L'agente morale è, dunque, chiamato non ad attribuire valore, ma a riconoscere il valore intrinseco di ogni vita umana in quanto umana. La vita non è un bene che si possiede e che può essere abbandonato o estinto quando cessa di apparire un bene desiderabile o utile, ma è l'esperienza complessiva del proprio esistere. Io non ho una vita, io sono un vivente.

La categoria di sacralità è molto criticata dalla bioetica laica, che parte spesso da una opzione antireligiosa e antimetafisica, ed è anche molto fraintesa. Alcuni danno alla categoria di sacralità una intonazione magico-sacrale e attribuiscono alla morale cattolica un grossolano vitalismo o esaltazione assoluta e incondizionata della vita biologica deridendola per il suo attaccamento a una visione prescientifica della vita. Altri – come la H. Kuhse in un celebre saggio – identificano la sacralità della vita con la sua intangibilità e giustificano tale intangibilità in modo nominalistico attraverso il comando divino: “Non uccidere”. Altri cercano di recuperare la categoria di sacralità demitizzandola e staccandola dal contesto religioso in cui nasce e nel quale è pienamente intellegibile: si parlerebbe allora di sacralità della vita in senso evocativo, emotivo, parenetico per indicare il valore che si attribuisce alla vita umana e spingere la gente al rispetto per essa.

Si cercano nella scienza, soprattutto nella teoria dell'evoluzione, nelle neuroscienze, nell'etologia e nella sociobiologia prove di una continuità ininterrotta fra vita umana e vita animale, per superare lo scarto ontologico fra uomo e animale e poter negare ogni valore speciale e tanto meno sacro alla vita umana. Il riduzionismo antropologico è il vero sottofondo di molta della bioetica laica e dell'antropologia diffusa nella cultura secolarizzata e comporta l'incapacità di cogliere la multidimensionalità della persona umana, il valore della sua vita il senso ultimo del suo esistere.

La convinzione della dignità, del valore, della autonomia della persona, rappresenta invece uno degli elementi qualificanti della proposta antropologica cristiana. Il pensiero cristiano, sin dai primi tentativi di pensare la fede da parte dei Padri, ha ritenuto irrinunciabile l'affermazione dell'eccedenza dell'uomo rispetto alla sua base o dimensione o componente biologica e materiale e ha trovato conveniente esprimere questa eccedenza ricorrendo al *theologoumenon* dell'anima. Per la bioetica cattolica “la vita

umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il suo Creatore, suo unico fine”.

Il valore della vita umana non deriva quindi da ciò che un soggetto fa o esprime, ma dal semplice suo esistere e dal suo essere costituita in relazione con Dio: la radice del valore e della inviolabilità di ogni vita umana sta ultimamente in Dio. Giovane o adulto, sano o malato, embrione o neonato, genio o idiota, il valore di ogni essere umano è del tutto indipendente dalla qualità delle sue prestazioni o della sua vita; ciò che conta è il suo essere in relazione con Dio. La visione cristiana della persona e del valore della sua vita ci permette di delineare una comprensione delle categorie di salute e di qualità di vita che non rifiuta gli apporti costruttivi del pensiero secolare, ma li rilegge in una prospettiva originale.

L'antropologia cristiana, così attenta a sottolineare l'unità della persona nella sua multidimensionalità, privilegia - è intuibile - una nozione olistica di salute e di malattia, in cui concorrono e interagiscono elementi corporei, psichici e spirituali senza dimenticare le imprescindibili risonanze relazionali. Promuovere la salute di un soggetto, allora, non significa procurargli l'assenza di qualsiasi limitazione o malattia o disagio, ma aiutarlo a vivere consapevolmente la sua vita nel modo più autentico a partire dalla concretezza delle sue condizioni psico-fisiche. D'altra parte il diritto alla salute non esige né la fruizione di qualità di vita standardizzate, né la medesima possibilità di conseguirle. La salute è equilibrio e armonia della persona, ma un equilibrio ed una armonia che non sono dati una volta per tutte e a tutti nello stesso modo. Ognuno deve essere aiutato a trovare la sua armonia e il suo equilibrio nella propria particolare situazione esistenziale perché il diritto alla salute non è limitato a coloro che godono di standard prefissati di qualità di vita prefissati, ma deriva dal diritto alla vita, diritto che è radicato in ogni persona umana in quanto soggetto di una vita che rimanda alla vita stessa di Dio e che si dispiega nei diversi itinerari esistenziali di ciascuno. Il diritto alla salute è un diritto logicamente e assiologicamente precedente il suo riconoscimento sociale perché la salute, pur essendo percepita e declinata attraverso categorie culturalmente condizionate, non è pura costruzione socio-culturale, ma si innesta sul nativo diritto alla vita come forza e capacità di vivere la propria vita.

Anche là dove la vita umana fosse vissuta dal soggetto e percepita dagli altri come una vita di bassa qualità, resta pur sempre quella qualità essenziale della vita che non dipende dalle sue qualità, ma dal valore in sé della vita umana. Di conseguenza, prendersi cura della salute propria e dell'altro significa riconoscere il valore dell'esistere proprio e altrui in tutta la sua vastità e nelle sue molteplici articolazioni. Prendersi cura della vita dell'altro significa, perciò, affermare che Dio esiste e che l'uomo è la sua immagine.

PARTE SECONDA - L'INIZIO DELLA VITA UMANA

LA PROCREAZIONE ASSISTITA

(di G. Turati)

Qualche dato per inquadrare il problema della sterilità di coppia

La sterilità affligge un numero considerevole, e oggi crescente, di coppie. Un numero che è in aumento proprio nei Paesi occidentali, probabilmente per fattori connessi con lo stile di vita. Con una certa approssimazione si può dire che in Italia la sterilità riguarda circa il 12-13% delle coppie, un dato comunque in linea con gli altri Paesi occidentali.

Le cause sono molteplici e interagenti. Quanto alle cause relative alla *donna* si segnalano, tra le principali: la tendenza a ritardare la prima gravidanza, l'aumento delle gravidanze ectopiche (fuori dall'utero), lo stress psico-fisico cui la donna è sottoposta nella vita odierna. Esiste anche una percentuale consistente di sterilità di cui non si riesce a capire la causa (28%).

Le cause relative all'*uomo* riguardano, in genere: l'insufficienza o assenza di produzione di spermatozoi, la impossibilità di fuoriuscita di spermatozoi anche se regolarmente prodotti, la tradizionale incapacità di avere un atto coniugale naturale (*impotentia coeundi*).

Le tecniche

Per dare un giudizio morale circa il ricorso alle tecnologie per realizzare la procreazione assistita (ne esistono almeno una ventina), è previamente necessario conoscere alcune distinzioni essenziali.

La prima è tra inseminazione artificiale e fecondazione *in vitro*. La prima avviene all'interno del corpo della donna, mediante l'introduzione dello sperma nelle vie genitali femminili: si tratta perciò di una fecondazione *intracorporea*.

Radicalmente diversa è la fecondazione *in vitro* con successivo trasferimento di embrioni nell'utero o in una tuba della donna: questo processo viene solitamente espresso con la sigla FIVET (Fecondazione In Vitro con Embryo Transfer).

Sia l'inseminazione artificiale, sia la FIVET possono essere *omologhe* (con gameti della coppia) oppure *eterologhe* (con gameti provenienti da donatori esterni alla coppia): è questa la seconda distinzione essenziale da fare.

Una forma particolare di inseminazione artificiale è quella chiamata GIFT (*Gamete Intra Fallopian Transfer*): consiste nel trasferimento di cellule uovo e di spermatozoi nelle tube con un catetere nel quale gli ovuli e gli spermatozoi sono separati da una bolla d'aria. Quindi, il congiungimento dei gameti avviene nella tuba, che è il luogo naturale della fecondazione. Questa tecnica non comporta perciò produzione di embrioni in laboratorio (anche questa circostanza è rilevante per il giudizio etico). Tuttavia questa tecnica è di sostituzione dell'atto coniugale e non di aiuto all'atto generativo: questo è il motivo per il quale, secondo il Magistero della Chiesa, permangono problemi di carattere etico, anche se non c'è la distruzione di embrioni (che aggraverebbero ulteriormente la tecnica).

Aspetti culturali

Prima di trattare gli aspetti etici, vale forse la pena di dire qualcosa sugli aspetti culturali connessi con queste tecnologie riproduttive.

Un primo aspetto è che il ricorso a tali tecniche è perlopiù vissuto dalle coppie sterili come fatto eminentemente privato e come via normale per risolvere un problema di natura squisitamente medica. L'obiezione più ricorrente è: «Se è possibile, risolvere il problema perché non farlo?». Risulta più difficile, anche ai credenti, tener conto di considerazioni di natura etica.

Ma l'aspetto forse più rilevante è il modo stesso di intendere la vita di coppia. Le grosse trasformazioni socio-culturali della famiglia e dei comportamenti relativi alla generazione di questi ultimi anni non si possono sintetizzare nella formula della contrapposizione tra una cultura religiosa (cattolica) ed una cultura non religiosa (laica). Ci troviamo invece di fronte a mutamenti trasversali che esprimono le contraddizioni culturali della modernità. Sessualità e procreazione vengono radicalmente separate, e diffusa è l'idea che l'atto sessuale non debba essere legato alla procreazione, la quale viene ad avere sempre più il senso di una decisione da programmare in rapporti agli altri impegni familiari o professionali.

Ciò risulta evidente anche dal linguaggio usato: quasi più nessuno parla di "generazione", di "procreazione" o di "lieto evento" per intendere la nascita di un figlio: è quasi inevitabile che si usi l'espressione "fare un figlio"! Il figlio oggi non è più il "fine" (né unico né primario) della coppia, ma caso mai l'oggetto del desiderio della coppia. Da una parte, i figli devono nascere

solo *se* desiderati e *quando* desiderati; dall'altra parte ogni figlio desiderato *deve* nascere. In questa prospettiva diventa quasi automatico il passaggio dal *desiderio* del figlio all'affermazione di un vero e proprio *diritto* al figlio, che dal punto di vista giuridico è un assurdo: una persona non può essere oggetto di diritto (sarebbe come quando c'erano gli schiavi).

Se c'è un diritto, questo è il diritto del figlio, meglio esistono alcuni diritti del bambino, tra i quali: il diritto conoscere le proprie origini, il diritto ad entrambi i genitori, il diritto alla famiglia e alla piena relazionalità, che comporta il divieto di accedere alle pratiche della procreazione assistita da parte di singoli individui.

Aspetti etici

Occorre dire subito quanto siano inefficaci oggi le argomentazioni di tipo razionale (che partono dall'ontologia della persona) per una mentalità come quella corrente, frutto di un processo combinato di privatizzazione della coscienza, di medicalizzazione degli eventi della vita umana e di meccanismi economici.

Più che dare delle regole, conviene forse formare le coscienze a ritrovare il senso umano, e non solo tecnico, di eventi legati al mistero, come quello della nascita di una persona. In ogni caso, gli aspetti etici decisivi per valutare le tecniche di procreazione assistita sono tre e riguardano: la sorte degli embrioni, il valore dell'atto coniugale, la rottura del rapporto di coppia.

La sorte degli embrioni

In tutte le pratiche di fecondazione artificiale, con la sola eccezione delle tecniche di inseminazione, si ha un altissimo spreco di embrioni, da molti (certamente dai laici, ma anche da qualche esponente del mondo cattolico) considerati non come persone umane, ma come un grappolo di cellule (almeno nei primi giorni di vita).

La posizione del Magistero della Chiesa, espressa nel documento *Donum vitae* (1987), è che la distruzione degli embrioni è illecita e in qualche modo assimilabile ad una pratica abortiva (cf II, 5). Il documento non entra in merito alla difficile questione se l'embrione si tratti o meno di una persona, ma afferma che l'essere umano va rispettato, "come" una persona, fin dal primo istante della sua esistenza (cf I,1). Questo è il criterio etico fondamentale per valutare gli interventi sull'embrione umano, che viene

ribadito anche nella successiva Istruzione *Dignitas personae* su alcune questioni di bioetica (del 2008).

Il valore dell'atto coniugale

Questa questione riguarda tutte le tecniche di fecondazione artificiale in quanto esse sostituiscono completamente l'atto coniugale.

La separazione che il Magistero condanna non è tanto tra il significato *unitivo* e il significato *procreativo* dell'atto coniugale (cf *Humane vitae*, n. 12), quanto piuttosto tra la procreazione e l'attività sessuale: la sessualità genitale è manipolata al punto da diventare inutile ai fini della procreazione.

Per comprendere l'illiceità di questa separazione occorre far riferimento alla distinzione, di fondamentale importanza in etica, tra fare ed agire: ciò che è effetto del fare umano (il prodotto dell'attività) vale meno della persona che lo produce, poiché su di esso il soggetto ne ha un dominio. Al contrario, l'atto coniugale non "produce" un figlio, ma "predispone le condizioni" perché il figlio, "se Dio vorrà", nasca.

L'Istruzione *Donum vitae* afferma che la riduzione del figlio a prodotto non è solo una eventualità, ma un esito ineluttabile connesso alla pratica della fecondazione artificiale. Pertanto, la valutazione negativa della FIVET, anche omologa, si fonda su una questione antropologica: l'intrusione della tecnica nella vita di coppia priva il bambino dell'atto fondamentale, che è il dono espresso nell'atto sessuale dei genitori.

L'intervento della tecnica porta con sé un'alta probabilità che il bambino non sia voluto per se stesso, ma risponda ad un desiderio narcisistico (anche di coppia). Per cui, anche nel cosiddetto "caso semplice", cioè in «una procedura di FIVET omologa, che sia purificata da ogni compromissione con la prassi abortiva della distruzione degli embrioni e con la pratica masturbatoria, rimane una tecnica moralmente illecita perché priva la procreazione umana della dignità che le è propria e connaturale» (II, 5).

La rottura del rapporto di coppia

Il terzo problema etico fondamentale è quello dell'unità della famiglia. Infatti, la modalità più diffusa nell'utilizzo delle tecniche di procreazione assistita è la *donazione dello sperma*, che è praticata su larga scala in tutti i centri di assistenza alla procreazione.

Esiste anche la pratica della *donazione dell'embrione*, come nel caso della madre sostitutiva (*surrogate mother*). In questo modo le coppie che

desiderano un figlio introducono nell'intimità coniugale una terza persona (e a volte un quarto partner) e il nascituro sarà figlio di genitori diversi.

Dal punto di vista etico, la cessione di gameti resta negativa anche se la donazione fosse originata da un atteggiamento altruistico: Spesso si paragona la donazione dei gameti o il prestito dell'utero alla donazione di sangue o di organi. Ma tra i due casi c'è una diversità decisiva: sangue e organi hanno la funzione di salvare la vita di chi li riceve, mentre i gameti e la maternità surrogata no.

Nel caso specifico della maternità surrogata, poi, la donna si trova ad essere ridotta al ruolo di strumento per un servizio. L'eventuale motivazione della generosità nell'affitto dell'utero non cambia i termini del problema. Inoltre, sul piano etico vanno considerate anche tutte le possibili ricadute negative sul vissuto psicologico del nascituro.

L'inseminazione artificiale omologa

Secondo l'Istruzione *Donum vitae*, l'inseminazione omologa è l'unica pratica di procreazione assistita lecita, purché nel rispetto di due condizioni: che l'intervento medico si configuri come *aiuto terapeutico* e non sostitutivo dell'atto coniugale e che per la *raccolta del seme* non si ricorra a tecniche illecite.

A questo riguardo va detto che il metodo più comunemente usato è la masturbazione, perché ritenuta più sbrigativa, della quale il più volte citato documento della Congregazione per la Dottrina della Fede dice: «*anche quando è posto in vista della procreazione, il gesto rimane privo del suo significato unitivo: gli manca la relazione sessuale richiesta dall'ordine morale*» (II, 6).

Ai fini dell'inseminazione artificiale omologa, intesa come aiuto all'atto coniugale, appaiono perciò più appropriati i metodi di raccolta del seme dal fondo vaginale o dal condom perforato.

Aspetti giuridici

I problemi relativi alla procreazione assistita hanno forti ricadute, sia sul piano economico sia sul piano giuridico. Quanto al primo, si pensi solo che in Italia esistono oltre 250 centri che operano in questo campo, a fronte dei circa 300 che operano negli Stati Uniti, che hanno una popolazione quattro volte quella italiana.

Per quanto riguarda gli aspetti giuridici in Europa quasi tutti i Paesi si sono dotati di una legislazione che regoli l'utilizzo di tecniche riproduttive.

In Italia il passaggio dall'etica al diritto si è compiuto con la legge n. 40 del 2004, che ha sancito un difficile accordo tra diverse concezioni etiche. Gli aspetti più rilevanti sono due: la tutela del concepito, e la tutela del legame familiare, difeso con il divieto della fecondazione eterologa (cf art. 4).

Molti sono gli aspetti che costituiscono elementi di difesa dell'embrione: il divieto di congelamento e di soppressione, la possibilità di produrre embrioni solo nella misura necessaria all'impianto e comunque non più di tre per ogni tentativo e l'obbligo che tutti gli embrioni prodotti siano trasferiti in utero (cf art 14).

Dal punto di vista giuridico, occorre dire che in più punti esiste un problema di composizione con la legge 194/78, che consente l'aborto. Le contraddizioni tra le due leggi sono evidenti: la tutela accordata al concepito dovrebbe estendersi a tutte le situazioni. Per esempio, appare una forzatura la previsione di informare le coppie sulle condizioni di salute degli embrioni, con l'obbligo dell'impianto anche di quelli malati, che poi però possono essere abortiti in base alla 194.

In conclusione, possiamo dire che la legge italiana si colloca tra le più rispettose della vita, dei diritti del concepito e dei legami familiari. Essa costituisce un punto di arrivo, ma è anche un punto di partenza: bisognerà costruire nella società quel consenso generarle che non si è avuto in Parlamento, attraverso un'efficace opera educativa al rispetto della persona umana in qualsiasi istante della sua esistenza e nel quadro di un'antropologia personalista.

TESTI: *Dignitas personae* (Congregazione per la dottrina della fede, 2008)

11. Alla luce dei principi sopra ricordati occorre ora prendere in esame alcuni problemi riguardanti la procreazione, emersi e meglio delineatisi negli anni successivi alla pubblicazione dell'Istruzione *Donum vitae*.

Le tecniche di aiuto alla fertilità

12. Per quanto riguarda la *cura dell'infertilità*, le nuove tecniche mediche devono rispettare tre beni fondamentali: a) il diritto alla vita e all'integrità fisica di ogni essere umano dal concepimento fino alla morte naturale; b) l'unità del matrimonio, che comporta il reciproco rispetto del diritto dei coniugi a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro; c) i valori specificamente umani della sessualità, che «esigono che la procreazione di una persona umana debba essere perseguita come il frutto dell'atto coniugale specifico dell'amore tra gli sposi». Le tecniche che si presentano come un aiuto alla procreazione «non sono

da rifiutare in quanto artificiali. Come tali esse testimoniano le possibilità dell'arte medica, ma si devono valutare sotto il profilo morale in riferimento alla dignità della persona umana, chiamata a realizzare la vocazione divina al dono dell'amore e al dono della vita».

Alla luce di tale criterio sono da escludere tutte le tecniche di fecondazione artificiale eterologa e le tecniche di fecondazione artificiale omologa che sono sostitutive dell'atto coniugale. Sono invece ammissibili le tecniche che si configurano come un *aiuto all'atto coniugale e alla sua fecondità*. L'Istruzione *Donum vitae* si esprime così: «Il medico è al servizio delle persone e della procreazione umana: non ha facoltà di disporre né di decidere di esse. L'intervento medico è in questo ambito rispettoso della dignità delle persone, quando mira ad aiutare l'atto coniugale sia per facilitarne il compimento sia per consentirgli di raggiungere il suo fine, una volta che sia stato normalmente compiuto». E, a proposito dell'inseminazione artificiale omologa, dice: «L'inseminazione artificiale omologa all'interno del matrimonio non può essere ammessa, salvo il caso in cui il mezzo tecnico risulti non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si configuri come una facilitazione e un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale».

13. Sono certamente leciti gli interventi che mirano a rimuovere gli ostacoli che si oppongono alla fertilità naturale, come ad esempio la cura ormonale dell'infertilità di origine gonadica, la cura chirurgica di una endometriosi, la disostruzione delle tube, oppure la restaurazione microchirurgica della pervietà tubarica. Tutte queste tecniche possono essere considerate come *autentiche terapie*, nella misura in cui, una volta risolto il problema che era all'origine dell'infertilità, la coppia possa porre atti coniugali con un esito procreativo, senza che il medico debba interferire direttamente nell'atto coniugale stesso. Nessuna di queste tecniche sostituisce l'atto coniugale, che unicamente è degno di una procreazione veramente responsabile.

Per venire incontro al desiderio di non poche coppie sterili ad avere un figlio, sarebbe inoltre auspicabile incoraggiare, promuovere e facilitare, con opportune misure legislative, la *procedura dell'adozione* dei numerosi bambini orfani, che hanno bisogno, per il loro adeguato sviluppo umano, di un focolare domestico. C'è da osservare, infine, che meritano un incoraggiamento le ricerche e gli investimenti dedicati alla *prevenzione della sterilità*.

Fecondazione *in vitro* ed eliminazione volontaria di embrioni

14. Il fatto che la fecondazione *in vitro* comporti assai frequentemente l'eliminazione volontaria di embrioni è già stato rilevato dall'Istruzione *Donum vitae*. Alcuni pensavano che ciò fosse dovuto a una tecnica ancora parzialmente imperfetta. L'esperienza successiva ha dimostrato invece che tutte le tecniche di

fecondazione *in vitro* si svolgono di fatto come se l'embrione umano fosse un semplice ammasso di cellule che vengono usate, selezionate e scartate.

È vero che circa un terzo delle donne che ricorrono alla procreazione artificiale giunge ad avere un bambino. Occorre tuttavia rilevare che, considerando il rapporto tra il numero totale di embrioni prodotti e di quelli effettivamente nati, *il numero di embrioni sacrificati è altissimo*. Queste perdite sono accettate dagli specialisti delle tecniche di fecondazione *in vitro* come prezzo da pagare per ottenere risultati positivi. In realtà è assai preoccupante che la ricerca in questo campo miri principalmente a ottenere migliori risultati in termini di percentuale di bambini nati rispetto alle donne che iniziano il trattamento, ma non sembra avere un effettivo interesse per il diritto alla vita di ogni singolo embrione.

15. Spesso si obietta che tali perdite di embrioni sarebbero il più delle volte preterintenzionali, o avverrebbero addirittura contro la volontà dei genitori e dei medici. Si afferma che si tratterebbe di rischi non molto diversi da quelli connessi al processo naturale della generazione, e che voler comunicare la vita senza correre alcun rischio comporterebbe in pratica astenersi dal trasmetterla. È vero che non tutte le perdite di embrioni nell'ambito della procreazione *in vitro* hanno lo stesso rapporto con la volontà dei soggetti interessati. Ma è anche vero che in molti casi l'abbandono, la distruzione o le perdite di embrioni sono previsti e voluti.

Gli embrioni prodotti *in vitro* che presentano difetti vengono direttamente scartati. Sono sempre più frequenti i casi in cui coppie non sterili ricorrono alle tecniche di procreazione artificiale con l'unico scopo di poter operare una selezione genetica dei loro figli. È prassi ormai comune in molti Paesi la stimolazione del ciclo femminile per ottenere un alto numero di ovociti, che vengono fecondati. Tra gli embrioni ottenuti un certo numero è trasferito nel grembo materno, e gli altri vengono congelati per eventuali futuri interventi riproduttivi. La finalità del trasferimento multiplo è di assicurare, per quanto possibile, l'impianto di almeno un embrione. Il mezzo impiegato per giungere a questo fine è l'utilizzo di un numero maggiore di embrioni rispetto al figlio desiderato, nella previsione che alcuni vengano perduti e, in ogni caso, si eviti la gravidanza multipla. In questo modo la tecnica del trasferimento multiplo comporta di fatto un *trattamento puramente strumentale degli embrioni*. Colpisce il fatto che né la comune deontologia professionale né le autorità sanitarie ammetterebbero in nessun altro ambito della medicina una tecnica con un tasso globale così alto di esiti negativi e fatali. Le tecniche di fecondazione *in vitro* in realtà vengono accettate, perché si presuppone che l'embrione non meriti un pieno rispetto, per il fatto che entra in concorrenza con un desiderio da soddisfare.

Questa triste realtà, spesso taciuta, è del tutto deprecabile, in quanto «le varie tecniche di riproduzione artificiale, che sembrerebbero porsi a servizio della vita e

che sono praticate non poche volte con questa intenzione, in realtà aprono la porta a nuovi attentati contro la vita».

16. La Chiesa, inoltre, ritiene eticamente inaccettabile la *dissociazione della procreazione dal contesto integralmente personale dell'atto coniugale*: la procreazione umana è un atto personale della coppia uomo-donna che non sopporta alcun tipo di delega sostitutiva. La pacifica accettazione dell'altissimo tasso di abortività delle tecniche di fecondazione *in vitro* dimostra eloquentemente che la sostituzione dell'atto coniugale con una procedura tecnica – oltre a non essere conforme al rispetto che si deve alla procreazione, non riducibile alla sola dimensione riproduttiva – contribuisce ad indebolire la consapevolezza del rispetto dovuto ad ogni essere umano. Il riconoscimento di tale rispetto viene invece favorito dall'intimità degli sposi animata dall'amore coniugale.

La Chiesa riconosce la legittimità del desiderio di un figlio, e comprende le sofferenze dei coniugi afflitti da problemi di infertilità. Tale desiderio non può però venir anteposto alla dignità di ogni vita umana, fino al punto di assumerne il dominio. Il desiderio di un figlio non può giustificarne la “produzione”, così come il desiderio di non avere un figlio già concepito non può giustificarne l'abbandono o la distruzione.

In realtà si ha l'impressione che alcuni ricercatori, privi di ogni riferimento etico e consapevoli delle potenzialità insite nel progresso tecnologico, sembrano cedere alla logica dei soli desideri soggettivi e alla pressione economica, tanto forte in questo campo. Di fronte alla strumentalizzazione dell'essere umano allo stadio embrionale, occorre ripetere che «l'amore di Dio non fa differenza fra il neoconcepito ancora nel grembo di sua madre, e il bambino, o il giovane, o l'uomo maturo o l'anziano. Non fa differenza perché in ognuno di essi vede l'impronta della propria immagine e somiglianza... Per questo il Magistero della Chiesa ha costantemente proclamato il carattere sacro e inviolabile di ogni vita umana, dal suo concepimento sino alla sua fine naturale».

L'Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

17. Tra le tecniche recenti di fecondazione artificiale ha progressivamente assunto un particolare rilievo l'*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*. L'ICSI è diventata la tecnica di gran lunga più utilizzata nell'ottica della migliore efficacia, e può superare diverse forme di sterilità maschile.

Come la fecondazione *in vitro*, della quale costituisce una variante, l'ICSI è una tecnica intrinsecamente illecita: essa opera una *completa dissociazione tra la procreazione e l'atto coniugale*. Infatti anche l'ICSI «è attuata al di fuori del corpo dei coniugi mediante gesti di terze persone la cui competenza e attività tecnica determinano il successo dell'intervento; essa affida la vita e l'identità dell'embrione al potere dei medici e dei biologi e instaura un dominio della

tecnica sull'origine e sul destino della persona umana. Una siffatta relazione di dominio è in sé contraria alla dignità e all'uguaglianza che dev'essere comune a genitori e figli. Il concepimento *in vitro* è il risultato dell'azione tecnica che presiede alla fecondazione; essa non è né di fatto ottenuta né positivamente voluta come l'espressione e il frutto di un atto specifico dell'unione coniugale».

Il congelamento di embrioni

18. Uno dei metodi adoperati per ottenere il miglioramento del tasso di riuscita delle tecniche di procreazione *in vitro* è la moltiplicazione del numero dei trattamenti successivi. Per non ripetere i prelievi di ovociti nella donna, si procede a un unico prelievo plurimo di ovociti, seguito dalla crioconservazione di una parte importante degli embrioni ottenuti *in vitro*, in previsione di un secondo ciclo di trattamento, nel caso di insuccesso del primo, ovvero nel caso in cui i genitori volessero un'altra gravidanza. Talvolta si procede al congelamento anche degli embrioni destinati al primo trasferimento, perché la stimolazione ormonale del ciclo femminile produce degli effetti che consigliano di attendere la normalizzazione delle condizioni fisiologiche prima di procedere al trasferimento degli embrioni nel grembo materno.

La crioconservazione è *incompatibile con il rispetto dovuto agli embrioni umani*: presuppone la loro produzione *in vitro*; li espone a gravi rischi di morte o di danno per la loro integrità fisica, in quanto un'alta percentuale non sopravvive alla procedura di congelamento e di scongelamento; li priva almeno temporaneamente dell'accoglienza e della gestazione materna; li pone in una situazione suscettibile di ulteriori offese e manipolazioni.

La maggior parte degli embrioni non utilizzati rimangono "orfani". I loro genitori non li richiedono, e talvolta se ne perdono le tracce. Ciò spiega l'esistenza di depositi di migliaia e migliaia di embrioni congelati in quasi tutti i Paesi dove si pratica la fecondazione *in vitro*.

19. Per quanto riguarda il gran numero di *embrioni congelati già esistenti* si pone la domanda: che fare di loro? Alcuni si pongono tale interrogativo senza coglierne la sostanza etica, motivati unicamente dalla necessità di osservare la legge che impone di svuotare dopo un certo tempo i depositi dei centri di crioconservazione, che poi saranno nuovamente riempiti. Altri sono coscienti, invece, che è stata commessa una grave ingiustizia e si interrogano su come ottemperare al dovere di ripararvi.

Sono chiaramente inaccettabili le proposte di *usare tali embrioni per la ricerca* o di *destinarli a usi terapeutici*, perché trattano gli embrioni come semplice "materiale biologico" e comportano la loro distruzione. Neppure la proposta di scongelare questi embrioni e, *senza riattivarli, usarli per la ricerca come se fossero dei normali cadaveri*, è ammissibile.

Anche la proposta di metterli a disposizione di coppie infertili, come “*terapia dell'infertilità*”, non è eticamente accettabile a causa delle stesse ragioni che rendono illecita sia la procreazione artificiale eterologa sia ogni forma di maternità surrogata; questa pratica comporterebbe poi diversi altri problemi di tipo medico, psicologico e giuridico.

È stata inoltre avanzata la proposta, solo al fine di dare un'opportunità di nascere ad esseri umani altrimenti condannati alla distruzione, di procedere ad una forma di “*adozione prenatale*”. Tale proposta, lodevole nelle intenzioni di rispetto e di difesa della vita umana, presenta tuttavia vari problemi non dissimili da quelli sopra elencati.

Occorre costatare, in definitiva, che le migliaia di embrioni in stato di abbandono determinano una *situazione di ingiustizia di fatto irreparabile*. Perciò Giovanni Paolo II lanciò un «appello alla coscienza dei responsabili del mondo scientifico ed in modo particolare ai medici perché venga fermata la produzione di embrioni umani, tenendo conto che non si intravede una via d'uscita moralmente lecita per il destino umano delle migliaia e migliaia di embrioni “congelati”, i quali sono e restano pur sempre titolari dei diritti essenziali e quindi da tutelare giuridicamente come persone umane».

Il congelamento di ovociti

20. Per evitare i gravi problemi etici posti dalla crioconservazione di embrioni, è stata avanzata nell'ambito delle tecniche di fecondazione *in vitro* la proposta di congelare gli ovociti. Una volta che è stato prelevato un numero congruo di ovociti nella previsione di diversi cicli di procreazione artificiale, si prevede di fecondare soltanto gli ovociti che saranno trasferiti nella madre, e gli altri verrebbero congelati per essere eventualmente fecondati e trasferiti in caso di insuccesso del primo tentativo.

Al riguardo occorre precisare che *la crioconservazione di ovociti in ordine al processo di procreazione artificiale è da considerare moralmente inaccettabile*.

La riduzione embrionale

21. Alcune tecniche usate nella procreazione artificiale, soprattutto il trasferimento di più embrioni al grembo materno, hanno dato luogo ad un aumento significativo della percentuale di gravidanze multiple. Perciò si è fatta strada l'idea di procedere alla cosiddetta riduzione embrionale. Essa consiste in un intervento per ridurre il numero di embrioni o feti presenti nel seno materno mediante la loro diretta soppressione. La decisione di sopprimere esseri umani, in precedenza fortemente desiderati, rappresenta un paradosso e comporta spesso sofferenza e sentimento di colpa, che possono durare anni.

Dal punto di vista etico, *la riduzione embrionale è un aborto intenzionale selettivo*. Si tratta, infatti, di eliminazione deliberata e diretta di uno o più esseri umani

innocenti nella fase iniziale della loro esistenza, e come tale costituisce sempre un disordine morale grave [41].

Le argomentazioni proposte per giustificare eticamente la riduzione embrionale si fondano spesso su analogie con catastrofi naturali o situazioni di emergenza nelle quali, malgrado la buona volontà di ciascuno, non è possibile salvare tutte le persone coinvolte. Queste analogie non possono fondare in alcun modo un giudizio morale positivo su una pratica direttamente abortiva. Altre volte ci si richiama a principi morali, come quelli del male minore o del duplice effetto, che qui non sono applicabili. Non è mai lecito, infatti, realizzare un'azione che è intrinsecamente illecita, neppure in vista di un fine buono: *il fine non giustifica i mezzi*.

La diagnosi pre-impiantatoria

22. La diagnosi pre-impiantatoria è una forma di diagnosi prenatale, legata alle tecniche di fecondazione artificiale, che prevede la diagnosi genetica degli embrioni formati *in vitro*, prima del loro trasferimento nel grembo materno. Essa viene effettuata *allo scopo di avere la sicurezza di trasferire nella madre solo embrioni privi di difetti o con un sesso determinato o con certe qualità particolari*.

Diversamente da altre forme di diagnosi prenatale, dove la fase diagnostica è ben separata dalla fase dell'eventuale eliminazione e nell'ambito della quale le coppie rimangono libere di accogliere il bambino malato, alla diagnosi pre-impiantatoria segue ordinariamente l'eliminazione dell'embrione designato come "sospetto" di difetti genetici o cromosomici, o portatore di un sesso non voluto o di qualità non desiderate. La diagnosi pre-impiantatoria – sempre connessa con la fecondazione artificiale, già di per sé intrinsecamente illecita – è finalizzata di fatto ad una *selezione qualitativa con la conseguente distruzione di embrioni*, la quale si configura come una pratica abortiva precoce. La diagnosi pre-impiantatoria è quindi espressione di quella *mentalità eugenetica*, «che accetta l'aborto selettivo, per impedire la nascita di bambini affetti da vari tipi di anomalie. Una simile mentalità è lesiva della dignità umana e quanto mai riprovevole, perché pretende di misurare il valore di una vita umana soltanto secondo parametri di normalità e di benessere fisico, aprendo così la strada alla legittimazione anche dell'infanticidio e dell'eutanasia».

Trattando l'embrione umano come semplice "materiale di laboratorio", si opera un'alterazione e una discriminazione anche per quanto riguarda il concetto stesso di dignità umana. La dignità appartiene ugualmente ad ogni singolo essere umano e non dipende dal progetto parentale, dalla condizione sociale, dalla formazione culturale, dallo stato di sviluppo fisico. Se in altri tempi, pur accettando in generale il concetto e le esigenze della dignità umana, veniva praticata la discriminazione per motivi di razza, religione o condizione sociale, oggi si assiste ad una non meno grave ed ingiusta discriminazione che porta a non riconoscere lo statuto etico e giuridico di esseri umani affetti da gravi patologie e disabilità: si

viene così a dimenticare che le persone malate e disabili non sono una specie di categoria a parte perché la malattia e la disabilità appartengono alla condizione umana e riguardano tutti in prima persona, anche quando non se ne fa esperienza diretta. Tale discriminazione è immorale e perciò dovrebbe essere considerata giuridicamente inaccettabile, così come è doveroso eliminare le barriere culturali, economiche e sociali, che minano il pieno riconoscimento e la tutela delle persone disabili e malate.

LA PILLOLA ABORTIVA E DEL GIORNO DOPO

(di G. Turati)

“Pillola del giorno dopo” e “RU 486”: due cose diverse

La prima distinzione che va fatta è tra due diverse pillole, che spesso vengono confuse tra di loro.

La *pillola del giorno dopo* è un farmaco utilizzato come metodo di contraccezione post-coitale (ossia come una sorta di contraccezione di emergenza) durante le 72 ore (3 giorni) successive a un rapporto sessuale. Benché siano disponibili diverse preparazioni, il principio attivo oggi maggiormente utilizzato è il progestinico *Levonorgestrel*, una sostanza presente anche in molte pillole contraccettive, impiegata però in un dosaggio 20-30 volte maggiore (750 microgrammi). Il *Levonorgestrel* agisce bloccando l'ovulazione e quindi non sarebbe, secondo gli studi più recenti, propriamente abortivo.

La pillola del giorno dopo, in quanto contraccettivo, non va confusa con un'altra pillola, a base di *Mifepristone*, il farmaco per l'interruzione volontaria della gravidanza, noto come *RU 486*, dal quale si differenzia per principi attivi, tempi di assunzione e meccanismi di azione. In realtà, è proprio quest'ultima che è salita alla ribalta lo scorso anno, suscitando ampi dibattiti nell'opinione pubblica e in parlamento.

I fatti

Nel 2007 la *Exelgyn*, l'azienda francese che la produce, chiese che anche l'Italia autorizzasse l'uso di questa pillola abortiva, come già avveniva in altri Paesi europei.

In realtà, dal 2005 il farmaco era già stato introdotto in alcuni ospedali italiani a titolo sperimentale (come al S. Anna di Torino).

Nel 2008 il Comitato tecnico-scientifico dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) concesse il proprio nulla osta e, in seguito, il Comitato prezzi stabilì il costo del farmaco.

Il 30 luglio 2009 il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA autorizzò l'immissione in commercio del *Myfegyne*, nome commerciale della RU 386, condizionandone l'uso negli ospedali e sino alla settima settimana di gravidanza. Non ha invece previsto la commercializzazione della RU 486 in farmacia.

Successivamente la Commissione Sanità del Senato ha avviato un'indagine conoscitiva sulla RU 486, che si è conclusa con il voto che di fatto ha fermato il via libera dell'AIFA.

La RU 486

Come agisce la RU 486? È un potente antiormonale che interrompe l'annidamento dell'embrione nell'utero e provoca l'aborto.

Qual è la differenza rispetto alla "pillola del giorno dopo"? Mentre la cosiddetta pillola del giorno dopo va presa entro e non oltre 72 ore dal rapporto sessuale, la RU 486 può essere presa fino al 49° giorno dall'ultimo ciclo mestruale.

Come si usa? Viene presa per via orale. Tre giorni dopo la donna deve assumere un'altra sostanza, chiamata *misoprostol*, che provoca le contrazioni necessarie per espellere l'embrione. Dopo dieci giorni è necessaria un'ultima visita di controllo.

Il farmaco ha delle complicazioni? Sono molti gli "incidenti" legati alla RU 486 segnalati dalle varie autorità sanitarie Internazionali. Tra questi figurano: emorragie, infezioni, trombi, a volte la morte. In genere, l'aborto chimico provoca una mortalità dieci volte maggiore di quello chirurgico.

La posizione del Magistero della Chiesa.

Circa la cosiddetta "pillola del giorno dopo" c'è un Comunicato della *Pontificia Accademia pro Vita* del 31 ottobre 2000, che la condanna, sia perché la ritiene un aborto realizzato con mezzi chimici, sia perché permette di sfuggire alle procedure obbligatorie che la 194 prevede per poter accedere all'interruzione di gravidanza (colloquio previo, accertamento della gravidanza, determinazione dell' sviluppo dell'embrione, periodo di ripensamento della donna, ecc.).

A riguardo della RU 486 non risultano documenti ufficiali, ma note e pronunciamenti autorevoli (card. Bagnasco, mons. Fisichella...) di chiara

condanna. Le ragioni della condanna sono le stesse che rendono illecito l'aborto. A queste si aggiunge anche il fatto che la RU 486 contraddice il dettato normativo della 194.

Tra i profili della 194 che vengono violati figurano, ad esempio, il fatto che l'interruzione della gravidanza debba avvenire all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, mentre nel caso della RU 486 solo l'assunzione della pillola avviene in ospedale e l'espulsione del feto avviene quando la donna è sola (se anche si prevedesse il ricovero fino all'espulsione del feto, la donna potrebbe sempre firmare ed uscire aggirando di fatto la normativa).

Inoltre, la 194 prevede che la donna che voglia abortire effettui un colloquio con il medico che la inviti a prendersi una settimana di riflessione, al termine della quale può procedere all'interruzione della gravidanza. Questa prescrizione sembra sia vanificata con l'utilizzo della RU 486.

L'uso della RU 486 comporta la scomunica?

Il Catechismo della Chiesa cattolica si occupa dell'aborto ai nn. 2270-75 e afferma che l'aborto diretto è gravemente contrario alla legge morale e la cooperazione formale a un aborto costituisce una colpa grave, che la Chiesa sanziona con la pena canonica della scomunica (cf n. 2272).

Per quanto riguarda il ricorso alla RU 486, possiamo rifarci al parere autorevole di mons. Elio Sgreccia, Presidente emerito della *Pontificia Accademia pro Vita*, il quale ritiene che l'uso della pillola in questione comporta la scomunica per le donne che vi fanno ricorso così come per i medici che l'hanno prescritta perché la sua assunzione è analoga a tutti gli effetti dell'aborto chirurgico. «Dal punto di vista canonico è come un aborto chirurgico» sottolinea il vescovo. «L'assunzione della RU 486 equivale ad un aborto volontario con effetto sicuro, perché se non funziona il farmaco c'è l'obbligo di proseguire con l'aborto chirurgico. Non manca nulla. Cosa diversa è la pillola del giorno dopo, che, pur rivolta ad impedire la gravidanza, non interviene con certezza dopo che c'è stato il concepimento. Per la RU 486, quindi, c'è la scomunica per il medico, per la donna e per tutti coloro che spingono al suo utilizzo».

TESTI: *Dignitas personae* (Congregazione per la dottrina della fede, 2008)

Nuove forme di intercezione e contragestazione

23. Accanto ai mezzi contraccettivi propriamente detti, che impediscono il concepimento a seguito di un atto sessuale, esistono altri mezzi tecnici che agiscono dopo la fecondazione, quando l'embrione è già costituito, prima o dopo l'impianto in utero. Queste tecniche sono *intercettive*, se intercettano l'embrione prima del suo impianto nell'utero materno, e *contragestative*, se provocano l'eliminazione dell'embrione appena impiantato.

Per favorire la diffusione dei mezzi intercettivi, si afferma talvolta che il loro meccanismo di azione non sarebbe sufficientemente conosciuto. È vero che non sempre si dispone di una conoscenza completa del meccanismo di azione dei diversi farmaci usati, ma gli studi sperimentali dimostrano che *l'effetto di impedire l'impianto è certamente presente*, anche se questo non significa che gli intercettivi provochino un aborto ogni volta che vengono assunti, anche perché non sempre dopo il rapporto sessuale avviene la fecondazione. Si deve notare, tuttavia, che in colui che vuol impedire l'impianto di un embrione eventualmente concepito, e pertanto chiede o prescrive tali farmaci, l'intenzionalità abortiva è generalmente presente.

Quando si constata un ritardo mestruale, si ricorre talora alla contragestazione, che viene praticata abitualmente entro una o due settimane dopo la constatazione del ritardo. Lo scopo dichiarato è quello di far ricomparire la mestruazione, ma in realtà si tratta dell'*aborto di un embrione appena annidato*.

Come si sa, l'aborto «è l'uccisione deliberata e diretta, comunque venga attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita». Pertanto l'uso dei mezzi di intercezione e di contragestazione rientra nel *peccato di aborto* ed è gravemente immorale. Inoltre, qualora si raggiunga la certezza di aver realizzato l'aborto, secondo il diritto canonico, vi sono delle gravi conseguenze penali.

LO STATUTO DELL'EMBRIONE UMANO

- (di B. Jalkh)

Dal concepimento all'annidamento

La fecondazione è l'evento fondamentale d'inizio dello sviluppo di un nuovo organismo ed implica una serie altamente coordinata di eventi e d'interazioni cellulari che permettono l'incontro tra lo spermatozoo e l'ovocita per formare una nuova cellula attivata, lo *zigote* o embrione unicellulare (one-cell embryo): è questo un nuovo organismo della specie umana. Lo *zigote*, dopo circa 24-30 ore dalla fecondazione, va incontro alla prima *mitosi* e si suddivide in due cellule, dette blastomeri, che restano uniti

fra loro. Se tutto si svolge regolarmente, una cellula andrà a formare la massa cellulare interna e l'altra la placenta e i tessuti extraembrionari. Il processo di *segmentazione* si ripete per ogni nuova cellula, ma con un certo asincronismo, ogni 12 ore, sino a formare, alla fine del terzo giorno, un insieme compatto di 8-16 blastomeri, denominato *morula* perché assomiglia a una piccola mora. Inizia, così, lo sviluppo di un nuovo individuo che presenta il pattern genetico e molecolare della specie umana. L'informazione del nuovo genoma guida, quindi, sin dallo stadio uni-cellulare lo sviluppo embrionale. È stato recentemente dimostrato attraverso complessi e raffinati esperimenti di biologia dello sviluppo che gli assi dello sviluppo embrionario iniziano ad essere definiti nei minuti e nelle ore che seguono la fusione dei gameti. Questi studi sono molto significativi perché fino a pochi anni fa si riteneva che gli embrioni umani precoci fossero un "cumulo indistinto di cellule" fino al momento della formazione del disco embrionale, struttura da cui è definito il disegno generale del corpo ed iniziato il modellamento dei differenti organi e tessuti.

1) Il tragitto dalla tuba all'utero

Si parla di embrione reimpianto quando ci si riferisce all'embrione in sviluppo, dallo stadio di zigote (l'embrione allo stadio di una cellula) fino a quello che precede l'impianto nell'utero materno. Lo sviluppo dell'embrione umano preimpianto: la cellula uovo rilasciata dall'ovaio è "catturata" nella tuba dove avviene la fecondazione con la costituzione dello zigote. Mentre l'embrione inizia a dividersi percorre la tuba fino a raggiungere l'utero; durante questo periodo, che include importanti tappe di sviluppo e di differenziazione cellulare, l'embrione percorre le vie genitali femminili prima di impiantarsi nell'utero, stabilendo con l'ambiente materno un intenso dialogo molecolare. Questo intenso colloquio biochimico che si stabilisce con la madre, prepara l'embrione all'impianto. Si parla di blastociti quando l'embrione raggiunge lo stadio di 64 cellule.

2) L'impianto nell'utero

La blastocisti raggiunge l'utero fra il terzo ed il quarto giorno di sviluppo, e al quinto giorno fuoriesce dalla zona pellucida che aveva protetto l'embrione in sviluppo e gli aveva impedito di aderire alle pareti tubariche;

questo processo è denominato hatching. La blastocisti può così liberamente aderire alla mucosa uterina, usualmente nella parte superiore della parete posteriore dell'utero, ed iniziare il processo d'impianto. L'embrione, per parte sua, subito dopo l'impianto, o molto verosimilmente anche prima, secreta ormoni, citochine, fattori di crescita, fattori angiogenici, fattori apoptotici e molecole di adesione che hanno il significato di segnali di riconoscimento nei confronti della madre e di preparazione accurata dell'impianto. Esso produce, inoltre, gonadotropina corionica umana (HCG, Human Chorionic Gonadotrophini) che altera l'organismo materno ed è espressa ad alti livelli durante la finestra d'impianto; ed il fattore Paf coinvolto nella immunosoppressione materna.

Considerazioni bioetiche

Il chiarimento degli aspetti biologici riguardanti il momento d'inizio della vita umana e le caratteristiche dello sviluppo embrionale precoce, se certamente non può essere per sé sufficiente a dare risposte di ordine ontologico sulla natura dell'essere umano nelle fasi iniziali del suo sviluppo, è però un momento necessario per poter affrontare con obiettività il complesso dibattito bioetico sulla natura e dignità della vita umana agli inizi della sua esistenza.

Lo statuto dell'embrione umano

La parola statuto dell'embrione comprende l'insieme delle sue caratteristiche che configurano la posizione dell'embrione rispetto all'essere (statuto ontologico), al dovere-responsabilità (statuto etico) e alla legge (statuto giuridico).

1- Statuto ontologico

Esso risponde alla domanda: chi o che cosa è l'embrione quanto al suo essere? Dal punto di vista oggettivo in senso scientifico, il dato empirico mostra che l'embrione non è un oggetto biologico qualsiasi, ma dal primo istante si vede una *forma embrionale di vita umana* con patrimonio genetico autonomo e indipendente. Non è solo una forma di vita umana, ma è una forma di vita umana individuale, secondo sempre scientifici forniti dalla

biologia. Va chiarito, che la proposta di nominare l'embrione preimpianto come un pre-embrione è molto discutibile dal punto di vista biologico, proprio perché, lo sviluppo embrionale in se stesso è un fenomeno continuo. Da notare, che il Magistero della Chiesa favorisce la posizione della individuazione iniziale: "Dal momento in cui l'ovulo è fecondato si inaugura una nuova vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto. Non sarà mai reso umano se non lo è stato fin da allora". Cfr. *Donum Vitae*

Per potere affermare che l'embrione è una persona, occorre prima definire cosa si intende per persona. Secondo l'orientamento del personalismo ontologico: La persona possiede un suo *actus essendi* che la rende ontologicamente incomunicabile e insieme possiede una comunicabilità intenzionale nell'ordine dell'operare, cioè una apertura trascendentale al conoscere, all'amare, al dialogare, al Tutto. La definizione di persona, data da Boezio, *rationalis naturae individua substantia*, ci fa cogliere due elementi essenziali nel costituire la persona: *l'individualità sussistente* e *la natura razionale* o *spirituale*. Sempre stando a questo orientamento, l'umano della metafisica non si oppone all'umano della biologia, ma, distinguendosi, lo comprende e lo fonda nel suo esistere, così che nell'affermazione "ogni essere umano è persona" il predicato "persona" non fa altro che riferirsi dal punto di vista ontologico al medesimo ente che il soggetto "essere umano" considera dal punto di vista empirico-descrittivo. Di conseguenza, l'embrione quindi è persona, possedendo tutte le caratteristiche essenziali della persona, anche se deve ancora attuare le sue potenzialità.

2- Statuto etico

Gli aspetti etici riguardanti l'embrione umano preimpianto (sia le questioni più generali sia quelle più concrete relative, ad esempio, alle discussioni sulla possibilità di utilizzarlo per la sperimentazione o come donatore di cellule e tessuti) sono strettamente connessi alla questione ontologica, cioè all'identificazione della vera natura dell'embrione umano. Infatti, fra la questione etica e quella ontologica c'è una stretta relazione perché il rispetto dovuto ad una entità dipende dal suo valore e dalla sua preziosità. Con il termine valore non bisogna intendere il prezzo di mercato ma il pregio oggettivo che, nel caso dell'uomo, nasce dal fatto di avere una natura razionale. Il termine dignità è stato coniato proprio per indicare lo specifico valore e la preziosità dell'uomo; persona significat id quod est

perfectissimum in tota natura, scilicet subsistens in rationali natura (S. Tommaso d'Aquino, Summa Theologiae, I, q. 29, a. 3).

La dignità della persona trova qui un sostegno fortemente ontologico: chi è massimamente perfetto non può non essere riconosciuto e rispettato incondizionatamente nella sua vita e nella sua integrità. In questa prospettiva la dignità dell'uomo assume un valore incondizionato ed ontologicamente fondato.

Bisogna però sottolineare che la questione morale non dipende soltanto dall'ontologia, come viene significativamente espresso nell'Istruzione Donum Vitae. In questo Documento si afferma che ogni essere umano deve essere rispettato come persona fin dal concepimento, basando questa asserzione su tre argomentazioni che non affrontano il tema dell'identità personale dell'embrione umano.

Esse si poggiano invece su tre differenti punti:

1) l'argomentazione biologica: i dati oggi forniti dall'embriologia e dalla genetica ci permettono di affermare che sin dai primi stadi dello sviluppo embrionale ci si trovi in presenza di una individualità biologica umana;

2) l'argomentazione biografica: è evidente che distruggere un embrione umano significa impedire la nascita di un essere umano;

3) l'argomentazione etica: un principio generale della morale afferma che non è mai lecito agire con una coscienza dubbia. Nel dubbio di trovarsi in presenza di una persona umana, è necessario rispettare l'embrione umano come se lo fosse; altrimenti si accetterebbe il rischio di commettere un omicidio.

Dal punto di vista morale, quindi, il semplice fatto di essere in presenza di un essere umano esige nei suoi confronti il pieno rispetto della sua integrità e dignità: ogni comportamento che in qualche modo possa costituire una minaccia o un'offesa per i suoi diritti fondamentali, primo fra tutti il diritto alla vita, è da considerarsi come gravemente immorale.

3- Statuto giuridico

In questa prospettiva che riconosce l'essere e la dignità dell'embrione umano come valori assoluti, scaturisce il pieno rispetto della sua inviolabilità e la tutela della sua libera espressione, innanzitutto sul versante dei diritti umani; rispetto che esige di ricercare sempre il bene vero e intero della persona; di tutelare l'autonomia e la libertà di ogni essere umano e di evitare ogni forma di strumentalizzazione e discriminazione contro di esso.

Riconoscere che l'embrione è un essere umano dal momento d'inizio del suo ciclo vitale significa anche constatare la sua estrema vulnerabilità, e questa vulnerabilità esige l'impegno nei confronti di chi è debole, un'attenzione che deve essere garantita dalla condotta etica degli scienziati e dei medici, e da una opportuna legislazione nazionale e internazionale.

ANALISI PRENATALE

- (di B. Jalkh)

Le diagnosi prenatali sono indagini, a partire dagli anni settanta, rese possibili dal progresso della tecno-scienza, che consentono di identificare precocemente malformazioni somatiche e patologie genetiche nello sviluppo embrio-fetale. La diagnosi prenatale apre numerose domande etiche a causa dello scarto incolmabile tra l'incremento crescente delle conoscenze diagnostiche e l'ancora scarsa e comunque non sempre sufficiente possibilità terapeutiche soprattutto sulle malattie genetiche. Si parla di *diagnosi somatica* quando l'accertamento riguarda il soma, ad esempio le malformazione organiche, mentre per *diagnosi genetica* si intende l'accertamento dell'esistenza di patologie genetiche al livello dei cromosomi e dei geni.

Le diagnosi vengono distinte, in base al momento in cui vengono effettuate le procedure, in *diagnosi pre-impianto*:

1. sulla cellula uovo non fecondato (si parla di diagnosi pre-concezionali);
2. sull'embrione prodotto in vitro mediante le tecnologie produttive;
3. sull'embrione estratto dall'utero mediante lavaggio per essere reinserito successivamente.

Mentre per *diagnosi post-impianto*, si intendono le insieme delle tecniche applicate al feto in momenti diversi della gravidanza umana.

Un'altra distinzione importante, che comporta una diversa valutazione etica, è quella tra *tecniche prenatali invasive* o *cruente*, e *tecniche prenatali non invasive* o *incruente*.

Il tipo di interventi

Gli interventi sulla vita prenatale possono essere:

1. **Conservativi** mediante congelamento (crioconservazione degli embrioni).

2. **Distruttivi**:

- eliminazione embrioni e feti difettosi, scoperti attraverso diagnosi prenatale o addirittura per-trasferimento in caso di FIVET;
- eliminazione di embrioni soprannumerari prodotti nel corso di alcune procedure di procreazione artificiale;
- distruzione di embrioni non desiderati dopo l'inizio della gravidanza (in fase pre e post-impianto).

3. **Diagnostici**: ecografia, fetoscopia, placentocentesi, amniocentesi, prelievo dei villi coriali.

4. **Terapeutici**: medici, chirurgici, genetici che possono essere veramente terapeutici oppure eugenetici (ossia migliorativi).

5. **Sperimentali** (per esperimenti solo conoscitivi o anche terapeutici).

6. **Strumentali** uso di embrioni e feti per produrre cosmetici e farmaci o come riserva di organi e tessuti da trapiantare.

Le indicazioni

Ogni volta che si tratta di fare una diagnosi prenatale, di tipo genetico, questo necessita dal punto di vista deontologico ed etico, di una *consulenza genetica* previa e della sussistenza di fondate motivazioni che vengono chiamati «indicazioni». Secondo il convegno internazionale di Val David sulla diagnosi prenatale, tenutosi a Québec nel 1979, sono stati elaborati sette indicazioni obiettive, allo scopo di garantire alla donna la libertà di accedere o meno alla *diagnosi pre-natale*: 1) L'età della madre superiore a 36 anni. 2) La presenza in famiglia di un figlio, già nato, con sindrome di Down. 3) La presenza in uno dei genitori di un'aberrazione cromosomica strutturale bilanciata. 4) La presenza di un figlio, già nato, affetto da un disordine metabolico. 5) La presenza di un figlio, già affetto, da una *emoglobinopatia* grave. 6) La presenza di un figlio già affetto da una malattia associata al

cromosoma X. 7) La presenza di un figlio con grave difetto della chiusura del *tubo neurale*.

La *consulenza genetica* non solo accerta l'esistenza della indicazione, ma fornisce tutte le informazioni sui rischi, i problemi, i limiti degli esami richiesti, in modo tale che la coppia giunga a conoscenza di tutti i fattori che concernono la sua richiesta. Inoltre, ha il compito di preparare e accompagnare la coppia nell'inquietante interrogativo sul dopo-risultato e per eventuali decisioni a risultato ottenuto. Da notare in questa consulenza, la grande valenza etica che assume l'opera dello specialista nel consigliare la coppia. Ci possono essere delle situazioni in cui il genetista collabora con la coppia in maniera *formale* o *materiale* all'attuazione dell'aborto, altre in cui egli testimonia il suo rispetto per la verità e la vita del nascituro, indicando anche i mezzi di sostegno e le strutture di aiuto alla vita, sempre nel rispetto della libertà altrui.

Tecniche non invasive

1. L'*ecografia*: basata sugli ultrasuoni, non è traumatica né sembra dannosa. Normalmente, la prima ecografia si effettua nel primo trimestre di gravidanza per valutare la vitalità dell'embrione e datare l'età gestazionale. La seconda viene chiamata morfologica e si effettua tra la 20^a e 24^a esima settimane per avere una analisi dettagliata delle strutture anatomo-morfo-funzionali del feto. La terza ecografia si effettua dopo la 30^a settimana per valutare l'accrescimento fetale, il regolare funzionamento della placenta e del cordone ombelicale ai fini dell'espletamento del parto.
2. Il *tri-test*: è oggi l'esame di screening prenatale per le anomalie cromosomiche più diffuso. Viene effettuato dalla quindicesima alla diciottesima settimana di gravidanza e si esegue con un semplice prelievo del sangue, che viene successivamente analizzato da un laboratorio specializzato. Questa analisi consiste nella valutazione del dosaggio nel sangue materno di tre sostanze (l'AFP, l'uE3 e hCG), che hanno origine dal feto e dalla placenta. Se le concentrazioni di queste sostanze nel sangue materno non corrispondono ai parametri normali, potrebbero segnalare un problema genetico del bimbo. Infatti, il tri-test, risulta positivo in circa il 55 per cento dei feti con alterazione dei cromosomi.

Tecniche invasive

L'*amniocentesi*: è la tecnica più antica e la più usata oggi a carattere diagnostico. Essa consiste nel prelievo di 15-20 ml di liquido amniotico in cui sono presenti cellule fetali di sfaldamento. In rapporto al periodo di esecuzione, essa può essere precocissima (fra la 11^a e la 14^a settimana di gestazione) con un rischio alto di aborto del 5,3%, precoce (fra la 15^a e la 18^a settimana) comporta un rischio di aborto (tra il 0,2-1,0%) accettabile e proporzionato, mentre la tardiva (dopo la 25^a settimana).

La *funicolocentesi* (o *cordocentesi*): consiste nel prelievo di sangue fetale dalla vena del cordone ombelicale, tramite l'introduzione di un ago sotto una guida ecografica. Viene effettuata attorno alla 18^a settimana di gestazione, con duplice finalità diagnostica e terapeutica. Il rischio di aborto è del 0,5 e 1,9 per cento.

La *villocentes* (o *prelievo dei villi coriali*): un tecnica diagnostica che permette un precoce esame genetico attorno alla 8^a-11^a settimana. Essa consiste nel prelevare per via transcervicale o transaddominale, sotto guida ecografica, del tessuto extraembrionale, per effettuare esami genetici ed infettivologici. Vi è un elevato rischio di aborto che oscilla tra 4 e 8 per cento.

La *diagnosi genetica preimpianto* (PGD, *Preimplantation Genetic Diagnosis*) consiste nell'analisi genetica di singole cellule prelevate dall'embrione circa tre giorni dopo la fecondazione in vitro.. Lo scopo di queste tecniche è quello di determinare eventuali alterazioni a carico di un singolo gene (SGD, Single Gene Disease) o di anomalie cromosomiche cui potrebbe far seguito l'espressione di serie/gravi malattie o sindromi. Vi è un notevole rischio di danno all'embrione, ma anche di errori diagnostici con conseguente perdita dell'embrione, oltre all'uccisione di ogni embrione che non corrisponde al parametro scientifico o arbitrario della coppia.

Valutazione etica della diagnosi genetica prenatale

La prima considerazione da fare, riguardo alla liceità del ricorso alle tecniche di diagnosi prenatale, è che sia esclusa nettamente ogni ipotesi di passaggio all'aborto. Nella Istruzione *Donum Vitae* vengono elencati le condizioni per la liceità:

- 1- conseguimento di precisi e consistenti vantaggi per l'embrione;
- 2- consenso informato dei genitori;

- 3- assenza di rischi sproporzionati per la vita e l'integrità dell'embrione e della madre;
- 4- esclusione di ogni eventuale prospettiva di aborto in seguito all'esito delle analisi.

Inoltre, viene giudicato moralmente grave, il comportamenti dei vari soggetti in questione, che si trovano nelle seguenti condizioni:

- 1- la madre che si propone di abortire in caso di diagnosi infausta;
- 2- chiunque consigli o imponga tale diagnosi alla gestante con lo stesso intendimento;
- 3- i sanitari che volutamente favorissero il passaggio dalla diagnosi all'aborto;

le autorità e le organizzazioni che in qualsiasi modo promuovano e favoriscono tale passaggio.

PARTE TERZA - IL CORSO DELLA VITA UMANA

SALUTE E MALATTIA

(di G. Turati)

Tutti sappiamo (o riteniamo di sapere) che cosa siano la salute e la malattia, ma non è facile definirle. Perlomeno, se ne propongono definizioni diverse. Cominciamo dalla salute. Forse la definizione più nota e consensualmente accettata è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che definisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», quindi non solo in «un'assenza di malattia o di infermità».

In questa definizione c'è un aspetto positivo, che consiste nell'assunzione di una prospettiva della persona che comprenda almeno tre sue importanti dimensioni (fisica, mentale e sociale). Un aspetto insufficiente di questa definizione è la presentazione della salute come "stato" e non piuttosto come "tensione". La differenza non è da poco: si tratta di passare da un concetto astratto, forse mai raggiunto, a un concetto che si misura con la concretezza della vita reale.

Nella definizione della salute come stato non si possono certo riconoscere neppure la maggior parte dei soggetti "sani", perché lo stato di "completo benessere" è condizione rara e difficilmente raggiungibile. Ma, soprattutto, questa definizione fa torto a tutti coloro che sono afflitti da handicap e da malattie croniche o incurabili.

Se, invece, si accoglie una definizione di salute come "tensione" della persona e della società verso un benessere bio-psico-spirituale e ambientale, allora si punta all'impegno etico anche nei confronti della propria salute, in qualsiasi situazione umana essa si trovi.

La questione non quella di stabilire se si ha o no la salute, ma quella di tendere verso la migliore condizione possibile per la persona nella sua globalità. In questo senso la salute si configura come un diritto (e questo lo sanno tutti), ma anche come un dovere della persona a raggiungere il migliore stato di salute possibile (e questo è meno risaputo).

L'OMS afferma che la salute costituisce uno dei diritti fondamentali di tutti gli uomini. La Costituzione italiana sancisce che «la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (art. 32). In entrambi i documenti si presenta la salute come un diritto e bene individuale e, insieme, come interesse e dovere sociale. Esiste quindi per

ogni persona anche un dovere di autotutela della propria salute, se non altro per la responsabilità che si ha nei confronti della società.

Anche la definizione di malattia non è così univoca come potrebbe sembrare. Essa dipende dalla prospettiva dalla quale la si guarda. Potrebbe definirsi come uno stato di “assenza della piena efficienza fisica” (*definizione popolare*), o di “inefficienza nei confronti dei propri compiti lavorativi” (*definizione del sistema mutualistico*), o di compromissione sia organica sia funzionale dell'organismo umano” (*definizione di tipo medico*), o di “disadattamento fisico e sociale caratterizzato da insufficienza o mancanza di benessere” (*definizione dell'OMS*).

In ogni caso, oggi la stato di malattia accompagna la nostra vita per tempi molto più lunghi che non in passato, e questo grazie, paradossalmente, proprio allo sviluppo delle scienze mediche. Oggi l'accresciuto rilievo della malattia non è solo un fatto temporale, ma è un dato che si ritrova anche nella coscienza, nell'immaginazione e nelle paure delle persone, al punto da poter dire che la cura della propria salute è diventata la questione più seria della vita.

C'è un aspetto rilevante della malattia sotto il profilo morale che oggi rischia di rimanere in ombra nella coscienza diffusa (magari anche nella nostra stessa coscienza di credenti). Le scienze mediche “spiega” la malattia in base al rapporto causa-effetto, quindi come disturbo che tocca qualche organo del nostro corpo. Questo approccio, di tipo scientifico, è quello oggi prevalente e si disinteressa delle ripercussioni che la malattia induce sulla persona malata.

Dal punto di vista morale, è importante che oggi, accanto al punto di vista scientifico, si sviluppi anche una riflessione etica sul significato della malattia nell'esperienza umana e sul modo di viverla ed affrontarla recuperando il punto di vista della coscienza morale⁸

Del potere attuale della medicina non possiamo che rallegrarci, anche se essa presenta a volte dei limiti importanti, sotto il profilo morale, come l'abuso dei farmaci e dei mezzi diagnostici o di accanimento in terapie intensive. Ma il limite maggiore sta nell'accresciuta condizione di debolezza nei confronti della malattia.

⁸ Cf al riguardo l'interessante testo di G. ANGELINI, *Potere della medicina e potere della malattia. L'esperienza di malattia nell'età della medicina*, in “Parola Spirito e Vita” 40, 1999, pp. 201-220; per maggiori approfondimenti si può vedere G. ANGELINI, *La malattia, un tempo per volere*, Vita e Pensiero, Milano 2000.

Oggi si è accresciuta enormemente la lunghezza della vita e si convive per anni con un gran numero di malattie di carattere degenerativo che interessano vari sistemi: cardiocircolatorio, nervoso, ematico... Di queste malattie non si muore, ma da esse neppure si guarisce (si può guarire solo dai traumi e dalle infezioni), così diventa difficile per noi distinguere il tempo della malattia dal tempo della salute. E la malattia accompagna gran parte della nostra vita. La figura del malato cronico è quella tipica della nostra epoca. Il primo tratto di debolezza sta nel fatto che la malattia incide non solo sull'efficienza fisica, ma anche sulla nostra *identità* e sulle nostre relazioni con gli altri.

Il secondo aspetto di debolezza è quello di natura *psicologica*: nonostante l'efficacia dei presidi medici di cui disponiamo, è diffusa la paura che all'improvviso possa insorgere in noi una malattia. Ma l'aspetto psicologico che esprime più profondamente il potere della malattia sulla nostra vita è dato dalla facilità con cui la si mette in relazione con qualche colpa morale. Il segnale è più evidente è la domanda che facilmente sorge sulle labbra del malato: «Ma perché proprio a me?» oppure «Ma perché il Signore non la fa capitare ai malvagi?».

Una terza espressione di debolezza della sofferenza dell'uomo contemporaneo verso la malattia sta nel fatto che la malattia è vissuta come tempo di sospensione della libertà, un tempo in cui si deve solo aspettare pazientemente che il pericolo passi. In tale modo, il tempo della malattia viene facilmente inteso come “tempo perso”, un tempo morto, inutile, mentre dal punto di vista cristiano sarebbe un tempo privilegiato per la testimonianza della fede.

Per capire il problema morale che pone la malattia mi pare illuminante il mutamento indotto dalla malattia descritto da G. Angelini:

«Nel momento della malattia accade con facilità al soggetto di stupirsi della troppo scarsa considerazione nella quale egli ha ordinariamente tenuto la salute, quasi essa fosse appunto un bene del tutto scontato. Soltanto nel momento in cui viene meno essa appare con tutta evidenza come bene grande e arcano. Soltanto allora appare con chiarezza come da sempre fosse necessario chiedersi: «Che cos'è», e non invece fruirne sconsideratamente come un bene abbondante e sempre a disposizione. In tal modo la malattia pone la questione del senso, non solo della malattia, ma anche e prima della salute»⁹.

⁹ G. ANGELINI, *Potere della medicina e potere della malattia. L'esperienza di malattia nell'età della medicina*, in “Parola Spirito e Vita” 40, 1999, 214-215.

Questa domanda sulla salute e sulla malattia è proprio quella che viene sistematicamente rimossa dall'approccio scientifico della cura della malattia, che si concentra invece nella lotta contro il dolore, come se l'aspetto anestetico fosse quello decisivo.

In realtà, il primo dovere morale della persona malata è quello di ritrovare il senso alla propria condizione di persona malata ed una speranza che non sia solo quella di guarire, ma una speranza capace di illuminare la vita nonostante la malattia. Solo in questo modo la malattia viene "vissuta" e non soltanto subita o patita.

Le risorse morali di cui disponiamo per questo compito non sono quelle proprie dello stoicismo, che propone una volontà forte, che non si lascia dominare dalle emozioni, ma sono quelle proposte dalla tradizione cristiana del costume e del rito.

Il *costume* è ciò che, nella società tradizionale, consentiva di sentirsi membri di una comunità, di una casa comune, in cui c'è un consenso sulle forme della vita giusta. Questo senso di appartenenza oggi sopravvive al massimo all'interno della famiglia (neppur sempre), che però da sola non riesce a fornire le risorse necessarie per elaborare un personale progetto per "vivere" il tempo della malattia. I rapporti diversi da quelli familiari sono tali da non consentire che la malattia diventi motivo di solidarietà: anzi, la persona malata patisce facilmente un'ulteriore esclusione che accresce il suo senso di solitudine.

Il *rito* religioso ancor meno del costume riesce oggi ad offrire risorse adeguate al l'attuale contesto culturale: esso è percepito come un insieme di gesti formali di nessun valore, che oltretutto violano la privacy della coscienza religiosa, quando il rito si affaccia nelle varie situazioni sociali. In concreto, se è difficile pregare in casa, lo è ancor più in ospedale. In tal modo viene a mancare nell'esperienza della malattia la risorsa costituita dalla religione. Questa mancanza di risorse morali (simboliche) dell'uomo contemporaneo non fa che accrescere la sua dipendenza dal potere medico, nelle cui mani si consegna totalmente.

Che cosa significa, allora, affrontare la malattia secondo un profilo morale? Il tempo della malattia è un tempo di crisi, non solo dell'autonomia e della capacità di fare, ma soprattutto della motivazione a volere. Durante la malattia diventano opachi i significati della vita ordinaria e il senso della vita nel suo complesso. In questa prospettiva, nel tempo della malattia sembra non esserci nulla che valga la pena di volere, se non di guarire. Sembra quasi che solo i medici possano dire ciò che si può e si deve fare.

Affrontare la malattia sotto un profilo morale significa reagire alla paralisi che facilmente colpisce la volontà del malato, attraverso un cammino di fede, intesa non solo in senso religioso, ma come decisione pratica della libertà che accetta la malattia come “prova”, ma che non ha il potere di cancellare la speranza di una pienezza ancora più grande della salute.

DOLORE E SOFFERENZA

(di G. Turati)

Le scienze mediche mettono oggi a disposizione metodi e mezzi molto sofisticati per alleviare il dolore, ma proprio per questo pongono gravi problemi etici circa i limiti del loro intervento e il confine tra loro uso e abuso.

Se dal punto di vista scientifico è innegabile che la scienza moderna permette di combattere efficacemente il dolore, dal punto di vista culturale il dolore ha forse più potere sull'uomo contemporaneo di quanto ne avesse sugli uomini delle generazioni passate.

Una delle caratteristiche della nostra epoca è proprio la scarsità di risorse psicologiche e spirituali nel combattere il dolore: si ricorre subito alla risorsa di tipo medico (perlopiù farmacologico). L'eventuale significato del dolore e della malattia è questione rimossa dalla coscienza contemporanea, con un precipitoso ed esclusivo affidamento alle terapie mediche per eliminare quanto prima dalla propria vita quell'elemento fastidioso e senza senso, come appunto appaiono agli occhi dell'uomo contemporaneo il dolore e la malattia.

Per affrontare in modo eticamente corretto il dolore, conviene anzitutto capirne il senso, distinguendolo dalla sofferenza. In primissima battuta, potremmo forse distinguerli dicendo che il *dolore* è una sensazione che l'uomo (ma anche l'animale) subisce passivamente, mentre la *sofferenza* è la reazione consapevole (in questo caso solo umana) al proprio dolore. Potremmo esprimerci anche così: la sofferenza costituisce la dimensione di significato del dolore umano.

Il dolore è anzitutto un segnale di allarme di qualche cosa che non funziona nel nostro organismo (o di una trauma subito). Da questo punto di vista, è certamente qualcosa di utile e indispensabile. Però, in alcune malattie il dolore è caratterizzato dalla persistenza, dalla durata e dalla irreversibilità: in questo caso si tratta del dolore cronico.

Oggi circa il 10% della popolazione soffre o ha sofferto di dolori cronici. Il dolore cronico sta assumendo proporzioni epidemiche, soprattutto in alcune patologie come il dolore cervicale, dorsale, lombare, che da soli nei Paesi occidentali raggiungono una diffusione preoccupante, con importanti ricadute anche sul piano economico familiare e nazionale.

In questi casi il dolore non è più un segnale utile al paziente, ma un fenomeno devastante, che incide sulla sua psiche e sulle relazioni con medici e familiari. In certi casi, poi, il dolore accompagna l'avvicinarsi della morte: è il caso dei malati terminali, ma esistono delle patologie dolorose gravemente invalidanti anche nelle persone con un aspetto di vita quasi normale. In entrambi i casi, è moralmente doveroso un impegno di cura intenso e aggiornato. In questi casi, soprattutto nel caso della malattia terminale, l'obiettivo deve spostarsi dal "guarire" (*to cure*) al "prendersi cura" (*to care*), contenendo per quanto possibile i sintomi del dolore.

L'evoluzione della terapia del dolore ha fatto passi da gigante e incide profondamente anche sugli aspetti etici. Tali aspetti sono principalmente i seguenti: se e in quale misura sia giusto combattere il dolore; se è possibile sopprimere la coscienza del malato per eliminare il dolore; se si può accettare un certo accorciamento della vita provocato dalla terapia contro il dolore.

In linea generale, la lotta contro il dolore fisico è eticamente buona: il male va semplicemente combattuto, sia quello *morale*, cioè la violenza dell'uomo contro l'uomo, sia quello *fisico*, generato dalla malattia.

Diversa è la considerazione che va fatta circa il ricorso ai farmaci per alleviare il disagio psico-affettivo (la sofferenza). L'uso di psicofarmaci è sempre più frequente nella nostra società, ma non sempre giustificato dalla condizione delle persone che li assumono, in quanto le situazioni esistenziali difficili richiedono in primo luogo la mobilitazione delle energie proprie delle persone interessate.

La soppressione completa della coscienza del malato può essere richiesta da alcuni interventi ritenuti necessari dal programma terapeutico. In questo caso, l'aspetto etico è quello del consenso informato che deve essere ottenuto dal paziente. Solo nel caso di impossibilità della persona interessata ad esprimere il consenso, possono intervenire i parenti e, in assenza di questi, il medico può presumere il consenso assumendo la decisione che realizza il "maggior bene del paziente".

Il ricorso massiccio e abituale a sostanze analgesiche, specialmente in casi di malattie croniche e nelle fasi terminali della vita, per alleviare dolori

insopportabili al paziente, può anche comportare un certo accorciamento della vita. L'uso di farmaci in questi casi resta lecito, in quanto l'eventuale accorciamento della vita non è lo scopo dell'intervento, ma si tratta di un effetto indiretto e inevitabile di un soccorso per sé lecito al paziente, volto ad umanizzare la fase finale della sua esistenza.

Passando a considerare la sofferenza, va sottolineato che istintivamente si concepisce la vita come salute, benessere fisico e psichico e la sofferenza come un incidente di percorso. Ma la realtà della vita contrasta con questa concezione dell'esistenza. Non è possibile separare vita umana e sofferenza, quasi si trattassero di due cose contrapposte. In effetti, la sofferenza è elemento costitutivo della vita umana: accettare la sofferenza significa prendere atto anche della realtà della sofferenza e della morte.

Sotto il profilo etico, il problema non è come non soffrire, ma quello di interrogarsi sulla sofferenza e come reagire alla sofferenza. La nostra cultura ha una particolare idiosincrasia per la sofferenza, al punto che, paradossalmente, la sofferenza si accresce proprio per il modo sbagliato di affrontarla.

In particolare, l'eliminazione di ogni riferimento religioso acuisce la tensione verso il mito del benessere e la fiducia quasi esclusiva nelle potenzialità tecniche, suscitando un'attesa, talvolta nevrotica, di soluzioni immediate. Da ciò derivano comportamenti, quali ad esempio l'uso eccessivo (consumismo) dei farmaci e la ripetizione ossessiva degli esami clinici. Molti fatti di cronaca sono indice chiaro di questa impazienza.

Viktor Frankl, sopravvissuto all'esperienza dei lager nazisti, denunciava qualche anno fa una "frustrazione esistenziale" che necessariamente deriva dal contrasto fra questa mentalità diffusa e la realtà dell'esistenza umana. Finché si assorbe una mentalità di vita basata sul piacere o sull'affermazione di sé stessi e si considerano tali valori come assoluti, si subirà una continua frustrazione nella constatazione del progressivo indebolimento fisico e delle oscillazioni e contraddizioni sociali. Per rimediare a questa frustrazione, Frankl proponeva la "logoterapia", ovvero la cura medica dell'anima, che consiste nell'aiutare la persona ad interrogarsi sul senso della sua esistenza, convincendosi che in qualsiasi altra situazione, anche la più assurda, è possibile trovare un "compito di vita", cominciando dalle risposte più modeste, ma attuabili in quel momento.

La domanda sulla sofferenza è l'unica via per il passo successivo che è quello di domandarsi che cosa rende possibile alla persona integrarla nella propria esistenza. In una prospettiva cristiana, la sofferenza non cessa di

essere un “problema”: anche per l'uomo religioso essa costituisce una dura prova della maturità umana e cristiana, fa cadere apparenti sicurezze e stimola a rivedere la propria concezione di Dio. La sofferenza fa sorgere la tentazione: di chiudersi in se stesso, di diventare esigenti, di non accettare i propri limiti, di infantilismo, di ribellione nevrotica, ma soprattutto di mettere in discussione la bontà di Dio, come ben ci insegna il poema biblico di Giobbe.

Questa situazione è ben rappresentata anche dalle parole di Gesù sulla croce: «Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?» (Mt 27,46). Con tali parole, Gesù esprime la sua rivolta contro la sofferenza e il senso di solitudine nel doverla sopportare. Nella prospettiva di fede, l'agonia, come la croce, rimane una cosa patita: una “passione” appunto, non certo un programma di vita. Ma sappiamo che il dialogo di Gesù col Padre si conclude con le parole: «Padre nelle tue mani affido il mio spirito» (Lc 23,46), che esprimono la fede di Gesù nell'intervento salvifico del Padre, la consapevolezza della necessità di un amore sofferente per ridare la vita agli uomini. La parola decisiva della fede è la promessa di Dio di concedere la vita e la fede in questa promessa.

Gesù supera la tentazione con la certezza che la sofferenza non è il luogo dell'abbandono di Dio, ma la condizione che provoca ad una fede più forte e più matura realizzare la propria missione di amore nella vita. La prospettiva cristiana suggerisce il difficile equilibrio tra il *non arrendersi* di fronte alla sofferenza, propria e altrui, e la *pazienza* di fronte alle situazioni penose che durano nel tempo che esprimono i tempi lunghi di Dio.

MATRIMONIO E SESSUALITÀ

(di G. Turati)

L'etica della vita tocca, e non marginalmente, anche le questioni relative al comportamento in ambito sessuale, matrimoniale e familiare, per quanto in genere tali questioni vengono trattate a parte rispetto a quelle che più consensualmente vengono attribuite all'ambito della questioni “bioetiche”.

Negli ultimi decenni, forse in nessun altro ambito si sono prodotte trasformazioni nel costume diffuso così macroscopiche come in quello del costume sessuale e della famiglia. Ovviamente tale trasformazione e i relativi problemi pastorali che ne conseguono sono tali per cui non è possibile una loro trattazione esaustiva in questa sede. Accennerò semplicemente ad

alcune questioni che possono avere un particolare interesse per noi nel nostro compito di evangelizzatori e di confessori.

Le questioni cui accennerò sono sostanzialmente quattro: le cosiddette situazioni irregolari, il matrimonio e le persone omosessuali, le coppie di fatto e, per ultimo, accennerò ad una questione che è salita alla ribalta alcuni mesi fa con il termine "omofobia".

Situazioni irregolari

Le legislazioni dei paesi occidentali, compresa quella italiana, permettono da tempo il divorzio e la possibilità di un nuovo matrimonio. Anche molti cattolici ricorrono al divorzio più o meno consapevoli delle ragioni di una diversa valutazione etica da parte dello Stato e della Chiesa. Il fenomeno è in continua crescita e pone importanti problemi teologici e pastorali. Uno dei più dibattuti riguarda la possibilità di ricevere comunque la comunione eucaristica, ormai richiesta da più parti, anche all'interno del mondo cattolico.

La discussione di questi ultimi decenni ha condotto il magistero della Chiesa cattolica a riformulare la dottrina e la prassi verso i divorziati risposati. Punto di arrivo di questa riformulazione sono due documenti: l'esortazione apostolica *Familiaris consortio* (1981) e la Lettera ai vescovi della Chiesa cattolica della Congregazione per la dottrina della fede, che si richiama al documento precedente, e che si intitola *La comunione eucaristica a fedeli divorziati risposati* (1994).

In quest'ultimo documento si ribadisce che non è possibile modificare la prassi tradizionale per due motivi.

- La prima ragione è di ordine teologico: riguarda il significato della comunione eucaristica, che significa perfetta adesione alla fedeltà e al dono totale di Cristo di sé alla sua Chiesa. Ora, al di là delle intenzioni, il nuovo matrimonio civile smentisce oggettivamente questa decisione (cf n. 4).
- L'altra ragione è di ordine pastorale. Si tema che la prassi permissiva possa indurre l'idea di facili accomodamenti. La conclusione, che è il punto chiave di questo documento, è che non si danno particolari situazioni per legittimare prassi diverse (cf n. 5).

Per quanto riguarda l'aspetto pastorale, le indicazioni del documento sono di due tipi:

- si invita a suggerire «loro con prudenza e rispetto concreti cammini di conversione e di partecipazione alla vita della comunità ecclesiale» (n. 2),

- si esorta a promuovere la partecipazione alla vita ecclesiale che non può essere «ridotta alla questione della recezione dell'eucaristia» (n. 6).

Il medesimo documento sottolinea che l'espressione "divorziati risposati" copre una gamma di situazioni diverse le una dalle altre. Ciò porta alcuni a ritenere che il proprio caso sia del tutto particolare, come per esempio «quando fossero stati abbandonati del tutto ingiustamente, sebbene si fossero sinceramente sforzati di salvare il precedente matrimonio, ovvero quando fossero convinti della nullità del precedente matrimonio, pur non potendola dimostrare nel foro esterno...» (n. 3)

A questo proposito, ci si domanda se non sia il caso di rispettare il giudizio personale della coscienza qualora i divorziati risposati, dopo un itinerario di ripensamento e di ricerca, si sentissero degni del sacramento della penitenza e dell'eucaristia.

Il documento chiarisce che tale convinzione è in contrasto con la dottrina della Chiesa e che la validità o meno del matrimonio non può essere risolta unicamente a partire dal soggetto. Il matrimonio è una realtà personale, ma non privata: è una realtà essenzialmente pubblica, sociale ed ecclesiale (cf n. 7). In questo caso, il compito pastorale consiste nell'aiutare il cattolico praticante a ripensare le convinzioni che sono in contrasto con il pensiero e la prassi della Chiesa.

Dobbiamo concludere allora che la questione è chiusa senza possibilità di appello? I tratti nuovi che caratterizzano l'attuale pastorale dei divorziati risposati consistono nel promuovere nella persona interessata l'esperienza della verità e della carità, su cui insisteva già la *Familiaris consortio*. Il no ai sacramenti va comunicato in un contesto di comprensione e di rispetto. Non sarebbe sufficiente trasmettere la norma, tacendo le motivazioni che la sorreggono e la rendono ragionevole e al tempo stesso praticabile.

Come ultima attenzione pastorale il documento sostiene che oltre che nella cura delle situazioni difficili e irregolari, ci si deve impegnare anche in iniziative di prevenzione atte a individuare le molteplici cause che portano alla crisi e al fallimento di un matrimonio, utilizzando anche i dati delle scienze umane e le indicazioni di inchieste e sondaggi.

Omosessualità e matrimonio

La posizione ufficiale del magistero cattolico sull'omosessualità è espressa in una Dichiarazione della Congregazione per la dottrina della fede, intitolata *Dichiarazione su alcune questioni di etica sessuale* o anche, dalle

prime parole del documento, *Persona humana* (1975). Questo documento, nonostante alcune aperture, ha una posizione globalmente condannatoria.

Al n. 8 ammette la distinzione tra struttura e comportamento omosessuale, considerando la prima come condizione umana "patologica" (*vitiata constitutio*). Quanto al comportamento omosessuale (*iunctiones homosexuales*), il giudizio morale, «in nessun caso possono ricevere una qualche approvazione»(ivi).

Questa dura valutazione viene in qualche modo alleggerita dal punto di vista pastorale, soprattutto per quanto riguarda gli omosessuali costitutivamente tali. Di essi dice che «indubbiamente, tali persone omosessuali nell'azione pastorale devono essere accolte con comprensione e sostenute nella speranza di superare le loro difficoltà personali e il loro disadattamento sociale. Anche la loro colpevolezza sarà giudicata con prudenza». D'altra parte si concede che i dati della Scrittura «non permettono di concludere che tutti coloro i quali soffrono di questa anomalia ne siano già per questo personalmente responsabili» (ivi).

Negli anni successivi a tale documento, la questione dell'omosessualità ed il giudizio morale sugli atti omosessuali è divenuto sempre più oggetto di pubblico dibattito, anche in ambienti cattolici. In conseguenza di ciò la Congregazione per la dottrina della fede ha ritenuto opportuno rivolgere una *Lettera ai vescovi della chiesa cattolica sulla cura pastorale delle persone omosessuali* (1986).

Richiamando il precedente documento che dopo aver distinto tra tendenza e atti omosessuali, dichiarava "intrinsecamente disordinati" gli atti omosessuali (cf n. 8), precisava ora che «la particolare inclinazione della persona omosessuale, benché non sia in sé peccato, costituisce tuttavia una tendenza, più o meno forte, verso un comportamento intrinsecamente cattivo dal punto di vista morale. Per questo motivo l'inclinazione stessa dev'essere considerata come oggettivamente disordinata» (cf n. 3).

La conclusione della *Lettera* è che, nonostante che «oggi un numero sempre più vasto di persone anche all'interno della chiesa, esercita una fortissima pressione per portarla ad accettare la condizione omosessuale, come se non fosse disordinata e a legittimare gli atti omosessuali» (n. 8), l'unica soluzione accettabile per le persone omosessuali è che esse «sono chiamate come gli altri cristiani a vivere la castità» (n. 12).

Il nuovo monito del magistero non ha però avuto l'esito sperato. Molteplici movimenti di opinione hanno continuato la loro causa per il superamento di ogni discriminazione, tanto che il Parlamento europeo, con

la risoluzione dell'8 febbraio 1994, ha chiesto di togliere dalla legislazione il divieto di matrimonio e di adozione per gli omosessuali.

La risoluzione del Parlamento europeo è una conferma dell'eclissi dell'etica nelle democrazie occidentali. Le leggi delle nostre società cercano di regolamentare i costumi praticati, senza preoccuparsi dei valori morali in gioco e del ruolo pedagogico o antipedagogico che determinate leggi possono svolgere. Tale risoluzione è infatti una chiara espressione del contesto culturale ed etico contemporaneo analizzato dalla *Veritatis splendor*, segnato da soggettivismo, relativismo etico e individualismo. In questo contesto le norme etiche sono considerate repressive e, come tali, vanno rimosse come un ostacolo alla propria realizzazione individuale.

Su queste problematiche il magistero era già intervenuto prima della risoluzione del Parlamento europeo con un pronunciamento della Congregazione per la dottrina della fede dal titolo *Alcune considerazioni concernenti la risposta a proposte di legge sulla non discriminazione delle persone omosessuali* (1992). Il principale interlocutore appare essere la Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti, ma al tempo stesso viene presentata come un aiuto nella formulazione di una risposta cattolica alle ipotesi legislative proposte.

La prima parte richiama passi significativi della Lettera ai vescovi del 1986 sulla cura pastorale delle persone omosessuali. La seconda parte, invece, tratta della loro applicazione. In essa si afferma decisamente che «la “tendenza sessuale” non costituisce una qualità paragonabile alla razza, all'origine etnica, ecc. rispetto alla non discriminazione» (n. 10). Anzi, si prosegue, «vi sono ambiti nei quali non è ingiusta discriminazione tener conto della tendenza sessuale: per esempio nella collocazione dei bambini per adozione o affido...» (n 11).

Il documento è breve e deciso nell'opporci ad ipotesi legislative che, di fatto, si sono successivamente tradotte in leggi in vari Stati. Ha comunque il merito di aver posto con chiarezza alcuni rischi, come al n. 15:

«Dal momento che nella valutazione di una proposta di legislazione la massima cura dovrebbe essere data alla responsabilità di difendere e di promuovere la vita della famiglia, grande attenzione dovrebbe essere prestata ai singoli provvedimenti degli interventi proposti. Come influenzeranno l'adozione o l'affido? Costituiranno una difesa degli atti omosessuali, pubblici o privati? Conferiranno uno stato equivalente a quelli di una famiglia a unioni omosessuali, per esempio, a riguardo dell'edilizia pubblica o dando al partner omosessuale

vantaggi contrattuali che potrebbero includere elementi come partecipazione della "famiglia" nelle indennità di salute prestate a chi lavora?»

La posizione del magistero cattolico è che il divieto dell'adozione non comporta alcuna discriminazione nei confronti della persona omosessuale, semplicemente tutela il minore. La logica che è alla base dell'adozione e dell'affidamento, infatti, mette al centro il bene e l'interesse del minore, non quello dell'adulto. Il minore non può essere occasione per la realizzazione dell'adulto e non esiste un "diritto al bambino", ma solo un "diritto del bambino" ad una famiglia normale e stabile. La coppia omosessuale, al di là delle buone intenzioni, non garantirebbe oggettivamente l'ambiente formativo al quale il minore ha diritto.

Coppie di fatto

Un'altra profonda trasformazione del costume, con rilevanti influssi anche sulle scelte dei cattolici, prodottasi negli ultimi decenni, è la diffusione delle cosiddette "coppie di fatto" (altrimenti dette "unioni" o "convivenze libere").

In realtà, con queste espressioni ci si riferisce a situazioni molto differenti le une dalle altre, che è doveroso distinguere prima di proferire su di esse il giudizio etico e giuridico. Su tali situazioni si è espresso il Pontificio Consiglio per la famiglia con un documento intitolato *Famiglia, matrimonio e "unioni di fatto"* (2000). Il documento è motivato dal crescente numero delle unioni di fatto, nelle sue molteplici versioni, che provocano un indebolimento della stabilità del matrimonio. Esso si propone come orientamento diretto soprattutto a coloro che hanno responsabilità in questa materia: sono questi che, nelle loro attività legislative, possono dare consistenza giuridica all'istituzione matrimoniale o, al contrario, diminuirla.

Tra i diversi tipi di coppie di fatto che esprimono una domanda di riconoscimento giuridico, la diversificazione più forte è tra coppie eterosessuali e omosessuali. Al riguardo, è doveroso premettere e chiarire che ad ogni persona, omosessuale o eterosessuale, va riconosciuto rispetto incondizionato e ogni suo diritto. Tutto questo, però, non porta alla cancellazione della differenza di genere, sulla quale si basa strutturalmente la coppia in generale e il matrimonio in particolare.

Nel caso omosessuale, il termine "coppia" (e ancor più "matrimonio") non è per nulla appropriato, perché l'omosessualità non può essere considerata una semplice variante della sessualità umana. Si tratta di una

condizione oggettiva, che non può essere cambiata per legge. La questione sottesa è di natura antropologica prima ancora che etica o giuridica.

Un'altra distinzione che non va sottovalutata per le sue conseguenze sull'istituto matrimoniale è tra coppie (eterosessuali) sposate e coppie non sposate. Vi rientrano coppie che vorrebbero sposarsi e che, per varie ragioni, si vedono costrette a procrastinare il matrimonio e coppie che proprio non intendono sposarsi. Il vero problema etico, oltre che giuridico, sta in queste ultime: cioè in coppie che decidono per la convivenza libera in alternativa e nel deliberato rifiuto del matrimonio, sia religioso sia civile.

Ora, scegliere il matrimonio (e non la semplice convivenza) significa voler farsi riconoscere dalla comunità: perché questo riconoscimento avvenga occorre che la società lo promuova come bene e valore sul quale si basa la sua stessa stabilità civile, morale e spirituale. In questa prospettiva occorre che la società, e per essa lo Stato, non solo faccia leggi giuste in fatto di matrimonio e famiglia ma sappia anche realizzare una adeguata politica familiare e un efficiente rete di servizi sociali.

Non è per niente indifferente per la società che diminuiscano i matrimoni e crescano le coppie di fatto. Nei confronti di queste, il ruolo dello stato non può limitarsi a regolamentarli (si ricorderà la stagione dei dibattiti sui DICO e sui PACS): deve piuttosto domandarsi cosa fare per invertire la tendenza del ricorso a questa tipo di convivenza.

Omofobia

In tempi recentissimi è sorto, prima in sede parlamentare e poi a livello di opinione pubblica, il dibattito sulla cosiddetta questione della "omofobia". Ancora una volta la "pietra di scandalo" è il Parlamento europeo che nel 2006 ha adottato una Risoluzione sulla omofobia in Europa, la quale ha equiparato l'omofobia (genericamente definita come "paura e avversione irrazionale nei confronti dell'omosessualità e di gay, lesbiche, bisessuali e transessuali, basata sul pregiudizio") a fenomeni per nulla assimilabili come il razzismo, la xenofobia, l'antisemitismo e il sessismo. Vengono anche equiparati gli atti di violenza "fisica, morale e psicologica" con la decisione di taluni Stati europei di non dare riconoscimento giuridico alle coppie omosessuali o di introdurre modifiche costituzionali volte ad impedire matrimoni tra persone dello stesso sesso.

In altre parole, secondo il Parlamento europeo, le politiche degli Stati membri dirette a difendere l'istituto matrimoniale e familiare, così come ereditato dalla tradizione cristiana, sarebbero anch'esse espressione

deplorable di una società "omofoba", che va rieducata ai valori della "omofilia", se necessario attraverso lo strumento della repressione penale di ogni possibile forma di dissenso.

Nel nostro Paese la proposta di legge sulla omofobia (la cosiddetta "legge Concia", dal nome della relatrice) ha avuto un iter travagliato e alla fine è stata affossata. Infatti, dopo mesi di confronti e discussioni, la maggioranza ha votato l'incostituzionalità del provvedimento con 285 voti favorevoli, 222 contrari e 13 astenuti. La bocciatura ha sollevato dure critiche verso l'Italia da parte di rappresentanti dell'Unione Europea e dell'ONU.

In seguito a ciò, il ministro per le Pari opportunità, Mara Carfagna, ha presentato il 9 novembre 2009, presso la Sala Stampa di Palazzo Chigi, la prima campagna istituzionale di sensibilizzazione contro l'omofobia e le discriminazioni di genere.

"Nessuna differenza", questo è il nome della campagna proposta dal ministro per le Pari opportunità, che comprende uno spot video, uno spot radiofonico ed opuscoli da distribuire nelle scuole. Per il progetto il governo ha investito circa due milioni di euro. Lo spot è andato in onda su tutte le televisioni e diffuso via internet.

Per la sua realizzazione, il ministro ha voluto affidarsi "alle migliori agenzie creative", nella speranza che tutti capiscano che "l'omofobia - un'avversione immotivata e irrazionale nei confronti delle persone omosessuali - è una malattia dalla quale si può guarire".

Questa citazione mi pare alquanto significativa delle profonde trasformazioni avvenute nella cultura anche del nostro Paese negli ultimi decenni: se una volta il termine "malattia" veniva applicato alla omosessualità, oggi viene applicato contro ogni discriminazione fondata sull'orientamento sessuale del singolo o sulla sua identità di genere.

PARTE QUARTA - LA FINE DELLA VITA UMANA

IL TESTAMENTO BIOLOGICO

(di G. Turati)

La questione del testamento biologico o delle cosiddette dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT), come tecnicamente sarebbe più giusto chiamarla, è oggi di grande attualità. Anche il Parlamento ha cominciato ad interessarsi della materia, sulla spinta di alcuni episodi che sono saliti alla ribalta e hanno attirato l'interesse dell'opinione pubblica (primo fra tutti il noto caso di Eluana Englaro). Esponenti di quasi tutte le componenti politiche hanno avanzato proposte e in questo momento otto sono i disegni di legge depositati. In alcune di queste proposte di legge vengono prese in considerazione anche altre scelte, come la donazione degli organi, l'assistenza religiosa, le modalità di sepoltura la cremazione.

Di che cosa si tratta esattamente? In prima approssimazione, potremmo dire che si tratta di un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso.

Perché tanto interesse per questa materia? Sostanzialmente per due motivi. Il primo è connesso con l'evoluzione della medicina in questi ultimi anni. Il malato tipico del nostro tempo è il malato cronico. L'affinamento delle tecniche di rianimazione hanno consentito un miglioramento decisivo nella prognosi di numerose e gravi patologie, con la conseguenza però che hanno portato alla comparsa del cosiddetto stato vegetativo. Il secondo motivo è connesso con la nuova visione della gestione della salute da parte dei cittadini delle società democratiche, che ha rafforzato il desiderio di far valere il proprio parere nell'ambito del processo terapeutico e della relazione medico-paziente.

Tale desiderio è peraltro chiaramente riconosciuto come un diritto dall'art. 32 della Costituzione, che recita: «Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona». Va tuttavia precisato che tale articolo della Costituzione non intende affermare un'autonomia assoluta dei cittadini di fronte ai trattamenti sanitari, in quanto fu pensato un relazione all'uso criminale dei trattamenti

medici fatto dai regimi fascista e nazista negli anni precedenti e durante la seconda guerra mondiale. L'intenzione originaria non rispondeva, quindi, ai dilemmi etici del tempo presente.

Essenziale è oggi la precisazione di quale sia il ruolo che la volontà del paziente può avere in una dichiarazione anticipata di trattamento. Può arrivare a comprendere anche la decisione di chiedere l'eutanasia passiva? La differenza tra eutanasia attiva e eutanasia passiva sta in questo: nel primo caso, si somministra qualche sostanza che "provoca la morte"; nel secondo si "lascia morire" il paziente negandogli un trattamento che lo manterrebbe in vita (ad es. alimentazione e idratazione).

La prima cosa da fare sotto il profilo etico è dunque di distinguere chiaramente il concetto di dichiarazioni anticipate di trattamento da quello di eutanasia: il primo è lecito, mentre il secondo è illecito. Il principio generale al quale il contenuto delle dichiarazioni anticipate dovrebbe ispirarsi può essere formulato così: ogni persona ha il diritto di esprimere i propri desideri, anche in modo anticipato, in relazione a tutti i trattamenti terapeutici e a tutti gli interventi medici, circa i quali può lecitamente esprimere la propria volontà attuale. Risulta evidente che questo principio esclude dalle dichiarazioni anticipate tutte quelle che sono in contrasto con l'etica e la deontologia medica, come per esempio un ipotetico diritto all'eutanasia.

Una volta riconosciute legittime, nei limiti sopra indicati, le dichiarazioni anticipate, si pone il problema se sia auspicabile o no un formale intervento legislativo al riguardo. In realtà il principio è chiaro, ma i problemi che rimangono aperti sono molti. Per esempio, è importante stabilire se alle dichiarazioni anticipate debba essere attribuito un carattere (assolutamente) vincolante o (meramente) orientativo.

Quale spazio va riconosciuto all'autonoma valutazione del medico, che non deve eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma anzi ha l'obbligo di valutarne l'attualità in relazione alla sua situazione clinica e agli eventuali sviluppi della tecnologia medica o della ricerca farmacologica che possono essere avvenuti dopo la redazione delle dichiarazioni anticipate.

Sono molte le domande che ancora non trovano risposta nei principi generali della Costituzione, nella Convenzione sui diritti umani e nel codice di deontologia medica. Domande come le seguenti: il desiderio deve essere espresso in forma scritta o basta quella orale? E in ambedue i casi, con quali modalità? Chi ha il compito di raccogliere e conservare tali dichiarazioni? Come può il medico avere la certezza che le dichiarazioni anticipate di cui

egli è venuto in possesso non siano state revocate o sostituite da altre? Come può accertarsi che esse siano state redatte da soggetti autenticamente competenti?

E' dunque auspicabile un intervento legislativo che risolva molte questioni tuttora aperte e che insieme offra un sostegno giuridico alla pratica delle dichiarazioni anticipate, regolandone le procedure di attuazione. In effetti, per rispondere a queste esigenze il Parlamento italiano sta elaborando una legge sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Il provvedimento ha già passato il vaglio del Senato, che lo ha approvato il 26 marzo 2009.

I punti essenziali del testo sono: all'articolo 1 si ribadisce il principio della indisponibilità della vita umana; l'art. 2 precisa la figura del consenso informato; l'art. 3 stabilisce i contenuti e limiti delle dichiarazioni anticipate di trattamento. Sono ripresi e confermati i divieti degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale a proposito di eutanasia e suicidio assistito. Al comma 5 si esclude la possibilità di inserire l'alimentazione e l'idratazione nelle dichiarazioni anticipate. All'art. 7 si stabilisce che le dichiarazioni anticipate di trattamento non hanno carattere vincolante per il medico.

Questa la situazione attuale sul piano giuridico. E che dire sul piano etico? Sul piano etico, la tradizione morale cattolica ha sempre dato molta importanza, in materia di trattamenti terapeutici, alla distinzione tra "mezzi ordinari" e "mezzi straordinari", per stabilire che, nel primo caso, si ha l'obbligo di utilizzarli, mentre nel secondo caso il malato, o chi lo rappresenta, può decidere per ragionevoli motivi di utilizzarli o respingerli. Di fatto sono oggi molteplici le situazioni nelle quali è difficile stabilire con assoluta certezza il confine tra mezzi ordinari e mezzi straordinari. Proprio per questo diventa rilevante l'interazione tra il medico e il paziente, affinché possano decidere insieme le soluzioni più adeguate.

Data per certa la illiceità per la morale cattolica sia dell'*accanimento terapeutico* (uso sproporzionati di mezzi terapeutici al fine di mantenere in vita ad ogni costo), sia l'*eutanasia* (intervento intenzionalmente volta all'interruzione della vita), rimane il problema di determinare quando l'interruzione della cura si configura come eutanasia e quando la continuazione della cura si configura come accanimento terapeutico.

In tale determinazione concorre un pluralità di agenti, che non vanno posti in competizione, bensì in relazione tra loro: il *medico*, che mette a disposizione le sue competenze; la *famiglia*, che è chiamata a sostenere il paziente nelle sue scelte; il *paziente* stesso, che va messo in grado di discernere ciò che è bene e di sceglierlo liberamente. Tra i diversi agenti

occorre pensare a un modello di riferimento non di tipo contrattuale e commerciale, ma come alleanza-prossimità terapeutica tra i vari agenti.

Per la morale cattolica il riferimento principale è sempre il bene della persona, non i beni particolari presi a sé stanti, come ad esempio il prolungamento della vita, la guarigione di una parte del corpo, l'annullamento di certi sintomi e così via. Il bene della persona comprende i *significati* dei gesti e non si riduce al *contenuto* materiale degli stessi. Per la morale cattolica ciò che è doveroso è la prossimità ad un malato terminale piuttosto che il prolungamento della sua vita, lo stabilire con lui un'alleanza di cura piuttosto che garantire un adeguato equilibrio metabolico sul piano nutritivo.

In altre parole, avere cura dell'altro non coincide con il prolungarne ad ogni costo la vita, né con il toglierne a ogni costo il dolore: può coincidere con questi atti, ma può anche non coincidere con essi, poiché nessuno di essi costituisce un valore supremo. I gesti parziali (di sostegno alla vita o di lenimento del dolore) hanno valore nella misura in cui esprimono quell'attitudine di cura e lo perdono nella misura in cui la tradiscono.

Sulla base di queste considerazioni, la valutazione etica di un testamento biologico non può essere fatta a partire dai contenuti materiali delle decisioni cliniche, ma piuttosto dai significati che queste rivestono nel contesto della biografia personale e, se credente, dell'itinerario di fede, di ciascuno di noi. Trattare tutti con la stessa dedizione non significa compiere materialmente gli stessi gesti, perché diverso è il senso che assumono entro il contesto dell'esistenza personale e irripetibile di ogni persona umana.

EUTANASIA (di B. Jalkh)

Prima di affrontare le questioni morali nella situazione terminale della vita, è bene chiarire bene la differenza sostanziale tra malato terminale e malato inguaribile. Il malato *inguaribile* è il malato affetto da una malattia che non può essere guarita (es. AIDS), ma che spesso può essere ancora suscettibile di interventi terapeutici i quali ne possono modificare e rallentare, notevolmente, il decorso. Il malato *terminale* è un malato ormai prossimo alla morte (anche se questo stato può prolungarsi per settimane o mesi), nel quale gli interventi terapeutici specifici non possono più modificare l'andamento della patologia e nei quali sono utili solo le cure

minimali e le cure palliative. In questo caso, si parla di cure *ordinarie* (idratazione, alimentazione e detersione delle ferite...), e di cure *palliative* le quali attenuano il dolore e la violenza di altri sintomi coprendoli come di un pietoso mantello (*pallium*).

Dal punto di vista etimologico, il termine *eutanasia*, originariamente significava: “morte serena” o “buona morte”, in una fase successivo “passaggio buono e facile”, ed infine “procurare la morte buona”. Di fatto, nella società odierna per “eutanasia” si intende una gamma di problemi tra loro assai diversi, quali la lotta contro il dolore, il cosiddetto diritto di morire con dignità, il rifiuto dell'accanimento terapeutico, e la soppressione di una vita umana. Attualmente con il termine *eutanasia* si intende ogni azione od omissione compiuta per sopprimere la vita di un malato inguaribile o terminale, di un anziano o di un portatore di handicap al fine di evitargli sofferenze fisiche o psichiche. Qualunque sia il motivo, opera nell'eutanasia la volontà di dare o di darsi la morte: essa è, quindi, una forma di omicidio o di suicidio. Una definizione di eutanasia viene offerta dal Magistero della Chiesa, affermando in modo sintetico e preciso quanto segue: “Per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati”¹⁰.

I vari tipi di eutanasia

Possiamo distinguere in base a questa definizione tre livelli che riguardano l'atto eutanastico:

- Al livello intenzionale ogni volta che vi è l'intenzione di porre fine alla vita o di accelerare la morte del paziente, si pratica l'eutanasia. Da non confondere questi casi con il caso della sedazione analgesica del dolore con l'abbreviazione della vita.
- Al livello dei metodi usati, si ha eutanasia quando l'intenzione di uccidere si esplica tramite la somministrazione di sostanze ad effetto letale oppure con la sospensione di trattamenti necessari o utili al paziente. Si può distinguere l'eutanasia in *attiva* quando si tratta di un intervento di tipo somministrativo, e in *passiva* quando si tratta di

¹⁰ Giovanni Paolo II, Lettera enciclica sul valore e l'invulnerabilità della vita umana, *Evangelium vitae*, Edizioni Dehoniane, Bologna 1995, n. 65.

un intervento di tipo omissivo, ma in entrambi i casi si tratta di una vera e propria uccisione.

- Al livello dell'agente, l'atto di uccisione viene a configurarsi come eutanasia *volontaria* quando il paziente è il primo a richiederla, o a dare il suo consenso alla proposta eutanasi. Nel caso in cui il paziente esprime il suo rifiuto a tale pratica, se l'eutanasia viene praticata ugualmente allora viene chiamata *involontaria*. Quando all'insaputa del paziente avviene la sua uccisione, in questo caso si tratta di eutanasia *non volontaria*.

Valutazione etica

Occorre precisare in questo ambito, che non ogni *astensione* da una certa terapia o cura è una scelta eutanasi. A volte l'astensione è legittima e doverosa per non passare al lato estremo, quello dell'*accanimento terapeutico*. Una ampio riferimento sugli aspetti etici dell'eutanasia, si trovano nel Magistero della Chiesa: nella *Dichiarazione sull'eutanasia* della Congregazione per la Dottrina della fede del 5 maggio 1980, e in *Evangelium Vitae*, del 25 marzo 1995, nn. 64-67.

1. Nella *Dichiarazione sull'eutanasia* si dà di essa (alla luce della verità della persona) il giudizio di grave illiceità morale: “si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità” (*Dichiarazione sull'eutanasia*, II).
2. Nell'enciclica *Evangelium Vitae* al n. 65, il pronunciamento sull'eutanasia è il seguente: “In conformità con il Magistero dei miei Predecessori e in comunione con i Vescovi della Chiesa Cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale”
3. Nella stessa enciclica al n. 66, vi è la condanna del suicidio assistito: “condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto «suicidio assistito» significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di

un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta”.

Dal punto di vista etimologico la parola “*accanimento*” indica una “morte travagliata e difficile”. La presenza di una contraddizione insita nel termine stesso, non permette sempre, nella clinica medica, una facile identificazione: taluni medici, a tal proposito, ritengono che non sia possibile compiere un accanimento sull'ammalato e allo stesso tempo definirlo come atto terapeutico. Da qui la necessità di parlare di un accanimento medico più che terapeutico, per potere identificarlo nella pratica clinica. Un'altro rischio è quello di considerare l'astensione dall'accanimento come una specie di eutanasia passiva, perché se il medico ha promesso di fare il bene del paziente dal momento in cui si è stabilita l'alleanza terapeutica, piuttosto che lasciarlo morire, egli dovrebbe fare di tutto per salvare la vita del suo ammalato.

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

(di B. Jalkb)

Volendo definire il termine in questione, onde evitare ogni confusione al riguardo, in linea teorica si può dire che si ha *accanimento terapeutico* ogni volta che vi è: “un trattamento di documentata *inefficacia* in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un *rischio* elevato e/o una particolare *gravosità* per il paziente con un'ulteriore sofferenza in cui *l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica*”¹¹.

Talvolta si verifica questo caso: il trattamento terapeutico, quando fu prescritto era utile, successivamente, a causa del modificarsi del quadro clinico, è diventato inutile. Il personale curante deve essere capace di valutare in modo continuo e critico se la cura programmata sia sempre utile al singolo paziente. Il che va valutato non in astratto, ma caso per caso. La necessità di riferirsi al singolo caso nella sua viva concretezza è indicata

¹¹ C Manni, *Accanimento terapeutico, in rianimazione e terapia intensiva*, in A. Bompiani, *Bioetica in medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996, p. 321.

anche nella definizione che l'*Evangelium Vitae* (n. 65) dà dell'accanimento terapeutico: “certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza “rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi”.

Terapia ordinaria o straordinaria

Il carattere ordinario/straordinario della terapia è un criterio che considera la terapia in rapporto al singolo caso clinico in quel preciso contesto medico sociale. Il mezzo terapeutico è detto straordinario quando:

1. aumenta il dolore e/o la sofferenza in modo insopportabile;
2. è dispendioso;
3. l'accesso ad esso è difficile o impossibile a tutti coloro che ne fanno richiesta.

Terapia proporzionata o sproporzionata

Ma i mezzi un tempo straordinari, grazie al progresso medico, oggi sono ordinari. Insieme al criterio di ordinarietà/straordinarietà della terapia si ricorre a un altro criterio: il carattere proporzionato/sproporzionato della terapia. Questo criterio considera non la terapia in quanto tale, ma il risultato ottenuto o sperato di essa. Il mezzo terapeutico è detto sproporzionato sulla base del confronto tra:

1. tipo di terapia, grado di difficoltà, rischi, effetti collaterali, possibilità di applicazione, spese necessarie, da un lato;
2. benefici attesi o ottenuti, dall'altro;

tenuto sempre conto delle condizioni reali del malato, delle sue forze fisiche e morali.

Questo criterio si fonda su un rapporto di adeguatezza tra mezzo terapeutico e effetti attesi e/o ottenuti. L'astensione dagli interventi diagnostici e terapeutici sproporzionati è fondamentale per favorire la fiducia tra personale curante e malato. È necessario distinguere nettamente tra astensione dalle cure sproporzionate o sospensione di esse, da un lato, e l'eutanasia, dall'altro: rinunciare ad iniziare o sospendere terapie straordinarie e sproporzionate non equivale al suicidio o all'eutanasia, ma esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

Nell'opinione pubblica in generale regna, invece, una grande confusione ingenerata spesso da articoli di giornale o da campagne pro-eutanasia. Altri sostengono che astensione/sospensione delle cure sproporzionate ed eutanasia siano equivalenti, perché a loro dire non conta la volontà del medico o dell'infermiere, ma contano solo le conseguenze visibili dell'atto compiuto, poiché in entrambi i casi la morte segue l'una e l'altra decisione. Ma questo modo di ragionare comporta l'irrelevanza etica degli atti umani.

Criteria per individuare l'accanimento

Il prof. Manni, in uno studio del 1990, ha enumerato questi criteri generici per individuare l'accanimento diagnostico-terapeutico:

1. la documentata inefficacia dei trattamenti, da cui deriva la loro futilità;
2. la gravosità del trattamento;
3. l'eccezionalità dei mezzi impiegati, i quali sono sproporzionati agli obiettivi da raggiungere.

Diverso è il caso dei pazienti che si trovano in reparto di terapia intensiva. Sempre secondo il Prof Manni, si porrà fine alle terapie intensive nel caso di: 1) danni gravi e irreversibili al sistema nervoso centrale; 2) di fase terminale di patologie neoplastiche; 3) di fase terminale di patologie inguaribili non più rispondenti alle terapie intensive.

Si limiteranno le terapie intensive tenendo conto dei seguenti criteri in ordine decrescente di importanza: 1) terapia inutile o sproporzionata; 2) ridotta aspettativa di vita del paziente; 3) qualità della vita residua; 4) età del paziente; 5) dichiarazioni o desideri precedentemente espressi dal paziente, i quali per quanto non siano vincolanti vanno tenuti presenti; 6) parere dei familiari; 7) disponibilità delle risorse.

L'abbandono del malato

Il confine tra rifiuto dell'accanimento terapeutico e abbandono del malato, oppure tra l'accompagnamento a una morte senza sofferenze e l'eutanasia a volte è molto sottile ed è affidato alle intenzioni del paziente e del medico. Dipende in ultima analisi dai rapporti tra tecnica usata e intenzione perseguita nell'usarla. Di fatti la stessa tecnica può essere usata sia

con l'obiettivo di lenire il dolore che di provocare la morte, oppure l'obiettivo di rifiutare l'accanimento terapeutico può essere all'origine di alcuni gesti che in un altro quadro clinico potrebbero configurare un abbandono del paziente.

Il far dipendere ogni scelta dalla sola volontà del paziente, che il medico sarebbe solo chiamato ad eseguire senza bilanciarla con la propria esperienza professionale, significherebbe scivolare verso un abbandono terapeutico di tipo burocratico. È necessario e urgente andare al di là del semplice consenso informato, che spesso non è reale date le fragili condizioni psicologiche del malato, per battersi al fianco del paziente, per assisterlo, per evitare la sua solitudine e lenire il suo dolore, insistere cioè sull'alleanza medico-paziente anche quando non ci sono speranze terapeutiche.

Le cure palliative

L'Associazione Europea per la Cure Palliative dà questa definizione: «Le cure palliative sono le cure attive e globali dei pazienti che non rispondono più ai trattamenti terapeutici, e per i quali la priorità diventa il controllo del dolore e degli altri sintomi fisici, sociali, psicologici o spirituali. Le cure palliative supportano la vita e considerano la morte un processo normale. Sono pluridisciplinari. Coinvolgono il paziente, la sua famiglia, i curanti e tutta la comunità medico-sanitaria».¹²

Sono, quindi, trattamenti destinati a pazienti affetti da patologie gravi inguaribili, che causeranno la morte a scadenza più o meno breve. Mirano a controllare i sintomi della patologia, a migliorare la qualità della vita del paziente e a offrire un'assistenza globale della persona malata e dei suoi congiunti. Anziché ostinarsi a respingere la morte dispiegando apparecchiature e trattamenti inefficaci, faticosi e penosi, le cure palliative privilegiano la qualità dell'assistenza fornita al paziente e ai familiari. I loro obiettivi sono:

1. alleviare il dolore fisico e gli altri sintomi di sconforto;
2. tener conto della sofferenza psichica;
3. e favorire un buon rapporto tra il malato e i suoi familiari.

¹² EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, *Statutes*, Milano 1998, 5.

Le cure palliative mirano a lenire il dolore totale del malato: questi non ha solo il dolore fisico, ma anche il dolore sociale che consiste nel fatto di subire il taglio drastico delle sue relazioni sociali o di vederle profondamente modificate. Le relazioni di amicizia sono fondamentali in ogni momento della vita, l'amicizia autentica ci rende capaci di accettare ogni difficoltà. Perciò le cure palliative vogliono assicurare un ambiente relazionale umanamente stimolante, in modo da valorizzare gli ultimi momenti della vita.

In caso di tumore, la terapia palliativa potrà comprendere interventi di chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapie ormonali, il trattamento delle infezioni, la fisioterapia, il sostegno spirituale e psicologico.

Una difficoltà di ricorso alle cure palliative è dovuta a un errore del personale sanitario. Nella fase avanzata di patologie gravi i medici sopravvalutano la speranza di vita del paziente per eccesso nel 63% dei casi circa. Da ciò derivano alcune tragiche conseguenze: 1) le cure offerte negli ultimi mesi o giorni sono inadeguate perché inutili; 2) il ritardo o l'impossibilità di indirizzare il paziente nei reparti di cure palliative. Infatti, istituire servizi di palliazione e accedere alle cure palliative sono strettamente dipendenti dalla valutazione circa la sopravvivenza del malato.¹³

ACCERTAMENTO DELLA MORTE E DONAZIONE DEGLI ORGANI

(di B. Jalkh)

La morte è vissuta dall'uomo come un evento violento e drammatico. Di questo evento nullificante è segno inequivocabile l'irreversibile degrado cui vanno incontro le strutture somatiche nelle quali e attraverso le quali si svolgeva l'esistenza personale. In una ottica materialista la dissoluzione dell'unità corporea coincide con la fine della persona. Nell'ottica dell'antropologia cristiana, la morte viene descritta come separazione dell'elemento corporeo e dell'elemento spirituale destinato a sopravvivere oltre la morte.

La morte – disse Giovanni Paolo II¹⁴ parlando alla *Pontificia Accademia delle Scienze* - “sopravviene quando il principio spirituale che presiede

¹³ Cf. MIRABEL X., *Tra rinuncia e accanimento terapeutico*, cit., 33-34.

¹⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Ai Partecipanti al Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze sulla determinazione del momento della morte*, 14-12-1989.

all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni sull'organismo e nell'organismo i cui elementi, lasciati a se stessi, si dissociano. Certo questa distruzione non colpisce l'essere umano intero. La fede cristiana - e non solo essa - afferma la persistenza, oltre la morte, del principio spirituale dell'uomo”.

La morte umana non è quindi la semplice disgregazione dell'organismo, perché l'uomo è una realtà pluristratificata. Di conseguenza, va quindi precisato, che esiste una sola *morte della persona*; consistente nella totale disintegrazione di quel complesso unitario ed integrato che la persona in se stessa è, come conseguenza della separazione del principio vitale, o anima della persona dalla sua corporeità. Perciò la morte della persona intesa in questo senso, non può essere individuata da nessun strumento scientifico o tecnico. La scienza invece, riesce a stabilire quando può dirsi morto l'organismo (si parla di *morte dell'organismo*) nel quale e attraverso il quale la persona viveva la dimensione mondana e temporale della sua avventura esistenziale.

Giovanni Paolo II nel suo discorso sui trapianti parlava dei segni clinici della morte, come degli epifenomeni dell'evento della morte umana:

“L'esperienza umana insegna che l'avvenuta morte di un individuo produce inevitabilmente dei segni biologici, che si è imparato a riconoscere in maniera sempre più approfondita e dettagliata. I cosiddetti "criteri di accertamento della morte", che la medicina oggi utilizza, non sono pertanto da intendere come la percezione tecnico-scientifica del momento puntuale della morte della persona, ma come una modalità sicura, offerta dalla scienza, per rilevare i segni biologici della già avvenuta morte della persona”¹⁵.

Nel corso della storia sono stati individuati diversi criteri per accertare che la morte era sopraggiunta a porre fine ad una esistenza umana. Per gli antichi, il criterio era il venire meno della funzione respiratoria. Dopo gli studi di W. Harvey sulla circolazione, all'inizio del XVII, si era introdotto il criterio cardio-circolatorio assieme a quello respiratorio. Dalla fine degli anni '50 del XX secolo, grazie alle nuove tecniche di rianimazione e, soprattutto, alla ventilazione assistita, si ponevano domande inedite su pazienti che avevano danni irreversibili all'encefalo nei quali era possibile vicariare gli atti respiratori e sostenere la funzionalità del cuore. In pratica

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Ai Partecipanti al XVIII Congresso Internazionale sui trapianti*, 29-8-2000, n.4.

grazie a queste tecniche, e per la prima volta nella storia umana, si poteva avere un cadavere a cuore battente.

Il criterio neurologico

Nel 1968 l'*Harvard Medical School* identificava il cosiddetto coma irreversibile con uno stato di morte che avveniva quando il paziente era cerebralmente morto (*brain death*). I criteri clinici di accertamento della morte, che devono essere presenti insieme, per dichiarare morto il paziente sono i seguenti:

1. la mancanza di recettività e di risposta all'ambiente e agli stimoli dolorosi
2. l'assenza di movimenti respiratori spontanei
3. *ariflessia tendinea* dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici e quindi *assenza dei riflessi troncoencefalici* (fotomotore, corneale, oculocefalici e oculo vestibolari, faringeo e tracheale).
4. elettroencefalogramma piatto

In base a questi criteri, quando si dimostra che l'*encefalo, incluso il tronco encefalico*, ha perso totalmente e irreversibilmente le sue funzioni, abbiamo raggiunto la certezza che l'organismo ha cessato di esistere come organismo ed è avvenuto il passaggio dall'essere-uomo-vivente alla morte. L'importanza del criterio neurologico, deriva dal ruolo che ha il cervello di mantenere tutte le funzioni dell'organismo, in una unità funzionale integrata e autoregolata e questo fa sì che un organismo possa chiamarsi vivente. Questi criteri sono regolamentati dalla Legge italiana del 29 dicembre 1993, n. 578, *Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*. Essa accoglie il principio che un individuo deve essere ritenuto morto dal momento in cui viene accertata la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, incluso il troncoencefalo.

Accettabilità morale del criterio neurologico

Il Magistero della Chiesa a partire da Pio XII ha sempre precisato che la constatazione della morte, non può essere dedotta da nessun principio religioso e morale, ma è compito della scienza medica. In una maniera più esaustiva e precisa, si è pronunciato Giovanni Paolo II¹⁶:

“È ben noto che, da qualche tempo, diverse motivazioni scientifiche per l'accertamento della morte hanno spostato l'accento dai tradizionali segni cardio-respiratori al cosiddetto criterio "neurologico", vale a dire alla rilevazione, secondo parametri ben individuati e condivisi dalla comunità scientifica internazionale, della cessazione totale ed irreversibile di ogni attività encefalica (cervello, cervelletto e tronco encefalico), in quanto segno della perdita capacità di integrazione dell'organismo individuale come tale. Di fronte agli odierni parametri di accertamento della morte, - sia che ci si riferisca ai segni "encefalici", sia che si faccia ricorso ai più tradizionali segni cardio-respiratori -, la Chiesa non fa opzioni scientifiche, ma si limita ad esercitare la responsabilità evangelica di confrontare i dati offerti dalla scienza medica con una concezione unitaria della persona secondo la prospettiva cristiana, evidenziando assonanze ed eventuali contraddizioni, che potrebbero mettere a repentaglio il rispetto della dignità umana. In questa prospettiva, si può affermare che il recente criterio di accertamento della morte sopra menzionato, cioè la cessazione totale ed irreversibile di ogni attività encefalica, se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica. Di conseguenza, l'operatore sanitario, che abbia la responsabilità professionale di un tale accertamento, può basarsi su di essi per raggiungere, caso per caso, quel grado di sicurezza nel giudizio etico che la dottrina morale qualifica col termine di "certezza morale", certezza necessaria e sufficiente per poter agire in maniera eticamente corretta. Solo in presenza di tale certezza sarà, pertanto, moralmente legittimo attivare le necessarie procedure tecniche per arrivare all'espianto degli organi da trapiantare, previo consenso informato del donatore o dei suoi legittimi rappresentanti.

Il *trapianto* consiste nel trasferimento di organi (es. rene), di tessuti vivi (es. osso, sangue), di cellule (es. cellule di midollo osseo) da un individuo (*donatore*) ad un altro (*ricevente*), con l'obiettivo di mantenere nel ricevente

¹⁶ Ibid, n.5

l'integrità funzionale degli organi o tessuti o cellule trasferiti. Il donatore può essere un *vivente*, oppure un *cadavere*. I problemi medici che si riscontrano:

Nel caso del vivente, si cerca sempre la tecnica di prelievo la meno traumatica possibile.

Nel caso di un cadavere, si ha il problema della scarsa resistenza degli organi all'ischemia.

Una volta effettuato il prelievo si ha la difficoltà di conservare l'organo a lungo.

L'eventuale rischio di insuccesso dovuto al fenomeno del *rigetto*.

In base alla relazione genetica fra donatore e ricevente si distinguono:

autotrapianti: un tessuto viene trasferito da una sede all'altra dello stesso organismo.

isotrapianti: fra individui geneticamente uguali (gemelli monozigoti).

allotrapianti (o *omotrapianti*): fra individui geneticamente diversi, ma della *stessa* specie.

xenotrapianti (o *eterotrapianti*): fra individui di specie diverse.

Giustificazione etica dei trapianti da vivente

I trapianti sono legittimati dal *principio di solidarietà* che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone al dono verso i fratelli sofferenti¹⁷. Riconosciuta nel *principio di solidarietà* la giustificazione morale della donazione degli organi, occorre stabilire alcuni *criteri di praticabilità* per una corretta valutazione dei casi concreti. Essi sono i seguenti:

1. non lesività e proporzionalità: il danno al donatore deve essere ragionevole e tollerato nel tempo, mentre ci deve essere un beneficio proporzionale nel ricevente.
2. Libertà e gratuita: la donazione va fatta con libera scelta e per vera carità.

Si discute se esista un qualche grado di *obbligatorietà morale*. Si tratterebbe di un obbligo che sorge dalla carità e che, quindi, va inteso nella prospettiva della responsabilità verso la vita nostra e altrui tipica della

¹⁷ *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 67

bioetica personalista. Si può allora cogliere quanto sia giustificata l'esaltazione che Giovanni Paolo II fa della donazione di organi nell'enciclica *Evangelium Vitae*, collocandola al primo posto tra i gesti eroici, propri di quelli che egli denomina *l'eroismo del quotidiano*: "tra questi gesti merita particolare apprezzamento la donazione di organi compiuta in forme eticamente accettabili, per una possibilità di salute e perfino di vita a malati talvolta privi di speranza" (n. 86).

Problemi etici dei trapianti da cadavere

I problemi morali incontrati in questo caso sono di tre tipi: la *liceità dell'uso del cadavere*, *l'accertamento della morte* e *la acquisizione del consenso* al prelievo. Si parla della liceità dell'uso del cadavere, perché pur restando il dovere di rispetto per la spoglia mortale, non si può equiparare il corpo di un morto alla corporeità di un vivente. Il principio di base è: il cadavere non è più uomo. "Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità ... (per cui) destinarlo a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente"¹⁸. Riguardo al consenso e a seconda degli stati, ci possono figurarsi cinque tipi di situazioni: 1) tutti sono potenziali donatori; 2) tutti sono potenziali donatori, tranne chi non acconsente; 3) sono donatori solo quelli che danno consenso; 4) per prelevare ci vuole il consenso dei parenti. La quinta possibilità si ha in Italia, è prevista dalla legge italiana sul consenso risalente al 1999, ma non ancora operativa. Essa prevede che tutti i cittadini adulti vengono adeguatamente informati ed interrogati sulla loro volontà in merito al possibile uso del loro cadavere per un prelievo. Inoltre, chi acconsente è un potenziale donatore, chi rifiuta non subirà prelievi e chi, interrogato, non decide, sarà considerato donatore potenziale.

Trapianti di organi particolari

Nel *trapianto di testa/tronco* ora in fase sperimentale sui primati, l'obiettivo è di dare un tronco sano a un soggetto in cui, a un cervello perfettamente sano, si abbina un corpo invalido. Si tratta in altre parole di

¹⁸ PIO XII, *Ai Delegati della Associazione Italiana donatori di cornea e all'Unione Italiana Ciechi*, 14-5-1956, AAS 48 (1956), 460

dare al ricevente un corpo di ricambio, quindi in pratica si tratta di un *trapianto di corpo*, inaccettabile eticamente. Un altro esempio di trapianto di organo particolare è quello delle gonadi che conservano la loro potenzialità gametogenetica: in questo caso viene immesso il patrimonio genetico del donatore nel ricevente con grave problemi etici tipici della fecondazione artificiale eterologa. Sono ammessi gli autotrapianti di gonadi e sono accettabili gli omotrapianti di gonadi, ma solo per ormonogenesi (trapianti eterotopici).

Gli xenotrapianti

Non ci sono problemi di ordine etico, quando il trapianto è confinato nella sfera somatica dell'uomo. I problemi sono per lo più di carattere medico: il problema del rigetto dell'organo animale e il problema delle infezioni xenogeniche soprattutto virali.

CONCLUSIONE

LE QUATTRO COLONNE DELL'AGIRE MORALE

(di G. Turati)

Al termine del percorso di aggiornamento, iniziato con un occhio ad alcune riflessioni a carattere fondamentale (le visioni antropologiche ed etiche de nostro tempo) e con l'altro alle più problematiche questioni bioetiche del nostro tempo, vorrei concludere con un'immagine: un retto agire morale non può che basarsi su quattro colonne ben stabili.

La prima colonna è un adeguato *modello antropologico*, ovvero una visione una corretta della natura umana e dei suoi fondamenti. Anzi, proprio quando la persona umana è alla ricerca della sua integrità (poiché minacciata dalla malattia o dalla morte) è particolarmente importante difendere e promuovere tutta la sua dignità. Abbiamo visto che il modello antropologico personalista, sul quale si basa quello cristiano, deve fare oggi i conti con una molteplicità di altri modelli, basati su presupposti filosofici anche molto diversi, con i quali tuttavia deve saper entrare in dialogo e far valere le

proprie ragioni, non con la tenacia del dogmatismo, ma con l'umiltà di chi, proprio perché è consapevole della verità di cui è portatore, desidera trasmetterla e condividerla con gli uomini del proprio tempo, arricchendo in tal modo di umanità la convivenza civile.

Dalla visione antropologica si passa poi ad un particolare *modello etico*, che è la seconda colonna sulla quale si basa l'agire morale dell'uomo. Dall'idea che si ha di persona umana e del perché sia degna di essere rispettata derivano immediatamente i valori e i principi che la ispirano. Anche in questo caso, i modelli etici oggi prevalenti a livello di opinione pubblica e soprattutto di costume diffuso sono ben lontani dall'idea di persona umana che ci è trasmessa dalla Rivelazione e dalla Tradizione della Chiesa. La società pluralistica, nella quale viviamo oggi, non ci permette di dare per scontata la nostra visione etica nell'impostare i problemi bioetici del nostro tempo. Occorre tener presente che la diversità nelle soluzioni proposte trova spiegazione quasi sempre nelle diversità, spesso marcate, dei modelli antropologici presupposti.

La terza colonna riguarda il livello giuridico. Mentre a livello di valori e di principi generali (sacralità della vita, dignità della persona umana...) ci si trova più facilmente d'accordo, quando si passa alle norme del diritto positivo le differenze riemergono. D'altra parte, i principi non potrebbero essere operativi senza la loro traduzione in leggi e norme relative alle diverse situazioni concrete della nostra vita. Si gioca qui la partita più delicata, nel senso che è nel momento della produzione legislativa che avviene il confronto, a volte serrato, con chi la pensa diversamente, per giungere a decisioni di carattere giuridico che siano rispettose sia della verità della persona sia della diversità delle opinioni. A questo riguardo, vale la pena di ricordare le indicazioni del Magistero della Chiesa che, a riguardo del contesto procedurale dei lavori parlamentari, che comporta interventi a livello di proposte di leggi magari non perfettamente in linea con la legge morale, l'*Evangelium vitae* invita ad intervenire non solo per promuovere leggi pienamente rispettose del diritto alla vita (obiettivo primario), ma, qualora ciò non fosse realisticamente possibile, anche per «favorire un legge più restrittiva (...) in alternativa ad una legge già in vigore o messa al voto» (EV 73).

La quarta colonna riguarda il *giudizio pratico*, la *decisione morale* e l'*azione concreta*. Per mettere in atto il comportamento adeguato nelle diverse situazioni dell'esistenza umana, occorre passare dalla nostra visione della persona umana (modello antropologico) ai principi e valori in essa espressi

(modello etico), per arrivare a proporre norme e leggi adeguate. Ma una volta conosciuti sia principi e valori, sia norme e leggi, possiamo rispettarli oppure violarli. L'ultima colonna è l'ultima non per importanza, ma solo per logica: essa diventa anzi la più importante dal punto di vista dell'agire concreto e della testimonianza della vita. Non dobbiamo dare per scontato che sapremmo senz'altro essere coerenti con la nostra fede e i nostri principi, qualora dovessimo venire a trovarci nella concreta situazione di dover decidere come affrontare per esempio una malattia terminale o una situazione di stato vegetativo: forse non vi è nulla di tanto distante tra il dire e il fare come in questa materia.

Elemento trasversale e comune nel passaggio dalla prima alla quarta colonna è il senso di responsabilità e la formazione della coscienza morale. Oggi, in un'epoca di crisi della coscienza morale (difficoltà a vedere immediatamente ciò che è giusto e doveroso) e di conseguente attenuazione del senso di responsabilità (se non avverto con certezza la doverosità di un certo comportamento non sento neanche il suo appello alla mia coscienza), ciascuno di noi ha il dovere di "formare" la propria coscienza nella consapevolezza che ciò è condizione indispensabile per un retto agire morale.

Formare la propria coscienza equivale ad educare intelligenza e volontà, al fine di sapere con certezza ciò che è giusto (*rettezza morale*), ma anche di avere poi la forza morale di aderire al retto agire (*bontà morale*). Formare la propria coscienza significa allora acquisire una sempre maggiore sensibilità, impegnandosi ad una vita morale sempre più elevata, recependo i migliori esempi altrui per riproporli continuamente a se stessi.

Il vero formatore morale, in ogni caso, è sempre il *maestro interiore* di cui parla sant'Agostino, che suscita in noi il desiderio del bene, guida e illumina il difficile cammino morale, stimola ed incoraggia nei momenti difficili, spronando verso le alte vette della bontà interiore e della santità di vita. In breve, la decisione morale assume un significato del tutto particolare proprio nei momenti limite della nostra esistenza, quando la nostra fede è messa alla prova e proprio in quei momenti rivela la sua consistenza.

Indice:

Introduzione al corso (di E. Antonello)

1. Introduzione alla bioetica

1.1. Chiarimenti terminologici (di G. Turati)

- 1.2. Diverse concezioni etiche (*di G. Turati*)
- 1.3. La legge morale e la legge civile (*di G. Turati*)
- 1.4. Bioetica laica e cattolica (*di B. Jalkh*)
- 1.5. Qualità e sacralità della vita (*di B. Jalkh*)
2. L'inizio della vita umana
 - 2.1. La procreazione assistita (*di G. Turati*)
 - 2.2. La pillola abortiva e del giorno dopo (*di G. Turati*)
 - 2.3. Lo statuto dell'embrione umano (*di B. Jalkh*)
 - 2.4. Analisi prenatale (*di B. Jalkh*)
3. Il corso della vita umana
 - 3.1. Salute e malattia (*di G. Turati*)
 - 3.2. Dolore e sofferenza (*di G. Turati*)
 - 3.3. Matrimonio e sessualità (*di G. Turati*)
 - 3.4. Vecchie e nuove dipendenze (*di B. Jalkh*)
4. La fine della vita umana
 - 4.1. Il testamento biologico (*di G. Turati*)
 - 4.2. Eutanasia e accanimento terapeutico (*di B. Jalkh*)
 - 4.3. Accertamento della morte e donazione degli organi (*di B. Jalkh*)

Conclusioni (*di G. Turati*)

Documentazione consultata:

a) Ecclesiastica

- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione su alcune questioni di etica sessuale* (1975)
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Lettera ai vescovi della chiesa cattolica sulla cura pastorale delle persone omosessuali* (1986).
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e dignità della procreazione. Risposte ad alcune questioni di attualità* (1987)
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Alcune considerazioni concernenti la risposta a proposte di legge sulla non discriminazione delle persone omosessuali* (1992)
- PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA, *Vademecum per i confessori su alcuni temi di morale attinenti alla vita coniugale* (1997)
- PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA, *Famiglia, matrimonio e "unioni di fatto"* (2000)
- PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Dichiarazione sulla produzione e sull'uso scientifico e terapeutico delle cellule staminali embrionali umana* (2000)
- PONTIFICIA ACCADEMIA DELLA VITA, *Comunicato sulla "pillola del giorno dopo"* (2000)
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali* (2003)

- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione "Dignitas personae" su alcune questioni di bioetica* (2008)

b) Civile

- *Convezione per la protezione dei Diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convezione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina* (Oviedo, 4 aprile 1997)
- *Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento* (DDL Calabrò 26 gennaio 2009)

