



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN FILOSOFIA  
*INDIRIZZO FILOSOFIA TEORETICA E PRATICA*  
CICLO XXI

**UNA TEORIA DEI COMITATI ETICI PER LA PRATICA CLINICA  
CENTRATA SULLA NOZIONE DI DIGNITÀ UMANA**

Direttore della scuola: CH. MO PROF. **GIOVANNI FIASCHI**

Coordinatore d'indirizzo: CH. MO PROF. **FRANCESCA MENEGONI**

Supervisore: CH. MO PROF. **CORRADO VIAFORA**

DOTTORANDO: **ENRICO FURLAN**



Nella generale impossibilità di ricette condivisibili, nell'impotenza legittimata a destino da pensatori come Heidegger, è forse possibile rifugiarsi in un'indicazione minimale: quella di un atteggiamento senza illusioni che si prefigga di conservare l'uomo senza farne il centro dell'universo, la pratica – diciamo così – di un «umanesimo» non-antropocentrico che si apra alla crescita tecno-scientifica senza nostalgie per l'originario stato di natura perduto, ma che non si sottoponga nemmeno docilmente all'imperativo della tecnica al di fuori di ogni regola. Un atteggiamento che si metta alla ricerca di nuove risorse simboliche per risignificare l'abitare dell'uomo sulla terra, per radicarlo nel mondo della natura e della storia. Insomma, un umanesimo che, di fronte al carattere asimbolico della tecnica, si sforza di attivare il senso di responsabilità di cui l'umanità è in principio capace, anche se non rimane altro lume per illuminarla se non quello della nostra sensibilità.

Franco Volpi, *Nichilismo della tecnica e responsabilità etico-politica*



## INDICE

### *Introduzione*

<b>OGGETTO, OBIETTIVO E STRUTTURA DELLA RICERCA</b>	p. 7
---	------

### *Capitolo I*

#### **QUALE TEORIA SUI COMITATI ETICI PER LA PRATICA CLINICA?**

1.1. Comitati di bioetica: una tassonomia	p. 21
1.2. Nascita, profilo e problemi dei comitati etici per la pratica clinica	p. 27
1.3. Il dibattito sulle precondizioni per garantire la credibilità dei comitati etici per la pratica clinica e i due problemi sostanziali irrisolti di tali organismi	p. 42
1.4. L'ipotesi della ricerca: la nozione di dignità umana come fondamento e guida dell'attività dei comitati etici per la pratica clinica	p. 79

### *Capitolo II*

#### **LA DIGNITÀ UMANA NEI PRICIPALI DOCUMENTI INTERNAZIONALI CONCERNENTI LA BIOETICA**

2.1. Premessa	p. 85
2.2. La <i>Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo</i> dell'ONU (1948) e gli altri documenti che compongono il cosiddetto "International Bill of Rights"	p. 87
2.3. La <i>Dichiarazione di Helsinki</i> dell'Associazione Medica Mondiale (1964-2008)	p. 91
2.4. La <i>Convenzione di Oviedo</i> del Consiglio d'Europa (1997) e i relativi protocolli aggiuntivi	p. 93
2.5. La <i>Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani</i> dell'UNESCO (1997)	p. 101
2.6. La <i>Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea</i> (2000)	p. 105
2.7. La <i>Dichiarazione universale sulla diversità culturale</i> dell'UNESCO (2001)	p. 109
2.8. La <i>Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani</i> dell'UNESCO (2005)	p. 112
2.9. I documenti dell'UNESCO sulle finalità e il funzionamento dei Comitati Etici e sull'educazione dei componenti dei comitati stessi (2005-2007)	p. 115
2.10. Documenti internazionali sulla bioetica e dignità umana: un bilancio critico	p. 117

### Capitolo III

## UNA INTERPRETAZIONE CRITICA DELLA NOZIONE DI DIGNITÀ UMANA

- 3.1. Premessa. Ampiezza e motivi della riscoperta della nozione di dignità umana in bioetica p. 127
- 3.2. Critiche alla nozione di dignità umana e sua difesa p. 136
  - 3.2.1. Ambiguità semantica p. 138
  - 3.3.2. Il problema della giustificazione e della titolarità della nozione di dignità umana p. 165
  - 3.2.3. Debolezza etico-normativa p. 205

### Capitolo IV

## UNA METODOLOGIA PER L'ANALISI ETICA DELLA PRATICA CLINICA CENTRATA SUL RISPETTO DELLA DIGNITÀ UMANA

- 4.1. Perché una metodologia per la giustificazione del giudizio etico nel contesto della pratica clinica? p. 207
  - 4.2. Lo schema etico-argomentativo dominante in bioetica clinica: il *principialismo* di Beauchamp e Childress. Ricostruzione e critica p. 214
  - 4.3. Il "principialismo forte" di Diego Gracia p. 227
  - 4.4. Una metodologia per la giustificazione del giudizio etico nella pratica clinica centrata sulla nozione di dignità umana p. 236
  - 4.5. La sequenza logica della metodologia proposta p. 255
- Conclusioni p. 259
- Bibliografia p. 263

## OGGETTO, OBIETTIVO E STRUTTURA DELLA RICERCA

*Oggetto* della presente ricerca sono le metodologie e i principi ispiratori dell'azione dei *comitati etici per la pratica clinica*<sup>1</sup>, ossia quegli organismi ai quali è stato affidato il compito di supportare la riflessione etica all'interno delle strutture sanitarie. I comitati etici sono lo strumento che, nel corso degli ultimi 30 anni e nel mondo occidentale, è stato ritenuto particolarmente adatto a far fronte alla crescente domanda di etica in sanità. Essi infatti dovrebbero consentire di integrare e mettere a confronto le varie sensibilità professionali chiamate a esprimersi su un caso o una questione particolare, nonché le diverse impostazioni morali esistenti all'interno di una società pluralistica.

L'interesse specificamente filosofico per queste istituzioni è dato dal fatto che esse esemplificano in maniera emblematica la condizione storica generale in cui versano la filosofia morale, la società e la biomedicina contemporanee. Queste infatti sono strette tra la crescente crisi delle evidenze etiche comuni e l'urgenza di assumere decisioni condivise in base a criteri anche sostanziali. I comitati etici sono dunque sintomo e simbolo di un'epoca e si propongono come il luogo più avanzato nel tentativo di un superamento della persistente contrapposizione tra approcci procedurali di ispirazione liberale e approcci contestualistici di ispirazione comunitarista.

La fase storica particolare entro cui si colloca questo lavoro, e che ha fornito lo spunto della ricerca stessa, è data invece dal processo di riorganizzazione della rete dei comitati etici del Veneto, avviato con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 4049 del 22 dicembre 2004. Con tale DGR si è compiuta infatti la scelta (del tutto innovativa nel nostro paese) di istituire un comitato etico per la pratica clinica in ciascuna Azienda sanitaria della Regione, istituzionalizzando in tal modo la bioetica clinica e riconoscendole

---

<sup>1</sup> Denominati in letteratura internazionale *Health Care Ethics Committees* o *Hospital Ethics Committees* (HECs) oppure *Clinical Ethics Committees* (CECs). Nel corso del *Capitolo I* sarà giustificata la scelta di chiamare tali organismi "comitati etici per la pratica clinica".

tutto il rilievo che merita. Tuttavia, proprio nel Veneto, ove dal punto di vista organizzativo è stato avviato un processo di istituzione dei comitati etici per la pratica clinica esemplare in Italia, si è avvertita con maggiore urgenza la necessità di una più robusta riflessione teorica che possa accompagnare questa svolta, anche in considerazione del fatto che questa tipologia di comitati è la meno definita a livello legislativo e la meno indagata a livello filosofico (a differenza, ad esempio, dei comitati etici per la sperimentazione e delle altre tipologie di comitati di cui ci si occupa nel primo capitolo).

La convinzione da cui è partita la ricerca è infatti che non si sia riflettuto ancora a sufficienza su due fondamentali questioni che rappresentano le condizioni di possibilità dell'autentico funzionamento di tali organismi:

- 1) in che modo è possibile garantire che i comitati "etici" assumano davvero una prospettiva "etica" e non siano invece dominati dalle altre normatività all'opera all'interno delle istituzioni sanitarie (come la normatività amministrativa, tecnico-scientifica, professionale e giuridica)?
- 2) è possibile individuare una piattaforma condivisa a partire dalla quale avviare il dialogo sulle questioni etiche particolari all'interno di una società pluralistica? In altre parole, una volta assunta la prospettiva etica, quale etica può fare da sfondo comune dell'attività di tali organismi? Pare infatti importante evitare che in essi si consumi una sterile contrapposizione tra etiche incommensurabili, con il risultato di rendere strutturalmente impossibile l'assunzione di decisioni ampiamente condivise.

Quanto al primo problema, esso appare per lo più ignorato dalla maggior parte dei comitati etici, nei quali si registrano resistenze ad assumere la prospettiva etica e vi è invece la tendenza a "contenere" il confronto a livello delle normatività particolari (come quella deontologica e giuridica), presumendo che esse garantiscano una base più sicura per il dibattito. Quanto al secondo, esso è stato ed è tuttora oggetto di ampia attenzione anche filosofica, ma le proposte di soluzione sembrano creare più problemi di quanti riescano a risolvere.

Se non fosse possibile individuare una risposta soddisfacente a tali questioni, ne seguirebbero conseguenze esiziali: qualora infatti non si potesse garantire che assumano



una prospettiva autenticamente etica, i comitati non sarebbero all'altezza dell'aggettivo che ne definisce la cifra; inoltre, qualora non si riuscisse a individuare un minimo etico comune condiviso anche all'interno di una società pluralistica, essi sarebbero semplicemente impossibili.

Di fronte a tale scenario, *l'obiettivo generale* del presente studio è di abbozzare una teoria dei comitati etici in grado di rispondere specificamente a questi due problemi. Perciò si darà conto dei comitati come di spazi di riflessione e deliberazione all'interno delle istituzioni sanitarie (col compito di argomentare le proprie prese di posizione o le proprie raccomandazioni fornendo ragioni pubblicamente difendibili), ma si proporrà anche di identificare le condizioni di possibilità affinché questo obiettivo si realizzi davvero. A tal fine, nel corso del lavoro verranno toccate diverse questioni teoriche (che non costituiscono l'oggetto principale della ricerca e che avrebbero meritato, ciascuna di per sé, una trattazione a parte), con *l'obiettivo particolare* di giustificare una metodologia di analisi delle questioni etiche sollevate dalla pratica clinica coerente con tale teoria di sfondo e in grado di ovviare ai limiti degli approcci teorici e metodologici attualmente dominanti in bioetica.

L'intero percorso si articola in quattro momenti, che coincidono coi quattro capitoli in cui è suddivisa la dissertazione.

Il *Capitolo I (Quale teoria sui comitati etici per la pratica clinica?)* ha il duplice compito di definire l'oggetto dello studio (i comitati etici per la pratica clinica) e il problema fondamentale cui si cerca di fornire una soluzione (l'attuale mancanza di una convincente teoria in grado di indicare in che modo essi possano essere davvero "etici" e su che base possano operare all'interno di una società pluralistica).

Perciò, nella prima parte del capitolo, si caratterizzano i comitati etici per la pratica clinica e li si distingue dalle altre tre tipologie principali di comitati etici oggi esistenti (*Comitati etici con funzione consultiva e/o di definizione delle politiche generali; Comitati etici delle associazioni dei professionisti della salute; Comitati etici per la ricerca e la sperimentazione*).

Inoltre, se ne ricostruisce brevemente la storia e l'evoluzione e, infine, si precisa il diverso profilo che essi hanno assunto rispettivamente negli Stati Uniti, in Europa e in Italia.

Questa indagine preliminare non è mossa da un interesse storico, ma teoretico: evidenziare le risorse e i problemi di questi organismi e, soprattutto, individuarne le condizioni di esistenza e funzionamento. A questo proposito, l'indagine intende mostrare, da un lato, che esiste un fondamentale accordo a proposito delle *precondizioni* che possano garantire la credibilità dei comitati etici (esse sono essenzialmente quattro: indipendenza, interdisciplinarietà, rappresentatività e formazione permanente dei componenti). Dall'altro lato si vedrà che non è stata ancora sviluppata una riflessione soddisfacente sulle *condizioni sostanziali* che sole possono legittimare l'esistenza dei comitati etici e garantirne l'autentico funzionamento (ossia, l'assunzione della prospettiva etica e l'individuazione di una base comune condivisa all'interno di una società pluralistica).

Relativamente alla prima condizione sostanziale, si darà conto della sconcertante conclusione cui arrivò una ricerca molto interessante condotta nel corso degli anni '90 in Canada e i cui risultati sono rappresentativi di dinamiche comuni a tutti i comitati etici per la pratica clinica diffusi nel mondo occidentale. Tale ricerca rilevò infatti come spesso nelle attività decisionali dei comitati etici ospedalieri si consumasse "l'occultamento della normatività etica", la quale veniva sistematicamente soppiantata dalle altre normatività (amministrativa, tecno-scientifica, professionale e giuridica) che regolano e governano la vita di ogni istituzione. Da qui la necessità di recuperare un approccio genuinamente *etico*. Esso si caratterizza, come osservano gli autori canadesi della ricerca, non tanto in una serie di contenuti, quanto piuttosto nel procedere da un distacco critico dalle norme istituzionalizzate e nel manifestare una *attitudine riflessiva* riguardo ai valori, agli interessi, ai diritti e alle norme eterogenee che entrano in conflitto in una certa situazione.

Tale caratterizzazione della prospettiva etica come quell'istanza di ulteriorità che consente di osservare da una distanza critica le norme delle varie normatività particolari, pur cogliendone un aspetto qualificante, appare al contempo insufficiente. Essa infatti non spiega perché e in che modo la prospettiva etica trascenda le prospettive particolari, ossia non precisa quale sia il punto di partenza da cui è necessario muovere per gettare uno

sguardo critico sulle stesse norme istituzionalizzate che pure cercano di dare concretezza a principi etici.

Più convincente appare invece la pista di riflessione proposta da J. Ladrière, che distingue tra “normatività etica fondamentale” e “normatività istituzionalizzate”, indicando con la prima quel punto di vista che sorge dal riconoscimento dell’uomo come persona (ossia come libertà incarnata). Ora, il particolare status morale dell’uomo come persona (che non può mai venir ridotto a cosa o a puro mezzo) si indica in filosofia con l’espressione “dignità umana”. È perciò in questa direzione che nei capitoli successivi si orienta la ricerca la quale analizza criticamente la nozione da cui appare necessario muovere, se i comitati vogliono assumere il punto di vista etico nella sua radicalità.

Quanto alla seconda condizione sostanziale, cioè quella di una base etica minima condivisa all’interno di una società pluralistica, nell’ultima parte del capitolo si ingaggia un serrato confronto con l’autore che in maniera più radicale ha posto la questione del pluralismo in bioetica: Hugo Tristram Engelhardt jr. Questi, come noto, ha proposto come soluzione al problema del pluralismo la drastica distinzione tra l’ambito delle *comunità* (nelle quali gli “amici morali” condividono convinzioni sostanziali, che però non possono razionalmente giustificare) e quello della *società* (ove, tra “stranieri morali”, è possibile unicamente un accordo sulle procedure da seguire per risolvere pacificamente i conflitti bioetici).

Dopo aver criticato la proposta di Engelhardt – in quanto, fra le altre cose, un approccio unicamente procedurale non è in grado di offrire soluzioni ai problemi bioetici che la società nel suo complesso deve affrontare e che richiedono la condivisione di criteri anche di natura sostanziale (criteri in grado, da una parte, di funzionare come minimo etico condiviso e, dall’altra, come vincolo di ogni pratica) – la ricerca concentra l’attenzione sulle indicazioni che provengono da una terza via riconducibile alla tradizione dei diritti umani. Essi appaiono come lo strumento che consente il superamento della sterile contrapposizione tra universalismo (formale) e contestualismo. I diritti umani, infatti, forniscono un minimo etico (pieno di contenuto), condiviso e condivisibile all’interno di una società pluralistica, e insieme costituiscono un’istanza critica valida per ogni comunità

particolare. Di fatto, è con questa duplice funzione che il linguaggio dei diritti umani è stato assunto da alcuni fondamentali documenti internazionali (anche relativi alla bioetica), che – dato il loro *status* di convenzioni ratificate o di trattati di rango “quasi costituzionale” o di Dichiarazioni universali – rappresentano il punto di riferimento obbligato per i comitati etici. Questi ultimi, infatti, in quanto organismi istituzionali, si muovono in un quadro costituzionale e normativo *già* in buona parte definito, dal quale non possono non prendere le mosse.

Ebbene, i summenzionati documenti – da cui i comitati, e la riflessione sui comitati, devono necessariamente partire – indicano esplicitamente nella dignità umana il fondamento dei diritti umani, i quali si configurano perciò come l’articolazione storica attualmente più convincente e condivisa delle esigenze del rispetto della dignità umana. Appare del tutto sensato, pertanto, ipotizzare che i comitati etici per la pratica clinica, chiamati a far fronte ai nuovi problemi posti dal progresso biomedico nel quadro di una società pluralistica, possano trovare proprio nella dignità umana la base della loro attività. Essa, infatti, rappresenta la condizione perché essi assumano la loro specifica prospettiva etica (come suggerisce Ladrière) e costituisce il minimo etico condiviso anche all’interno di una società pluralistica.

La plausibilità dell’ipotesi di fondo della ricerca è poi confermata – oltre che dalla centralità della nozione di dignità umana nei documenti internazionali di cui ci si occupa nel *Capitolo II* – anche da quanto il Comitato Nazionale per la Bioetica afferma nel primo documento in cui si occupò di comitati etici locali (*I comitati etici*, 1992). In tale documento il CNB individuò infatti il fine ultimo di questi nuovi organismi nell’umanizzazione della medicina “*nei termini precisi del rispetto della dignità della persona umana*”.

Il *Capitolo II* (*La dignità umana nei principali documenti internazionali concernenti la bioetica*) prende dunque in considerazione 15 diversi documenti internazionali relativi alla bioetica (o per essa rilevanti) e analizza il ruolo che in essi gioca la nozione di dignità umana. In particolare, tale analisi mira a rispondere a quattro domande: con quale significato, o significati, viene usata la nozione di dignità? A quali altre nozioni essa viene

sistematicamente collegata? Quali funzioni svolge? Quali conclusioni normative vengono da essa direttamente ricavate?

Due i risultati principali che emergono da questa lettura: innanzitutto che la nozione di dignità umana, nel senso di dignità intrinseca, risulta essere la nozione centrale del diritto e del biodiritto internazionale e il principio su cui sono fondati i documenti relativi alla bioetica (mentre altre accezioni della nozione di dignità giocano un ruolo solo complementare); in secondo luogo che essa svolge tre funzioni principali: (i) fondamento di giustificazione dei diritti; (ii) vincolo dei diritti stessi, degli altri principi morali e di ogni altra attività umana; (iii) valore da promuovere.

Tuttavia, la conclusione cui perviene il capitolo è che la nozione di dignità umana, nonostante l'ampiezza dell'impiego e l'importanza che le viene riconosciuta, è gravata da alcuni fondamentali problemi che ne mettono in questione la capacità di svolgere un ruolo cruciale: 1) una non soddisfacente concettualizzazione, dal momento che non ne viene mai offerta un'esplicita definizione e che si registra talora la tendenza a sovrapporre accezioni diverse del termine; 2) la sua non chiara titolarità; 3) la mancanza di una sua esplicita giustificazione; 4) la fragilità (o, per lo meno, la non esaustività) delle argomentazioni a sostegno delle conclusioni normative da essa ricavate.

Tali problemi sono, non a caso, all'ordine del giorno nel recente dibattito internazionale, in particolare per quanto riguarda l'impiego in bioetica e biodiritto della nozione di dignità umana. Essi costituiscono quindi l'oggetto della terza sezione della ricerca.

Il Capitolo III (*Per una interpretazione critica della nozione di dignità umana*) si apre dando brevemente conto della rinascita della nozione di dignità umana in bioetica e biodiritto negli ultimi quindici anni. Tale fenomeno è stato così ampio e significativo che uno studioso attento come Paolo Becchi è giunto a parlare esplicitamente di "principio dignità umana". La ragione principale del crescente appello alla dignità umana viene individuata nelle risorse che la nostra nozione promette di offrire alla riflessione. Essa, infatti, sembra in grado di offrire una soluzione a tre fondamentali questioni che caratterizzano il dibattito bioetico: (1) quella dell'etica nell'età della tecnica, (2) quella del pluralismo e (3)

quella della messa in discussione del principio tradizionale del “rispetto della vita come bene supremo” quale criterio decisivo ultimo di tutte le scelte in ambito clinico.

Tuttavia, appare tutt'altro che sicuro che la nozione di dignità umana possa essere davvero all'altezza delle sue promesse, soprattutto a causa di tre fondamentali criticità sulle quali si è comprensibilmente concentrato il dibattito: (1) ambiguità semantica; (2) insufficiente giustificazione e non chiara titolarità; (3) scarsa forza normativa e conseguente limitata spendibilità pratica.

L'analisi, la discussione e una proposta di soluzione di tali difficoltà costituiscono l'oggetto del resto della ricerca: i primi due gruppi di problemi vengono infatti affrontati nella seconda parte del *Capitolo III*, mentre all'ultimo punto viene riservata un'attenzione specifica nel *Capitolo IV*.

Il fondamentale problema dell'ambiguità semantica che grava sulla nozione di dignità, la cui denuncia costituisce un *Leitmotiv* della letteratura bioetica, viene affrontato attraverso una duplice operazione: innanzitutto una ricognizione delle principali accezioni in cui di fatto è impiegato il termine “dignità” nel dibattito bioetico; quindi la verifica se esista un criterio per l'ordinamento o la gerarchizzazione dei vari significati individuati dalla suddetta analisi.

Questo secondo passaggio consiste nel presentare e discutere una proposta teorica avanzata di recente in bioetica a opera del medico e filosofo americano Daniel Sulmasy. Tale proposta consiste in una revisione critica della tradizionale teoria del valore, che gli consente rendere ragione dello speciale valore che la tradizione, in modi diversi, ha riconosciuto all'uomo, senza per questo ridurre a nulla il valore degli altri tipi di enti o delle altre esperienze significative che caratterizzano la condizione umana. Tale proposta, che ha il pregio di non fermarsi alla mera denuncia dell'ambiguità della nostra nozione, ma che al contrario si sforza di rigorizzarne l'utilizzo, sostiene la preminenza della nozione di dignità intrinseca sulle altre accezioni del termine. Si tratta di una preminenza che, dal punto di vista fattuale, era già stata rilevata durante la presentazione e la discussione dei documenti internazionali svolta nel capitolo precedente. Sulmasy offre con ciò un'utile tassonomia del valore capace di garantire l'ordinamento gerarchico delle

diverse accezioni precedentemente individuate. Tuttavia, tale tassonomia risulta lacunosa proprio a livello di giustificazione della nozione di dignità intrinseca.

Il passaggio successivo del lavoro è dunque consistito nell'individuazione di una teoria etica capace di giustificare la nozione di dignità umana e di fornire con ciò l'orizzonte di riferimento per l'attività dei comitati etici per la pratica clinica. Questa teoria è stata individuata nell'"etica del rispetto delle persone", una proposta teorica che ha assunto di recente un significativo rilievo nel dibattito italiano. Essa si propone come una *terza via* tra la cosiddetta "bioetica cattolica", che almeno nelle posizioni ufficiali del magistero continua a focalizzarsi sull'indisponibilità della vita, e la cosiddetta "bioetica laica", variamente ancorata a posizioni utilitaristiche o liberali e libertarie, con la conseguente enfasi sulle nozioni di "preferenze" o "autodeterminazione".

Questa terza via, sostenuta in particolare da due filosofi del San Raffaele di Milano (Mordacci e Reichlin), consiste in una riproposizione del personalismo su basi *lato sensu* kantiane, che potremmo chiamare "personalismo critico". Essa si colloca non a caso nel quadro della recente riscoperta dell'etica normativa del pensatore di Königsberg. Un esame analitico delle rispettive posizioni di Mordacci e Reichlin ha evidenziato però alcune non trascurabili differenze circa la giustificazione di tale teoria. Mentre il primo autore sostiene l'etica del rispetto delle persone, adottando una linea giustificativa molto vicina all'impianto kantiano anche dal punto di vista metaetico (pur integrato con osservazioni di matrice fenomenologica e personalistica), il secondo autore si è orientato nel corso degli anni verso un modello di giustificazione di tipo coerentista, ossia un modello che ritiene di poter assumere il rispetto per la dignità intrinseca delle persone come principio sommo dell'etica non in quanto esso sia una intuizione indubitabile, o il risultato di una deduzione da proposizioni precedentemente note, ma in quanto è coerente con ciò che sappiamo degli esseri umani e che solo riesce a rendere ragione di concetti e nozioni che non possiamo non introdurre per spiegare sensatamente i comportamenti umani.

Nonostante queste differenze a livello di giustificazione, le prospettive di Mordacci e Reichlin mostrano evidenti punti in comune. In particolare, entrambi – sulla scorta di Kant

– ritengono che il compito della filosofia morale non sia quello di fondare la morale, ma di rinvenire il principio fondamentale già all’opera nell’esperienza morale ordinaria e in grado di rendere più rigorose le nostre argomentazioni etiche e più affilata la riflessione critica in caso di conflitti (l’etica è dunque intesa come riflessione critica sull’esperienza morale). Inoltre, la loro proposta dà vita ad un’etica normativa che implica strutturalmente una gerarchizzazione dei doveri (“perfetti” e “imperfetti”), la quale si rivela fondamentale anche ai fini della proposta metodologica per l’analisi della pratica clinica che sarà avanzata nel *Capitolo IV* (e che mira a superare alcuni problemi tipici del *principialismo* di Beauchamp e Childress). Infine, essi articolano e difendono una pur essenziale concezione della persona (caratterizzata da *corporeità*, *libertà* e *relazionalità*) che risulterà fondamentale ai fini di una determinazione in positivo del contenuto normativo della nozione di dignità umana che viene svolta nell’ultimo capitolo.

Dal punto di vista dell’etica normativa le proposte dei due filosofi del San Raffaele sostanzialmente coincidono, e possono perciò venir considerate come una e una sola teoria: l’etica del rispetto per le persone. Tuttavia, in relazione al problema della giustificazione, si sostiene che la strategia di difesa della nozione di dignità umana e dell’etica del rispetto per le persone proposta da Reichlin appare quella che meglio si adatta a individuare una piattaforma condivisa per comitati etici che operano in una società pluralistica e che di essa sono espressione. La ricerca della necessaria base comune per l’attività dei comitati, infatti, non necessita di accedere al livello radicale di una fondazione della morale capace di imporsi anche all’immoralista radicale, come invece fa Mordacci. Dal momento che i comitati sono organismi chiamati ad operare all’interno di istituzioni la cui attività è già collocata nel quadro di valori e principi riconosciuti come validi e vincolanti (su tutti, i diritti umani e la dignità umana), una più modesta difesa dialettica o coerentista di tale sfondo di riferimento appare sufficiente.

L’ultima parte del capitolo è dedicata all’esplicitazione delle specifiche risorse che una teoria, fondata sul rispetto per la dignità umana, offre all’attività dei comitati etici per la pratica clinica. Tali risorse vengono individuate nelle seguenti quattro. La dignità umana: 1) consente ai comitati di assumere il punto di vista etico nella sua radicalità; 2) garantisce



una base comune minima, favorendo al contempo la creatività morale; 3) può contribuire ad aumentare la percezione dei problemi morali e riesce a illuminare la riflessione e l'azione proprio nei casi in cui gli altri linguaggi della bioetica sembrano aver meno da dire; 4) fornisce interessanti indicazioni, in virtù della caratterizzazione della nozione di persona che essa sostiene, per una più precisa determinazione del contenuto normativo della dignità.

Il quarto e ultimo capitolo, *Una metodologia per l'analisi etica della pratica clinica centrata sul rispetto per la dignità umana*, ha la funzione di delineare una metodologia per la "costruzione del giudizio bioetico" che indichi le mediazioni necessarie per rendere operativo nella prassi concreta della deliberazione il riferimento alla dignità umana. Si ha modo così di rispondere all'accusa secondo cui la dignità umana avrebbe scarsa forza normativa e, di conseguenza, limitata efficacia pratica.

Il capitolo si apre con l'illustrazione delle ragioni a supporto della necessità di dotarsi di una metodologia per l'analisi etica della pratica clinica e con una precisazione del concetto di sfondo di "medicina come pratica". Subito dopo, viene svolto un imprescindibile confronto con lo schema argomentativo tutt'oggi dominante in bioetica clinica, vale a dire *l'approccio dei quattro principi* di Tom Beauchamp e James Childress. La loro fortunata proposta viene ricostruita e criticata, in particolare in relazione al rischio di relativismo che essa comporta. Come risulta evidente nella seconda parte del capitolo, i principi che i due bioeticisti americani individuano come la *lingua franca* della bioetica non vengono rifiutati, ma integrati nella metodologia alternativa proposta, anche se con una determinante modifica quanto al loro statuto. Questa modifica è suggerita dal lavoro dei due autori cui si è fatto maggiormente riferimento per tracciare la metodologia difesa da questa ricerca, pur introducendo alcune significative variazioni rispetto alla loro proposta: Diego Gracia, una delle voci più autorevoli della bioetica europea, e Corrado Viafora, uno dei più noti studiosi di bioetica clinica in Italia. Essi propongono uno schema articolato in tre livelli che pretende di riflettere la struttura stessa della razionalità pratica: l'apertura al paradigma (la dignità umana), la costruzione delle determinazioni più generali di ciò che il rispetto

della dignità richiede (i principi), e infine la loro “messa alla prova” nell’esperienza al fine di individuare l’azione che meglio realizza, nel caso specifico, il rispetto per la dignità di ciascun essere umano che costituisce il principio primo della moralità interpersonale.

Una volta illustrata la proposta di Gracia, il cuore del capitolo è dedicato: (1) alla reinterpretazione dei principi ormai classici della bioetica alla luce della nozione di dignità umana. Ciò viene svolto per mostrare come da tale riferimento i principi ne escano irrobustiti, arricchiti, e come essi si prestino bene a costituire una prima declinazione del rispetto dovuto a ogni persona nella sue dimensioni essenziali; (2) alla definizione della sequenza della considerazione dei principi nell’ambito della clinica e alla esplicitazione della logica della eventuale gerarchizzazione dei principi in caso di conflitto; (3) all’articolazione dei parametri da utilizzare per condurre il terzo fondamentale momento della metodologia, ossia la “verifica” nell’esperienza delle indicazioni di massima provenienti dai principi, per arrivare ad assumere la decisione più rispettosa della malato.

Da questo percorso emerge in particolare come la scelta di mantenere il riferimento ai principi, pur relativizzati, sia suggerita non solo dal motivo strategico di continuare a utilizzare il linguaggio più diffuso in bioetica clinica; e nemmeno dalla sola considerazione secondo cui essi effettivamente “catturano” ed esprimono le istanze etiche più importanti della bioetica clinica. Come suggerisce Gracia, infatti, nei principi di *beneficenza* e *non maleficenza* sarebbero riassunte le istanze etiche che da sempre ispirano la medicina e l’istituzione sanitaria; nel principio di *autonomia* verrebbero rappresentate le istanze del paziente; mentre nel principio di *giustizia* troverebbero espressione le istanze della società. Piuttosto, tale scelta è ispirata dalla convinzione che i principi di beneficenza, autonomia e giustizia (distributiva) siano ottimi strumenti per tutelare e valorizzare le dimensioni fondamentali della persona considerata nella sua globalità (corporeità, libertà e relazionalità), ossia dalla convinzione che grazie a essi vengano poste al centro dell’attenzione e della considerazione esattamente quelle caratteristiche dell’essere umano in virtù delle quali può maturare e compiersi il sé in termini personali. Il tutto nel quadro del vincolo ultimo di non strumentalizzazione e discriminazione che trova espressione nel principio di non maleficenza e in un principio pre-politico di giustizia.

Il modello di elaborazione del giudizio bioetico clinico proposto ne risulta così articolato:

- (1) muove dall'idea di dignità umana, considerata come "sistema di riferimento";
- (2) considera i principi tradizionali della bioetica clinica come "abbozzi" del rispetto per la dignità umana, ossia come prime determinazioni di ciò che esige il suo rispetto. Grazie ad essi è possibile identificare la decisione "corretta in linea di principio";
- (3) impone, infine, di confrontare tale decisione (che in linea di principio appare la più rispettosa della persona) con l'esperienza, ossia con le circostanze particolari del caso concreto, con il contesto clinico in cui esso si colloca, con le immagini antropologiche che intervengono a modellarlo e con le conseguenze prevedibili al fine di verificare se essa sia non solo la decisione corretta in linea di principio, ma anche la decisione "effettivamente corretta".

Proprio l'integrazione tra principi ed esperienza costituisce il compito *specifico* dei comitati etici per la pratica clinica, compito che la metodologia proposta ha l'ambizione di favorire.

Alla fine del percorso dovrebbe risultare come, dal riferimento alla nozione di dignità umana opportunamente compresa, possano non solamente trovare soddisfazione le due condizioni sostanziali per l'esistenza e l'autentica operatività dei comitati etici per la pratica clinica, ma anche ne seguano importanti indicazioni per una teoria che dia conto di tali comitati, così da rispondere alle obiezioni circa l'istituzione e l'utilità di tali organismi. Si tratta di obiezioni che fin dalla prima comparsa dei comitati hanno segnato il dibattito bioetico.

Inoltre, si dovrebbe riuscire a cogliere con maggiore chiarezza il perché della sempre più ampia diffusione di questa tipologia di comitati su scala mondiale. Se adeguatamente impostati e organizzati, essi sembrano infatti in grado di rispondere bene a tre delle istanze fondamentali che hanno condotto alla nascita stessa della bioetica: la necessità di giungere a soluzioni pubblicamente convincenti di fronte ai dilemmi generati dal continuo ampliamento delle possibilità della tecnica ("pubblicità"); la forte esigenza argomentativa generata dall'erosione delle evidenze etiche comuni a causa del sempre più ampio pluralismo di opzioni morali ("attitudine argomentativa"); la necessità di un confronto

sistematico tra diverse prospettive disciplinari per ridurre la parzialità che ogni approccio specialistico comporta inevitabilmente (“interdisciplinarietà”).

## QUALE TEORIA SUI COMITATI ETICI PER LA PRATICA CLINICA?

### 1.1. Comitati di bioetica: una tassonomia

Il primo onere che si deve assumere chi si occupa di comitati etici è quello di dare una definizione di tali organismi e di distinguerne le diverse tipologie. Non stupisce pertanto che fin dalla loro prima diffusione si siano registrati diversi tentativi in questo senso<sup>1</sup>, tentativi che però hanno dovuto fare i conti con due problemi principali: innanzitutto la natura pionieristica e cangiante di tali istituzioni (che negli anni '80 e '90 del secolo scorso erano allo stato nascente in buona parte dei paesi occidentali e lo sono tutt'oggi nei paesi in via di sviluppo)<sup>2</sup>; in secondo luogo il fatto che nei primi tempi uno stesso comitato etico assommava su di sé diverse funzioni, che oggi invece sono svolte nella maggior parte dei

---

<sup>1</sup> Per limitarsi alle enciclopedie e ai dizionari dedicati alla bioetica si vedano: W.T. Reich (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, Revised edition, Simon & Schuster – Macmillan, New York 1995, pp. 409-411 (voce: "Institutional Ethics Committees") e 2266-2269 (voce: "Research Ethics Committees"). È significativo che nella prima edizione dell'Encyclopedia (W.T. Reich (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, Free Press, New York 1978) non ci fosse alcuna voce dedicata specificamente ai comitati etici, ma solo qualche paragrafo all'interno di altre voci. Si vedano inoltre: S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, 3rd ed., MacMillan Reference, New York 2004, pp. 444-447 (voce: "Institutional Ethics Committees", all'interno della voce "Clinical Ethics"), pp. 841-847 (voce: "Ethics Committees and Ethics Consultation") e pp. 2311-2316 (voce: "Research Ethics Committees"); G. Hottois, M.-H. Parizeau (sous la direction de), *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopedique*, De Boeck, Bruxelles 1993, pp. 69-76 (Comités d'éthique, voce a cura di M.-H. PARIZEAU); E. Lecaldano (a cura di), *Dizionario di bioetica*, GLF Editori Laterza, Roma 2002, pp. 50-52 (Comitati etici, voce a cura di C. BOTTI); D. TETTAMANZI, *Dizionario di bioetica*, Piemme, Casale Monferrato 2002, pp. 104-110 (Comitati etici); S. Leone, S. Privitera (a cura di), *Nuovo dizionario di bioetica*, Città nuova, Roma - Istituto siciliano di bioetica, Acireale 2004, pp. 199-205 (Comitati di etica, voce a cura di A. ANZANI).

Lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica italiano (CNB) si è cimentato con questo problema – peraltro con risultati ancora acerbi – nel primo parere dedicato ai comitati etici: CNB, *I comitati etici*, 27 febbraio 1992, pp. 15-18 (Classificazione generale dei C.E.) e 31-35 (Tassonomia e caratteristiche dei C.E. nelle valutazioni del C.N.B.). Il file pdf del documento, da cui sono tratte le citazioni, si trova all'indirizzo: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/8.pdf>.

<sup>2</sup> Significativamente Roberto Mordacci, in un suo articolo della fine degli anni '90, definiva i comitati etici italiani come una "realtà in divenire". Privi di un preciso *status* legale e incaricati di funzioni molto diverse fra loro, essi davano vita ad una "situazione piuttosto confusa", facendo auspicare all'autore una "necessaria armonizzazione" (R. MORDACCI, *I comitati di etica: una realtà in divenire*, in "Aggiornamenti sociali", 48 (1997) 2, pp. 127-138).

casi da organismi diversi. Il più recente e autorevole tentativo di distinguere le varie tipologie di comitati etici è stato compiuto nel 2005 dall'UNESCO, nella prima delle tre corpose guide ad essi dedicate (fra il 2005 e il 2007): *Establishing Bioethics Committees*<sup>3</sup>.

Questa la definizione generale di comitato di bioetica offerta dall'UNESCO:

“un comitato di bioetica è un comitato che sistematicamente e con continuità affronta le dimensioni etiche connesse (a) alle scienze sanitarie, (b) alle scienze della vita e (c) alle nuove politiche sanitarie. L'espressione 'comitato di bioetica' indica semplicemente che un gruppo di persone – un presidente e dei membri – si riuniscono per discutere di questioni che non solo semplicemente fattuali, ma profondamente normative. [...]

Sebbene in origine i comitati di bioetica siano stati istituiti per consigliare la comunità medica e i professionisti della salute su come affrontare alcune specifiche controversie morali, oggi ai comitati etici si richiede di offrire la loro consulenza anche a *policy makers*, politici e legislatori”<sup>4</sup>.

Un comitato di bioetica, inoltre, può essere definito come una “piattaforma” per discutere le questioni etiche e come un “meccanismo democratico” ove possono emergere i diversi punti di vista e i contributi di varie discipline, al fine di trovare un punto d'incontro tra la libertà di ricerca, le giuste preoccupazioni per il rispetto dei diritti umani e l'attenzione al bene comune<sup>5</sup>.

In questa definizione molto generale rientrano sia organismi di livello internazionale e nazionale, sia di livello regionale o locale. La distinzione dei comitati di bioetica sulla base della loro collocazione a livello di governo (nazionale, regionale o locale), che pure viene

---

<sup>3</sup> UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, 18.IV.2005 (il testo è disponibile on line all'indirizzo web dell'UNESCO <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309e.pdf>); UNESCO, *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, 10.IV.2006 (il testo è disponibile on line all'indirizzo web dell'UNESCO <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf>); UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, 2.V.2007 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001509/150970e.pdf>). Tutte le citazioni sono tratte dai documenti reperiti nel sito internet ufficiale dell'UNESCO; le traduzioni dall'originale inglese sono mie.

<sup>4</sup> UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., p. 12. Per la caratterizzazione dei comitati etici che segue si farà riferimento in particolare a questo documento dell'UNESCO, ma verranno occasionalmente utilizzate anche altre fonti quando si riterrà che esse siano più efficaci.

Per una caratterizzazione generale dei comitati etici si veda anche L. GALVAGNI, *Bioetica e comitati etici*, Edizioni Dehoniane Bologna, Bologna 2005 (in particolare pp. 45-65).

<sup>5</sup> Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., p. 16.

proposta anche dall'UNESCO<sup>6</sup>, non risulta però di grande utilità in quanto essa non dice di per sé ancora nulla rispetto a compiti e funzioni di tali comitati, anche in considerazione delle grandi differenze che esistono tra stato a stato (specie tra stati federali e stati a struttura più unitaria), o tra diverse regioni. Essa inoltre, poiché non consente una autentica comprensione della natura dei diversi comitati, non permette un significativo confronto tra di essi.

Assai più efficace e chiarificatrice è invece la distinzione dei comitati sulla base dei loro compiti e obiettivi. Tale criterio porta a individuare quattro tipologie di comitati:

1) *Comitati etici con funzione consultiva e/o di definizione delle politiche generali (Policy-making and/or Advisory Committees)*: si situano prevalentemente a livello nazionale o regionale, e in questa tipologia rientrano ad esempio i comitati etici nazionali (in Italia, il CNB) o le consulte regionali di bioetica (in Veneto, il Comitato Regionale per la Bioetica). I loro obiettivi principali sono<sup>7</sup>: (a) fornire consigli e raccomandazioni a governi, parlamenti o altri organismi istituzionali, sulle questioni bioetiche sollevate dai rapidi progressi che si registrano nel campo della sanità, della biologia, delle scienze biomediche e della biotecnologia; (b) produrre e pubblicare raccomandazioni su questioni bioetiche per orientare l'azione, la definizione di politiche a livello locale e la consapevolezza e partecipazione del pubblico; (c) offrire un forum per la discussione delle questioni bioetiche che più hanno colpito l'opinione pubblica e ricevuto l'attenzione dei media.

I primi comitati che rientravano in questa tipologia furono organismi *ad hoc*, ossia creati per affrontare quesiti specifici e sciolti una volta svolto il proprio mandato (come, ad esempio, negli Stati Uniti la *U.S. National Commission*<sup>8</sup> e la *U.S. President's Commission*<sup>9</sup>, e in

---

<sup>6</sup> Cfr. *ivi*, p. 19.

<sup>7</sup> Cfr. *ivi*, p. 22.

<sup>8</sup> *U.S. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences* (è la prima commissione nazionale di bioetica statunitense; fu istituita dal Congresso nel 1974 e operò fino al 1978 con il compito di definire i principi etici che dovevano presiedere alla sperimentazione sugli esseri umani. Il suo documento più celebre è il *Belmont Report*, pubblicato il 18 aprile 1979).

<sup>9</sup> *U.S. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (fu nominata nel 1978 in sostituzione della *National Commission*; operò dal 1980 al 1983 con il compito di tracciare il quadro entro cui affrontare i problemi etici posti in particolare dalla pratica clinica).

Gran Bretagna la *Warnock Commission*<sup>10</sup>); successivamente è invalsa la tendenza a conferire loro continuità temporale, fatto salvo il rinnovamento periodico dei componenti. In questa prima tipologia è possibile far rientrare anche i comitati internazionali di bioetica (come quelli dell'UNESCO o del Consiglio d'Europa<sup>11</sup>), in quanto il loro compito è quello di tracciare il quadro di fondo dei principi alla cui luce analizzare poi le questioni particolari.

2) *Comitati etici delle associazioni dei professionisti della salute (Health-Professional Association Committees)*: operano sia a livello internazionale che nazionale (per quanto riguarda l'Italia si possono ricordare la commissione bioetica della SIAARTI<sup>12</sup> e quella della SICP<sup>13</sup>, mentre è in fase di costituzione il Comitato di Bioetica della SIP<sup>14</sup>). Fra i loro obiettivi figurano<sup>15</sup> (a) la stesura di codici di condotta etica; (b) lo sviluppo di raccomandazioni e linee guida su questioni particolarmente dilemmatiche; (c) la formazione bioetica dei propri membri e, in tal modo, la protezione del pubblico dalla cattiva condotta dei propri associati. La loro diffusione è il segno della consapevolezza della crescente importanza dell'etica in sanità, che va di pari passo con l'aumento delle capacità di intervento tecnologico che la medicina contemporanea può dispiegare. Non a caso le prime associazioni a dotarsi di un proprio comitato etico sono state quelle che per prime hanno dovuto fare i conti con la questione della limitazione dei trattamenti (emblematico è il caso degli intensivisti).

3) *Comitati etici per la ricerca e la sperimentazione (Research Ethics Committees)*: operano in genere a livello regionale o locale (in Veneto, ad esempio, operano dal 2007 su base provinciale) oppure all'interno di istituti di ricerca (in Italia, negli IRCCS<sup>16</sup>). Il loro

---

<sup>10</sup> Come noto, è la commissione istituita nel 1984 in Gran Bretagna, sotto la direzione della filosofa Mary Warnock (di qui il nome); ebbe il compito di studiare le implicazioni sociali, etiche e legali collegate agli sviluppi della riproduzione assistita.

<sup>11</sup> Per una presentazione di tali comitati internazionali, della loro struttura e funzioni, si veda L. MARINI, *Il diritto internazionale e comunitario della bioetica*, Giappichelli, Torino 2006 (in particolare la Parte II, Capitolo II: *I comitati internazionali ed europei di bioetica*, pp. 145-166).

<sup>12</sup> Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (<http://www.siaarti.it/>).

<sup>13</sup> Società Italiana Cure Palliative (<http://www.sicp.it/>).

<sup>14</sup> Società Italiana di Pediatria (<http://www.sip.it/>).

<sup>15</sup> Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., p. 29.

<sup>16</sup> Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.



obiettivo fondamentale<sup>17</sup> è quello di proteggere i soggetti umani che partecipano a ricerche che mirano ad ottenere nuove e utili conoscenze in campo biologico, biomedico, comportamentale ed epidemiologico. L'approvazione dei protocolli di ricerca da parte di questi organismi è *condicio sine qua non* per lo svolgimento della ricerca stessa<sup>18</sup>.

Si noti però che negli ultimi anni la globalizzazione della ricerca, che viene sempre più condotta in paesi in via di sviluppo, solleva problemi e questioni di equità e giustizia che sorpassano il livello locale, regionale o nazionale e provocano l'intera comunità internazionale a sviluppare strumenti concettuali più sofisticati (per affrontare le emergenti questioni bioetiche) e nuove modalità di controllo e garanzia<sup>19</sup>.

Negli ultimi anni, infine, grazie alla accresciuta sensibilità animalista, si stanno diffondendo anche i comitati etici per la sperimentazione animale (come ad esempio, presso varie università italiane, i CEASA<sup>20</sup>). Tali organismi hanno la funzione di valutare gli aspetti scientifici e metodologici dei progetti di ricerca, così come gli aspetti etici (con particolare attenzione alla minimizzazione delle sofferenze degli animali utilizzati). Inoltre hanno il compito di controllare l'idoneità degli stabilimenti e di curare la formazione e l'aggiornamento del personale<sup>21</sup>.

---

Gli IRCCS (che oggi in Italia sono oltre 40) sono ospedali di eccellenza che combinano la ricerca biomedica e l'offerta di servizi sanitari. Essi infatti si caratterizzano proprio per il fatto che l'attività di ricerca da essi condotta avviene in una interazione continua tra laboratorio e clinica.

<sup>17</sup> Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., p. 41.

<sup>18</sup> Un'articolata presentazione del ruolo dei comitati etici nella sperimentazione e della normativa internazionale e italiana in merito è offerta da L. MARINI, *Il diritto internazionale e comunitario della bioetica*, cit., Parte IV, Capitolo I: *Sperimentazione dei medicinali, buona pratica clinica e comitati etici*, pp. 323-372.

Un utile manuale dedicato di recente a questi organismi è L.M. Borgia (a cura di), *Manuale di Bioetica per la sperimentazione clinica e i Comitati Etici. Conformità ai principi nelle normative e nei modelli operativi della ricerca*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2008.

<sup>19</sup> Cfr. R.M. Green, A. Donovan, S.A. Jauss (eds.), *Global Bioethics. Issues of Conscience for the Twenty-First Century*, Oxford University Press, New York 2008. In particolare si veda la seconda parte del volume (Part II: *Global Research Ethics*, pp. 87-160) interamente dedicata alle nuove questioni etiche sollevate dalla globalizzazione della ricerca.

<sup>20</sup> Comitati Etici di Ateneo per la Sperimentazione Animale.

<sup>21</sup> Cfr. F. ORLANS, *History and ethical regulation of animal experimentation: an international perspective*, in H. Khuse, P. Singer (eds.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishing, Oxford 1998, pp. 399-410; B.E. ROLLIN, *The moral status of animals and their use as experimental subjects*, in *ivi*, pp. 411-422; ID., *Overcoming Ideology: Why It Is Necessary to Create a Culture in Which the Ethical Review of Protocols Can Flourish*, in "ILAR Journal", Online issues, 48/1 (2007) ([http://dels.nas.edu/ilar\\_n/ilarjournal/48\\_1/html/4801Rollin.shtml](http://dels.nas.edu/ilar_n/ilarjournal/48_1/html/4801Rollin.shtml)).

4) *Comitati etici per la pratica clinica*<sup>22</sup> (*Health Care/Hospital Ethics Committees*): operano prevalentemente a livello locale (ospedali, cliniche, *hospice*, ecc.) e hanno come obiettivo fondamentale quello di promuovere e supportare la dimensione etica all'interno di una determinata istituzione sanitaria, contribuendo in tal modo a garantire una cura centrata sul paziente<sup>23</sup>. Sono gli ultimi nati e la loro diffusione (come si vedrà meglio fra breve) è stata determinata dalla necessità di far fronte ai nuovi problemi etici posti dalla crescente pervasività della tecnologia nella pratica clinica e dalla parallela crescita della consapevolezza dei diritti dei pazienti. I loro tre compiti principali sono<sup>24</sup> (a) l'analisi etica di casi clinici particolarmente problematici; (b) la redazione di raccomandazioni o linee guida sui problemi etici ricorrenti nella pratica clinica; (c) la formazione e sensibilizzazione bioetica degli operatori socio-sanitari e della popolazione del territorio in cui operano.

Poiché l'interesse fondamentale di questa ricerca è rivolto a quest'ultima tipologia di comitati (i Comitati etici per la pratica clinica o *Healthcare Ethics Committees*) è necessario ora concentrarsi su di essa. Ne sarà ricostruita brevemente la storia con l'intento teoretico di evidenziare il profilo peculiare di questi organismi nei vari contesti in cui si sono affermati (Nord-America ed Europa) e, soprattutto, di individuare i problemi e le perplessità che gravano su questi strumenti ancora relativamente giovani.

I comitati etici per la pratica clinica risultano essere infatti, come già si è accennato nell'*Introduzione*, quelli dal profilo meno definito<sup>25</sup>: mentre vi è un quasi unanime consenso

---

<sup>22</sup> Si utilizza la denominazione "Comitato etico per la pratica clinica" (anche se forse la traduzione migliore di "Health Care Ethics Committee" sarebbe "Comitato di etica in sanità") perché essa viene utilizzata nella *Deliberazione n. 4049* del 22 dicembre 2004 della Giunta Regionale del Veneto e, come anticipato nell'*Introduzione*, la riorganizzazione della rete dei comitati etici nel Veneto e l'istituzione di un comitato etico per la pratica clinica in ciascuna delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere della Regione è all'origine della presente ricerca.

Per la varietà di denominazioni con cui viene indicata questa tipologia di comitati si veda C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano 2006, p. 441.

<sup>23</sup> Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., pp. 33 ss.

<sup>24</sup> Cfr., ad esempio, J. DRANE, *I Comitati di Etica in Ospedale: al servizio del rinnovamento dell'Etica medica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati Etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1995, pp. 39- 72 (in particolare 55-61).

<sup>25</sup> Cfr. G. LEBEER, *Clinical Ethics Committees in Europe: assistance in medical decisions, fora for democratic debates, or bodies to monitor basic rights?*, Cardiff Centre for Ethics, Law and Society, University of Cardiff, Publications -

sul profilo, le funzioni e lo status legale delle altre tipologie di comitati (in particolare di quelli per la ricerca<sup>26</sup>), manca invece una teoria dei comitati etici per la pratica clinica che riesca a precisare la loro natura e ad orientare la loro azione, rispondendo alle critiche che sono state avanzate nei confronti di questi organismi.

## 1.2. Nascita, profilo e problemi dei comitati etici per la pratica clinica

### 1.2.1. I comitati etici per la pratica clinica negli Stati Uniti: un supporto all'etica professionale

Tutte le più accreditate ricostruzioni<sup>27</sup> della nascita dei comitati etici per la pratica clinica sono concordi nell'indicare la genesi di questi organismi nello scalpore suscitato negli Stati Uniti da alcuni casi emblematici e laceranti che esitarono in vicende giudiziarie: il caso Karen Quinlan<sup>28</sup> (limitazione delle cure in fine vita, 1975) e il caso Baby Doe<sup>29</sup> (limitazione delle cure per un neonato disabile, 1983).

---

2003 (<http://www.ccels.cardiff.ac.uk/archives/publications/2003/lebeerpaper.pdf>), p. 2: "While the scopes of the research ethics committees do not seem burdened [...] by ambiguity [...] the same cannot be said for the clinical ethics committees".

<sup>26</sup> Il cui profilo giuridico è stato definito, in Italia, da 4 diversi decreti ministeriali:

- MINISTERO DELLA SANITÀ, Decreto ministeriale 27 aprile 1992, (in Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, 15 giugno, n. 139), *Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, in attuazione della direttiva (CEE) n. 507/91.*
- MINISTERO DELLA SANITÀ, Decreto ministeriale 15 luglio 1997 (Gazzetta Ufficiale del 18 agosto 1997, n.191), *Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali;*
- MINISTERO DELLA SANITÀ, Decreto ministeriale 18 marzo 1998 (Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 1998, n. 122), *relativo alle Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati etici.*
- MINISTERO DELLA SALUTE, Decreto ministeriale 12 maggio 2006 (Gazzetta Ufficiale del 22 agosto 2006, n. 194), *Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali.*

<sup>27</sup> Esempio al riguardo quella di J. DRANE, *I Comitati di Etica in Ospedale: al servizio del rinnovamento dell'Etica medica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati Etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., pp. 39- 72 (in particolare 46-54).

<sup>28</sup> Per una sintetica presentazione del caso di Karen Quinlan si veda R. Munson (ed.), *Intervention and reflection. Basic Issues in medical ethics*, 7<sup>th</sup> ed., Thompson Learning Academy, Southbank, Toronto 2004, pp. 688-90.

<sup>29</sup> Per una ricostruzione del caso di Baby Doe e di Baby Jane Doe si veda *ivi*, pp. 643-45.

Una dinamica per molti aspetti simile aveva già condotto nel decennio precedente all'istituzione dei Comitati etici per la sperimentazione (negli Stati Uniti *Institutional Review Boards*), come reazione agli scandali tristemente famosi dello *Jewish Chronic Disease Hospital*<sup>30</sup> (iniezione di cellule cancerogene vive su ignari pazienti anziani o gravemente malati), della *Willowbrook State School*<sup>31</sup> (iniezione del virus dell'epatite su bambini con ritardo mentale per studiare il decorso della malattia) e del *Tuskegee Study*<sup>32</sup> (induzione della sifilide su centinaia di afroamericani di bassa estrazione sociale per studiare il decorso della malattia in assenza di cure; il progetto continuò anche dopo che divenne disponibile la penicillina). In seguito a quelle vicende venne istituita una commissione (la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*) che dopo quattro anni di lavoro produsse un rapporto (il *Belmont Report*<sup>33</sup>, 1979) nel quale, oltre a individuare i principi etici di base della ricerca biomedica, si raccomandava l'istituzione di comitati etici con il compito di valutare e approvare i protocolli di sperimentazione che prevedessero il coinvolgimento di soggetti umani<sup>34</sup>.

Le cose andarono quasi allo stesso modo per quanto concerne i comitati etici per la pratica clinica (o comitati etici ospedalieri): anche in seguito ad alcune delle succitate vicende venne istituita una nuova commissione (la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*) che in uno dei suoi 12 rapporti

---

<sup>30</sup> Cfr. *ivi*, pp. 343-345.

<sup>31</sup> Cfr. *ivi*, pp. 38-39.

<sup>32</sup> Cfr. *ivi*, pp. 228-229.

<sup>33</sup> Cfr. U.S. NATIONAL COMMISSION, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*, 1979 (<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>).

<sup>34</sup> Da notare che già nel 1975 l'ASSOCIAZIONE MEDICA MONDIALE, nella prima revisione della *Dichiarazione di Helsinki*, aveva previsto, al punto 2, che "Il progetto e l'esecuzione di ogni procedura sperimentale che coinvolge soggetti umani *dovrebbero* essere chiaramente formulati in un protocollo sperimentale, il quale *dovrebbe* essere trasmesso a un *comitato indipendente* appositamente nominato, per ottenerne considerazioni, pareri e consigli" (cfr. WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration of Helsinki*, revised version, Tokio 1975: I. Basic Principles, punto 2: <http://ethics.iit.edu/codes/coe/world.med.assoc.helsinki.1975.html>. Traduzione italiana e corsivi miei). È significativo che venga nominata per la prima volta l'opportunità di sottoporre i protocolli sperimentali ad un comitato indipendente (cosa che non compariva nella versione originale della *Dichiarazione* del 1964), ma si noti al contempo che la revisione e l'approvazione da parte di un comitato indipendente non risultavano allora obbligatori, com'è invece oggi (Cfr. WMA, *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, revised version, Seul 2008, nn. 14-15: <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>).

(*Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*, 1983<sup>35</sup>) sollecitava l'istituzione di comitati etici ospedalieri che potessero affrontare e risolvere le difficili questioni etiche sollevate dalla pratica clinica.

Un anno dopo, nel 1984, giunse anche l'autorevole pronunciamento dell'*American Hospital Association*<sup>36</sup> che identificava nei comitati etici lo strumento idoneo a chiarificare, a livello delle istituzioni sanitarie, le questioni di etica biomedica, a patto che ne fossero chiaramente definiti gli obiettivi e che tali organismi maturassero la consapevolezza delle loro potenzialità e limiti<sup>37</sup>.

I comitati etici per la pratica clinica nacquero dunque negli Stati Uniti principalmente come strumenti a supporto dell'etica professionale<sup>38</sup>, in un momento di crisi dell'autorità

---

<sup>35</sup> Cfr. U.S. PRESIDENT'S COMMISSION, *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*, 1983, pp. 160-170 ([http://www.bioethics.gov/reports/past\\_commissions/deciding\\_to\\_forego\\_tx.pdf](http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/deciding_to_forego_tx.pdf)).

<sup>36</sup> AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *Guidelines: Hospital Committees on Biomedical Ethics*, in J.W. Ross (ed.), *Handbook for Hospital Ethics Committees*, Vol. 57, Chicago, American Hospital Publishing 1986, pp. 110-111.

<sup>37</sup> Le sollecitazioni della *President's Commission* e dell'*American Hospital Association* ebbero un effetto straordinario: mentre nel 1982 vi era un comitato etico ospedaliero solo nell'1 % degli ospedali americani, nel 1987 la percentuale era salita a oltre il 60% (cfr. J.E. FLEETWOOD, R.M. ARNOLD, R.J. BARON, *Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees*, in "Journal of Medical Ethics", 15 (1989) n. 3, pp. 137-142; questo dato a p. 137); una ricerca condotta dall'Università della Pennsylvania nel 1998-1999 rilevò che a quella data esisteva un comitato etico nel 93% degli ospedali americani (cfr. G. MCGEE, A.L. CAPLAN, J.P. SANOGLE, D.A. ASCH, *A National Study of Ethics Committees*, in "American Journal of Bioethics", 1 (2001), 4, pp. 60-64). Inoltre tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 essi si diffusero anche in centri di cura diversi dagli ospedali, come "nursing home" e "hospice" (Cfr. J.W. GLASER, *Hospital Ethics Committees: One of the Many Centers of Responsibility*, in "Theoretical medicine", 10 (1989) n. 4, pp. 275-288).

<sup>38</sup> Alcune voci critiche hanno addirittura esplicitamente sostenuto, fin dai primi anni '90, che in realtà negli Stati Uniti tali organismi sono stati istituiti solo per offrire una "copertura" di facciata alle istituzioni e agli operatori sanitari (cfr. G.J. ANNAS, *Ethics committees: from ethical comfort to ethical cover*, in "Hastings Centre Report", 21 (1991), pp. 18-21); oppure che essi sono più al servizio dei medici che dei pazienti (cfr. S.M. WOLF, *Due process in ethics committee case review*, in "HEC Forum", 4 (1992), pp. 83-96).

La questione di chi sia il destinatario principale dell'attività dei comitati etici ospedalieri è stata affrontata da due articoli che sostenevano tesi contrapposte in un numero della rivista HEC Forum del 1992, la quale propose ai due autori la domanda: "Should HECs be designed primarily to assist health care team and institution rather than the patient?". Per le risposte si vedano: R.G. SPECE, *Yes: HECs should be designed primarily to assist health care team and institution*, in "HEC Forum", 4/3 (1992), pp. 199-203; e H. BELTON, P. MEYER, *No: HECs should be designed primarily to assist the patient rather than the health care team or institution*, *ivi*, pp. 205-207.

Il rischio che tali organismi vengano istituiti non in funzione etica, ma "cosmetica", è denunciato da BEYLEVELD D., BROWNWORD R., WALLACE S., *Clinical Ethics Committees: Clinical Support or Crisis Management?*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 13-25 (in particolare p. 21).

Di recente tale problema è stato nuovamente ripreso nel quadro del dibattito sollevato dalla sempre maggiore diffusione dei comitati etici per la pratica clinica in Gran Bretagna: MCLEAN S., *What and who are clinical ethics committees for?*, in "Journal of Medical Ethics", 33 (2007), pp. 497-500.

medica e di parallela crescita del movimento per i diritti dei pazienti. Vi è dunque una prospettiva funzionalistica e pragmatica alla base della loro istituzionalizzazione. A sua volta tale prospettiva ha alla base una concezione dell'etica come corpo di conoscenze specifiche che, una volta padroneggiate, assicurano una competenza specialistica che consente di intervenire con efficacia e tempestività nella soluzione dei casi particolari<sup>39</sup>.

Ciò che, in ultima analisi, risulta con chiarezza è che tali nuovi organismi vennero intesi negli Stati Uniti come comitati etici *dell'istituzione*, ossia come strumenti per contenere all'interno delle strutture sanitarie il potenziale 'eversivo' dei nuovi dibattiti che avevano investito il mondo della sanità americana.

Il problema principale che grava però sull'approccio statunitense ai comitati etici ospedalieri è il seguente: è forse possibile contenere i nuovi quesiti etici posti dalla pratica clinica entro una prospettiva professionale o istituzionale? Non è forse vero che proprio l'insufficienza delle norme deontologiche e dei criteri guida dell'azione dell'istituzione sanitaria ha determinato il sorgere della bioetica? In che modo dunque far penetrare anche dentro questi organismi le istanze più ampie dell'etica fondamentale e quelle della società in generale?

### *1.2.2. I comitati etici per la pratica clinica in Europa: uno "spazio pubblico" all'interno delle istituzioni sanitarie*

La caratterizzazione dei comitati etici per la pratica clinica in Europa, che cominciarono a diffondersi nel vecchio continente tra la fine degli anni '80 e gli inizi degli anni '90, appare per molti aspetti diversa da quella dei comitati etici ospedalieri americani.

Dall'unica indagine europea sui comitati etici condotta una decina di anni fa in nove paesi europei<sup>40</sup>, tra cui l'Italia<sup>41</sup>, emerse infatti che la diffusione di tali organismi in Europa non

---

<sup>39</sup> Non a caso, è sempre negli USA che si diffonde, nel corso degli anni '90, la pratica della consulenza etica e la figura del bioeticista di professione, che nella sua qualità di consulente etico viene stabilmente impiegato presso i maggiori ospedali americani (Per una efficace introduzione al tema della consulenza etica si veda M.P. Aulisio, R.M. Arnold, S.J. Youngner (eds.), *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, John Hopkins University Press, Baltimore 2003).

<sup>40</sup> Il progetto "The Ethical Function in Hospital Ethics Committees" – coordinato dal Centre de Sociologie de la Santé, Institute de Sociologie, Université Libre de Bruxelles nell'ambito del programma BIOMED II

costituiva un segno della crisi dell'autorità medica (ancora piuttosto solida, specie nei paesi affacciati sul Mediterraneo), ma rifletteva la convinzione che in alcune questioni particolarmente complicate poste dalla pratica clinica un medico da solo non possedesse tutte le risorse cognitive e morali necessarie ad assumere una decisione, e che quindi un comitato potesse contribuire ad una analisi più adeguata del caso e condurre all'assunzione di una decisione più ponderata rispetto a quella cui poteva giungere un singolo. In secondo luogo l'istituzione dei comitati etici per la pratica clinica rifletteva una concezione dell'etica intesa non come un corpo di conoscenze "tecniche", ma come un modo di affrontare le questioni capace di prendere in considerazione il paziente nella sua globalità e da diversi punti di vista<sup>42</sup>. Infine i comitati venivano intesi come "figure di

---

finanziato dall'Unione Europea (1998-2001) – si proponeva di condurre un'indagine sulla funzione etica nei comitati etici ospedalieri (chiamati anche Clinical Ethics Committees, CECs) in nove paesi europei: Belgio, Danimarca, Francia, Grecia, Italia, Norvegia, Regno Unito, Spagna e Svezia.

Delle ricerche condotte nell'ambito di tale progetto e dei risultati finali si dà conto in tre diverse pubblicazioni (cui si è fatto riferimento per la ricostruzione della prima fase dell'istituzione dei comitati etici per la pratica clinica in Europa e per il dibattito relativo): G. Lebeer, M. Moulin (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 1 Brussels 3–5 June 1999*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles 2000; G. Lebeer, M. Moulin (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 2 Brussels 25–27 May 2000*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles 2001; G. Lebeer, (ed.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*, IOS Press, Amsterdam 2002 (quest'ultimo lavoro costituisce la sintesi definitiva dei risultati della ricerca, unitamente alla *Proposta per una iniziativa europea di sviluppo dei comitati etici* che i responsabili del progetto consegnarono alla Commissione Europea).

I risultati della ricerca relativi ai Clinical Ethics Committees sono stati ulteriormente riassunti in G. LEBEER, *Clinical Ethics Committees in Europe: assistance in medical decisions, fora for democratic debates, or bodies to monitor basic rights?*, cit.

<sup>41</sup> Per una presentazione della situazione dei comitati etici nei vari contesti nazionali si veda G. Lebeer, M. Moulin (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 1 Brussels 3–5 June 1999*, cit., Part. 2, pp. 37-143 (la sezione sui comitati italiani è redatta da C. VIAFORA, *Ethics Committees in Italy: Historic and Systematic Account*, ivi, pp. 79-89).

Per avere un'idea dello stato dei comitati etici in alcuni paesi europei prima del 1999 si vedano: R. BANDEIRA, *Hospital Ethics Committees in Portugal*, in "HEC Forum", 3/6 (1991), pp. 347-348; H.H. VAN DER KLOOT MEIJBURG, *Institutional Ethics Committees in the Netherlands*, in "HEC Forum", 4/3 (1992), pp. 209-217; P. CATTORINI, R. MORDACCI, *Ethics Committees in Italy*, in "HEC Forum", 4/3 (1992), pp. 219-226; S.G. MARKETOS, T.N. GARANIS, *Ethics Committees in Greece*, in "HEC Forum", 6/2 (1994), pp. 121-124.

Dopo il 1999 sono da segnalare: un interno numero di HEC Forum (il 13/3 del 2001) dedicato ai comitati etici in Germania e uno (il 14/1 del 2002) dedicato a quelli in Gran Bretagna; T. MEULENBERGS, J. VERMYLEN, P. SCHOTSMANS, *The current state of clinical ethics committees in Belgium*, in "Journal of medical ethics", 31 (2005), pp. 318-321; J.-C. MINO, L. COPEL, J.M. ZUCKER, *A French Perspective on Hospital Ethics Committees*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 17/3 (2008), pp. 300-307; infine, la "special section" dedicata alla bioetica e ai comitati etici in Spagna in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 18 (2009), pp. 214 ss.

<sup>42</sup> Cfr. G. LEBEER, *Introduction: Ethical Inventiveness in Hospital Practice*, in G. Lebeer, M. Moulin (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 1 Brussels 3–5 June 1999*, cit., pp. 7-8.

democrazia”<sup>43</sup>, ossia come “spazio pubblico” all’interno delle istituzioni sanitarie ove dibattere tra personale sanitario e figure “laiche” (filosofi, sociologi, psicologi, avvocati, comuni cittadini) le questioni etiche sollevate dalla pratica clinica. La prospettiva che ha dato avvio all’istituzione dei comitati etici europei sembra dunque non tanto quella funzionalistica tipica del contesto americano, quanto piuttosto una prospettiva pubblica, ossia animata dall’obiettivo di allargare la partecipazione democratica e di creare le condizioni per un’ampia riflessione su questioni che riguardano la vita di tutti i cittadini. Fra le proposte elaborate per la Commissione Europea dal gruppo che condusse la summenzionata ricerca, nella formulazione del coordinatore del progetto G. Lebeer, compare infatti – significativamente – quella di includervi anche il punto di vista del cittadino e, più in generale, della società civile<sup>44</sup>.

A parte i problemi che questa impostazione porta con sé<sup>45</sup> e nonostante le significative differenze che si registrano fra comitati etici per la pratica clinica nei vari paesi europei<sup>46</sup>, è comunque possibile identificare il tratto distintivo del modello europeo di comitati etici nel loro porsi non quali organismi *dell’istituzione* (come nel modello statunitense), ma come comitati *dentro* l’istituzione e *all’interno* di un sistema sanitario pubblico. Questa specifica fisionomia, che ha fatto parlare alcuni commentatori di vera e propria rivoluzione<sup>47</sup>, costituisce sia il punto di forza che di debolezza dei comitati europei.

Il problema di fondo che pesa su di essi è infatti quello della gestione del pluralismo, poiché, se è apprezzabile lo sforzo di creare uno spazio pubblico all’interno delle istituzioni sanitarie in cui possano trovare rappresentanza i diversi valori e le diverse impostazioni morali presenti nella società, si pone al contempo la questione di come

---

<sup>43</sup> *Ivi*, p. 9. Si veda anche G. LEBEER, *Hospital Ethics Committees as Forums for Democratic Debate*, in Id., (ed.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*, cit., pp. 191-201.

<sup>44</sup> Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, in Id., (ed.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*, cit., pp. 203-211 (in particolare 205 e 208).

<sup>45</sup> Cfr. ID., *Clinical Ethics Committees in Europe: assistance in medical decisions, fora for democratic debates, or bodies to monitor basic rights?*, cit., p. 4: “This last category [public representatives] is nevertheless problematical, even for those in favour. For who exactly can ‘represent the public’? [...] The ‘man in the street’? But how to choose such a person? Haphazardly or on the basis of criteria, and then which criteria?”.

<sup>46</sup> Cfr. *ivi*, pp. 1-2.

<sup>47</sup> Cfr. E. HIRSCH, *La révolution hospitalière. Une démocratie du soin*, Bayard, Paris 2002.



evitare che tale confronto radicale sfoci nella paralisi dovuta alla giustapposizione di posizioni incommensurabili. La questione può dunque porsi in questi termini: è possibile rintracciare una categoria unificante per il lavoro dei comitati etici, un terreno d'incontro condiviso a partire dal quale avviare la discussione?

### 1.2.3. *I comitati etici per la pratica clinica in Italia: strumento di umanizzazione della medicina*

L'evoluzione del ruolo e della stessa concezione dei comitati etici per la pratica clinica in Italia si può tracciare a partire dai tre documenti che il CNB dedicò ai comitati etici tra il 1992 e il 2001<sup>48</sup>.

Nel terzo di tali documenti (*Orientamenti per i comitati etici in Italia*, 2001) lo stesso Comitato Nazionale offre una sintetica ricostruzione storica della diffusione dei comitati etici nel nostro paese<sup>49</sup>, da cui emerge che fino alla fine degli anni '80 il fenomeno comitati etici era ancora marginale (una ventina di comitati in tutto il paese) e soprattutto che né il mondo della sanità, né la società civile ne sentivano l'esigenza. Una diffusione significativa di tali organismi avvenne invece negli anni '90 "in modi spesso spontanei senza alcuna forma di coordinamento e [...] in assenza di qualunque regolazione legislativa"<sup>50</sup>. Le ragioni di tale "boom" sono difficili da certificare, visto che mancano specifiche inchieste in proposito, ma è piuttosto improbabile che esso sia dovuto ad un improvviso acuirsi della sensibilità per i problemi bioetici; appare più plausibile l'ipotesi che molti di tali nuovi comitati siano stati istituiti in seguito all'emanazione da parte del Ministro della Sanità del D.M. 27 aprile 1992<sup>51</sup>, che prevedeva la necessità che i protocolli per la sperimentazione fossero approvati da un comitato etico. Le strutture in cui si faceva ricerca furono dunque "costrette" a

---

<sup>48</sup> Cfr. CNB, *I comitati etici*, 27 febbraio 1992, cit.; CNB, *I comitati etici in Italia: problematiche recenti*, 18 aprile 1997 ([http://www.governo.it/bioetica/pdf/I\\_comitati\\_etici\\_in\\_Italia\\_problematrice\\_recenti\\_ok.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pdf/I_comitati_etici_in_Italia_problematrice_recenti_ok.pdf)); CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, 13 luglio 2001 (<http://www.governo.it/bioetica/pdf/47.pdf>).

Una prima presentazione organica di tutti gli aspetti coinvolti con l'istituzione dei comitati etici in sanità nella realtà italiana è stata offerta da C. VIAFORA, *Comitati di Bioetica: presupposti, problemi e prospettive*, in Id. (a cura di), *Comitati Etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., pp. 15-38.

<sup>49</sup> Cfr. CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, cit., pp. 22-24.

Per la letteratura relativa alla prima diffusione dei comitati etici in Italia rimando alle esaustive indicazioni bibliografiche fornite da Viafora nel suo lavoro sui comitati citato alla nota precedente.

<sup>50</sup> CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, cit., p. 23.

<sup>51</sup> MINISTERO DELLA SANITÀ, Decreto ministeriale 27 aprile 1992, cit.

dotarsi di un comitato etico pena la loro emarginazione dal *network* della ricerca nazionale e internazionale. A tali comitati vennero poi solitamente attribuite anche funzioni quali la formazione bioetica del personale, la stesura di raccomandazioni e l'analisi etica di eventuali casi clinici particolarmente complessi.

Dato questo quadro risulta evidente che agli inizi di tale processo storico è praticamente impossibile rintracciare una specifica delineazione del profilo dei comitati etici *per la pratica clinica* italiani, anche per il fatto che lo stesso CNB nel primo documento dedicato ai comitati etici (quello approvato il 27 febbraio 1992, ossia due mesi prima del succitato D.M.) attribuiva ad un unico organismo (chiamato Comitato etico locale) le funzioni che oggi invece sono attribuite alla terza e quarta tipologia di comitato presentate nel § 1.1.

Nella tassonomia proposta dal CNB nel 1992 i Comitati di Bioetica sono infatti distinti in tre livelli: nazionale, regionale e locale<sup>52</sup>. Per quanto riguarda questi ultimi la caratterizzazione che ne viene offerta è la seguente:

“I C.E. locali [...] hanno, invece, la funzione di esprimere pareri di eticità sulla condotta, sul trattamento e sulla sperimentazione all'interno delle strutture sanitarie, con riferimento all'oggetto diretto della terapia o della sperimentazione nel caso concreto, alle condizioni ed alle modalità con cui vengono effettuate, nonché ai soggetti verso i quali sono applicate. In particolare i Comitati locali saranno chiamati a fornire indicazioni ed orientamenti in relazione alla sperimentazione di nuovi farmaci, di nuove metodologie diagnostiche, terapeutiche e chirurgiche; alla tutela della qualità della vita del malato, anche in rapporto con gli eventuali aspetti riabilitativi; ai problemi dei pazienti in fase terminale; [...] alla valutazione degli aspetti etici relativi alle modalità di acquisizione del consenso da parte del paziente ed alla relativa informazione previa”<sup>53</sup>.

Come si evince chiaramente dal passaggio ora citato, al Comitato etico locale venivano attribuite funzioni che oggi in molte realtà (come, ad esempio, nel Veneto) sono proprie rispettivamente dei comitati etici per la sperimentazione e di quelli per la pratica clinica.

---

<sup>52</sup> CNB, *I Comitati etici*, cit., p. 31.

<sup>53</sup> *Ivi*, p. 34.

Tale fatto si spiega con lo stato nascente di tali organismi in Italia (nel documento si parla esplicitamente, più volte, di “fase sperimentale”) e con la volontà di non dare avvio ad una loro proliferazione burocratica. Il CNB riconobbe già allora che nella letteratura internazionale si propendeva per l’opportunità di distinguere tra diversi tipi di comitati etici in base alle loro funzioni e obiettivi<sup>54</sup>, ma poi di fatto dava per scontato che a livello locale potesse operare solo un organismo unitario con il compito di assolvere a tutte le diverse funzioni elencate nella citazione precedente.

Solo cinque anni più tardi però, nel documento del 1997, l’attribuzione della duplice funzione di analisi etica dei protocolli sperimentali e di consulenza per le questioni di bioetica clinica ad un unico organismo veniva già messa in seria discussione<sup>55</sup>, ma alla fine si rimandava alle singole realtà locali la decisione se procedere alla distinzione di due diversi comitati o se mantenere un solo organismo, distinguendo però al suo interno tra le due funzioni (analisi di questioni etiche collegate all’assistenza clinica e sanitaria, e analisi delle questioni etiche collegate alla ricerca biomedica), anche sulla base delle esperienze già in atto e nel rispetto delle esigenze specifiche di ciascuna realtà particolare<sup>56</sup>. Gli elementi che spinsero il CNB a sottolineare la necessità di tenere nettamente distinte le suddette funzioni furono: (a) la diversa composizione (nei comitati per la sperimentazione vi debbono essere figure professionali specifiche come il farmacologo, il farmacista ospedaliero, lo statistico che invece non servono in quelli per la pratica clinica, dove invece si ritrovano figure quali medici di medicina generale o rappresentanti dei cittadini e delle associazioni di volontariato); (b) il diverso modo di operare (una vera e propria istruttoria finalizzata a produrre un parere vincolante nel caso dei comitati per la sperimentazione, un dibattito solitamente meno strutturato per i comitati etici per la pratica clinica); e infine (c) il valore dei pareri (obbligatori e vincolanti quelli dei comitati etici per la sperimentazione, facoltativi e non vincolanti quelli dei comitati etici per la pratica clinica).

---

<sup>54</sup> Cfr. *ivi*, p. 15.

<sup>55</sup> Cfr. CNB, *I comitati etici in Italia: problematiche recenti*, cit., p. 3.

<sup>56</sup> Cfr. *ivi*, p. 4.

Tale processo giunse a compimento nel documento del 2001 dove il CNB sostenne a chiare lettere che il modello unico polifunzionale non era più adatto alla natura e alla complessità dei compiti che i comitati etici erano chiamati ad espletare<sup>57</sup>. E ciò per tre ordini di ragioni: in primo luogo perché “l’impegno di un comitato etico che voglia prendere appena sul serio la responsabilità della revisione, approvazione e ‘monitoraggio’ della ricerca clinica e della sperimentazione farmacologica è così gravoso ed assorbente, anche in termini di tempo, da far dubitare che sia possibile dedicarsi anche allo svolgimento delle altre funzioni, che sono a dir poco, altrettanto importanti, impegnative e delicate”<sup>58</sup>, come d’altronde l’esperienza dimostrava ampiamente<sup>59</sup>; poi perché una distinzione avrebbe potuto “dare nuovo slancio a tali istituzioni” e “creare le condizioni perché esse [potessero] operare nel modo migliore quando [svolgevano] i rispettivi compiti”<sup>60</sup>; e infine perché essa avrebbe potuto facilitare un intervento legislativo per dare una più solida base giuridica alle diverse tipologie di comitati<sup>61</sup>.

Sulla stessa linea si colloca anche la *Carta di San Macuto*<sup>62</sup> (21 marzo 2003) nella quale, dopo aver constatato come il legislatore si fosse occupato fino ad allora di regolamentare unicamente le attività dei comitati etici relative alla sperimentazione farmacologica sull’uomo, gli estensori caldeggiavano l’istituzione di “Comitati Etici per la consulenza etica all’attività clinica”, ritenuti indispensabili per “rafforzare quel rapporto di fiducia tra operatore e utente in campo sanitario da tutti auspicato che tuttavia è sempre più a

---

<sup>57</sup> Cfr. CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, cit., p. 41.

<sup>58</sup> *Ivi*, p. 40.

<sup>59</sup> Cfr. *ivi*, p. 43.

<sup>60</sup> Cfr. *ibid.*

<sup>61</sup> Cfr. *ivi*, pp. 44-45.

Questa linea era d’altronde quella che andava maturando anche nel resto d’Europa come confermato l’anno successivo dalla già citata ricerca europea sui comitati etici di cui si è dato conto nel paragrafo precedente. Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, in Id., (ed.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*, cit., p. 207.

<sup>62</sup> La *Carta di San Macuto* (il cui sottotitolo è significativamente *Una proposta per l’istituzionalizzazione dei Comitati Etici per la consulenza etica alla pratica clinica*), redatta dai curatori del fascicolo speciale della rivista *Notizie di Politeia* (n.67/2002, sul tema “*Science vs Man? The Empirical Relevance of Bioethics and International Experience on Ethics Committees*”), venne presentata a Roma il 21 marzo 2003 in occasione di un convegno organizzato dal Centro Studi Politeia e dal CNB. È consultabile all’indirizzo web <http://www.cirb.it/news2003/new.php?id=0016>.

rischio”, e per “garantire al pubblico la trasparenza delle scelte sanitarie e la loro legittimità, nonché l’eticità della assistenza clinica”<sup>63</sup>. A tal fine si proponeva di istituire un Comitato Etico per la consulenza etica all’attività clinica in ogni azienda sanitaria locale, nelle aziende ospedaliere e negli istituti universitari di ricovero e cura, sia pubblici che privati. Questa tipologia di comitato etico<sup>64</sup> (indipendente, pluridisciplinare e pluralista) poteva infatti diventare un “organo garante della sicurezza, dei diritti, della dignità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie”<sup>65</sup>, riservando adeguata attenzione alle questioni bioetiche anche nell’ambito dell’assistenza.

È dunque solo agli inizi di questo decennio che in Italia viene delineata chiaramente e senza tentennamenti la necessità di dar vita ad un tipo di comitato etico completamente dedicato alle questioni relative all’assistenza e alla clinica, ma nonostante il complesso percorso evolutivo che ha portato a tale esito, rimane stabile nel tempo la caratterizzazione della finalità ultima di tale tipologia di comitato: l’umanizzazione della medicina. Fin dal 1992, infatti, il CNB identificava il fine ultimo dei comitati locali nell’*umanizzazione della medicina*<sup>66</sup>. Nel 1997 ne indicava lo scopo nella necessità di “garantire l’umanizzazione dell’assistenza e la tutela della dignità e della salute dei cittadini”<sup>67</sup>. Infine nel 2001, pur non comparando mai esplicitamente il termine “umanizzazione”<sup>68</sup>, vennero esplicitamente richiamati i precedenti pareri del CNB sui comitati etici e si ribadì il loro fondamentale ruolo di promotori di una sensibilità alle tematiche bioetiche all’interno delle istituzioni sanitarie. A tali organismi veniva affidato il compito di agire per far sì che tutti gli

---

<sup>63</sup> *Carta di San Macuto*, cit., quarto e quinto capoverso.

<sup>64</sup> Cui venivano attribuiti i seguenti compiti: (a) consulenza etica all’attività clinica; (b) diffusione della cultura bioetica (anche presso i “vertici” delle strutture sanitarie!); (c) formazione bioetica del personale sanitario; (d) consulenza etica agli organi direzionali circa le *policy* da attuare. Cfr. *ivi*, capoversi quinto-settimo.

<sup>65</sup> Cfr. *ivi*, ultimo capoverso.

<sup>66</sup> Cfr. CNB, *I comitati etici*, cit., p. 35: “I Comitati etici locali rispondono a esigenze pratico-operative, con il fine ultimo della *umanizzazione della medicina nei termini precisi del rispetto della dignità della persona umana*, in rapporto con la concreta realtà della struttura sanitaria nella quale sono chiamati ad operare”. Corsivo mio.

<sup>67</sup> CNB, *I comitati etici in Italia: problematiche recenti*, cit., p. 3. Corsivo mio.

<sup>68</sup> Anche perché l’obiettivo di quel documento non era tanto quello di tracciare il profilo dei comitati locali (per il quale faceva testo il pronunciamento del ’92), ma di ridefinire le loro funzioni e di distinguere tra comitati etici per la sperimentazione e comitati etici per la pratica clinica.

operatori sviluppassero la chiara consapevolezza che nell'ambito della sanità sono in gioco diritti fondamentali della persona<sup>69</sup> e che tali diritti vanno colti e salvaguardati in modo che anche gli interventi medici più sofisticati non facciano perdere di vista la globalità dell'essere umano a cui essi sono diretti.

Se dunque la cifra dei comitati etici per la pratica clinica italiani è quella di essere "strumenti di umanizzazione", il problema fondamentale che si pone per tali organismi è quello di precisare che cosa si intenda con tale concetto e soprattutto la sua portata etico-normativa (che ovviamente costituisce l'aspetto davvero rilevante per il lavoro dei comitati etici). Com'è dunque possibile esplicitare il potenziale etico-normativo del concetto di "umanizzazione"? Quali criteri adottare per stabilire ciò che nella pratica clinica è "umano" e ciò che è "disumano"?

#### 1.2.4. I comitati etici nel Veneto: dallo spontaneismo alla "rete"

Nel panorama del più generale processo di istituzionalizzazione della bioetica in Italia, la Regione Veneto costituisce un caso particolarmente interessante. Con Deliberazione n. 4049<sup>70</sup> del 22 dicembre 2004 la Giunta Regionale del Veneto ha infatti dato avvio ad una profonda riorganizzazione del sistema dei comitati etici della regione, realizzando una vera e propria "rete" che costituisce un *unicum* nel nostro paese<sup>71</sup>.

La ratifica della *Convenzione di Oviedo* da parte dell'Italia (Legge 145 del 28 marzo 2001), la pubblicazione del terzo documento del CNB sui comitati etici (*Orientamenti per i comitati*

---

<sup>69</sup> Cfr. CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, cit., p. 46.

<sup>70</sup> GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Deliberazione n. 4049, 22 dicembre 2004, (Interventi in materia di bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la pratica clinica)*. Il testo della DGR è disponibile sul sito internet della Regione Veneto, ove si troveranno indicazioni per consultare anche i relativi allegati ([http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/23B2E428-C39A-4551-AB3F-6F3AC1358B83/0/DGR4049del22\\_12\\_2004\\_Comitati\\_Etici.pdf](http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/23B2E428-C39A-4551-AB3F-6F3AC1358B83/0/DGR4049del22_12_2004_Comitati_Etici.pdf)).

<sup>71</sup> In realtà l'attenzione della Regione Veneto per i problemi bioetici in ambito sanitario si era manifestata già nel corso degli anni '90, trovando una prima espressione legislativa con il DGR 1309 del 21 aprile 1998, che istituì in via sperimentale il Comitato consultivo regionale per la Bioetica quale organismo di consulenza per la Giunta Regionale e per l'Assessorato alle Politiche Sanitarie. Nel corso dei sei anni di attività (1998-2004) il Comitato consultivo venne chiamato ad esprimersi più volte su questioni bioetiche di interesse generale e svolse un ruolo di monitoraggio e consulenza dei comitati etici locali che spontaneamente erano sorti in alcune realtà sanitarie della regione.

*etici in Italia*, 13 luglio 2001) e la sempre più vasta eco dei dibattiti bioetici tra gli operatori socio-sanitari e i cittadini in generale convinsero la Giunta Regionale che era giunto il momento di “dare spessore istituzionale alle risposte ed ai progetti di *umanizzazione* delle strutture socio-assistenziali”<sup>72</sup>. In quest’ottica i comitati etici apparivano – sulla scorta delle esperienze internazionali – come lo strumento migliore per permettere una riflessione etica strutturata all’interno delle istituzioni sanitarie, ma a condizione che ne venissero precisate tipologie e funzioni, sotto l’attento coordinamento di un comitato di bioetica regionale. In tal modo la Regione Veneto avrebbe potuto “inserirsi con maggior efficacia nel disegno europeo di sviluppo della riflessione bioetica, confermandone il ruolo di rilievo nel sistema sanitario italiano anche per quanto riguarda la prospettiva etica”<sup>73</sup>.

Il sistema veneto della bioetica<sup>74</sup> che emerge dalla profonda ristrutturazione operata dalla DGR 4049 si articola in questo modo:

- un Comitato regionale per la Bioetica<sup>75</sup>;
- sette Comitati etici per la sperimentazione su base provinciale (più altri quattro comitati etici per la sperimentazione clinica, rispettivamente presso le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, e presso gli IRCCS dell’Istituto Oncologico Veneto e dell’Ospedale S. Camillo di Venezia)<sup>76</sup>;

---

<sup>72</sup> *Ivi*, p. 2. Corsivo mio.

<sup>73</sup> *Ibidem*

<sup>74</sup> Una “mappa” della rete dei comitati etici della Regione Veneto è disponibile all’indirizzo: <http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/98784AB9-9827-4243-B0C5-15AB2586D132/0/Cartinavenetobioetica.pdf>

<sup>75</sup> Al Comitato regionale per la Bioetica (che sostituì il precedente Comitato consultivo) vennero attribuite diverse funzioni, fra cui: (a) fornire alla Giunta regionale e alle altre istituzioni sociali della regione dei pareri su temi generali di carattere bioetico o sulle implicazioni etiche delle scelte di programmazione, dell’allocazione delle risorse in sanità e delle altre attività socio-sanitarie; (b) promuovere una diffusa sensibilizzazione sulle tematiche bioetiche e una formazione e aggiornamento sulla materia; (c) offrire supporto e guida nella riorganizzazione dei comitati etici per la sperimentazione e nella costituzione della rete dei comitati etici per la pratica clinica; (d) fungere da punto di collegamento con altri Comitati etici regionali, con il CNB e con gli organismi internazionali che si occupano di bioetica (Cfr. GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Deliberazione n. 4049*, 22 dicembre 2004, cit., p. 3).

<sup>76</sup> La novità principale relativamente ai comitati etici per la sperimentazione fu quella di attribuire loro un ambito territoriale di riferimento provinciale (mentre in precedenza esisteva un comitato per ULSS) al fine di aumentarne l’efficienza, migliorare il coordinamento e garantire maggiore omogeneità e uniformità delle procedure. In realtà un collegamento con le Aziende sanitarie locali anche per quanto riguarda la sperimentazione è stato mantenuto, visto che – con DGR 4430 del 28.12.2006, *Allegato B* – si è deciso di

- ventitre Comitati etici per la pratica clinica, ossia uno per ciascuna delle Aziende sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere della regione (più un comitato etico per la pratica clinica pediatrica presso il Dipartimento di Pediatria dell’Ospedale di Padova<sup>77</sup>).

Per quanto riguarda i comitati etici locali, la scelta fondamentale compiuta dalla DGR 4049 fu quella di separare nettamente comitati etici per la sperimentazione e comitati etici per la pratica clinica<sup>78</sup>. Prima del 2004, infatti, i comitati etici aziendali erano incaricati – come un po’ in tutto il resto d’Italia – di entrambe le funzioni (valutazione e approvazione dei protocolli di ricerca e consulenza su questioni di bioetica clinica), ma di fatto l’analisi etica dei protocolli sperimentali risultava di gran lunga l’attività preponderante di tali organismi.

La vera “rivoluzione” riguardò dunque i comitati etici per la pratica clinica: di fronte al progresso della tecnologia medica, al sempre più marcato pluralismo di valori all’interno della società, ai cambiamenti della relazione medico-paziente e all’aumento della conflittualità etica dentro il sistema sanitario, la Giunta Regionale ritenne che Comitati etici specificamente dedicati ad affrontare tali nuove questioni fossero essenziali e rappresentassero lo strumento più adatto per radicare la riflessione bioetica *all’interno*

---

attivare in ciascuna ULSS (preferibilmente preso il Servizio di Farmacia Ospedaliera) un Nucleo per la Ricerca Clinica “al fine di garantire una presenza locale che sia di supporto ai ricercatori, promuovere la ricerca indipendente e assicurare una gestione organica degli studi”.

Per quanto riguarda la loro natura e le loro funzioni venne invece ribadito che la ragion d’essere di tali comitati consiste nel fungere da pubblica garanzia per il benessere, la sicurezza e la tutela dei diritti dei soggetti sottoposti a ricerca, così come previsto dalle direttive europee (Cfr. PARLAMENTO E CONSIGLIO EUROPEI, *Direttiva 2001/20/CEE*), nazionali (Cfr. PARLAMENTO ITALIANO, *Decreto legislativo 211 del 24.06.2003*) e dai pronunciamenti del CNB. Sempre nella DGR 4049 del 2004 la normativa regionale riguardante i comitati etici per la sperimentazione veniva aggiornata (con le indicazioni contenute nell’*Allegato E*), sostituendo quella precedente (Cfr. GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Deliberazione n. 1376*, 29 aprile 1999); le linee guida per la costituzione e il funzionamento di questi organismi sono state poi ulteriormente modificate con DGR 4430 (*Allegato A*) che recepisce le novità introdotte nel frattempo da alcuni Decreti Ministeriali (in particolare dal Decreto Ministeriale del 12 maggio 2006 “*Requisiti minimi per l’istituzione, l’organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali*”).

<sup>77</sup> Quest’ultimo è stato formalmente istituzionalizzato (in riconoscimento della sua storia – era nato nel 1993 – e del suo peculiare expertise) con DGR 4155 del 18 dicembre 2007, anche con il compito di costituire un punto di riferimento culturale per l’intera Regione sulle tematiche etiche connesse all’assistenza pediatrica.

<sup>78</sup> Era questo d’altronde l’orientamento espresso nel 2001 anche dal CNB, che nel documento *Orientamenti per i comitati etici in Italia* parlava apertamente – correggendo le sue precedenti posizioni – di “inadeguatezza dell’organismo unico polifunzionale” (CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, 13 luglio 2001, cit., p. 41).



delle strutture sanitarie, come già era avvenuto nella maggior parte dei paesi occidentali. Dopo la fase di “spontaneismo” che aveva contraddistinto la comparsa dei primi comitati etici per la pratica clinica in alcune realtà particolarmente lungimiranti<sup>79</sup>, si ritenne fosse giunto il momento di dare avvio ad una vera e propria istituzionalizzazione generalizzata della bioetica clinica e si stabilì pertanto che in ciascuna delle Aziende sanitarie del Veneto venisse creato un comitato etico per la pratica clinica<sup>80</sup> che potesse offrire alle direzioni generale e sanitaria consulenza in materia di bioetica e assolvere alle tre funzioni ormai classiche di tali organismi<sup>81</sup>.

A circa cinque anni da quella scelta innovativa si può affermare che la scommessa è stata vinta<sup>82</sup>: la rete veneta dei comitati etici per la pratica clinica è infatti una realtà consolidata,

---

<sup>79</sup> Ricordo, ad esempio, il comitato etico del Dipartimento di Pediatria dell’Università di Padova (fondato nel 1993), il comitato etico del COR (Centro Oncologico Regionale – oggi IOV, Istituto Oncologico Veneto – fondato nel 1994) e il comitato etico dell’ULSS 9 di Treviso (fondato nel 1997).

<sup>80</sup> GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Deliberazione n. 4049*, 22 dicembre 2004, cit., p. 6.

La scelta coraggiosa compiuta dalla Regione Veneto a fine 2004 fu dunque quella di integrare il *bottom-up approach* che aveva caratterizzato il decennio precedente con un *top-down approach*. Essa infatti con la DGR 4049/2004 si fece diretta promotrice dell’istituzionalizzazione della bioetica clinica in tutte le Aziende sanitarie locali, “forzando” a mettersi a passo con i tempi anche quelle realtà che ancora non avevano ancora intrapreso spontaneamente la creazione di un comitato etico per la pratica clinica. Anche se era presente il timore che questa spinta “dall’alto” potesse risolversi nell’attivazione di organismi burocratici senz’anima (era questa d’altronde la preoccupazione sulla cui base il CNB, nel documento sui comitati etici del 1992 – cfr. CNB, *I comitati etici*, 27 febbraio 1992, cit., p. 27 – sconsigliava la loro istituzione presso le Unità Sanitarie Locali), prevalse l’idea che era giunto il momento di scommettere su questa iniziativa, nella speranza che essa avrebbe intercettato bisogni inespressi e attivato energie già presenti nelle varie Aziende sanitarie locali.

<sup>81</sup> Che vennero così delineate:

- (a) l’analisi etica di casi clinici particolarmente complessi, a supporto degli operatori socio-sanitari;
- (b) l’elaborazione di raccomandazioni e linee guida su questioni etiche ricorrenti;
- (c) la sensibilizzazione e formazione bioetica del personale dell’Azienda ULSS e dei cittadini residenti nel territorio della stessa.

Al contempo si precisò che non competevano al comitato la funzione legale, quella disciplinare e quella decisionale (Cfr. *ivi*, Allegato F).

<sup>82</sup> Nonostante sia forse ancora prematuro stilare dei bilanci e – comprensibilmente – non siano ancora state condotte specifiche ricerche empiriche in merito, appaiono fin d’ora evidenti le grandi potenzialità di questo sistema in costruzione e i risultati che l’azione comune di questa rete può aiutare a conseguire. Un primo importante esempio di azione comune di tali nuovi organismi è stata la ricerca intitolata “Etica del morire”, che ha impegnato per due anni (2007-2008) quasi tutti i Comitati etici per la pratica clinica del Veneto. Per i risultati della ricerca e le prime riflessioni su di essi si veda C. Barbisan, M. Bonetti, A. Feltrin, E. Furlan (a cura di), *Orizzonti e confini nella cura del morente. Vissuto degli operatori e ruolo dei Comitati Etici nel progetto “Etica del morire” della Regione Veneto*, FrancoAngeli, Milano 2010 (in corso di pubblicazione).

Per una prima valutazione di questo percorso si veda – nello stesso volume – il saggio di colui che è stato per nove anni (1999-2008) il presidente del Comitato regionale per la bioetica del Veneto: P. BENCIOLINI, *La rete dei comitati etici nella Regione Veneto: storia, risorse, criticità*.

anche se non mancano significative differenze tra i diversi comitati (in alcune realtà essi lavorano già a pieno regime, in altre sono ancora nella fase di formazione dei componenti). Tuttavia, significativamente, proprio in una realtà come quella veneta in cui dal punto di vista organizzativo i comitati etici per la pratica clinica si trovano in una condizione invidiabile (presenti come sono in tutte le Aziende sanitarie, con compiti ben definiti e senza le ambiguità e le commistioni che gravavano sui precedenti comitati etici locali) risulta ancor più nitida e pressante la necessità di precisare le condizioni che consentano loro di svolgere fino in fondo la funzione etica di cui sono incaricati, evitando così il rischio di una loro utilizzazione per fini diversi da quelli per cui sono sorti.

In altre parole, il “caso Veneto” dimostra in modo lampante che i comitati etici non basta istituirli. È necessario mettere a punto una teoria in grado di indicare non solo quali siano le *precondizioni* perché essi possano operare in maniera credibile, ma soprattutto quali siano le *condizioni* perché essi possano dirsi davvero “etici” e possano esistere e funzionare all’interno di una società pluralistica<sup>83</sup>. Soffermiamoci dunque sul dibattito critico che ha accompagnato la loro istituzionalizzazione per verificare se sia possibile rinvenirvi gli elementi che consentano di delineare la suddetta teoria.

### **1.3. Il dibattito sulle precondizioni per garantire la credibilità dei comitati etici per la pratica clinica e i due problemi sostanziali irrisolti di tali organismi**

Se si analizza con sistematicità la letteratura sui comitati etici per ricostruire la riflessione che nel corso dell’ultimo quarto di secolo ha accompagnato l’istituzione e il radicamento di questi organismi nelle strutture sanitarie del mondo occidentale, si scopre con una certa sorpresa che, mentre vi è stato un ampio dibattito e si è raggiunto un solido consenso sulle

---

<sup>83</sup> Solo così, infatti, sarà possibile evitare che essi si ripieghino in una prospettiva meramente professionale o istituzionale (rischio del modello americano), che siano paralizzati da un pluralismo incompatibile (rischio del modello europeo) e si potrà precisare la portata etico-normativa del concetto di umanizzazione (problema del modello italiano).

precondizioni che devono essere soddisfatte per garantire la credibilità di tali enti, non è stata riservata altrettanta attenzione a due questioni che appaiono essenziali per la loro stessa esistenza e la loro attività (ossia come garantire che essi assumano la prospettiva etica e come sia possibile il loro funzionamento in una società pluralistica). Consideriamo dunque, nell'ordine, il dibattito sulle precondizioni di credibilità dei comitati e la questione dell'insufficiente approfondimento teorico sulle condizioni sostanziali della loro esistenza.

### *Le precondizioni per garantire credibilità ai comitati etici per la pratica clinica*

Nonostante sia innegabile che negli anni immediatamente successivi alla loro prima diffusione vi fossero diffuse perplessità e resistenze rispetto a tali nuovi enti, come la letteratura bioetica di quegli anni testimonia ampiamente<sup>84</sup>, è altrettanto certo che nel corso del tempo si è venuta consolidando un'ampia convergenza su quelle che potremmo chiamare le *precondizioni di credibilità* di questi organismi.

Quattro sono le precondizioni su cui esiste un consenso pressoché unanime: indipendenza, interdisciplinarietà, rappresentatività e formazione continua dei componenti (al fine di svilupparne l'attitudine argomentativa).

1) Dato il contesto storico che fece da sfondo alla loro istituzione – segnato da scandali e decisioni controverse<sup>85</sup>, nonché dalla diffusa percezione che su alcune materie e questioni delicate le istituzioni sanitarie dovessero garantire alla società che le scelte venivano compiute in base a parametri etici ampiamente condivisi, e non sulla scorta di logiche

---

<sup>84</sup> Si vedano, ad esempio, in ordine cronologico: R. MCCORMICK, *Ethics Committees: Promise or Peril?*, in "Law, Medicine and Health Care", 4 (1984), pp. 150-155; R.F. WEIR, *Pediatrics Ethics Committees: Ethical Advisers or Legal Watchdogs?*, in "Law, Medicine, and Health Care", 15 (1987), pp. 99-108; J.E. FLEETWOOD, R.M. ARNOLD, R.J. BARON, *Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees*, cit.; D.C. BLAKE, *The Hospital Ethics Committee: Health Care's Moral Conscience or White Elephant?*, in "Hastings Center Report", 22 (1992), pp. 6-11; D. CALLAHAN, *Ethics Committees and Social Issues: Potentials and Pitfalls*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 1 (1992), pp. 5-10.

Tali perplessità riaffiorano significativamente ogni volta che in un paese si discute se istituire in maniera capillare tali organismi, come testimoniato dal dibattito svoltosi in Gran Bretagna agli inizi di questo decennio. Si vedano, ad esempio, A. SLOWTHER, J. MCMILLAN, *The Development of Healthcare (Clinical) Ethics Committees in the U.K.*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 1-3; A. SLOWTHER, D. HILL, J. MCMILLAN, *Clinical Ethics Committees: Opportunity or Threat?*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 4-12.

<sup>85</sup> Cfr. *supra*, § 1.2.

ispirate alla mera difesa dell'ente o dei sanitari – è comprensibile che la *garanzia di indipendenza* dal management dell'ospedale (o dell'azienda sanitaria) sia stata sentita subito come assolutamente determinante. L'opinione pubblica, anche a causa di una crescente sfiducia verso le istituzioni sanitarie, chiedeva infatti che l'eticità delle decisioni fosse garantita da organismi *indipendenti*.

Tuttavia, più di recente, questa esigenza di indipendenza (che tutt'oggi rimane fondamentale) viene sempre più spesso richiamata in abbinamento alla sottolineatura di una altrettanto forte necessità di *integrazione* nell'organizzazione in cui essi operano<sup>86</sup>. Mentre negli anni '80 e '90 l'enfasi era tutta sull'esigenza di indipendenza dei comitati, sulla base della denuncia del rischio che essi potessero venir manovrati e utilizzati dal potere che ne aveva disposto la nomina, nel corso dell'ultimo decennio si è verificato un significativo mutamento di accento: anche sulla scorta di esperienze che hanno mostrato come un'orgogliosa indipendenza si traduca spesso in isolamento e, quindi, in scarsa o nulla incisività<sup>87</sup>, la letteratura più recente sui comitati evidenzia l'importanza di una fattiva collaborazione con la direzione.

La lezione che ne viene è che un comitato, se non vuole diventare marginale, dovrebbe fare costante riferimento alla direzione (generale o sanitaria) dell'istituzione in cui opera e che dovrebbe addirittura esserne posto sotto la diretta protezione<sup>88</sup>, sia perché questo fatto costituisce simbolicamente un'investitura ufficiale di fronte a tutti gli operatori socio-sanitari, sia perché solo la direzione può mettere a disposizione i mezzi (amministrativi e finanziari) necessari al suo lavoro.

Si aggiunga che un clima di collaborazione fattiva, nel reciproco rispetto dei ruoli, non compromette necessariamente l'indipendenza del comitato, a patto che vengano presi alcuni importanti accorgimenti, fra cui: a) la nomina in seno al comitato di medici e

---

<sup>86</sup> Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, cit., p. 209 (per l'importanza del collegamento con il management dell'ospedale) e p. 211 (per l'importanza dell'indipendenza).

<sup>87</sup> Cfr. D. BLAKE, *Reinventing the Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 12 (2000), pp. 8-32 e N.S. WENGER, *The HEC Model of the Future Builds on Deficiencies of the Past*, in *ivi*, pp. 33-38.

<sup>88</sup> Cfr. J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., pp. 75-90 (qui a p. 79).

infermieri noti all'interno dell'istituzione per la loro integrità; b) la nomina di un numero significativo (almeno un terzo) di componenti esterni all'ospedale o all'azienda sanitaria; c) l'affidamento della presidenza del comitato ad un esterno. Potrebbe poi essere opportuno non nominare un alto rappresentante dell'amministrazione in seno al comitato (come il direttore sanitario di una azienda sanitaria locale), per evitare il rischio che la sua presenza inibisca il dibattito, ed eventualmente richiederne l'intervento solo nel caso in cui i temi discussi necessitassero del parere diretto degli amministratori<sup>89</sup>.

2) In secondo luogo, in letteratura si registra l'accordo unanime sul fatto che la credibilità di un comitato richiede che esso sia caratterizzato da ampia *interdisciplinarietà*<sup>90</sup> e che sappia mantenere un *collegamento costante con le varie unità operative*, per dare adeguatamente voce alle diverse sensibilità professionali. Il sistematico confronto tra prospettive disciplinari differenti risulta infatti necessario per recuperare un approccio globale al paziente, per evitare l'insuperabile parzialità connessa ad ogni singolo approccio specialistico e per ridurre il rischio che il comitato diventi lo strumento per ammantare di etica la visione particolare di una certa categoria di sanitari<sup>91</sup>.

Il collegamento costante con le varie unità operative (e in alcuni casi la condivisione di percorsi che portino alla stesura di raccomandazioni e linee guida) evita invece il pericolo che il comitato venga sentito come un organismo avulso dalla concreta realtà clinica, incapace di intercettare i problemi vissuti dagli operatori e di offrire un valido contributo per una loro effettiva soluzione. Inoltre, riduce il rischio che esso sia sentito come la

---

<sup>89</sup> Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, cit., p. 209.

Su questo punto, però, i pareri non sono unanimi: vi è infatti chi ritiene che, proprio ai fini dell'efficacia e dell'autorevolezza del comitato, nonché della sua capacità di essere un interlocutore forte nei confronti del management dell'istituzione, la presenza in seno a tale organismo del direttore sanitario (o di altra figura in rappresentanza della direzione) sia fortemente auspicabile (cfr., ad esempio, P. BENCIOLINI, *La rete dei comitati etici nel Veneto: storia, risorse, criticità*, cit.).

<sup>90</sup> Idealmente, in un comitato composto da 15 persone, dovrebbero esser presenti 4-5 medici (di diverse specialità), 2-3 infermieri (provenienti dalle unità operative più "calde"), uno psicologo clinico, un avvocato, un bioeticista o filosofo morale, un medico di medicina generale, un assistente sociale, un rappresentante dei malati o delle associazioni che si occupano della salute, un esperto di pastorale sanitaria. Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., pp. 36-37.

<sup>91</sup> Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, cit., pp. 208-209.

“coscienza dell’istituzione”, ossia come il gruppo di “esperti” (deputato alla discussione delle problematiche etiche) che per il solo fatto di esistere esonera gli altri attori dal riflettere in prima persona sulle implicazioni morali delle scelte cliniche e di assumersi le relative responsabilità. Questo, fra l’altro, è uno dei motivi per cui è non solo opportuno, ma anche necessario che i pareri dei comitati sui singoli casi *non siano vincolanti*: infatti, la funzione unicamente consultiva del comitato preserva l’autonomia del medico e allo stesso tempo mantiene e sottolinea la sua responsabilità a ragionare in prima persona sui profili morali del caso (certo con l’aiuto di un gruppo di esperti di varia estrazione)<sup>92</sup>.

3) La terza preconditione di credibilità di un comitato etico è la sua *rappresentatività*. Se infatti i pareri e le raccomandazioni da esso prodotte vogliono risultare pubblicamente convincenti è di fondamentale importanza – oltre all’attitudine argomentativa su cui torneremo fra breve – anche garantire all’esterno che in seno al comitato siano rappresentate (a) diverse sensibilità di genere (pertanto una significativa componente femminile non può mai mancare), (b) varie prospettive generazionali (grazie alla nomina di componenti giovani e meno giovani), (c) radicate organizzazioni del territorio impegnate nel sociale (come, ad esempio, le associazioni di volontariato che si occupano di salute e assistenza) e soprattutto (d) diverse famiglie culturali e morali (tipicamente laici e credenti) nel rispetto del pluralismo che caratterizza la società contemporanea.

Più ampia la rappresentatività, maggiore la garanzia che le questioni vengano analizzate da molteplici punti di vista e che durante la discussione siano presi in considerazione e discussi i diversi valori in gioco, riducendo così il pericolo che il comitato diventi lo strumento per imporre a tutti una visione particolare (ad esempio, il punto di vista di un’unica prospettiva filosofica o religiosa, di una sola sensibilità di genere, di un’unica generazione o della sola amministrazione dell’istituzione sanitaria).

4) Da ultima, ma non certo per importanza, va segnalata quella che è senza dubbio la preconditione decisiva per la credibilità e per il buon funzionamento dei comitati: la

---

<sup>92</sup> Sull’opportunità anche dal punto di vista giuridico di conservare il carattere *non vincolante* del parere dei comitati etici si veda L. EUSEBI, *Profilo giuridico dei Comitati etici*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., pp. 227-238 (in particolare p. 231-235).

*formazione* (continua) dei componenti<sup>93</sup>. È ovvio infatti che un comitato è credibile e può lavorare bene solo se conosce l'istituzione in cui opera, conosce se stesso e soprattutto conosce la bioetica<sup>94</sup>. Che tale preconditione sia cruciale è dimostrato, tra le altre cose, dal fatto che l'UNESCO ha di recente (2007) dedicato a questo tema un intero documento<sup>95</sup> e che fin dagli inizi della diffusione dei comitati il problema della formazione venne posto come assolutamente prioritario<sup>96</sup>.

Al di là delle diverse modalità in cui tale formazione può avvenire (ampiamente descritte e discusse in letteratura), sembra importante segnalare quello che dovrebbe essere l'obiettivo ultimo di tale sforzo formativo: aiutare tutti i componenti del comitato a sviluppare una adeguata *attitudine argomentativa*, che dovrebbe essere dispiegata sia durante i dibattiti, sia nella stesura di un parere su un caso specifico o nella redazione di raccomandazioni e linee guida<sup>97</sup>. Lo sforzo di spiegare il proprio ragionamento (quella che si potrebbe chiamare la "pazienza argomentativa") si configura come un vero e proprio obbligo morale da parte dei comitati, soprattutto in considerazione del fatto che questi

---

<sup>93</sup> Cfr. G. LEBEER, *Achieving Good Ethical Practice in Hospital Health Care. Proposals for a European Development Initiative*, cit., pp. 209-210.

<sup>94</sup> Cfr. J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, cit., p. 85.

<sup>95</sup> UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, cit.

In particolare si vedano la Parte I (*Procedure per educare i membri dei comitati etici*, pp. 10-12), la Parte II (*Ciò che tutti i membri dei comitati etici devono sapere: i principi generali*, pp. 16-20) e la sezione della Parte III specificamente dedicata ai comitati etici per la pratica clinica (pp. 27-30). Traduzione dei titoli mia.

Si noti che per un errore di impaginazione (il contenuto delle pp. 10-12 è stato riprodotto due volte) il numero di pagina segnalato nel sommario non corrisponde a quello effettivo nel documento a disposizione. Io qui ho indicato il numero delle pagine ove effettivamente compare la sezione cui rimando.

<sup>96</sup> Si veda, ad esempio, J.W. ROSS, *Education for Ethics Committees: What to Learn and How to Teach*, in J.W. Ross, J.W. Glaser, D. Rasinski-Geogory, J.M. Gibson, C. Bayley (eds.), *Health Care Ethics Committee: The Next Generation*, Jossey-Bass Inc. Pub., San Francisco 1993, pp. 45-68.

Si vedano inoltre: J. SLOMKA, *The ethics committee: providing education for itself and others*, in "HEC Forum", 6/1 (1994), pp. 31-38; J. MCMILLAN, *Ethics and Clinical Ethics Committees Education*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 45-52.

Per quanto riguarda il nostro paese si consulti innanzitutto il documento del CNB, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* (7 settembre 1991), disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/6.pdf>.

Molto valido rimane poi P. POLETTI, *Comitati Etici in Ospedale: strumenti di formazione*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., pp. 201-223. Il saggio della Poletti è prezioso perché, dopo essersi soffermato ampiamente sul significato, la struttura e gli strumenti della formazione, dedica attenzione sia alla formazione per i membri del comitato, sia al comitato come propulsore di formazione.

<sup>97</sup> Cfr. J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, cit., pp. 80-84.

organismi sono nati e sono stati intesi, soprattutto in Europa, come figure di democrazia nel quadro di un contesto culturale caratterizzato dalla progressiva erosione delle evidenze etiche comuni e dall'ampio pluralismo delle opzioni morali. Di qui l'obbligo di garantire che nel corso della discussione sono stati presi in considerazione tutti i valori rilevanti in gioco e di mostrare ai destinatari in che modo si è giunti a una certa conclusione, convincendoli della bontà della stessa. Ne consegue, inoltre, che le raccomandazioni e le linee guida approvate dal comitato vanno rese pubbliche e che i pareri sui casi singoli devono essere a disposizione di tutte le parti interessate. La "pubblicità" dei prodotti diviene inoltre uno dei modi in cui il comitato stesso può essere valutato<sup>98</sup>.

A proposito dell'attitudine argomentativa e della qualità del dialogo all'interno del comitato risulta molto importante il ruolo del presidente<sup>99</sup>, che fra i suoi compiti principali

---

<sup>98</sup> Sull'importanza e le modalità della valutazione e dell'autovalutazione dei comitati etici rimando in primo luogo a UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., pp. 56-57 e UNESCO, *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, cit. pp. 52-53.

Sulle difficoltà poste dal problema di una adeguata valutazione dei comitati etici ospedalieri si veda: GRIENER G., STORCH J., *Hospital ethics committees: problems in evaluation*, in "HEC Forum", 4/1 (1992), pp. 5-18.

<sup>99</sup> Il ruolo del presidente come fattore di successo di un comitato etico per la pratica clinica è stato ampiamente indagato. Significativi i risultati di uno studio empirico condotto negli Stati Uniti nel 1990 di cui dà conto Linda S. Scheirton in un suo noto articolo: L.S. SCHEIRTON, *Determinants of Hospital Ethics Committee Success*, in "HEC Forum", 4/6, (1992), pp. 342-359. Tale ricerca – che si proponeva di "misurare" il successo dei comitati etici ospedalieri, inteso in termini di numero di interventi attuati dal comitato relativamente all'educazione bioetica, alla redazione di linee guida e all'analisi (prospettica e retrospettiva) di casi clinici – dimostrò come il successo (ma forse sarebbe meglio dire l'efficienza) di un comitato fosse inversamente proporzionale al grado ricoperto nella scala gerarchica dal presidente: più alto il grado gerarchico (ad esempio, direttore amministrativo o primario), peggiori i risultati (cfr. *ivi*, pp. 347-348 e 353-354).

Altri fattori importanti per il successo di un comitato etico risultarono: 1) la disponibilità di un budget e di strutture amministrative di supporto, la stabilità e la frequenza almeno mensile delle sedute (cfr. *ivi*, p. 343); 2) la multidisciplinarietà, importante sia per garantire la credibilità dello stesso, sia per poter svolgere al meglio le varie funzioni cui il comitato è chiamato (cfr. *ivi*, pp. 343-344); 3) la preparazione in bioetica del presidente (cfr. *ivi*, pp. 348-351).

Ulteriori interessanti contributi sui fattori di successo di un comitato etico ospedaliero sono i seguenti: L.S. SCHEIRTON, *Measuring Hospital Ethics Committee Success*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 2 (1993), pp. 495-504; I. SCHICK, S. MOORE, *Ethics committees identify four key factors for success*, in "HEC Forum", 10/1 (1998), pp. 75-85; G. MCGEE, J. SPANOGLE, A. CAPLAN, D. PENNY, D. ASCH, *Successes and Failures of Hospital Ethics committees: A National Survey of Ethics Committees Chairs*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 11 (2002), pp. 87-93; L. GUO, I. SCHICK, *The Impact of Committees Characteristics on the Success of Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 15/3 (2003), pp. 287-299; E. WHITE, *Reflections on the Success of the Hospital Ethics Committees in my Health System*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 349-356; E. CONRAD, *Terminal Success*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 287-290.



ha proprio quello di “proteggere” il dibattito<sup>100</sup>, ossia di far sì che tutti possano prendere la parola, che non si riproducano durante le discussioni le dinamiche di subordinazione gerarchica che regolano invece la normale attività ospedaliera e che lo sforzo comune sia quello di far prevalere la ragione più forte e non quella del più forte. Non sfuggirà infatti che questo stile argomentativo contrasta significativamente con il modello autoritario che normalmente vige negli ospedali e che fa il gioco sia di chi “comanda” (e non ha né voglia né tempo di giustificare le sue scelte e di confrontarsi intorno ad esse), sia di chi deve “obbedire” e trova più comodo eseguire senza pensare troppo.

Pareri o raccomandazioni ben scritti e accuratamente argomentati costituiscono perciò anche un formidabile strumento di formazione<sup>101</sup>, perché introducono e accompagnano il lettore nel ragionamento etico e contribuiscono a sviluppare una sensibilità e un’attitudine alla riflessione morale che poi, auspicabilmente, potrà essere messa in campo dal singolo non solo nei casi più complessi, ma in tutte le decisioni quotidiane<sup>102</sup>.

#### *Le due condizioni sostanziali (ancora) inevase*

Come si è appena visto, attraverso l’esperienza e il dibattito che coprono oltre un quarto di secolo sono state individuate con una certa sicurezza le precondizioni per la credibilità e il buon funzionamento dei comitati etici per la pratica clinica. Non che esse vengano sempre realizzate in modo adeguato nella pratica (in particolar modo per quanto riguarda la formazione dei componenti c’è ancora molto da fare), ma per lo meno sul piano teorico e a

---

<sup>100</sup> Cfr. UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit., pp. 36-37.

<sup>101</sup> Cfr. J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell’esperienza dei Comitati etici*, cit., pp. 87-88.

<sup>102</sup> È evidente comunque che una linea guida o una raccomandazione, per quanto ben formulate, potranno essere implementate solo se accompagnate da una loro adeguata presentazione al personale che deve farvi riferimento, dalla formazione dello stesso e da un costante monitoraggio. Su questo punto la letteratura è concorde fin dai primi anni della riflessione su tali organismi; si veda, ad esempio, J.E. FLEETWOOD, R.M. ARNOLD, R.J. BARON, *Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees*, cit., p. 140. E più di recente: DOYAL L., *Clinical ethics committees and the formulation of health care policy*, in “*Journal of medical ethics*”, 27 (2001), suppl. I, pp. i44- i49 (in particolare p. i48).

livello di indicazione dei mezzi di soluzione delle problematiche connesse la riflessione bioetica ha elaborato proposte ampiamente condivise e soddisfacenti<sup>103</sup>.

Sorprendentemente, invece, due questioni di fondamentale importanza (che rappresentano le condizioni sostanziali per l'attività di questi organismi) non sono ancora state affrontate con la radicalità che meritano:

- 1) in che modo i comitati possono assumere una prospettiva genuinamente etica?
- 2) come è possibile l'attività stessa dei comitati etici nell'epoca del pluralismo morale?

In altre parole: come affrontare a livello dei comitati etici uno dei problemi classici della filosofia contemporanea, ossia quello di individuare all'interno di una società pluralistica un orizzonte etico condiviso a partire dal quale avviare la discussione sui problemi o casi particolari?

*La questione della prospettiva etica e l'intersecarsi di diverse normatività nell'attività dei comitati etici per la pratica clinica*

La prima delle due questioni appena segnalate è stata esemplarmente messa a fuoco da una ricerca coordinata dalla filosofa canadese M.-H. Parizeau, che agli inizi degli anni '90 studiò il funzionamento dei comitati etici ospedalieri in Québec<sup>104</sup>. Tale indagine portò i

---

<sup>103</sup> Si noti che da circa 15 anni è in corso (principalmente negli Stati Uniti, ma di recente anche in Europa) il dibattito su come rivitalizzare questi organismi (attivi in alcuni paesi fin dagli inizi degli anni '80) nel caso in cui essi entrino in una fase di crisi o stagnazione.

Si consultino ad esempio: H. SILVERMAN, *Revitalizing a hospital ethics committee*, in "HEC Forum", 6/4 (1994), pp. 189-222; D.C. BLAKE, *A Model for the Next Generation Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 1-3; J.W. ROSS, *Changing the HEC Mission*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 4-7; D.C. BLAKE, *Reinventing the Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 8-32; N.S. WENGER, *The HEC Model of the Future Builds on Deficiencies of the Past*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 33-38; M. VERWEIJ, F. BROM, A. HUIBERS, *Do's and Don't's for Ethics Committees: Practical Lessons Learned in the Netherlands*, in "HEC Forum", 12/4 (2000), pp. 344-357; A. MILLS, M. RORTY, E. SPENCER, *Ethics Committees and Failure to Thrive*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 279-286; W. DAVIS, *Failure to Thrive or Refusal to Adapt? Missing Links in the Evolution from Ethics Committees to Ethics Program*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 291-297; C. BAYLEY, *Ethics Committees DX: Failure to Thrive*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 357-367.

<sup>104</sup> Cfr. M.-H. Parizeau (sous la direction de), *Hôpital & éthique: rôles et défis des comités d'éthique clinique*, Les presses de l'Université de Laval, Québec 1995.

Il gruppo di ricerca della Parizeau osservò nel corso di un quinquennio l'attività di undici comitati etici del Québec: sei comitati etici per la pratica clinica (*comités d'éthique clinique*), un comitato etico per la ricerca (*comités d'éthique de la recherche*) e quattro comitati che svolgevano entrambe le funzioni (*comités d'éthique mixte*). I vari membri del team ricevettero l'incarico di studiare ciascuno uno specifico comitato, attraverso lo studio della loro storia, l'osservazione diretta delle loro attività, la somministrazione di questionari ai

ricercatori ad una conclusione di primo acchito sconcertante: nelle attività decisionali dei comitati etici ospedalieri si consuma “l’occultamento della normatività etica” che viene sistematicamente soppiantata da altre normatività che regolano e governano la vita dell’istituzione ospedaliera (amministrativa, tecno-scientifica e professionale, giuridica)<sup>105</sup>. Tale risultato sconcerta perché ci si aspetterebbe che, coerentemente con la propria identità, un comitato che si definisce “etico” assumesse le sue decisioni in un contesto dominato dalla prospettiva e dalla preoccupazione etica. In realtà quest’aspettativa – legittima, ma al contempo forse un po’ *naïf* – procede da una non adeguata consapevolezza del quadro entro cui si trova ad operare un comitato etico ospedaliero e delle svariate pressioni cui sono sottoposti (consapevolmente o meno) i componenti del comitato a seconda delle funzioni che essi svolgono all’interno della struttura. Non v’è dubbio, infatti, che sui membri di un comitato etico collocato all’interno di un ospedale (o in generale di una struttura sanitaria) “pesino” diverse normatività di cui è necessario prendere consapevolezza e che appare utile precisare<sup>106</sup>.

---

componenti del comitato (al fine di raccogliere dati soggettivi e oggettivi sulla composizione di tali organismi, sul livello di esperienza dei membri, sulle procedure adottate per la deliberazione e sulle funzioni svolte dal gruppo).

Sorprendentemente una ricerca di tale spessore non ha ricevuto l’attenzione che meritava e le poche recensioni che sono apparse in letteratura non ne hanno colto a mio avviso la fondamentale importanza. Cfr., ad esempio, la recensione di C.E. ALI (in “HEC Forum”, 8/3 (1996), pp. 187-191) che considera come più interessante il cap. 6 dell’opera ove si tratta della percezione che i comitati hanno della loro competenza e del loro *expertise* e non coglie invece la portata dirompente del cap. 2 ove si denuncia che i comitati etici rischiano di essere tutto fuorché etici.

<sup>105</sup> Cfr. M.-H. PARIZEAU, *Quel avenir pour les comités d’éthique?*, in M.-H. Parizeau (sous la direction de), *Hôpital & éthique: rôles et défis des comités d’éthique clinique*, cit., p. 222-224.

Questo pericolo era d’altronde ben presente anche al CNB, come si evince dal secondo dei suoi tre documenti sui comitati etici considerati al § 1.2.3, ove compare questo significativo passaggio: “Si ritiene infatti che tra i compiti del CNB vi sia quello di assicurare *fedeltà alle finalità essenziali e qualificanti dei Comitati Etici*, nel rispetto delle esperienze e delle esigenze locali, e dare un qualificato ed aggiornato supporto culturale allo scopo di tutelarli da imposizioni gerarchiche e dal rischio di uno svuotamento burocratico, *evidenziando in primo luogo le finalità etiche dei comitati*”. CNB, *I comitati etici in Italia: problematiche recenti*, cit., p. 2. Corsivi miei.

<sup>106</sup> Per la presentazione delle diverse normatività operanti in seno ad un comitato etico per la pratica clinica si fa riferimento all’analisi di L. BÈGIN, *Les normativités dans le comités d’éthique clinique*, in M.-H. Parizeau (sous la direction de), *Hôpital & éthique: rôles et défis des comités d’éthique clinique*, cit., pp. 32-57.

La determinazione del rapporto tra la normatività etica e le altre normatività che governano le istituzioni sanitarie è il problema che C. Viafora, uno dei più autorevoli studiosi italiani di questi organismi, ritiene il più importante da affrontare e risolvere per fare uscire i comitati dalle *ambiguità* in cui versano ed esaltarne per contro le indubbe *potenzialità* (Cfr. C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, cit., pp. 456-457). È d’altronde

### *Normatività amministrativa*

Con l'espressione "normatività amministrativa"<sup>107</sup> il gruppo di ricerca coordinato dalla Parizeau intendeva quell'insieme di regole, norme, principi d'organizzazione e gestione che consentono all'organismo ospedale di funzionare e che hanno la loro fonte non nella medicina, ma nelle leggi dell'economia gestionale. Il fine di tale normatività è l'*efficienza* dell'istituzione stessa.

Come si può facilmente intuire, la normatività amministrativa esercita un enorme influsso sulle decisioni che devono essere prese dai vari attori che operano all'interno dell'organizzazione che essa regola. Ad esempio, il fatto che un ospedale abbia una certa struttura gerarchica, una *mission* da compiere, un budget da rispettare, una particolare composizione professionale (medici, infermieri, ecc.), una certa tipologia di utenti e una data strumentazione tecnica, ebbene tutto ciò esercita una pressione costante sull'attività professionale in generale. Anche perché nel momento in cui si accetta di lavorare per una certa organizzazione, si accetta al contempo la normatività che consente ad essa di funzionare e di raggiungere le sue finalità.

Se dunque la normatività amministrativa struttura e informa costantemente l'attività degli operatori sanitari che operano in ospedale, non v'è da stupirsi che essa faccia sentire il suo influsso anche sull'attività decisionale del comitato etico. Il problema è piuttosto di stabilire il peso relativo di tale normatività, poiché qualora essa risultasse preponderante il comitato stesso ne risulterebbe snaturato.

Come si è detto, infatti, il fine della normatività amministrativa è l'*efficienza* dell'istituzione stessa. In genere si è portati a ritenere che tale finalità (l'efficienza) non sia un fine in sé, ma qualcosa di relativo, ossia un mezzo al servizio di valori più alti (come, ad esempio, la salute della popolazione in generale e dei singoli pazienti). Ed effettivamente questo è quanto compare nei documenti degli ospedali in cui viene precisata la *mission* dell'istituzione.

---

sulle tracce dei limiti delle proposte concettuali attuali sui comitati etici per la pratica clinica, denunciati da Viafora, che si è incamminata questa ricerca.

<sup>107</sup> Cfr. *ivi*, pp. 35-37 (*La normativité administrative*).

Se non che l'efficienza dell'istituzione che il cittadino comune solitamente considera un mezzo in vista di un fine più alto, nella considerazione degli amministratori che applicano le logiche dell'economia gestionale all'ospedale si trasforma spesso nel fine ultimo della loro azione. Questo fenomeno di trasformazione del mezzo in fine si accompagna poi alla pretesa di *neutralità* (sul piano valoriale) delle decisioni amministrative, in quanto assunte sulla base delle leggi "oggettive" dell'economia e sempre accompagnate da abbondante copia di dati quantitativi (il che a sua volta contribuisce a rafforzare l'illusione dell'oggettività). Le decisioni che vengono assunte sulla base della normatività amministrativa appaiono dunque prese in virtù di logiche e norme che quasi si impongono da sé medesime (e che pertanto sembrano rendere superflua la discussione sulle scelte di valore che invece inevitabilmente presiedono all'assunzione di questa o quella decisione amministrativa).

Tuttavia, se un comitato fosse *dominato* dalla normatività amministrativa, tradirebbe il suo mandato che è quello di assumere e mantenere sempre una *distanza critica* rispetto a tutte le altre logiche che regolano la vita dell'ospedale, compresa quella amministrativa (pur importante); solo in questo modo esso può essere in grado di valutare anche questa normatività, per denunciarne eventualmente i limiti e soprattutto per smascherarne la pretesa di *neutralità* e far emergere le scelte di valore che anche ogni decisione amministrativa porta con sé.

In caso contrario il comitato etico ospedaliero sarebbe non uno strumento per radicare e sostenere la sensibilità etica *all'interno* dell'ospedale, ma il comitato *dell'ospedale* o peggio un docile *strumento controllato* dall'amministrazione.

#### *Normatività tecno-scientifica e professionale*<sup>108</sup>

La pretesa di neutralità assiologica che caratterizza la normatività amministrativa raggiunge il massimo livello per quanto concerne la normatività tecno-scientifica, ossia quell'insieme di norme che guidano il giudizio medico nel momento della diagnosi, della prognosi o della definizione di un trattamento. Tale normatività trae la sua forza

---

<sup>108</sup> Cfr. *ivi*, pp. 38-43 (*Les normativités technoscientifique et professionnelle*).

vincolante dal rigore della scienza sperimentale e dall'efficacia innegabile che la tecno-scienza ha introdotto nella medicina.

Questo tipo di normatività fa sentire il suo influsso nell'attività dei comitati etici sia per la presenza al loro interno di operatori sanitari che quotidianamente regolano la loro attività sulle leggi della tecno-scienza, sia soprattutto perché ogni volta che si discute un singolo caso clinico specifico (o un problema più generale) il primo passo da compiere è (giustamente) quello di metterne a fuoco gli aspetti prettamente medici.

La questione che però si pone anche rispetto a questo tipo di normatività è che l'esattezza e l'oggettività che si accompagna alle norme e ai protocolli definiti in base alla razionalità scientifica rischiano di far perdere di vista l'insieme di valori che sono in gioco quando si affronta un caso concreto. Presentare un caso riducendolo ai suoi aspetti meramente tecnici può certo dare l'illusione che le decisioni mediche prese sulla scorta delle indiscutibili conoscenze scientifiche che strutturano la medicina contemporanea siano quanto di meglio si possa ottenere, ma rischia di non cogliere o di lasciare in secondo piano proprio quanto di più importante dovrebbe occupare e preoccupare un comitato etico: il significato dell'evento malattia per il paziente e i valori in gioco.

La riduzione metodologica ai soli aspetti fisiologici di una malattia – che è comprensibile e accettabile in pato-fisiologia – risulta dannosa quando si ha a che fare con l'evento malattia, ossia con il modo unico e irriducibile in cui essa è vissuta dalla persona malata. In questo senso la medicina, in quanto prassi, non può e non deve mai essere interamente equiparata alle scienze esatte<sup>109</sup>.

Una dinamica simile si può produrre anche all'interno dei comitati, ove si registra la tendenza a ridurre i problemi etici a "problemi tecnici". È evidente però che, se i componenti di un comitato etico non riuscissero ad assumere una distanza critica dalle

---

<sup>109</sup> Il rischio di tralasciare le componenti esistenziali della malattia che incombe su una medicina tutta presa dagli aspetti scientifici delle patologie e dimentica di essere al servizio dell'uomo tutto intero è ben simboleggiata dall'episodio dello stetoscopio raccontato da Richard Barton in un suo celebre articolo del 1985 (R. BARTON, *An Introduction to Medical Phenomenology: I Can't Hear You While I'm Listening*, in "Annals of Internal Medicine", 103 (1985), pp. 606-611): "È successo l'altra mattina durante il giro dei pazienti, come già altre volte, che mentre stavo auscultando con grande attenzione il petto di un paziente, questi mi rivolse una domanda. 'Stia zitto' – gli dissi di rimando – 'non posso stare a sentirla mentre sto ascoltando'". Traduzione mia. Passaggio citato a p. 606.

stesse conoscenze scientifiche e competenze tecniche (proprie o altrui), l'approccio etico ai problemi ne risulterebbe drammaticamente compromesso (e con ciò l'autentica funzione del comitato).

Collegata – ma non riducibile – alla normatività tecno-scientifica, vi è quella che gli autori della ricerca cui si fa riferimento chiamano “normatività professionale”, intesa come l'insieme delle regole che costituiscono la competenza tecnica di un operatore sanitario e delle norme morali che garantiscono che tale *expertise* tecnico sia utilizzato per il bene dei pazienti e della collettività. I codici di deontologia presentano appunto gli obblighi e i doveri che le varie professioni hanno nei confronti del pubblico e che garantiscono che le conoscenze tecniche possedute dagli associati siano al servizio della collettività.

Non deve dunque stupire se, all'interno dei comitati etici per la pratica clinica ove gli operatori sanitari sono spesso la maggioranza, le situazioni problematiche tendano a venire inquadrare primariamente nel quadro della normatività professionale o interpretate secondo le norme proprie del codice deontologico di questa o quella professione sanitaria. Ancora una volta il rischio che questa attitudine introduce è quello di trasformare il comitato in un *organismo dei professionisti della salute*, guidato dalla loro preoccupazione di mantenere un controllo professionale sulle dinamiche dell'organizzazione sanitaria invece che accettare la sfida di esporsi ad una valutazione etica allargata, ossia ad una considerazione dei casi problematici che tiene conto non solo delle norme e dei valori etici che certamente già strutturano l'attività sanitaria, ma anche quelli più ampi (e talora fondamentali) che ispirano e danno senso alla vita delle persone in generale.

#### *Normatività giuridica*<sup>110</sup>

Se la normatività professionale tende ad assumere un ruolo di primo piano nell'attività dei comitati, ancor più decisivo risulta essere quello della normatività giuridica<sup>111</sup>, ossia di

---

<sup>110</sup> Cfr. L. BEGIN, *Les normativités dans le comités d'éthique clinique*, cit., pp. 43-48 (*La normativité juridique*).

<sup>111</sup> Una panoramica sulla sempre crescente influenza del diritto e delle leggi sulla bioetica, in particolare nordamericana, è offerta da L.S. SCHEIRTON, J. LEE KISSELL, *The Leverage of the Law: the Increasing Influence of*

quell'insieme di norme che regolano la vita sociale in generale, e quindi anche l'attività sanitaria. Tale normatività costituisce un riferimento obbligatorio per i comitati per diverse ragioni: innanzitutto per la sua caratteristica peculiare di applicarsi a tutti e in tutte le situazioni (e quindi anche al contesto sanitario); in secondo luogo per la sua capacità di esercitare un potere coercitivo nettamente superiore a quello delle altre normatività (amministrativa e professionale, che pure non ne sono prive), anche in virtù dell'applicazione universale di sanzioni socialmente organizzate; infine perché essa incarna e dà spessore a valori e convinzioni che la comunità politica ritiene essenziali. Pertanto anche le attività deliberative dei comitati etici non potranno che avvenire in linea di massima *all'interno* del quadro tracciato dal diritto (che costituisce perciò al contempo limite e fonte di giustificazione delle scelte del comitato stesso).

Tuttavia, la normatività giuridica appare insufficiente a guidare da sola l'attività dei comitati (e qualora ciò avvenisse, questo andrebbe a discapito della qualità del loro lavoro). Due le ragioni principali di tale insufficienza: 1) le stesse norme del diritto possono – in una società democratica – essere messe in discussione o contestate, qualora si ritenga che non siano (più) in linea con i principi fondamentali della costituzione o con valori fondamentali che la comunità viene maturando; 2) essendo le norme giuridiche molto generali per loro stessa natura (in quanto devono potersi applicare a una molteplicità di casi), nel momento in cui, in un contesto particolare, entrano in conflitto diverse norme o valori o interessi, v'è bisogno di un punto di vista ulteriore. L'ulteriorità necessaria a gettare uno sguardo critico anche sulla normatività giuridica e ad analizzare il caso concreto con il suo intrecciarsi di diverse normatività non può che essere garantita da una normatività altra, ossia da quella etica.

### *Normatività etica*<sup>112</sup>

Prima di delineare brevemente il concetto di normatività etica è utile chiarire immediatamente che la preoccupazione propriamente etica è già costitutiva delle

---

*Law on Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 13/1 (2001), pp. 1-12 (a cui rimando anche per la ricca bibliografia).

<sup>112</sup> Cfr. Cfr. L. BEGIN, *Les normativités dans le comités d'éthique clinique*, cit., pp. 48-55 (*La normativité éthique*).



normatività che sono state prese in considerazione. Si pensi in particolare alla normatività professionale nella quale si concretizza l'idea (che trova espressione nella deontologia) che norme morali devono ispirare e guidare lo svolgimento di una professione; oppure alla normatività giuridica, che cerca di dare corpo al rispetto di principi etici fondamentali come la libertà e l'autonomia (non a caso concetti centrali tanto dell'etica, quanto del diritto); la stessa normatività amministrativa, con il suo obiettivo dell'efficienza dell'istituzione, nella sua versione "virtuosa" può essere considerata come espressione della preoccupazione etica di offrire agli utenti della struttura il massimo di ciò che si può ricavare dalle risorse disponibili.

Le suddette normatività sono dunque già in sé pregne di preoccupazione etica e perciò si potrebbe esser tentati di sostenere che il carattere propriamente etico delle attività decisionali dei comitati di etica clinica è garantito proprio dall'influsso sulle sue attività delle normatività suddette, con le norme e i valori etici che le ispirano. Una tale ipotesi riposa però su un'idea riduttiva di normatività etica, intesa come nient'altro che un catalogo di valori, una lista di norme etiche o concetti morali. Se così fosse, allora potrebbe avere una sua plausibilità l'ipotesi suggerita poco sopra (ossia che l'eticità del procedere di un comitato etico è garantita dall'azione sul comitato stesso delle altre normatività, dal momento che in esse compaiono a diverso titolo valori etici e concetti morali). In realtà questa visione semplicistica delle cose non coglie la differenza fondamentale che sussiste tra la normatività etica e le altre normatività e procede da una non adeguata consapevolezza dei rischi collegati a queste ultime.

Secondo gli autori della ricerca sui comitati etici ospedalieri del Québec, quando ci si interroga su quale sia l'elemento che distingue la normatività amministrativa, quella tecno-scientifica e professionale, e quella giuridica dalla normatività etica, è necessario innanzitutto notare che le prime sono tutte una forma di *inquadramento istituzionale delle norme*<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> Cfr. *ivi*, pp. 50-51.

Tale istituzionalizzazione delle norme (anche e soprattutto di quelle etiche, che come si è visto ispirano le normatività particolari di cui si è parlato nei paragrafi precedenti) non è priva di conseguenze molto importanti:

1) innanzitutto essa produce una “fissazione” sia delle norme (con ciò determinandone e cristallizzandone il senso), sia dei comportamenti coerenti con tali norme (comportamenti che devono essere ben definiti e identificabili, ma in quanto tali anche stereotipati); le determinazioni delle norme che caratterizza le normatività particolari ingenera però una sorta di mutazione delle norme stesse, che vengono ad assumere il significato particolare che ad esse è stato attribuito dall’istituzione che le ha prodotte<sup>114</sup>;

2) in secondo luogo tutto ciò che le norme istituzionalizzate richiedono è che coloro che ad esse sono soggetti conformino le loro azioni a quanto esse dettano, senza necessariamente far propri le convinzioni e i motivi che le ispirano. I “buoni” comportamenti possono quindi essere il frutto di una ragione strumentale, ossia procedere non dall’adesione interiore alla bontà delle norme che li determinano, ma dalla convenienza ad adeguarvisi per non aver problemi all’interno dell’istituzione. La fissazione istituzionale delle norme tende dunque ad esonerare le persone cui esse sono rivolte dallo sforzo personale di riflessione e di valutazione richiesto loro dalla risoluzione dei conflitti di valore, di interessi e di diritti. Essa può indurre una *riproduzione stereotipata delle norme e dei comportamenti*<sup>115</sup> invece che promuovere il senso critico e la consapevolezza che spesso,

---

<sup>114</sup> Sulla tensione che necessariamente nasce tra “istituito” e “istituente” (*institué / instituant*), ossia tra le norme così come sono state fissate da un’istituzione per dare stabilità alla gestione dell’esistente (*institué*) e lo sforzo critico di mettere continuamente alla prova tali norme istituzionalizzate per evitarne l’irrigidimento stereotipato e ricondurle alla loro originaria intenzionalità etica (*instituant*), si veda P. BOITTE, *For an Ethical Function in Hospitals*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005, pp. 169-180 (in particolare pp. 172-174).

<sup>115</sup> La denuncia del pericolo che le norme particolari in cui si concretizza e “fissa” la morale in un certo momento storico (o, nella nostra fattispecie, in una certa istituzione) si possano tramutare paradossalmente in un vero e proprio tradimento della morale è uno dei fili conduttori di un gustosissimo recente lavoro di R. MORDACCI (*Elogio dell’immoralista*, Bruno Mondadori, Milano 2009). Ad esempio, nel primo capitolo (dedicato a delineare il profilo e le “virtù” dell’immoralista) egli osserva: “L’esperienza morale, che era viva nella scoperta del valore, svapora così completamente nella «norma» che ordina di replicare all’infinito una pratica che progressivamente perde di significato. È così che il costume si fa decadente” (*ivi*, p. 35).

nelle situazioni concrete, è fondamentale interrogarsi sull'opportunità di accordare priorità alle norme istituzionalizzate invece che ad altre.

Sulla base della caratteristica fondamentale delle norme che caratterizza le normatività particolari, ossia il loro *inquadramento istituzionale*, L. Begin ritiene sia possibile cogliere per contrasto la specificità della normatività etica, la quale più che essere caratterizzata da una serie di contenuti, si distingue per il fatto di occupare "lo spazio riflessivo – o deliberativo – della presa di decisione in una situazione conflittuale"<sup>116</sup>. Rispetto alla riproduzione stereotipata delle norme favorita dalle altre normatività, la normatività etica è all'opera nell'attività decisionale quando si manifesta una *attitudine riflessiva* riguardo ai valori, agli interessi, ai diritti e alle norme di natura diversa che entrano in conflitto in una certa situazione: "la normatività etica procede per prima cosa da un distacco – una presa di distanza – dalle aspettative e dalle pressioni esercitate sul decisore. In altre parole il decisore è chiamato ad accantonare temporaneamente il suo ruolo di soggetto giuridico (pur dovendo al contempo rispettare le norme giuridiche), e di soggetto professionale che opera all'interno di una struttura sanitaria (pur dovendo al contempo rispettare le norme professionali e quelle amministrative) al fine di occupare il posto di *soggetto etico*"<sup>117</sup>.

Anche se, non è certo possibile fare completamente astrazione dai propri ruoli, l'idea sottesa alla proposta del "distacco critico" è quella di evitare le risposte stereotipate e di permettere una osservazione adeguata della situazione e una valutazione riflessiva di valori, interessi, diritti e norme in conflitto.

In quest'ottica, il ruolo dell'attività deliberativa di un comitato etico (che fa propria l'attitudine riflessiva) è proprio quello di osservare da una certa distanza le varie norme (amministrative, deontologiche, giuridiche, ecc.), al fine di interrogarne il senso

---

Nel secondo capitolo ("Le maschere del moralismo") egli nota ancora come "la perdita del contatto con l'ispirazione originaria si ha proprio quando prevale la *fissazione per i codici di comportamento* e si prende la deriva verso uno stile autoritario" (*ivi*, p. 67. Corsivo mio).

Infine, nell'ultimo capitolo ("Immoralismo e autonomia del volere") Mordacci così mette in guardia: "[...] la vita morale è costantemente minacciata dalla ripetizione, dalla consuetudine svuotata di senso, dalla cristallizzazione" (*ivi*, p. 185).

<sup>116</sup> L. BÈGIN, *Les normativités dans le comités d'éthique clinique*, cit., p. 52. Traduzione mia.

<sup>117</sup> *Ibid.* Traduzione mia.

istituzionale, valutarne le conseguenze e più generalmente stabilirne la validità nel caso specifico.

In particolare la deliberazione etica dovrebbe aiutare a evitare il rovesciamento mezzi/fini che, come si è visto, si verifica spesso nel quadro delle normatività istituzionalizzate<sup>118</sup>. Tale rovesciamento contribuisce fortemente all'occultamento della dimensione etica nella presa di decisioni, sottraendo alla riflessione critica un insieme di norme (tipiche delle altre normatività) e di comportamenti da esse dipendenti che hanno un impatto considerevole sulle pratiche mediche e quindi sui pazienti.

La caratterizzazione della prospettiva etica (proposta dal gruppo canadese che condusse la ricerca di cui si è dato conto) come quell'istanza di ulteriorità che consente di osservare da una distanza critica<sup>119</sup> le norme particolari della varie normatività istituzionalizzate, pur cogliendone un aspetto qualificante appare al contempo insufficiente e perciò insoddisfacente. Infatti, essa non spiega perché e in che modo la prospettiva etica trascenda le prospettive particolari, ossia non precisa quale sia il punto di partenza da cui è necessario muovere per gettare uno sguardo critico sulle stesse norme istituzionalizzate che pure cercano di dare concretezza a principi etici. Qual è dunque lo statuto della normatività etica fondamentale? Come caratterizzarla in modo più articolato?

---

<sup>118</sup> Ad esempio, si è segnalato come l'*efficienza* dell'istituzione, che è l'obiettivo cui mira la normatività amministrativa, da mezzo in vista del fine ultimo di realizzare il valore sociale della salute fisica e psichica della popolazione tende a trasformarsi nel fine ultimo dell'istituzione.

Oppure il fine autentico della normatività professionale (garantire che un certo *expertise* sia messo a disposizione del benessere del pubblico) si trasforma spesso in un espediente utilizzato dai professionisti per salvaguardare l'autonomia professionale, ma nel senso di garantirsi che le loro scelte non possano essere messe in discussione da altri (colleghi o pazienti) sulla base di altri valori. Cfr. *ivi*, p. 56.

<sup>119</sup> Sulla funzione critica della prospettiva etica all'interno delle istituzioni sanitarie e sulla provocazione che essa deve lanciare alle norme istituzionalizzate insiste anche P. BOITTE, *For an Ethical Function in Hospitals*, cit., pp. 170-172 e 177-180.

### *Ladrière e la prospettiva etica fondamentale*

Una pista interessante da percorrere per cercare una risposta a queste domande è quella tracciata da J. Ladrière in una sua breve, densissima prefazione ad un'opera della sua allieva M.-L. Delfosse dedicata all'etica della sperimentazione sull'uomo<sup>120</sup>.

Pur occupandosi di un ambito diverso rispetto a quello della ricerca canadese (etica della sperimentazione, invece che etica clinica) le considerazioni svolte da Ladrière sono di estremo interesse e presentano numerose somiglianze con l'analisi svolta dalla Parizeau e dal suo gruppo, a partire dalla caratterizzazione della sperimentazione medica (così come di molte delle situazioni di cui si occupa la bioetica) come di un "luogo" in cui convergono e a tratti si scontrano diverse normatività: quella dell'epistemologia delle scienze della vita, quella dell'etica propriamente medica, quella della deontologia medica, quella del diritto e quella dell'etica fondamentale<sup>121</sup>.

Di fronte a questa innegabile complessità, la questione fondamentale che si pone è quella di determinare lo statuto della normatività etica fondamentale rispetto alla forme istituzionalizzate di normatività. Anche per Ladrière mentre queste ultime, pur necessarie, tendono a determinare una chiusura della prospettiva e dell'orizzonte, l'istanza etica fondamentale consente di risollevare lo sguardo e di acquisire un punto di vista "altro" da cui sottoporre ad analisi critica le norme particolari.

Per il pensatore belga l'etica fondamentale procede necessariamente da una auto-comprensione filosofica di sé da parte dell'uomo, perché è dell'esistenza umana in quanto responsabile di sé medesima che l'etica si occupa. Ora, quando l'essere umano si immerge nella riflessione per arrivare ad auto-comprendersi, non può che scoprirsi e pensarsi come un essere caratterizzato da una libertà condizionata, una libertà incarnata, ossia limitata e al tempo stesso resa possibile dalle condizioni in cui egli si trova situato.

---

<sup>120</sup> J. LADRIERE, *Préface* a M.-L. DELFOSSE, *L'expérimentation médicale sur l'être humain. Construire le normes, construire l'éthique*, De Boeck, Bruxelles 1993, pp. 5-13.

<sup>121</sup> La prima di tali normatività è definita "aletica" (perché comanda in vista della verità), mentre le altre sono definite "deontiche" (perché si traducono in proposizioni prescrittive che impongono obbligazioni o formulano divieti). Cfr. *ivi*, p. 8.

Data questa essenziale ma irrinunciabile caratterizzazione dell'uomo, la ricerca sperimentale che coinvolge l'uomo stesso pone una questione fondamentale: dal momento che le scienze mediche, sulla scorta di quelle della natura, sottopongono *tutti* i loro oggetti a una riduzione metodologica (che ne considera i soli aspetti quantitativi), non avviene forse che esse, quando sperimentano sull'uomo considerandolo alla stregua di un qualsiasi altro oggetto d'indagine, neghino esattamente il suo carattere specifico?

L'uomo, s'è detto, si presenta come un ente caratterizzato da una libertà indissolubilmente legata ad una corporeità. Ora, nonostante il corpo venga considerato dalla scienza come un organismo uguale agli altri, e in quanto tale oggettivato e assoggettato alla riduzione metodologica, non per questo esso (il corpo) cessa di essere realmente quel modo di presenza nel mondo e di fronte agli altri tipico di quella realtà peculiare (l'uomo) che si può chiamare "coscienza di sé" o "e-sistente" o "persona"<sup>122</sup>. Poiché dunque il modo d'essere della persona è irriducibile a quello delle cose, è insito nella ricerca sperimentale sull'uomo il rischio reale di un misconoscimento del carattere peculiare di quest'ultimo e quindi il rischio di condotta non etica, poiché "l'etica è essenzialmente il riconoscimento dell'essere personale"<sup>123</sup> (ed essa stessa può darsi solo in quanto esiste un essere personale).

Che cosa può dunque giustificare un approccio all'uomo a così alto rischio di disumanizzazione (o, il che è lo stesso nella prospettiva di Ladrière, di s-personalizzazione)?

Come è noto, la sperimentazione che coinvolge l'uomo si giustifica dal punto di vista etico in quanto si iscrive in un progetto terapeutico che ha come obiettivo ultimo quello di restituire al corpo la sua integrità e di consentire così il dispiegarsi della libertà incarnata. La questione etica concreta che si pone nel caso della sperimentazione sull'uomo è dunque quella di determinare in modo preciso a quali condizioni<sup>124</sup> la sperimentazione potrà essere giudicata compatibile con il riconoscimento e il rispetto dell'essere personale. L'etica concreta (o applicata) deve infatti trovare le vie per contemperare due esigenze

---

<sup>122</sup> Cfr. *ivi*, p. 11.

<sup>123</sup> *Ivi*, p. 9.

<sup>124</sup> Come, ad esempio, il consenso libero e informato, la valutazione del rapporto rischi benefici, ecc.

entrambe proprie della finalità generale dell'etica: quella che ispira la preoccupazione terapeutica e la ricerca ad essa associata, ossia curare gli ammalati, e quella che prescrive di trattare l'essere umano sempre anche come un fine e mai soltanto come un mezzo<sup>125</sup>.

Se dunque torniamo alla domanda che ha dato il via a questo paragrafo (*qual è il punto di vista da cui procede l'etica fondamentale e che ne consente l'ulteriorità rispetto alle normatività particolari?*), scopriamo con Ladrière quanto segue:

1) l'etica fondamentale si radica nel riconoscimento che l'uomo è persona<sup>126</sup> e a partire da qui può esercitare il suo compito di gettare sulle varie pratiche e sulle stesse normatività istituzionalizzate uno sguardo critico al fine di assicurare che in ogni caso sia garantito il rispetto autentico dell'uomo;

2) l'etica concreta o applicata (ossia quella di cui sono incaricati i comitati etici per la ricerca, e anche quelli per la pratica clinica) ha precisamente il ruolo di "costruire" caso per caso un equilibrio tra l'istanza dell'etica fondamentale (il rispetto dell'uomo come persona) e le modalità concrete di traduzione di tale esigenza (di cui le normatività istituzionalizzate sono un esempio). La riflessione cui sono chiamati i comitati dovrebbe dunque accettare (in quanto costitutiva della struttura dell'azione) la tensione tra l'etica fondamentale e le modalità concrete in cui essa tenta di iscriversi nell'azione effettiva<sup>127</sup>, evitando così i due eccessi dell'appiattimento sulle mediazioni (con il prevalere delle normatività particolari) o del misconoscimento del loro ruolo necessario in vista dell'azione (con il rischio di fare dell'etica una mera proclamazione di principi)<sup>128</sup>.

Nell'economia di questa ricerca, se ne ricava che se si vuole individuare la condizione che consenta ai comitati etici per la pratica clinica di assumere una prospettiva autenticamente etica e di non essere fagocitati dalle normatività istituzionalizzate, è necessario radicare la loro riflessione sulla riscoperta di ciò che dà origine all'etica stessa: il riconoscimento dell'uomo

---

<sup>125</sup> Cfr. J. LADRIÈRE, *Préface* a M.-L. DELFOSSE, *L'expérimentation médicale sur l'être humain. Construire le normes, construire l'éthique*, cit., p. 10.

<sup>126</sup> Cfr. *ivi*, p. 11.

<sup>127</sup> Cfr. *ivi*, p. 12.

<sup>128</sup> Cfr. *ivi*, p. 13.

come persona e, conseguentemente, l'imperatività di trattare ciascun uomo sempre anche come fine in sé. Ora poiché, sulla scorta di Kant, il valore intrinseco dell'uomo in quanto persona prende il nome di dignità, sarà nella direzione della nozione di *dignità umana* che, fra breve (nei *Capitoli II e III*), dovremo orientare la nostra attenzione.

### *Quale etica nell'epoca del pluralismo?*

La seconda questione irrisolta è, per certi aspetti, ancor più radicale e può essere espressa in questi termini: in una cultura come quella contemporanea, segnata da un marcato pluralismo morale (o, per dirla con Max Weber, dal "politeismo etico") com'è possibile l'attività stessa dei comitati etici? Se al livello della società in generale non si riesce a raggiungere il consenso su alcune fondamentali questioni – data l'apparente incommensurabilità delle varie posizioni morali – cosa ci fa pensare che tale consenso sia possibile in un comitato multidisciplinare? Non c'è forse il rischio che all'interno dei comitati si riproduca su scala ridotta l'inconciliabilità di visioni etiche che si registra al di fuori (e che conseguentemente se ne determini la paralisi)? O che le decisioni assunte siano semplicemente il frutto del pensiero di pochi influenti membri del comitato (solitamente i medici) o del bioeticista professionista che predispone i pareri?<sup>129</sup>.

### *H.T. Engelhardt Jr.: la bioetica laica, una grammatica minima all'epoca dell'irriducibile pluralismo post-moderno*

L'autore che ha affrontato con maggiore radicalità la questione del pluralismo e dei suoi riflessi sulla bioetica è, come noto, il filosofo americano H. Tristram Engelhardt jr. Nel suo *The Foundations of Bioethics*<sup>130</sup> egli sostiene una tesi tanto semplice quanto netta: la bioetica contemporanea nasce sulle macerie del progetto filosofico della modernità, ossia prende le

---

<sup>129</sup> Cfr. J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, cit., pp. 75-90 (in particolare 76-77).

<sup>130</sup> H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, tr. it. sulla seconda edizione inglese di Stefano Rini, Il Saggiatore, Milano 1999<sup>2</sup> (titolo originale *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986<sup>1</sup>, 1996<sup>2</sup>).



mosse dal dissolversi del sogno illusorio di poter fondare con la ragione una morale sostanziale universale<sup>131</sup>.

La realtà del pluralismo morale<sup>132</sup> è dunque lo sfondo imprescindibile – anche se spesso non adeguatamente consaputo e tematizzato – della riflessione bioetica (e di ogni altra riflessione morale) contemporanea<sup>133</sup>. Si noti che per Engelhardt il pluralismo non è solo una realtà di fatto (come ampiamente dimostrano le indagini sociologiche), ma anche e prima di tutto l'esito intellettualmente *necessario* del fallimento di tutti i tentativi moderni di fondare una morale universale sostanziale (un fallimento che il pensatore americano certifica attraverso l'analisi e la "demolizione" dei principali tentativi filosofici di fondare una morale laica piena di contenuto<sup>134</sup>).

---

<sup>131</sup> Questa tesi colloca Engelhardt in una posizione ben precisa nel contesto del dibattito sull'entità della cesura prodotta dalla nascita della bioetica all'interno della filosofia morale. Utilizzando le definizioni proposte da Massimo Reichlin (cfr. M. REICHLIN, *La bioetica: questioni storico-epistemologiche*, in P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, pp. 17-50) si può caratterizzare la tesi di Engelhardt come «post-moderna», in quanto considera la bioetica (laica o secolare) l'unico esito possibile alternativo al nichilismo e al relativismo radicali. Alternative sono la tesi «continuista» (secondo cui la bioetica non è altro che la continuazione della tradizionale etica medica) e quella «di rottura» (secondo cui con la nascita della bioetica si è determinato un vero e proprio cambio di paradigma morale: da quello centrato sul principio della "sacralità della vita umana" a quello fondato sul principio della "qualità della vita". Questa tesi è esemplarmente rappresentata in Italia da Maurizio Mori, e a livello internazionale da Peter Singer).

Su questo punto si veda anche R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, pp. 46-51.

<sup>132</sup> Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., p. 35.

<sup>133</sup> L'idea che il pluralismo (assieme ai progressi enormi delle biotecnologie) sia una dei fattori determinanti per la nascita della bioetica è stata sostenuta da molti autori. Ricordo fra i tanti, per la sua autorevolezza, H. Ten Have, attuale direttore della divisione di "Etica della scienza e della tecnologia dell'UNESCO. Cfr. H. TEN HAVE, *Approcci europei all'etica medica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., p. 93.

Interamente dedicato alla bioetica come "parto" del pluralismo contemporaneo è R. SALA, *Bioetica e pluralismo dei valori. Tolleranza, principi, ideali morali*, Liguori Editore, Napoli 2003 (si veda in particolare il cap. 3, pp. 69-107, intitolato "Pluralismo dei valori e bioetica").

Molti autori sostengono poi che gli stessi comitati etici sono nati per rispondere alla sfida presentata dal pluralismo (si veda, ad esempio, J. WELIE, *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, cit., p. 90). Ma ciò presuppone, contrariamente alle tesi di Engelhardt, che sia possibile trovare un terreno morale comune (magari minimo, ma sostanziale) a partire dal quale analizzare un caso o stendere una raccomandazione (cfr. *ivi*, p. 86).

<sup>134</sup> Le prospettive teoriche analizzate e criticate sono: 1) l'intuizionismo; 2) la casistica; 3) il consequenzialismo; 4) le teorie della scelta ipotetica; 4) le teorie della scelta e del discorso razionale; 5) le prospettive che utilizzano la teoria dei giochi; 7) le teorie giusnaturalistiche; 8) le teorie basate sui principi di medio livello. Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., pp. 65-86.

La conclusione della *pars destruens* del suo ragionamento è netta:

“La scoperta di una morale canonica laica sostanziale non rientra nelle nostre possibilità. Il riconoscimento di questo limite è un carattere essenziale della condizione filosofica post-moderna. Data la nostra storia intellettuale e la nostra eccessiva fiducia nella ragione, è difficile accettare questa circostanza. *Il fallimento del progetto filosofico moderno* di scoprire una morale canonica sostanziale rappresenta la catastrofe fondamentale della cultura laica contemporanea e definisce il *contesto della bioetica contemporanea*”<sup>135</sup>.

Il collasso del progetto della filosofia occidentale di fondare l’oggettività della morale, dopo aver fondato quella della scienza, è un evento epocale e lascia l’uomo contemporaneo sull’orlo del nichilismo<sup>136</sup>. Tuttavia, secondo Engelhardt non tutto è perduto: una briciola della speranza della filosofia moderna di fondare una morale universale può essere salvata dalla dissoluzione nichilistica. In che modo?

Anche in questo caso la soluzione è semplice nella sua radicalità: una volta constatata l’impossibilità di raggiungere l’universalità sul piano sostanziale, resta pur sempre l’universalità a livello formale, o meglio, procedurale. Visto che non è possibile guadagnare una visione sostanziale del bene universalmente condivisibile (in quanto razionalmente giustificata), bisogna accontentarsi dell’accordo minimo sulle procedure: esse non potranno che garantire a ciascuno la libertà di agire e scegliere per sé come meglio crede, indipendentemente dal contenuto di tale scelta. A tali procedure si può chiedere unicamente di assicurare che tutto ciò che viene compiuto su un individuo, venga

---

Per una valutazione critica delle argomentazioni – non sempre accurate e persuasive – impiegate da Engelhardt per demolire i tentativi di giustificazione morale di un’etica sostanziale, si veda M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008, pp. 25-28.

Si noti che fra le teorie analizzate e criticate da Engelhardt figura anche il *Principialismo*, ossia la prospettiva etica dominante nella bioetica clinica e uno dei tentativi più autorevoli di individuare un terreno di accordo comune all’interno di una società pluralistica. Data la sua rilevanza per l’analisi dei problemi etici che sorgono nella pratica clinica, di essa ci occuperemo nel *Capitolo IV*.

<sup>135</sup> *Ivi*, p. 41. Corsivo mio.

<sup>136</sup> Cfr. *ivi*, p. 95.

fatto dopo aver ottenuto il suo *permesso*<sup>137</sup>, unica fonte di autorità rimasta in un mondo dominato dal politeismo etico. Infatti:

“Se non è possibile stabilire con l’argomentazione razionale un particolare e concreto punto di vista morale [...] allora *la sola fonte di autorità laica generale in tema di contenuto morale e di direzione morale è l’accordo*. In breve: poiché non ci sono argomenti laici decisivi capaci di provare che una certa visione della vita morale è migliore delle visioni alternative, e poiché non è avvenuta una conversione di tutti ad un unico punto di vista morale, allora *l’autorità morale laica è l’autorità del consenso*. L’autorità non è quella del potere coercitivo, né quella della volontà di Dio, né quella della ragione, ma semplicemente *l’autorità dell’accordo delle persone che decidono di collaborare*. Questo fondamento per la morale va cercato nell’idea che l’etica è uno strumento per costruire mediante il consenso un’autorità morale da far valere in occasione di controversie morali sostanziali intrattabili”<sup>138</sup>.

A parere di Engelhardt, perché tale schema di soluzione funzioni è necessario accogliere un solo assunto: l’interesse degli individui a risolvere le controversie morali senza ricorrere alla violenza<sup>139</sup>. Una volta esclusa quest’ultima opzione, la fonte di autorità che rimane tra “stranieri morali” non può che essere *l’accordo o permesso*: riconoscere la libertà dell’altro (non come un valore in sé, ma semplicemente come “vincolo collaterale”)

---

<sup>137</sup> Si noti che, significativamente, nella seconda edizione de “*The Foundations of Bioethics*” (1996; tr. it. 1999) il concetto di “permesso” sostituisce quello di “autonomia” per evitare di dare a tale principio alcuna connotazione di tipo sostanziale e ribadire che esso ha unicamente la funzione “trascendentale” di rendere possibile una soluzione pacifica di questioni etiche incompatibili sul piano del contenuto.

“Allo scopo di dissipare ogni confusione, in questa seconda edizione ho ribattezzato il principio di autonomia chiamandolo *principio del permesso* allo scopo di indicare più chiaramente che a essere in gioco non è un valore proprio dell’autonomia o della libertà, ma il riconoscimento del fatto che *l’autorità morale laica discende dal permesso delle persone coinvolte in un progetto comune*”. Cfr. *ivi*, p. 29. Corsivi miei.

<sup>138</sup> Cfr. *ivi*, pp. 98-99. Corsivi miei.

<sup>139</sup> La somiglianza dell’impostazione di Engelhardt con quella impiegata da Hobbes per giustificare la nascita dello stato su basi contrattualistiche è stata evidenziata da Warren T. Reich. Lo studioso americano ha sottolineato in particolare due elementi di affinità: innanzitutto la motivazione che spinge all’accordo (la volontà di porre fine al *bellum omnium contra omnes* in Hobbes; l’interesse a risolvere pacificamente conflitti morali incompatibili in Engelhardt), e poi la natura contrattualistica delle relazioni tra gli esseri umani (tra i cittadini in Hobbes, tra medico e paziente in Engelhardt). Cfr. W. REICH, *Alle origini dell’etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, cit., pp. 231-254 (in particolare 232-238).

costituisce la condizione trascendentale (nel senso di condizione di possibilità) del darsi di un'etica e una bioetica laiche<sup>140</sup>.

Si noti che per Engelhardt la situazione in cui versa l'uomo contemporaneo non è per nulla qualcosa di positivo o auspicabile. Sarebbe certo preferibile essere in grado di giustificare con la ragione una morale sostanziale universale. Sarebbe bello poter individuare una visione del bene umano valida per tutti. Poiché però ciò non è possibile all'uomo (come la post-modernità avrebbe dimostrato) non resta che riconoscere onestamente (anche se dolorosamente) il fallimento della ragione e chiedere a quest'ultima solo ciò che essa può dare: l'indicazione di una procedura formale che, astraendo da ogni contenuto, garantisca il rispetto della libertà degli individui, dalla quale solamente può discendere il *permesso*, unico fondamento di autorità morale laica:

"I. Principio del permesso.

In una società pluralistica l'autorità per le azioni che coinvolgono altri discende dal loro permesso. Di conseguenza,

- 1) senza tale permesso o consenso non c'è nessuna autorità, e
- 2) le azioni contro questa autorità sono biasimevoli nel senso che escludono il loro autore dalla comunità morale in generale e rendono lecito (ma non obbligatorio) l'uso della forza a scopo difensivo, punitivo o di ritorsione. [...]

Giustificazione del principio: il principio del permesso esprime il fatto che, in una società laica pluralistica, *l'autorità per risolvere le dispute morali può discendere solo dall'accordo dei partecipanti*, giacché non può discendere né dall'argomentazione razionale, né da una credenza comune. Perciò *il permesso o consenso è l'origine dell'autorità*, e il rispetto del diritto dei partecipanti di dare o negare il proprio consenso è condizione necessaria della possibilità di una comunità morale. *Il principio del permesso fornisce la grammatica minima del discorso morale laico*"<sup>141</sup>.

---

<sup>140</sup> Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., p. 101.

<sup>141</sup> *Ivi*, pp. 143-144. Corsivi miei.

Questa posizione così netta comporta per lo meno sei conseguenze teoriche e pratiche molto chiare (le ultime due direttamente collegate all'oggetto della presente ricerca):

1) la bioetica laica<sup>142</sup>, esclusivamente procedurale, "sanziona la fine di ogni filosofia morale, in quanto rinuncia alla costruzione di un disegno coerente della vita buona e si limita a fornire un'ancora di salvataggio dall'abisso del nichilismo morale"<sup>143</sup>. Inoltre, e di conseguenza, a livello sostanziale non si può neppure parlare di bioetica, ma piuttosto di "bioetiche"<sup>144</sup> (rinunciando a priori ad un confronto razionale fra di esse);

2) la bioetica, come lingua neutrale delle società secolarizzate (l'unica che può pretendere di vincolare stranieri morali), non può che avere un carattere radicalmente libertario<sup>145</sup>, poiché – una volta ottenuto il *permesso* della persona coinvolta – non può che dare il via libera a qualsivoglia pratica, indipendentemente dal suo contenuto (oltre ad aborto ed eutanasia, anche la pratica dell'utero in affitto, la vendita dei propri organi, la selezione di embrioni e feti, l'infanticidio di neonati gravemente disabili, la modificazione a piacimento della propria natura<sup>146</sup>, ecc.);

---

<sup>142</sup> Anche se forse – come hanno opportunamente notato R. Sala e M. Reichlin – sarebbe meglio dire "secolare", visto che il termine dell'originale inglese (appunto *secular*) non si contrappone a *religious*, ma ad ogni forma di etica (laica o religiosa che sia) che pretende di giustificare razionalmente una morale canonica sostanziale. Cfr. R. SALA, *Bioetica e pluralismo dei valori*, cit., p. 213 (nota n. 3); M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, cit., p. 9.

Al bel testo di Reichlin rimando anche per una presentazione più articolata della posizione di Engelhardt (*ivi*, pp. 1-40) che qui è stata illustrata solo relativamente ai profili che più direttamente vanno ad impattare sui comitati etici per la pratica clinica.

<sup>143</sup> Cfr. ID, *La bioetica: questioni storico-epistemologiche*, cit., p. 27; la stessa idea è ribadita in ID., *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, cit., pp. 1-2, ove si sottolinea in più che l'etica, un tempo elemento di forte coesione sociale, è divenuta secondo Engelhardt il primo principio di conflitto e divisione nelle società contemporanee.

<sup>144</sup> Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., p. 42.

<sup>145</sup> Cfr. *ivi*, p. 29.

<sup>146</sup> È chiaro che nel caso dell'aborto, della selezione di embrioni e feti e dell'infanticidio di neonati con gravi malformazioni entra in gioco anche un'altra tesi fondamentale di Engelhardt, ossia la *distinzione tra persone ed esseri umani*. Coerentemente con l'idea che il *permesso* è il fondamento della bioetica laica, solo gli esseri in grado di dare (o negare) il loro permesso – poiché capaci (in atto) di autocoscienza, razionalità, senso morale e libertà – sono persone e quindi hanno pieno status morale:

"Ciò che distingue le persone è la loro capacità di essere consapevoli, razionali e interessate a meritare la lode e a evitare il biasimo. La possibilità della comunità morale è legata alla loro esistenza. [...] D'altra parte, però, *non tutti gli umani sono persone*. Non tutti gli umani sono autocoscienti, razionali e capaci di concepire la possibilità del biasimo e della lode. *Feti, infanti, ritardati mentali gravi e malati o feriti in coma irreversibile sono umani, ma non sono persone*. Sono membri della specie umana, ma di per sé non hanno lo status di membri della comunità morale laica". *Ivi*, p. 159. Corsivi miei.

3) la massima che guida la bioetica laica (o secolare) è una versione profondamente rivista della regola d'oro e suona così: “non fare agli altri ciò che essi non vorrebbero fosse fatto loro e fai ciò che ti sei impegnato contrattualmente a fare”<sup>147</sup>; essa segnala l'impossibilità di identificarsi con l'altro (ormai irrimediabilmente straniero) e di individuare uno sfondo comune a partire dal quale articolare un'immagine condivisa di bene, almeno su alcune grandi questioni;

4) la vita morale presenta un tratto “schizofrenico”<sup>148</sup>, scissa com'è in due livelli incommensurabili: al livello della *società in generale* gli “stranieri morali” si possono incontrare e collaborare sulla base minimale dell'accettazione del permesso come sola fonte di autorità morale e unico principio difendibile dalla ragione laica (oltretutto, unicamente per ragioni strategiche – l'interesse a risolvere pacificamente i conflitti – non per ragioni sostanziali); a livello delle *comunità morali particolari*, invece, gli “amici morali” ritrovano una visione sostanziale della vita buona che può regolare e dar senso alla loro vita, ma che non è razionalmente giustificabile al di fuori della comunità stessa<sup>149</sup>. Per quanto riguarda il singolo, dunque, la vita morale presenta anche un tratto “autistico” in

---

<sup>147</sup> *Ivi*, p. 144.

<sup>148</sup> Di schizofrenia della vita morale parla anche R. Mordacci nel quadro della sua più ampia disamina sulla dissoluzione del soggetto morale in bioetica (cfr. R. MORDACCI, *La dissoluzione del soggetto morale in bioetica*, in E. Soricelli, R. Barcaro (a cura di), *Bioetica e antropocentrismo etico*, Franco Angeli, Milano, 1998, pp. 41-59, in particolare a pp. 50-52). La sua tesi fondamentale è che, paradossalmente, proprio la bioetica dominante che sembra celebrare il massimo della soggettività e il massimo della valorizzazione delle preferenze del singolo determini in realtà l'eclisse del soggetto morale, inteso come “l'autore della propria condotta come impegno della libertà per la realizzazione del bene” (*ivi*, p. 50). Le correnti dominanti della bioetica (in particolare utilitarismo e liberalismo) interpretano il soggetto bioetico da un lato come “agente morale autonomo”, dall'altro come “valutatore analitico razionale”. In quanto *agente morale autonomo* l'individuo è considerato come portatore di interessi e preferenze (della cui validità o bontà non si può in alcun modo discutere) ed è inteso come assolutamente svincolato da qualsiasi concezione sostanziale del bene; in quanto *valutatore analitico razionale* è chiamato a risolvere i conflitti etici senza poter fare ricorso alla sua idea di ciò che è bene per l'uomo: egli deve comportarsi da osservatore imparziale, massimizzando o bilanciando le preferenze e gli interessi in gioco, da una prospettiva “terza”. L'unificazione di queste due prospettive (che non risolve il dualismo pubblico – privato) determina secondo Mordacci la situazione di peculiare schizofrenia della vita morale cui si faceva cenno in apertura di questa nota.

<sup>149</sup> Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., p. 111.

Sulla base di queste considerazioni non sorprende che Engelhardt sia stato considerato sia un libertario (e davvero lo è, suo malgrado, a livello di etica pubblica), sia un comunitarista. Cfr. R. SALA, *Bioetica e pluralismo dei valori*, cit., pp. 224-229 (§ 6.2.1 *Un libertario “nascosto” o un comunitarista “travestito”?*).

Tutto ciò dipende dalla peculiare convivenza, all'interno della sua posizione, di un relativismo filosofico (quasi) totale e di una sorta di “fideismo etico” a livello delle comunità particolari.

quanto le convinzioni più profonde che animano e strutturano la sua vita sono di principio incomunicabili (al di fuori della comunità di appartenenza): ci si troverà dunque spesso, a livello della società in generale, nella condizione paradossale di dire: 'X ha il diritto di fare A (dal punto di vista della morale laica, necessariamente libertaria), ma A è un grave errore morale (dal mio punto di vista che non riesco però in alcun modo a giustificare al di fuori della mia cerchia di "amici")'<sup>150</sup>.

5) in una società pluralistica gli operatori sanitari sono ridotti ad essere dei "burocrati" o dei "geografi di valori"<sup>151</sup>: nella relazione con i pazienti – nel caso molto probabile che essi siano degli stranieri morali – il loro unico compito è quello di informarli dei loro diritti, delle opzioni che hanno a disposizione e, soprattutto, di portarli a conoscenza delle procedure di concessione dell'autorizzazione o consenso. L'ideale regolativo della relazione medico-paziente non è certo quello dell'alleanza terapeutica, ma quello del contratto.

6) *i comitati etici per la pratica clinica risultano impossibili e inutili*. Infatti, che senso ha istituire tali organismi nel momento in cui si accoglie la prospettiva engelhardtiana secondo cui parlare di etica in termini sostanziali è *totalmente* impossibile e l'unica cosa che resta in mano all'uomo contemporaneo disorientato è il mettere a punto procedure burocratiche che consentano a ciascuno di fare di sé ciò che vuole? L'identificazione di tali procedure potrebbe essere compiuta benissimo da un buon burocrate o da un buon giurista, senza il bisogno di istituire un comitato, tantomeno un comitato stabile. Ad ogni modo sarebbe assurdo, entro questa visione, radunare i componenti di un comitato etico per discutere un caso clinico: discutere di cosa? Della sostanza? Sarebbe *impossibile*. Della forma? Basterebbero le procedure messe a punto una volta per sempre dal legislatore o dal responsabile della struttura sanitaria (pertanto, sotto questo profilo, un comitato etico risulterebbe *inutile*).

---

<sup>150</sup> Cfr. H.T. ENGELHARDT JR., *Manuale di bioetica*, cit., p. 120.

<sup>151</sup> Cfr. *ivi*, pp. 115-116.

Se dunque la prospettiva di Engelhardt fosse insuperabile, bisognerebbe con onestà riconoscere che la storia dei comitati etici per la pratica clinica non avrebbe nemmeno dovuto cominciare<sup>152</sup>.

### *Osservazioni critiche su Engelhardt*

La nettezza delle posizioni di Engelhardt, la lucidità con cui egli ricava dalla condizione post-moderna radicali conseguenze per la bioetica, la contro-intuitività di molte sue tesi rispetto alla morale comune hanno scatenato un ampio dibattito fin dalla pubblicazione

---

<sup>152</sup> In realtà questo punto non sembra sia stato adeguatamente compreso, per lo meno da alcuni commentatori. Ad esempio, S. WEAR e C. JACK (*The relevance for HECs of H.T. Engelhardt's The Foundations of Bioethics (second edition)*, in "Hec Forum", 8/1 (1996), pp. 2-11), in una recensione alla seconda edizione dell'opera più famosa di Engelhardt sostengono che essa descrive perfettamente l'universo entro cui i comitati etici possono e devono funzionare (e con "universo" essi intendono il pluralismo morale che caratterizza la società contemporanea) e concordano con l'idea secondo cui i comitati etici hanno come unico compito quello di individuare un processo attraverso il quale inconciliabili differenze di posizione possono venire risolte in maniera pacifica. Quando però provano a giustificare l'etica proceduralista di Engelhardt essi sostengono che essa è la più adatta a garantire "un minimo di rispetto per le altre persone e la loro libertà" (*ivi*, p. 7), con ciò mostrando di non aver compreso che per il pensatore texano la libertà e l'autonomia sono unicamente vincoli collaterali (e non valori sostanziali fondamentali da proteggere, magari attraverso procedure).

È interessante rilevare che lo stesso Engelhardt si è in seguito soffermato esplicitamente sui comitati etici in un suo articolo del 1999 (H.T. ENGELHARDT, *Healthcare Ethics Committees: re-examining their social and moral functions*, in "HEC Forum", 11/2 (1999), pp. 87-100). Dopo aver dimostrato il suo stupore per la stupefacente diffusione dei comitati etici su tutto il pianeta (cosa che entro il suo sistema non è comprensibile) e aver rilevato l'estrema eterogeneità delle funzioni che essi svolgono, egli sostiene che i comitati etici per la pratica clinica sono un'espressione del vuoto etico che caratterizza la post-modernità, ma al contempo che essi non risolvono assolutamente i problemi (irrisolvibili) che la condizione postmoderna comporta. Al contrario essi la camuffano. Infatti, se tali organismi riescono a individuare soluzioni condivise è solo perché i membri del comitato sono già "moral friends" o perché le divergenze d'opinione iniziali erano solo superficiali (cfr. *ivi*, pp. 93-94).

I comitati etici possono funzionare bene in una società secolare postmoderna solo se fanno finta che non ci siano davvero problemi morali in componibili e se si affidano al consenso apparente garantito da approcci come il Principialismo, che con i suoi quattro principi di medio livello ha diffuso l'illusione che sia possibile una bioetica globale (cfr. *ivi*, pp. 96-97).

In realtà, a parere di Engelhardt l'unico compito serio che i comitati etici per la pratica clinica possono svolgere a livello locale è quello di esplicitare i principi della comunità in cui operano, di individuare importanti elementi della moralità locale, di articolare lo sfondo metafisico e morale che presiede alla casistica adatta alla comunità che esso serve (cfr. *ivi*, pp. 97-98), evitando di assumere acriticamente il modello americano standard (il principialismo) e con ciò non lasciandosi irretire dal miraggio di una bioetica universale.



della prima edizione della sua opera più nota, *The Foundations of Bioethics*, che risulta essere fra le opere più citate e criticate<sup>153</sup> della letteratura bioetica.

Fra le varie critiche mi concentrerò sulle quelle che mi sembrano individuare le debolezze fondamentali della proposta del pensatore texano e che consentiranno il passaggio alla fase successiva della ricerca

1) Innanzitutto è stata messa in discussione la pretesa neutralità della posizione di Engelhardt, che si picca di essere scevra di assunzioni metafisiche o antropologiche e di ogni altro contenuto morale<sup>154</sup>. In realtà essa è fondata su una ben precisa (e discutibile) concezione individualistica della libertà (molto occidentale, o molto nordamericana o forse addirittura molto texana<sup>155</sup>); sul presupposto (che non ha conferme fattuali) dell'assoluta incomunicabilità tra comunità morali particolari e dell'impossibilità di dialogo tra individui con diverse formazioni morali<sup>156</sup>; su una peculiare concezione del ruolo dell'etica

---

<sup>153</sup> Si vedano, ad esempio: G. HOTTOIS (éd), *Aux fondements d'une éthique contemporaine. H. Jonas et H.T. Engelhardt en perspective*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris 1993; B.P. Minogue, G. Palmer-Fernandez, J.E. Reagan (eds.), *Reading Engelhardt: Essays on the Thought of H. Tristram Engelhardt*, Kluwer Academic, Dordrecht 1997; M. AULISIO, *The Foundations of Bioethics: Contingency and Relevance*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 23 (1998), pp. 428-438; M. WREEN, *Nihilism, Relativism, and Engelhardt*, in "Theoretical Medicine and Bioethics", 19 (1998), pp. 73-88. Una sintetica e al contempo originale presentazione delle critiche mosse alla proposta di Engelhardt è offerta da M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, cit., pp. 24-40.

<sup>154</sup> Cfr., ad esempio, K.W. WILDES, *Engelhardt's Communitarian Ethics: The Hidden Assumptions*, in B.P. Minogue, G. Palmer-Fernandez, J.E. Reagan (eds.), *Reading Engelhardt: Essays on the Thought of H. Tristram Engelhardt*, cit., pp. 77-93.

<sup>155</sup> Come ha sottolineato, non senza ironia, Warren Reich che ha ricondotto l'attitudine individualistica di cui trasudano le pagine di Engelhardt a quella del cowboy solitario texano che dopo aver sconfitto i malvagi se ne va tutto solo incontro al tramonto perché non ha alcun legame con il resto della società (Cfr. W. REICH, *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, cit., pp. 234-235).

Quindi il linguaggio del rispetto reciproco, che in prima battuta appare davvero l'unico linguaggio universale possibile in una società post-moderna, in realtà lungi dall'essere neutrale appare profondamente "impegnato" a difendere i valori primari della tradizione liberale (ossia il rispetto universale e paritario – per lo meno per gli esseri umani riconosciuti come persone – e la libertà di autodeterminazione). Cfr. H. TEN HAVE, *Approcci europei all'etica medica*, cit., p. 101.

In effetti tutta la costruzione di Engelhardt riposa sull'accettazione e la protezione dell'unico articolo di fede delle società liberali, ossia l'autonomia e la libertà degli individui. E questo spiega l'*appeal* della sua proposta che si presenta come una soluzione sorprendentemente semplice al complicatissimo problema della nostra condizione post-moderna (cfr. R. DELL'ORO, *Theological Discourse and the Postmodern Condition: The Case of Bioethics*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 18 (2002) 3, pp. 127-136).

<sup>156</sup> Cfr. K.W. WILDES, *Engelhardt's Communitarian Ethics: The Hidden Assumptions*, cit., p. 89: "In linea di principio, non c'è ragione di pensare che le comunità morali non possano comprendersi ed esprimersi in modi che altri possano comprendere e con cui possono trovarsi d'accordo".

(che si riduce a quello di preservare il valore della pace sociale); e su un concetto di persona altamente controverso (sia perché controintuitivo<sup>157</sup>, sia perché filosoficamente non convincente).

Due di queste assunzioni engelhardtiane meritano una specifica attenzione, per il rilievo che la loro critica ha nell'economia di questo lavoro: la radicale dicotomia tra società e comunità, e la concezione funzionalistica di persona.

Quanto alla prima, si può osservare che essa non regge, perché non è in grado di spiegare una delle esperienze più comuni della vita personale: quella di poter modificare – in parte o anche in maniera radicale – l'insieme delle credenze e dei valori ricevuti e fatti propri nella propria comunità di origine. Ciò dimostra che il singolo, seppur cominci necessariamente la formazione della sua identità morale all'interno di una specifica comunità (o famiglia, o cultura, o religione), conserva una capacità critica e di dialogo che gli consente di mettere alla prova le sue convinzioni anche più radicate e – se del caso – modificarle, integrarle o addirittura abbandonarle. Queste dinamiche, che tutti possono facilmente riconoscere anche rispetto alla propria storia personale, sono inspiegabili nel quadro della radicale separazione tra comunità e società che Engelhardt sostiene. Se ciò è vero per il singolo, non si vede perché le varie comunità (o le diverse culture o le molteplici prospettive morali) non possano impegnarsi in un dialogo proficuo che porti non solo ad una più profonda comprensione delle ragioni dell'altro, ma anche all'individuazione di significativi punti in comune di ordine sostanziale<sup>158</sup>. La tesi dell'assoluta incomunicabilità tra comunità particolari sostenuta dal pensatore texano sembra dunque nascere dall'exasperato individualismo che caratterizza la sua comunità di appartenenza e da una precomprensione negativa del pluralismo, che (entro certi limiti) può rivelarsi una ricchezza e un'opportunità e non solo una minaccia da cui l'individuo e le comunità devono proteggersi.

---

<sup>157</sup> In quanto, ad esempio, in base al concetto di persona proposto da Engelhardt i bambini neonati non sarebbero persone.

<sup>158</sup> L'esempio dei diritti umani fondamentali non solo dimostra che ciò è possibile, ma costituisce la stessa condizione di possibilità del rispetto della specificità e del diritto all'esistenza delle comunità particolari, (pur sottoponendo ciascuna comunità al vincolo del rispetto di alcuni irrinunciabili diritti individuali).

Quanto alla concezione funzionalistica di persona (estremamente gravida di conseguenze) va evidenziato – sulla scorta di M. Reichlin<sup>159</sup> – che essa dà vita a una strana forma di “dualismo etico”, in quanto pur procedendo da una concezione radicalmente monistica e materialistica dal punto di vista ontologico per quanto riguarda il rapporto mente–corpo (nel senso che il mentale è ridotto completamente al cerebrale), essa sfocia in una identificazione *totale* dell’identità personale con la corteccia cerebrale (e nella conseguente attribuzione di valore unicamente alla vita mentale). Il resto del corpo dunque, da cui pur “emerge” la mente, non conta nulla nella definizione della personalità; di conseguenza, poiché la vita biologica non ha alcun valore, essa può essere interrotta sia prima della comparsa della personalità (feti, infanti), sia quando essa è scomparsa (malati in stato vegetativo o affetti da grave demenza).

Tuttavia, il concetto engelhardtiano di persona è in contraddizione con la fenomenologia della vita individuale che rivela una piena continuità tra vita biologica e vita personale<sup>160</sup>. Con ciò non si nega che la perdita irreversibile delle capacità mentali superiori abbia importanza morale (nel senso che essa è rilevante nel momento in cui si discute sul tipo di obblighi che abbiamo nei confronti degli individui – che pur rimangono persone – in tali condizioni), ma è messa in questione la legittimità della posizione ontologica secondo cui persona è solo chi può dispiegare *in atto* autocoscienza, razionalità, senso morale e libertà. Di fronte a tali limiti di fondo della proposta di Engelhardt, la filosofia morale e la bioetica dovrebbero impegnarsi ad approfondire le premesse stesse della posizione del pensatore texano: in particolare potrebbe rivelarsi proficuo muovere dal riconoscimento della libertà dell’uomo come preconditione della moralità, da cui anche il pensatore texano è costretto

---

<sup>159</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, cit., pp. 36-39.

<sup>160</sup> In questo senso appaiono illuminanti le considerazioni di Reichlin: “La stretta solidarietà tra corpo e coscienza, nonché tra funzioni superiori e inferiori dell’encefalo, porta ad essere estremamente scettici sull’opportunità di separare così radicalmente la vita personale dalla vita biologica. Sembra più corretto identificare la persona come un individuo vivente che, a partire da un certo grado di complessità e di capacità mentali già esistenti, si sviluppa, attraverso l’interazione con l’ambiente, fino a diventare capace di funzioni cognitive superiori che sono per larga parte esclusive dell’*homo sapiens*; tali funzioni sono relativamente stabili, nel senso che possono essere transitoriamente assenti, parzialmente compromesse e talvolta definitivamente impossibili [...] Tuttavia il termine “persona” non si predica di una fase della vita biologica dell’individuo, né di una collezione di capacità che esso mostra in certi momenti della sua storia, ma piuttosto dell’individuo in quanto tale, ossia in quanto capace di sviluppare, modificare, migliorare e poi progressivamente perdere tali capacità superiori”. *Ivi*, pp. 38-39.

a partire (pur chiamandola unicamente “vincolo collaterale”), poiché proprio in questo elemento sembra celarsi l’indicazione per arrivare a giustificare il valore peculiare degli esseri umani (dignità) e a partire da esso costruire una bioetica che aspiri (almeno entro certi limiti) all’universalità (o meglio, all’universalizzabilità) anche sul piano sostanziale.

2) In secondo luogo la morale minima, formale e asettica di Engelhardt appare una costruzione intellettualistica *ex-post* che tenta (inutilmente) di mettere tra parentesi il fatto che l’esperienza morale concreta si nutre anche di sentimenti (come l’empatia con la sofferenza dei malati o con l’alienazione delle persone che soffrono), di valori sostanziali e di precomprensioni; come tali essi devono giustamente e coraggiosamente venir messi in questione *dall’interno*<sup>161</sup>, ma non si può certo far finta che non esistano o pretendere di metterli tra parentesi in quanto incomunicabili. Ciò implicherebbe il problematico sdoppiamento del soggetto morale concreto, cui viene chiesto di ignorare la sua moralità sostanziale (che contribuisce in maniera determinante a costituire la sua identità<sup>162</sup>) per assumere un punto di vista che si pretende impersonale e imparziale<sup>163</sup>.

Una concezione dell’etica come ermeneutica dell’esperienza morale concreta (che dall’interno sottoponga ad un vaglio critico i valori sostanziali che la nutrono) sembra dunque più adeguata ad affrontare i dilemmi della bioetica, rispetto ad un’etica formale intesa come grammatica minima, che vorrebbe rendere possibile la convivenza pacifica tra stranieri, ma al prezzo dell’azzeramento, sul piano pubblico, della loro identità morale<sup>164</sup>.

---

<sup>161</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone: linee per un’analisi critica*, in P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, cit., p. 87.

<sup>162</sup> Sul ruolo dei valori etici come sorgente per la costruzione dell’identità sia personale, sia comunitaria, insiste, come noto, C. TAYLOR, *Sources of the self. The Making of Modern Identity*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.

<sup>163</sup> Tra l’altro “un soggetto morale segnato dalla dicotomia fra razionalità pubblica ed emotivismo privato non dispone delle risorse interiori per compiere tale scelta [ossia la scelta di quale sia il bene per cui valga la pena spendersi, ndr.] ed è perciò costretto all’inazione: in tal modo la riflessione bioetica non appare in grado di orientare veramente l’azione e *fallisce così una delle sue finalità costitutive*”. R. MORDACCI, *La dissoluzione del soggetto morale in bioetica*, cit., p. 57.

<sup>164</sup> È questa la direzione indicata anche da anche P. Ricoeur: “Criteri normativi generali e convinzioni etiche ispirate ad una particolare tradizione sono da pensare insieme, dal momento che *l’argomentazione* non si pone soltanto come antagonista della tradizione e delle convinzioni, ma come *istanza critica operante nel seno di convinzioni* che essa ha il compito non di eliminare, ma di portare al rango di giudizi ponderati” (P. RICOEUR, *Sé come un altro*, tr. it. Jaka Book, Milano 1993, p. 398. Corsivi miei).

3) Infine, anche ammesso (ma non concesso) che l'etica di Engelhardt fosse in grado di regolare tutti i casi in cui un singolo decide di se stesso e per se stesso, non si vede in che modo essa possa far fronte ai problemi etici legati alla gestione di poteri di intervento sulla vita che hanno conseguenze su tutta l'umanità (si pensi alle grandi questioni collegate alla ricerca internazionale, agli interventi della genetica in grado di modificare il genoma umano, alla allocazione delle risorse limitate in sanità, ecc.)<sup>165</sup>; sembra infatti piuttosto evidente che la soluzione di controversie sul piano pubblico non si possa ottenere senza (per lo meno) un orizzonte comune di riferimento<sup>166</sup>.

Un'ultima riflessione che si può proporre, a margine di queste critiche, riguarda la "tonalità psicologia" che mi sembra trasparire dalle pagine di Engelhardt e che forse è all'origine della sua posizione così radicale (e proprio per questo intellettualmente stimolate). La sua totale sfiducia nella ragione come strumento per arrivare a giustificare una morale sostanziale e la conseguente proposta di una bioetica secolare (che pretenderebbe di essere) totalmente procedurale appaiono dipendere direttamente dalla delusione cocente di chi ha creduto che esistessero delle verità morali sostanziali assolute dimostrabili dalla ragione (e di chi, per di più, nel suo cuore continua a credere che esistano, anzi lo "sa" per fede!<sup>167</sup>). Di fronte al crollo di questa illusione, la tentazione è quella tipica di rovesciare il tavolo della discussione: se la ragione non può dimostrare tutto, l'assoluto, allora non può dimostrare niente. Quindi l'uomo deve accontentarsi del

---

<sup>165</sup> Cfr. C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, cit., p. 83: "Come può l'etica 'procedurale minima' scaturita dall'accordo fra 'stranieri morali' far fronte ai problemi etici legati alla gestione dei poteri di intervento sulla vita che hanno conseguenze su 'noi tutti'?"

<sup>166</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone: linee per un'analisi critica*, cit., p. 88.

<sup>167</sup> Si deve ricordare, infatti, che Engelhardt si è sempre dichiarato un cristiano texano ortodosso e che, in quanto tale, considera dei gravi mali morali molti degli atti (aborto, eutanasia, infanticidio, vendita dei propri organi, maternità surrogata a pagamento, ecc.) cui non può opporsi a livello di società e che deve anzi dichiarare dei diritti dal punto di vista della ragione secolare. Per le posizioni cui lui aderisce in quanto appartenente alla comunità particolare dei cristiani ortodossi (e che "sa" vere in virtù della grazia, pur non potendole dimostrare razionalmente), si veda H.T. ENGELHARDT JR., *The Foundations of Christian Bioethics*, Swets & Zeitlinger, Lisse 2000.

niente, o quasi niente, che la ragione delusa può offrirgli, ossia l'universalità vuota delle procedure<sup>168</sup>.

Questa reazione procede però probabilmente da un'errata assunzione di partenza, ossia dall'idea che compito dell'etica (e più in generale della riflessione filosofica) sia quello di guadagnare conoscenze *assolutamente* indiscutibili, tali da imporsi con *necessità geometrica* ad ogni essere razionale. Se invece si richiede all'etica (sulla base della consapevolezza che il suo statuto epistemologico dipende dalla mutevolezza e contingenza del suo oggetto<sup>169</sup>) il più modesto sforzo di offrire conclusioni morali ragionevoli (non perché fondate su premesse assolute, ma su premesse razionalmente difendibili attraverso il ragionamento riflessivo sulla condizione umana), allora l'esito di tale impegno non dovrà essere necessariamente una delusione cocente, che si tramuta poi in uno scetticismo (quasi) radicale.

Engelhardt, in sintesi, critica la modernità e il suo tentativo di fondare una etica universale sostanziale, ma sembra assumerne acriticamente il concetto di etica, senza considerare possibili alternative.

---

<sup>168</sup> Che hanno però lo scopo di garantire ad ogni comunità particolare la non ingerenza da parte dello stato e la non questionabilità da parte di altri della bontà o meno dei valori morali sostanziali creduti e praticati al suo interno (con il solo vincolo del permesso da parte del singolo).

Perciò, giustamente, M. Reichlin ha parlato di "autoggettizzazione" delle comunità morali particolari, in quanto "ciascuna appare ripiegata su se stessa, gelosa della propria esperienza morale e chiusa a ogni forma di dialogo con l'esterno". M. REICHLIN, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, cit., p. 31.

<sup>169</sup> Come già aveva acutamente osservato Aristotele:

"La trattazione sarà adeguata, se avrà tutta la chiarezza compatibile con la materia che ne è l'oggetto: non bisogna infatti ricercare la medesima precisione in tutte le opere del pensiero [...] Bisogna contentarsi, quando si parla di tali argomenti con tali premesse, di mostrare la verità in maniera approssimativa e a grandi linee, e quando si parla di cose per lo più costanti e si parte da premesse dello stesso genere, di trarne delle conclusioni dello stesso tipo [...] È proprio infatti dell'uomo colto richiedere in ciascun campo tanta precisione quanta ne permette la natura dell'oggetto, giacché è manifesto che sarebbe pressappoco la stessa cosa accettare che un matematico faccia dei ragionamenti solo probabili e richiedere dimostrazioni da un oratore" (ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, 1094 b 11 - 1094 b 27; tr. it. di C. Mazzarelli, Bompiani, Milano 2000, p. 53).

#### 1.4. L'ipotesi della ricerca: la nozione di dignità umana come fondamento e guida dell'attività dei comitati etici per la pratica clinica

Se pure le critiche a Engelhardt risultano decisive e compromettono la validità complessiva della sua proposta<sup>170</sup>, non si deve però misconoscere la giustezza della sua diagnosi secondo cui la bioetica è in buona parte figlia della crisi della modernità. Tuttavia, l'esito di tale crisi non deve essere necessariamente il ripiegare della ragione in un proceduralismo che si pretende asettico; al contrario la crisi dell'*ethos* occidentale rivela, come ha colto lucidamente M. Reichlin, un "*nuovo bisogno di valori comuni e una riaffermazione del ruolo centrale della persona umana* per lo sviluppo della coscienza civile. È dunque la precomprensione moderna della vita come fascio di fenomeni biologici, privo di qualità morale, ad essere revocata in dubbio di fronte all'emergere di nuove sconvolgenti potenzialità tecnologiche: ad una precomprensione non riduzionistica né sacralizzata del fenomeno della vita ci sembra che la bioetica contemporanea debba essere ultimamente impegnata"<sup>171</sup>.

Ma in che modo è possibile reperire quella base (anche minima) di valori comuni sostanziali di cui la bioetica (e con essa i comitati etici per la pratica clinica) ha bisogno per affrontare i dilemmi cui deve far fronte? Come riaffermare il ruolo centrale della persona umana e come giustificarne il valore in un linguaggio potenzialmente comprensibile e accettabile da tutti?

##### *La terza via dei diritti umani e della dignità umana*

Come si è visto alla fine del precedente paragrafo, la soluzione engelhardtiana di distinguere radicalmente tra *comunità* e *società* oltre ad essere contraddetta dai fatti (visto che la permeabilità tra comunità particolare e la capacità del singolo di "sfidare" la sua

---

<sup>170</sup> In quanto fallisce il tentativo di passare da una concezione sostanziale a una *puramente procedurale* dell'etica, dal momento che, come si è visto, il sistema proposto da Engelhardt è – suo malgrado e inevitabilmente – zeppo di assunzioni sostanziali (oltre al fatto che, quand'anche un'etica meramente procedurale fosse possibile, essa non riuscirebbe – come si è visto – a dare risposta a moltissime questioni con cui la bioetica deve fare i conti).

<sup>171</sup> M. REICHLIN, *La bioetica: questioni storico-epistemologiche*, cit., p. 47. Corsivo mio.

stessa identità morale attraverso il confronto con gli altri sono ampiamente attestate dall'esperienza ordinaria) non raggiunge neppure l'obiettivo che si prefigge, ossia risolvere pacificamente le controversie bioetiche su base unicamente procedurale. Infatti, la soluzione di molte delle questioni che la bioetica deve affrontare (come, ad esempio, quella della allocazione delle risorse) richiede necessariamente scelte *anche* di natura sostanziale e pertanto non può darsi senza la condivisione di un nucleo minimo condiviso di convinzioni anche sostanziali.

Una pista promettente<sup>172</sup> nello sforzo di delineare una proposta che, pur partendo dal riconoscimento del pluralismo (ampio, ma non irriducibile) che caratterizza la società contemporanea e cogliendone anche gli aspetti positivi, non sbocchi nel relativismo culturale o morale, è quella che individua nei diritti umani la base condivisa a partire dalla quale è possibile avviare l'argomentazione comune per analizzare i dilemmi etici posti da casi specifici<sup>173</sup>. I diritti umani, infatti, rappresentano il minimo etico (pieno di contenuto), condiviso da tutta la comunità mondiale (come dimostrato dal fatto che essi sono accolti – almeno ufficialmente – da tutti gli stati del mondo<sup>174</sup> che hanno aderito all'ONU, al suo Statuto e alle sue Dichiarazioni universali), e allo stesso tempo costituiscono un'istanza critica con cui si deve confrontare ogni comunità particolare.

---

<sup>172</sup> Suggesta dai recenti documenti sulla bioetica approvati da importanti organismi internazionali come l'UNESCO (*Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani*, 1997; *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*, 2005) e il Consiglio d'Europa (*Convenzione di Oviedo*, 1997). Su questi e altri documenti internazionali ci soffermeremo ampiamente nel prossimo capitolo.

<sup>173</sup> Per questo Enrico Berti ha autorevolmente sostenuto che i diritti umani possono svolgere nelle nostre società pluralistiche una funzione analoga a quella svolta dagli *éndoxa* nella filosofia pratica di Aristotele: ossia la funzione di premesse condivise dei cosiddetti sillogismi dialettici. Tali sillogismi, se pure non possono pretendere la stessa rigorosità di quelli scientifici, soddisfano nondimeno la necessità di guidare efficacemente l'azione e sono al contempo vincolanti per tutti coloro che ne hanno condiviso le premesse. E poiché i diritti umani (inclusi nelle dichiarazioni internazionali) sono riconosciuti da tutti gli Stati, ecco che essi soli costituiscono la base (le premesse condivise) di un'etica universalistica, perché di fatto accolta da tutti, al di là dell'appartenenza a particolari comunità o culture (cfr. E. BERTI, *I diritti umani quali principi etici condivisibili*, in "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 9/1 (2001), pp. 127-138).

Per un articolato studio sugli *éndoxa* aristotelici, che propone una significativa revisione della interpretazione tradizionale di tale concetto e un'interessante distinzione tra *éndoxa* di fatto ed *éndoxa* di diritto, si veda L. SEMINARA, *Carattere e funzione degli endoxa in Aristotele*, La città del sole, Napoli 2002.

<sup>174</sup> Dalla sua fondazione nel 1945 (cui contribuirono 51 paesi) ad oggi hanno aderito all'ONU 192 paesi (ossia virtualmente tutti gli stati riconosciuti a livello internazionale). L'Italia, come noto, vi aderì nel 1955.



Di fatto, è con questa duplice funzione (di base comune condivisa e di vincolo per ogni pratica) che il linguaggio dei diritti umani è stato assunto dai documenti internazionali<sup>175</sup>, anche relativi alla bioetica. L'approccio centrato sui diritti umani<sup>176</sup> si propone infatti come una sorta di *terza via* tra l'universalismo (vuoto o formale) della proposta engelhardtiana e il contestualismo (appiattito sul particolare) in cui inevitabilmente sfocia il comunitarismo; non a caso, perciò, esso ha ricevuto grande attenzione anche nel dibattito – non direttamente bioetico, ma rilevante per la bioetica – sul multiculturalismo<sup>177</sup>.

A loro volta i diritti umani appaiono come l'articolazione storica del fondamentale rispetto dovuto al valore intrinseco di ciascun uomo. Poiché a tale valore gli stessi documenti internazionali danno il nome di dignità umana (e su di essa fondano i diritti umani<sup>178</sup>), sembra del tutto ragionevole avanzare l'ipotesi che proprio nella dignità umana e nei diritti ad essa collegati i comitati etici per la pratica clinica possano trovare la base comune condivisa per la loro attività.

---

<sup>175</sup> Tale dinamica è così evidente che qualche commentatore è arrivato a porre il quesito se l'etica medica non stia per venir inglobata nel linguaggio dei diritti umani (FAUNCE T.A., *Will international human rights subsume medical ethics? Intersections in the UNESCO Universal Bioethics Declaration*, in "Journal of Medical Ethics", 31/3 (2005), pp. 173-178).

<sup>176</sup> Non a caso esso ha ricevuto amplissima attenzione in letteratura, cui qui è possibile solamente accennare. Si veda a mo' di introduzione la "special section" dedicata all'argomento dalla rivista "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" (vol. 10/3 (2001), pp. 223 ss.). In particolare: J. D'ORONZIO, *Keeping Human Rights on the Bioethics Agenda* (ivi, pp. 223-226); R. BAKER, *Bioethics and Human Rights: A Historical Perspective* (ivi, pp. 241-252); L. KNOWLES, *The Lingua Franca of Human Rights and the Rise of Global Bioethics* (ivi, pp. 253-263); D. THOMASMA, *Proposing a New Agenda: Bioethics and International Human Rights*, (ivi, pp. 299-310).

Si veda inoltre il più recente M. BARILAN, M. BRUSA, *Human rights and bioethics*, in "Journal of medical ethics", 34 (2008), pp. 379-383.

Per un'analisi fortemente critica dell'intreccio tra bioetica e diritti umani rimando invece a D. BENATAR, *Bioethics and health and human rights: a critical view*, in "Journal of medical ethics", 32 (2006), pp. 17-20.

<sup>177</sup> Cfr., ad esempio, E. PARIOTTI, *Dal pluralismo al multiculturalismo: ragione pubblica e geometria delle appartenenze*, in G.L. Brena (a cura di), *Etica pubblica e pluralismo*, Edizioni Messaggero Padova, Padova 2001, pp. 59-102:

"I diritti umani e i diritti fondamentali sono i "candidati ideali a costituire l'orizzonte entro il quale reperire, per via interpretativa e per successive concretizzazioni, i punti di partenza del costante processo di dialogo e argomentazione in cui si manifesta l'uso pubblico della ragione" perché da un lato rappresentano "un nucleo normativo dal carattere meta-politico [...] ma in originaria tensione dialettica con il tessuto dei valori etico-politici", e dall'altro non definiscono già di per sé, in maniera univoca (e con ciò "soffocante") una sola concezione di vita buona, ma creano lo spazio entro cui determinare, attraverso la ragione pubblica e "su basi almeno tendenti all'universalità", i contenuti di tali diritti nelle situazioni particolari e quale immagine di persona e di società consenta di realizzare al meglio quei contenuti" (questo passo alle pp. 95-96. Corsivo mio).

<sup>178</sup> Per una dimostrazione di questa affermazione rimando al prossimo capitolo.

Uno degli aspetti più significativi di tale approccio – che lo rende particolarmente interessante all'interno di una società pluralistica – è che esso *non* muove da una descrizione naturalistica dell'uomo (che pretende definita e definitiva) da cui pensa di poter dedurre *more geometrico* precise indicazioni normative; al contrario, sostiene che il riconoscimento a ciascun essere umano di una dignità intrinseca e di diritti inalienabili è la diretta conseguenza di una comprensione filosofica ampiamente condivisa di quali siano le garanzie minime (vita, libertà, integrità fisica, ecc.) che devono essere riconosciute a ciascun essere umano affinché egli essa possa realizzarsi in modo originale.

Questa prospettiva, al contrario di quella di Engelhardt, valorizza molto i comitati etici: infatti, dal momento che non individua un modello univoco di vita buona, ma solo quegli spazi di libertà e quelle tutele minime (e irrinunciabili) che consentono a ciascuno di realizzare il suo ideale di vita buona, lascia ampio margine all'attività interpretativa e deliberativa dei comitati etici (chiamati a valutare in che modo si debba tradurre nei casi particolari il rispetto per la dignità e i diritti umani), ancorandola al contempo ad alcune chiare tesi di ordine sostanziale<sup>179</sup>.

Sulla base delle considerazioni svolte al paragrafo precedente (§ 1.3.), e di quelle cui ora si è accennato, sembra dunque che il riferimento alla dignità umana (e ai diritti ad essa collegati) possa costituire la chiave di volta per risolvere i due problemi sostanziali che

---

<sup>179</sup> In tal modo l'approccio fondato sulla dignità umana e i diritti umani riesce a mantenere un ragionevole equilibrio tra la Scilla del relativismo e del proceduralismo e la Cariddi di un oggettivismo etico che pretende di poter individuare una volta per sempre, e univocamente, ciò che è bene per la persona e la società.

Che tale equilibrio sia non solo favorevole ma addirittura necessario all'esistenza stessa dei comitati etici è confermato dalla seguente osservazione di Diego Gracia:

"I Comitati di etica non presentano solo problemi di tipo organizzativo e tecnico, ma anche specifici problemi etici. Un primo importante problema è legato al significato che ha o può avere la connotazione *etica* di un Comitato. Se si afferma che l'etica è una disciplina "oggettiva" che giudica gli atti come buoni o cattivi a partire da alcuni principi assoluti e immutabili, non si vede che valore possa avere il parere di un Comitato, o quale possa essere il suo vantaggio rispetto alla riflessione sensata e prudente di una singola persona. Se, al contrario, si pensa che i giudizi morali siano del tutto soggettivi, neanche in questo caso ha senso l'istituzione dei Comitati, dal momento che questo implica la convinzione che le opzioni etiche meritano tutte uguale rispetto, e che si consenta ad ognuno di dare libero e consapevole corso alle sue opzioni. In entrambi i casi, dunque, i Comitati di etica non avrebbero senso. Se si parte da una concezione oggettiva dell'etica, non sarebbero necessari; se si assume un totale soggettivismo morale, sarebbero inutili". D. GRACIA, *L'Etica dei Comitati di etica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, cit., p. 119-134 (qui a p. 121).

minacciano di comprometterne esistenza e funzionamento dei comitati etici. Tali problemi, come si ricorderà, erano stati sintetizzati in due domande: in che modo i comitati possono assumere una prospettiva etica (come l'aggettivo che li qualifica richiede)? A quale piattaforma etica condivisa possono fare riferimento nel quadro di una società pluralistica?

Ebbene, l'ipotesi che la ricerca intende mettere alla prova è che proprio la nozione di dignità umana costituisca la risposta a entrambe queste domande, in quanto si presenta come il candidato ideale per soddisfare le due condizioni sostanziali di funzionamento di un comitato etico per la pratica clinica. Infatti:

- a) è la categoria che meglio di ogni altra consente di assumere una prospettiva genuinamente etica (la prospettiva etica fondamentale, come suggerito da Ladrière);
- b) rappresenta l'unica piattaforma etica universalmente condivisa e condivisibile in una società pluralistica, sulla base della quale istruire e discutere le questioni etiche che sorgono nei diversi contesti della pratica clinica).

L'idea che proprio la nozione di dignità umana possa assolvere a questi due compiti è suffragata inoltre da altre considerazioni. Innanzitutto giova ricordare che il CNB, nel suo primo documento sui comitati etici, così individuava la finalità ultima dei comitati locali:

“I Comitati etici locali rispondono a esigenze pratico-operative, con il fine ultimo della umanizzazione della medicina *nei termini precisi del rispetto della dignità della persona umana*”<sup>180</sup>.

E ancora, nel delineare gli scopi della funzione formativa dei comitati stessi:

“Ai C.E. locali potranno inoltre essere affidate specifiche funzioni formative e di sensibilizzazione degli operatori sanitari e dei ricercatori [...] dirette a creare una coscienza circa la *dignità della persona* e i suoi inalienabili diritti in rapporto con l'assistenza sanitaria”<sup>181</sup>.

---

<sup>180</sup> CNB, *I Comitati etici*, cit., p. 35. Corsivo mio.

<sup>181</sup> *Ibid.* Corsivo mio.

Nel documento di riferimento per l'identità e l'attività dei comitati etici per la pratica clinica in Italia la nozione di dignità della persona umana risulta quindi non solo importante, ma addirittura essenziale in quanto la sua promozione e difesa definiscono il senso stesso dell'esistenza dei comitati.

A ciò si aggiunga che dall'analisi dei documenti internazionali sulla bioetica che costituiscono il necessario punto di riferimento dell'attività dei comitati<sup>182</sup> la nozione di dignità umana risulta essere il massimo comun denominatore in un mondo pluralistico.

Da ultimo, si è registrata negli ultimi 15 anni una vera e propria rinascita del nostro concetto nel dibattito bioetico internazionale<sup>183</sup>, sottolineata dal fatto significativo che nella terza edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* (2004) è stata introdotta un'ampia voce dedicata alla "dignità umana"<sup>184</sup>, quando nelle precedenti edizioni (1978 e 1995) essa non compariva nemmeno.

Nondimeno, poiché tale nozione e il suo utilizzo in bioetica sono stati oggetto di un ampio dibattito critico, prima di assumerla come fondamento e guida dell'attività dei comitati etici per la pratica clinica risulta necessario verificare: 1) in che modo essa è impiegata nei summenzionati documenti e quali problemi o aporie ponga il suo utilizzo (*Capitolo II*); 2) se e come è possibile rispondere alle critiche che da più parti le sono state mosse contro (*Capitolo III*); 3) e, infine, se è possibile delineare una metodologia per l'analisi delle questioni etiche che sorgono nella pratica clinica in grado di rendere tale nozione utile ed efficace per la soluzione dei problemi concreti (*Capitolo IV*).

---

<sup>182</sup> A tale analisi è interamente dedicato il *Capitolo II* di questo lavoro.

<sup>183</sup> Di tale rinascita o riscoperta della nozione di dignità umana si darà conto all'inizio del *Capitolo III*.

<sup>184</sup> Cfr. S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, 3rd ed., cit., pp. 1193-1200 (voce: "Human Dignity", a cura di J.F. KILNER).

## LA DIGNITÀ UMANA NEI PRINCIPALI DOCUMENTI INTERNAZIONALI CONCERNENTI LA BIOETICA

### 2.1. Premessa

Come si è detto alla fine del capitolo precedente, la verifica dell'ipotesi di fondo di questa ricerca (*la nozione di dignità umana come fondamento e guida dell'attività dei comitati etici per la pratica clinica*) non può che cominciare dall'analisi dei principali documenti internazionali sulla bioetica che costituiscono il punto di riferimento dei comitati. Questi ultimi infatti, in quanto organismi istituzionali, si muovono all'interno di un quadro etico-giuridico in buona parte già delineato, che deve pertanto essere criticamente assunto quale punto di partenza.

La scelta di considerare documenti *internazionali* è determinata dal fatto che le questioni etiche che i comitati sono chiamati ad affrontare sono le più globalizzate possibili<sup>1</sup> e che quindi la base comune ricercata (che costituisce una delle due condizioni sostanziali del loro funzionamento) deve a sua volta essere la più inclusiva e la più ampiamente accettata a livello mondiale.

L'analisi a cui ora saranno sottoposti i principali documenti internazionali rilevanti per la bioetica sarà guidata dalle seguenti quattro domande:

- 1) con quale significato (o significati) viene usata la nozione di dignità umana?
- 2) a quali altre nozioni essa viene sistematicamente collegata?
- 3) quali funzioni svolge?
- 4) quali conclusioni normative vengono da essa direttamente ricavate?

---

<sup>1</sup> È la tesi autorevolmente sostenuta dal recente R.M. Green, A. Donovan, S.A. Jauss (eds.), *Global Bioethics. Issues of Conscience for the Twenty-First Century*, cit.

Il volume, che raccoglie saggi di alcuni fra i più noti bioeticisti del mondo, dedica l'ultima delle sette sezioni in cui è suddiviso proprio alla questione della identificazione delle norme e dei valori universali che possano guidare la bioetica globale (pp. 297-339).

Ai fini della presente ricerca si è ritenuto opportuno prendere in considerazione, oltre a quelli che si occupano esplicitamente di bioetica, anche pochi altri documenti che, seppure non direttamente dedicati a questioni bioetiche, ne costituiscono il punto di riferimento esplicito e imprescindibile<sup>2</sup>. Seguendo l'ordine cronologico di approvazione saranno dunque analizzati – relativamente al ruolo che in essi gioca la nozione di dignità (umana) – i seguenti documenti:

- A. la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'ONU (1948) e due documenti ad essa strettamente collegati (il *Patto internazionale sui diritti civili e politici* e il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, entrambi approvati nel dicembre 1966)<sup>3</sup>;
- B. la *Dichiarazione di Helsinki* dell'Associazione Medica Mondiale (prima versione Helsinki 1964, ultima revisione Seul 2008);
- C. la *Convenzione di Oviedo* del Consiglio d'Europa (1997) con i relativi protocolli aggiuntivi (*Sulla proibizione della clonazione di esseri umani*, 1998; *Sui trapianti di organi e tessuti di origine umana*, 2002; *Sulla ricerca biomedica*, 2005);
- D. la *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* dell'UNESCO (1997);
- E. la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* (2000);
- F. la *Dichiarazione universale sulla diversità culturale* dell'UNESCO (2001);
- G. la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO (2005);
- H. i tre documenti dell'UNESCO sulle finalità e il funzionamento dei Comitati Etici e sull'educazione dei componenti di tali organismi: *Establishing Bioethics Committees (Guide 1, 2005)*; *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies (Guide 2, 2006)*; *Educating Bioethics Committees (Guide 3, 2007)*.

---

<sup>2</sup> Un'analisi di alcuni documenti internazionali che si occupano specificamente di questioni bioetiche è offerta da L. MARINI, *Il diritto internazionale e comunitario della bioetica*, cit. (si veda in particolare la Parte I, pp. 27-74).

Una rassegna di altri documenti giuridici (non dedicati alla bioetica) in cui viene impiegata la nozione di dignità umana è offerta da J. Knox, M. Broberg (eds.), *Dignity, Ethics and Law*, Centre for Ethics and Law, Copenhagen 1999.

<sup>3</sup> Spesso in letteratura ci si riferisce a questi tre documenti con l'espressione complessiva di *International Bill of Rights* e pertanto essi saranno considerati come un tutt'uno nel paragrafo di questo capitolo ad essi dedicato (§ 2.2).

## 2.2. La *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'ONU (1948) e gli altri documenti che compongono il cosiddetto "International Bill of Rights"

La *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'ONU<sup>4</sup>, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, è stata autorevolmente definita la "madre feconda del nuovo diritto internazionale"<sup>5</sup> poiché essa – pur non essendo un accordo giuridico internazionale vincolante, ma solo una raccomandazione con valore etico-politico – è divenuta il punto di riferimento di tutte le successive Convenzioni giuridiche divenendo la "fonte delle fonti"<sup>6</sup> del nuovo diritto.

Anche per quanto riguarda la bioetica essa è stata assunta come una sorta di stella polare, tanto da essere citata esplicitamente in apertura dei Preamboli di tutti i principali documenti internazionali che si occupano di questioni bioetiche come primo fondamentale punto di riferimento etico-giuridico. Tali documenti hanno infatti tentato di trovare le vie e i modi per difendere e promuovere, anche in relazione alle applicazioni della medicina e della biologia, i diritti umani fondamentali solennemente proclamati in quella che potremmo chiamare la *Magna Charta* del diritto internazionale.

Nella *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* del 1948 il termine dignità (umana) compare cinque volte: due volte nel preambolo (al primo e al quinto capoverso) e poi agli articoli 1, 22 e 23 (al terzo capoverso)<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> ONU, *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, New York, 10 dicembre 1948; per il testo ufficiale in inglese si veda <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.pdf>; per la traduzione italiana si è fatto riferimento a [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21001it.pdf).

<sup>5</sup> A. PAPISCA, *L'internazionalizzazione dei diritti umani: verso un diritto panumano* in C. Cardia (a cura di), *Anno 2000, primordi della storia mondiale*, Giuffrè, Milano 1999, pp. 139-167 (qui a p. 148).

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> ONU, *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, cit.:

*Preambolo, primo capoverso:* "[...] il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo"

*Preambolo, quarto capoverso:* "[...] i popoli delle Nazioni Unite hanno riaffermato nello Statuto la loro fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore della persona umana, nell'uguaglianza dei diritti dell'uomo e della donna [...]"

*Art. 1:* "Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza".

Già nel primo capoverso dell'intero documento emerge in maniera limpida l'assoluta centralità della nozione di dignità umana, che viene posta a fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo. È importante sottolineare il fatto che la dignità venga definita come inerente (*inherent*) a tutti i membri della famiglia umana, unitamente ai diritti uguali e inalienabili ad essa collegati. Questo della dignità inerente, cioè del valore intrinseco di ciascun essere umano (un valore che gli stati e gli altri esseri umani riconoscono, ma non determinano) è senz'altro il significato fondamentale che emerge da questo e dagli altri documenti internazionali (come si vedrà fra breve). Esso, come sarà chiarito nel *Capitolo III*, è compatibile con altre accezioni del concetto di dignità, ma non con *ogni* sua accezione.

Colpisce – dal punto di vista filosofico – che della tesi che la dignità umana e i diritti fondamentali siano qualcosa di intrinseco non venga offerta alcuna giustificazione. La *Dichiarazione* richiama però lo Statuto delle Nazioni Unite (giugno 1945) ove era stata affermata “la *fede* nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore della persona umana”<sup>8</sup>. Ritorneremo più avanti sui motivi alla base di questa scelta, ma fin d'ora è utile evidenziare che tutti i firmatari della *Dichiarazione universale* e di altre dichiarazioni internazionali si trovarono d'accordo sul “che” (ossia sul riconoscimento della dignità inerente a ciascun uomo), ma non si vollero esprimere sul “perché” (ossia sulla giustificazione di tale affermazione), come fin da subito notò e spiegò lucidamente Jacques Maritain<sup>9</sup>.

---

*Art. 22: “Ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale e in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità”.*

*Art. 23, comma 3: “Ogni individuo che lavora ha diritto ad una remunerazione equa e soddisfacente che assicuri a lui stesso e alla sua famiglia una esistenza conforme alla dignità umana ed integrata, se necessario, da altri mezzi di protezione sociale” (corsivi miei).*

<sup>8</sup> ONU, *Statuto delle Nazioni Unite* (<http://www.onuitalia.it/nu/statuto/introduzione.html>), New York, 26 giugno 1945, Preambolo, 2° capoverso. Corsivo mio.

<sup>9</sup> Cfr. J. MARITAIN, *Le possibilità di cooperazione in un mondo diviso*, in ID., *Il filosofo nella società*, Morcelliana, (tit. orig., *Le philosophe dans la cité*, Paris, Alsatia 1960), Brescia 1976 pp. 29-43 (in particolare pp. 37-43).

Emblematico questo passaggio (pp. 37-38): «Ciò che fin dall'inizio fa apparire paradossale il compito dell'UNESCO è il fatto che esso implica un accordo di pensiero tra uomini che hanno del mondo, della cultura e della conoscenza concezioni diverse e persino opposte [...] Come è possibile, in queste condizioni, concepire un accordo di pensiero tra uomini [...] che appartengono non solo a culture e civiltà diverse, ma a



Si comincia comunque a delineare fin da questo primo fondamentale documento quella costellazione di concetti che da ora in poi verranno sistematicamente collegati a quello di dignità: diritti, libertà, giustizia, pace, uguaglianza.

Si profilano poi in maniera molto chiara due delle accezioni fondamentali e complementari in cui si parlerà di dignità (umana) nei vari documenti: da un lato si insiste sul concetto di dignità come valore inerente di ciascun uomo, e quindi come punto di partenza e come limite invalicabile per qualsivoglia azione dello stato e per ogni comportamento dei membri della società; dall'altro essa è presentata come una meta da perseguire, come valore da realizzare nelle diverse e concrete situazioni della vita. La *Dichiarazione* non si ferma dunque al pur essenziale riconoscimento della dignità e del valore intrinseci degli esseri umani, ma presenta come diritti collegati alla dignità anche tutte quelle condizioni minime che consentono la realizzazione piena di ogni uomo e con essa il rispetto autentico del valore inestimabile di ciascuno. È quanto emerge dall'art. 22, ove vengono dichiarati "indispensabili alla dignità" la sicurezza sociale e i diritti economici, sociali e culturali, e dall'art. 23 (3° comma), in cui si afferma che il lavoratore ha diritto ad una remunerazione che assicuri a se stesso e alla sua famiglia un'esistenza "conforme alla dignità umana".

Se nel primo senso (dignità intrinseca) la dignità è imperdibile per definizione, nella seconda accezione (dignità come compito da realizzare) essa appare come qualcosa di prezioso e fragile al contempo e abbisogna dell'impegno attivo degli stati e degli individui per poter essere garantita e rispettata nelle diverse situazioni in cui si declina la vita umana. Queste due accezioni<sup>10</sup> sono da tenere ben presenti specialmente in vista delle

---

famiglie spirituali e scuole di pensiero antagoniste? [...] Io credo che la soluzione vada trovata per un'altra via: proprio perché, come ricordavo all'inizio, la finalità dell'UNESCO è di ordine pratico, l'accordo vi si può compiere spontaneamente non sulla base di un comune pensiero speculativo, non sulla base di una medesima concezione del mondo, dell'uomo e della conoscenza, ma dell'affermazione di un medesimo complesso di convinzioni che dirigano l'azione. Questo è poco, non v'è dubbio, è l'ultimo ridotto dell'accordo tra gli spiriti. Tuttavia è sufficiente per intraprendere una grande opera, e sarebbe già molto prendere coscienza di questo complesso di comuni convinzioni pratiche».

<sup>10</sup> Per un'analisi dell'evoluzione storica dei due significati fondamentali in cui è stata utilizzata la nozione di dignità umana si veda il bel saggio di P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano 2009, pp. 113-142. La distinzione tra dignità umana come qualifica ontologica (*natürliche Vorgabe*) e

ripercussioni sui documenti esplicitamente dedicati alla bioetica che analizzeremo fra breve.

Due diverse, anche se complementari, accezioni della nozione di dignità compaiono anche nei fondamentali documenti dell'ONU, approvati il 16 dicembre 1966, che completano e integrano la *Dichiarazione* madre del 1948: il *Patto internazionale sui diritti civili e politici*<sup>11</sup> e il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*<sup>12</sup>.

Da entrambi risulta – in modo se possibile ancor più evidente che nel testo della *Dichiarazione universale* – che la dignità umana è considerata come qualcosa di “inerente” ad ogni essere umano e non come un attributo positivo, ossia una concessione di qualche autorità politica. Nel primo (*Patto internazionale sui diritti civili e politici*) il riferimento alla dignità inerente degli esseri umani compare sia nel *Preambolo*<sup>13</sup>, sia al primo comma dell'art. 10<sup>14</sup>, e risulta chiaro che essa è considerata come fondamento di libertà, giustizia e pace. Nel secondo (*Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*) il riferimento alla dignità inerente compare due volte nel *Preambolo*<sup>15</sup> ed essa viene indicata come *fondamento* dei diritti umani, assumendo in tal modo il ruolo di pietra angolare di tutta la costruzione. All'art. 13 compare poi un'altro concetto importante per la presente ricerca,

---

dignità umana come compito etico (*etische Aufgabe*) è stata sviluppata recentemente anche da Wetz (Cfr. F.J. WETZ, *Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwerts*, Klett-Cotta, Stuttgart 2005, p. 15).

<sup>11</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (1966); il testo dell'originale inglese è disponibile all'indirizzo <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/ccpr.pdf>; per la traduzione italiana si è fatto riferimento a [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21003it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21003it.pdf).

<sup>12</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (1966); per l'originale inglese si veda <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/cescr.pdf>; per la traduzione italiana si è fatto riferimento a [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21002it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21002it.pdf).

<sup>13</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti civili e politici*, cit.

PREAMBOLO, primo capoverso: “Considerato che, in conformità ai principi enunciati nello Statuto delle Nazioni Unite, il riconoscimento della *dignità inerente* a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il *fondamento* della libertà, della giustizia e della pace nel mondo”. Corsivi miei.

<sup>14</sup> Cfr. *ivi*, art. 10, primo comma:

“Qualsiasi individuo privato della propria libertà deve essere trattato con umanità e col rispetto della *dignità inerente* alla persona umana”. Corsivo mio.

<sup>15</sup> ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, cit.

PREAMBOLO, primo secondo capoverso: “Considerando che, in conformità ai principi enunciati nello Statuto delle Nazioni Unite, il riconoscimento della *dignità inerente* a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo; Riconosciuto che *questi diritti derivano dalla dignità inerente* alla persona umana”. Corsivi miei.

ossia quello di “senso della propria dignità”<sup>16</sup>, che gli Stati sono chiamati a sviluppare in ogni individuo attraverso l’istruzione. Poiché si tornerà in seguito su questa accezione particolare della nozione di dignità, per le sue ricadute in ambito bioetico, basti qui anticipare il fatto che per la vita di ogni essere umano, e di un paziente in particolare, è forse immediatamente più importante il senso della sua dignità, che non l’astratto riconoscimento della sua dignità intrinseca da parte di un’entità esterna. È comunque evidente che questa sfumatura di significato è logicamente dipendente da quella di dignità inerente: si può infatti sviluppare il senso della propria dignità solo se prima la si possiede.

### **2.3. La Dichiarazione di Helsinki dell’Associazione Medica Mondiale (1964-2008)**

Subito dopo la fine della seconda guerra mondiale si pose immediatamente il problema di regolare la ricerca medica sui soggetti umani sia per evitare che si potessero ripetere le atrocità commesse dai medici nazisti nei campi di concentramento, sia per offrire un quadro etico di riferimento ad un’area che già allora si intuiva si sarebbe sviluppata enormemente.

Il primo documento che venne redatto dopo il secondo conflitto mondiale al fine di regolamentare la ricerca medica su soggetti umani è, come noto, il *Codice di Norimberga* (1947)<sup>17</sup>, ma il più importante e influente pronunciamento su questa materia giunse nel 1964, quando l’Associazione Medica Mondiale approvò la *Dichiarazione di Helsinki. Principi etici per la ricerca medica che coinvolge soggetti umani*. Il documento è stato più volte integrato

---

<sup>16</sup> Cfr. *ivi*, art. 13, primo comma:

“Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo all’istruzione. Essi convengono sul fatto che l’istruzione deve mirare al pieno sviluppo della personalità umana e del *senso della sua dignità* e rafforzare il rispetto per i diritti dell’uomo e le libertà fondamentali [...]”. Corsivo mio.

<sup>17</sup> Sebbene nel *Codice di Norimberga* il termine “dignità” non compaia mai, è da notare l’assoluta perentorietà con cui viene presentato il “consenso informato” quale requisito etico fondamentale per qualunque ricerca sui soggetti umani (cfr. art. 1. “*Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale*”). In molti documenti successivi il consenso informato verrà considerato come il primo portato della nozione di dignità umana, ossia come il primo modo per rispettarla.

ed emendato fino al 2008<sup>18</sup>, ma è rimasto sostanzialmente immutato nel suo impianto fondamentale.

Ai fini della presente ricerca sono interessanti due punti, il n. 6 e il n. 11. Al punto 6 viene enunciato quello che può essere considerato il principio cardine della ricerca biomedica su soggetti umani: “Nella ricerca medica su soggetti umani, il benessere del soggetto individuale della ricerca deve avere la precedenza su tutti gli altri interessi”<sup>19</sup>. Questo punto è fondamentale<sup>20</sup> perché afferma la centralità e il valore di ciascun essere umano, tali che l’obbligo di garantire la sua protezione e la sua integrità deve prevalere su qualunque altra considerazione (fosse anche il legittimo desiderio di far progredire la scienza o il nobile intento di beneficiare il resto della società).

Anche se non viene citata espressamente da questo articolo, la nozione di dignità umana traluce chiaramente in filigrana. La *Dichiarazione di Helsinki* sostiene infatti che esiste qualcosa di più importante della stessa scienza e della società considerata come un tutto: il singolo essere umano, il cui valore deve essere preservato prima di ogni altra considerazione.

Non stupisce pertanto che il punto 11, il primo della sezione intitolata *Principi per tutta la ricerca medica*, inserisca la protezione della dignità dell’essere umano fra i doveri fondamentali di ogni medico che fa ricerca: “È dovere dei medici che partecipano alla ricerca medica proteggere la vita, la salute, la *dignità*, l’integrità, il diritto all’auto-determinazione, la privacy e la confidenzialità della informazioni personali dei soggetti della ricerca”<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA), *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, 1964-2008 (<http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>). Tutte le citazioni saranno dal documento nell’ultima versione, approvata dalla 59esima Assemblea Generale dell’Associazione Medica Mondiale (Seul, ottobre 2008). La traduzione dell’inglese è mia.

<sup>19</sup> *Ivi*, p. 1, punto 6.

<sup>20</sup> Come è dimostrato dal fatto che esso viene ripreso da tutti i documenti successivi che riguardano la ricerca biomedica. Basti qui ricordarne uno dei più recenti, il *Protocollo aggiuntivo alla Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, riguardante la ricerca biomedica* del Consiglio d’Europa (approvato il 25 gennaio 2005), il cui art. 3 recita così:

“Articolo 3 – *Primato dell’essere umano* – Gli interessi e il benessere dell’essere umano che partecipa alla ricerca prevarranno sul solo interesse della scienza e della società”.

<sup>21</sup> Cfr. WMA, *Declaration of Helsinki*, cit., p. 2, punto 11.

La dignità è dunque considerata uno dei vincoli ultimi della ricerca sui soggetti umani; la ricerca stessa non è un assoluto, un fine in sé, ma un mezzo al servizio dell'uomo (il cui rispetto in quanto fine in sé viene presentato come vero e proprio fondamento dell'etica della ricerca).

#### **2.4. La Convenzione di Oviedo del Consiglio d'Europa (1997) e i relativi protocolli aggiuntivi**

L'importanza della *Convenzione di Oviedo*<sup>22</sup> per la bioetica europea e mondiale è difficilmente sopravvalutabile. Essa è infatti il primo strumento intergovernativo *vincolante* che affronta con un approccio onnicomprensivo le questioni poste dalla bioetica<sup>23</sup> ed è stata un punto di riferimento esplicito anche per documenti successivi di portata superiore (ossia non rivolti ai soli stati aderenti al Consiglio d'Europa, ma a tutte le nazioni del mondo) come la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO del 2005.

Non vi può essere dubbio alcuno che la dignità umana costituisca il principio fondamentale della Convenzione, sia perché viene considerata come il valore fondamentale da difendere, sia perché da essa vengono derivati molti altri valori e perché è alla luce della dignità umana che vengono interpretati gli altri principi<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Il titolo completo di questo fondamentale documento del Consiglio d'Europa è: *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina* (per brevità *Convenzione di Oviedo*, dalla cittadina spagnola dove è stata approvata il 4 aprile 1997). Il testo ufficiale in inglese si può trovare all'indirizzo <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>; una buona traduzione italiana (ancorché non ufficiale) si trova all'indirizzo: <http://conventions.coe.int/Treaty/ITA/Treaties/Html/164.htm>.

<sup>23</sup> Per una presentazione generale della Convenzione di Oviedo, della sua genesi e caratteristiche fondamentali, nonché dei relativi protocolli aggiuntivi si veda A. BOMPIANI, *Consiglio d'Europa, diritti umani e biomedicina*, Edizioni Studium, Roma 2009. Per un'analisi più specifica del ruolo della nazione di dignità umana all'interno della Convenzione si veda invece R. ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo* in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 77-94.

<sup>24</sup> Cfr. COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory report to the Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine*, § 9: "The concept of human dignity [...] constitutes the essential value to be upheld. It is at the basis of most of the values emphasised in the Convention". Corsivo mio.

Oltre che nel titolo, nella sua versione estesa<sup>25</sup>, l'espressione "dignità umana" o "dignità dell'essere umano" compare esplicitamente nel documento altre quattro volte, tre nel preambolo e una nell'art. 1<sup>26</sup>, ma è evidente come tale nozione ispiri direttamente o indirettamente anche la maggioranza degli altri articoli<sup>27</sup>.

Fin dal Preambolo, dunque, gli estensori della *Convenzione di Oviedo* dichiarano che la dignità umana è (i) un valore fondamentale che si ritiene necessario rispettare e assicurare, sia per quanto riguarda i singoli individui che per quanto riguarda la specie umana in generale; (ii) che essa può essere messa in pericolo da usi impropri della biologia e della medicina; (iii) che perciò essa è (unitamente ai diritti e alle libertà fondamentali della persona) l'oggetto specifico per cui essi sono decisi ad assumere iniziative di tutela.

Notiamo qui per la prima volta un elemento che assumerà una grande rilevanza in documenti successivi: il fatto che la dignità umana e il rispetto ad essa collegato – che certo

---

Si veda anche il § 7: "[...] The Convention as a whole will thus provide a common framework for the protection of human rights and human dignity [...]".

Il testo completo del *Explanatory Report* si può consultare sul sito internet ufficiale del Consiglio d'Europa all'indirizzo: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>. Tale *Rapporto Esplicativo* (di cui non esiste, a nostra conoscenza, una traduzione italiana integrale) è suddiviso in 176 paragrafi ed è a questi ultimi che si fa riferimento nelle citazioni.

<sup>25</sup> Cfr. *supra*, nota 22.

<sup>26</sup> CONSIGLIO D'EUROPA, *Convenzione di Oviedo*, cit.:

"PREAMBOLO: Gli Stati membri del Consiglio d'Europa [...]

Convinti della necessità di rispettare l'essere umano sia come individuo che nella sua appartenenza alla specie umana e riconoscendo l'importanza di assicurare la sua *dignità*;

Consapevoli delle azioni che potrebbero mettere in pericolo la *dignità umana* da un uso improprio della biologia e della medicina; [...]

Decisi a prendere nel campo della biologia e della medicina le misure proprie a garantire la *dignità dell'essere umano* e i diritti e le libertà fondamentali della persona. [...]

Articolo 1 – Oggetto e finalità – Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua *dignità* e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. Ogni parte prende nel suo diritto interno le misure necessarie per rendere effettive le disposizioni della presente Convenzione". Corsivi miei.

<sup>27</sup> Per una analisi dettagliata di vedano R. ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, cit., pp. 82-89 e ID., *The Oviedo Convention: A European legal Framework at the intersection of human rights and health law*, in "Journal of International Biotechnology Law", 2005, n° 2, p. 133-143.

Ad ulteriore conferma della assoluta centralità della nozione di dignità umana nella Convenzione di Oviedo basti ricordare che nello stesso *Rapporto esplicativo* il termine viene impiegato 13 volte, talora per mostrare come alcuni articoli (ad es. l'art. 21, sul divieto di profitto dalla vendita di parti del corpo umano) costituiscano una applicazione diretta del principio della dignità umana presentato come fondamentale fin dall'art. 1 (Cfr. COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory report to the Convention on human rights and biomedicine*, cit., § 131).

in primo luogo vanno riconosciuti e garantiti ai singoli individui – vengano riferiti anche alla specie umana *tout court*<sup>28</sup>. Questa novità, che risalterà in maniera chiara nei documenti relativi al genoma umano, fa già emergere una prima differenza tra dignità e diritti (una coppia che nei documenti internazionali risulta indissolubile): mentre infatti i diritti possono essere attribuiti e riconosciuti solo agli individui, la dignità viene estesa anche alla specie umana in generale (e pure alle generazioni future).

Tornando alla Convenzione, prendiamo ora in considerazione l'articolo 1, che presenta l'oggetto e la finalità dell'intero documento e proclama con estrema chiarezza che lo scopo della Convenzione è la protezione dell'essere umano nella sua dignità e identità<sup>29</sup>. Innanzitutto è significativo che il *primo* valore che il *primo* articolo dell'intero documento dichiara di voler proteggere sia proprio la dignità<sup>30</sup>, a conferma del fatto che essa è davvero il fondamento su cui è costruito l'intero edificio della Convenzione e il punto di riferimento critico per distinguere fra pratiche accettabili e pratiche inaccettabili<sup>31</sup>; in secondo luogo viene asserito un legame indissolubile tra essere umano e dignità-identità, suggerendo che non si dà vita pienamente umana se non si garantiscono e riconoscono al

---

<sup>28</sup> Cfr. COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory report to the Convention on human rights and biomedicine*, cit., §§ 14-15.

<sup>29</sup> Alcuni commentatori hanno giustamente messo in luce un importante elemento di ambiguità nell'articolo 1, ove compaiono prima il termine "essere umano" e poi il termine "ogni persona", dovuto alla mancanza di accordo sullo statuto dell'embrione (Cfr. R. ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, cit., p. 83: «Poiché tra gli estensori della Convenzione non c'era accordo sullo status legale dell'embrione umano e su quando comincia ad esserci una persona, si è deciso di usare contemporaneamente due diverse espressioni – "ognuno" (in inglese "everyone", in francese "toute personne") ed "essere umano" (in inglese "human being", in francese "être humain") – per riferirsi al "soggetto" della protezione garantita dalla Convenzione, senza specificare se i due concetti sono sinonimi o no. A questo proposito, Johanna Kits Nieuwenkamp, già membro della commissione che ha steso la bozza della Convenzione, ricorda che si decise di "collegare strettamente le nozioni di dignità e identità con il concetto di 'essere umano', il che significa dal suo concepimento, e la nozione di integrità con il concetto di 'ognuno', cioè con il concetto di persone già nate»).

Si vedano a questo proposito anche i §§ 18-19 dell'*Explanatory report to the Convention on human rights and biomedicine*, cit.

<sup>30</sup> E questo si ripeterà coerentemente, come vedremo tra breve, anche nei protocolli aggiuntivi alla *Convenzione di Oviedo* approvati rispettivamente nel 1998 (sul divieto di clonazione umana), nel 2002 (sul trapianto di organi e tessuti di origine umana) e nel 2005 (sulla ricerca biomedica).

<sup>31</sup> La protezione della dignità e dell'identità di ciascun essere umano costituisce infatti l'obiettivo ultimo della Convenzione e il vincolo rispetto al quale ogni pratica deve essere commisurata. La stessa libertà di ricerca scientifica, considerata come un bene prezioso per l'umanità, non è assoluta, ma vincolata al rispetto della dignità e dei diritti fondamentali dell'uomo. Cfr. COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory report to the Convention on human rights and biomedicine*, cit., §§ 95-96.

contempo la dignità e l'identità (genetica e psicologica) di ciascun uomo. Anche il rispetto di integrità, diritti e libertà fondamentali della persona (presentati nella seconda parte dell'articolo come ulteriori scopi del trattato) non sono altro che i modi concreti per realizzare il rispetto del valore (dignità) di ciascuno essere umano che ancora una volta risulta essere il motivo ispiratore ultimo del documento. L'art. 2, intitolato significativamente "Primato dell'essere umano", offre una ulteriore conferma di questa impostazione: "L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza". E tale concetto è ribadito anche al § 22 del *Rapporto esplicativo* alla Convenzione ove si sostiene che è proprio alla luce della primato dell'essere umano che devono essere interpretati tutti gli altri articoli<sup>32</sup>.

Si noti che gli interessi della società e della scienza non sono sminuiti o dichiarati come non importanti, ma solo subordinati al valore dell'essere umano, che si pone così come l'unico vero assoluto da rispettare. Vi sono dei casi in cui gli interessi e i diritti della società possono prevalere su quelli del singolo individuo<sup>33</sup>, ma sono limitati e in ultima analisi giustificati dal fatto che in certe situazioni è necessario limitare gli interessi e i diritti del singolo per difendere e garantire quelli di altri singoli. Ad ogni modo queste stesse limitazioni non possono *mai* comportare una violazione della dignità umana: i diritti e le libertà possono essere limitati in alcuni casi eccezionali, la dignità no.

Un'ulteriore conferma del ruolo essenziale che tale nozione svolge all'interno della *Convenzione di Oviedo* viene dai protocolli aggiuntivi alla Convenzione stessa, *in primis* da quello del gennaio 1998 dedicato alla proibizione della clonazione umana. In questo breve documento<sup>34</sup> la nozione di dignità umana è impiegata solo due volte<sup>35</sup>, ma in uno dei due

---

<sup>32</sup> *Ivi*, § 22: "The whole Convention, the aim of which is to protect human rights and dignity, is inspired by the principle of the primacy of the human being, and all its articles must be interpreted in this light".

<sup>33</sup> Cfr. ad esempio, l'art. 26 della *Convenzione di Oviedo*, ove vengono presentati i casi in cui si possono dare delle eccezioni a quanto previsto dagli articoli del trattato e i casi in cui non si può mai dare alcuna eccezione o deroga dai principi enunciati.

<sup>34</sup> Che venne fatto predisporre con urgenza dal Consiglio d'Europa non appena si diffuse la notizia (22 febbraio 1997) della clonazione della pecora Dolly.

<sup>35</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, on the prohibition of cloning human beings* (Paris,



casi essa costituisce il nerbo dell'argomentazione (invero solo abbozzata) che porta il Consiglio d'Europa ad un bando totale della clonazione umana. Infatti essa viene citata, oltre che nel passo in cui si richiama l'articolo 1 della *Convenzione di Oviedo* e il suo obiettivo ultimo di tutelare dignità e identità di tutti gli esseri umani, anche nel seguente passaggio del preambolo (che costituisce l'unico argomento prodotto dal documento contro la clonazione): "Considerando tuttavia che la *strumentalizzazione* degli esseri umani per mezzo della *deliberata* creazione di esseri umani geneticamente identici è *contraria alla dignità umana* e perciò costituisce un uso scorretto della biologia e della medicina"<sup>36</sup>.

Proviamo ad esplicitare il ragionamento, di sapore kantiano, che il Consiglio d'Europa sembra far intravedere in queste righe: (i) ciascun essere umano<sup>37</sup> è un fine in sé, ha un valore intrinseco e non può essere ridotto a semplice mezzo; (ii) la deliberata creazione di esseri umani geneticamente identici (clonazione) si configura come una strumentalizzazione degli stessi; (iii) la clonazione è pertanto contraria alla dignità umana, ossia al valore inerente di ogni essere umano, e deve pertanto essere bandita.

Il riconoscimento e la difesa della dignità umana appaiono dunque la ragione ultima (e unica) del rigetto della clonazione umana da parte del Consiglio d'Europa, anche se il ragionamento offerto risulta – per lo meno nel testo del documento – non adeguatamente sviluppato. Un po' più articolata (anche se in modo non ancora soddisfacente) è invece l'argomentazione nel relativo *Explanatory report*, ove al § 3<sup>38</sup>, si adducono i seguenti tre

---

12.01.1998). Il testo integrale si può trovare al seguente indirizzo internet: <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/168.htm>.

Di seguito riportiamo solo i due passaggi del Preambolo ove viene citata la dignità umana:

"Considering however that the *instrumentalisation* of human beings through the deliberate creation of genetically identical human beings is contrary to *human dignity* and thus constitutes a misuse of biology and medicine [...]

Considering the purpose of the Convention on Human Rights and Biomedicine, in particular the principle mentioned in Article 1 aiming to protect the *dignity* and identity of all human beings [...]" (corsivi miei).

<sup>36</sup> Traduzione e corsivi miei.

<sup>37</sup> È evidente che in questo caso con il termine generale "essere umano" (*human being*) ci si riferisca anche all'embrione.

<sup>38</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory Report to the Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine on the Prohibition of Cloning Human Beings*, § 3 (per il testo completo si consulti il seguente indirizzo web: <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/Html/168.htm>):

"Deliberately cloning humans is a *threat to human identity*, as it would give up the indispensable protection against the predetermination of the human genetic constitution by a third party. Further ethical reasoning

argomenti contro la clonazione: (i) essa è una minaccia all'identità umana perché consente di predeterminare il patrimonio genetico di un essere umano da parte di terzi; (ii) è una minaccia alla dignità umana perché comporta la strumentalizzazione di un altro essere umano; (iii) anche se in futuro si desse una situazione in cui la clonazione non si configurasse più come strumentalizzazione di un altro essere umano, essa dovrebbe comunque essere respinta perché la ricombinazione genetica casuale che avviene in natura appare una garante migliore della libertà che una deliberata predeterminazione genetica da parte di altri.

Nonostante l'*Explanatory Report* sviluppi un po' più ampiamente l'argomentazione, essa non risulta ancora sufficientemente articolata e convincente, mancando tutta una serie di passaggi che conducano in maniera stringente alla conclusione (ossia che la clonazione va bandita in quanto essa violerebbe la dignità umana). Si palesa così uno dei limiti che si incontrano spesso (nei documenti internazionali e non solo) quando la nozione di dignità umana è impiegata in funzione normativa. In effetti, come ha sottolineato M. Reichlin<sup>39</sup>, sostenere che la clonazione viola la dignità umana dà solamente voce ad una intuizione contraria a tale pratica, ma non produce ancora un argomento conclusivo che ne mostri l'immoralità, ossia non spiega in maniera puntuale in che cosa consisterebbe la violazione della dignità umana. Perché l'argomentazione risultasse davvero persuasiva sarebbe necessario esplicitare perlomeno perché la clonazione costituirebbe un caso di strumentalizzazione dell'essere umano, in che modo la dignità si colleghi necessariamente all'identità e all'unicità di ciascun individuo e come mai essa verrebbe violata dalla deliberata creazione di esseri umani (mentre ciò non avverrebbe nel caso – che talora si

---

for a prohibition to clone human beings is *based first and foremost on human dignity* which is endangered by *instrumentalisation* through artificial human cloning. Even if in the future, in theory, a situation could be conceived, which might seem to exclude the instrumentalisation of artificially cloned human offspring, this is not considered a sufficient ethical justification for the cloning of human beings. As *naturally occurring genetic recombination is likely to create more freedom* for the human being than a predetermined genetic make up, it is in the interest of all persons to keep the essentially random nature of the composition of their own genes". Corsivi miei.

<sup>39</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 159-160.

verifica spontaneamente in natura – della divisione dell’embrione che dà origine a due gemelli geneticamente identici).

Questo vale anche per tutti gli altri casi in cui si utilizza la nozione di dignità umana all’interno di un ragionamento etico; infatti “perché vi sia un’effettiva argomentazione, occorre mostrare, attraverso idee o principi intermedi, che quelle pratiche costituiscono forme di quella strumentalizzazione e violazione dei diritti fondamentali da cui il teorema della dignità umana mira a preservarci”<sup>40</sup>.

Ci occuperemo alla fine di questo capitolo dei possibili motivi per cui nei documenti internazionali principi e valori vengono esposti senza una esplicita giustificazione; invece il problema delle necessarie mediazioni per mettere in atto un utilizzo “accorto” della nozione di dignità umana sarà oggetto specifico dell’ultimo capitolo (il quarto); per ora ritorniamo all’analisi dei documenti e in particolare agli ultimi due protocolli aggiuntivi alla *Convenzione di Oviedo*: quello sui trapianti di organi e tessuti di origine umana (2002)<sup>41</sup> e quello sulla ricerca biomedica (2005)<sup>42</sup>.

In entrambi si richiama ovviamente l’art. 1 della Convenzione “madre” e l’obiettivo fondamentale di proteggere dignità e identità dell’essere umano (unitamente a integrità, diritti e libertà fondamentali) anche nei settori dei trapianti e della ricerca biomedica, nei quali tutti questi valori possono essere messi in pericolo da un impiego abusivo ed errato della biologia e della medicina.

L’elemento di novità del documento sui trapianti è costituito dall’enfasi sul rispetto dell’integrità del corpo, considerato come la prima e basilare forma di rispetto della dignità umana. Ciò appare chiaramente all’articolo 18, ove si sostiene che “durante il trapianto il corpo umano deve essere trattato con rispetto e deve essere presa ogni ragionevole misura per ricomporre l’aspetto della salma”. Il documento suggerisce quindi

---

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning transplantation of organs and tissues of human origin* (Strasbourg, 24.01.2002). Il testo integrale si può trovare al seguente indirizzo: <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/186.htm>.

<sup>42</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning biomedical research* (Strasbourg, 25.01.2005). Il testo integrale si può consultare all’indirizzo: <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/195.htm>.

che (i) la dignità dell'essere umano permane e va rispettata anche nel caso di esseri umani in stato di morte cerebrale (quelli da cui vengono prelevati gli organi); (ii) che tale rispetto si traduce, in questo caso specifico, nella ragionevole tutela dell'integrità corporea; e infine (iii) che un profondo rispetto deve essere garantito anche ai cadaveri<sup>43</sup>, su cui si proietta la dignità che si riconosceva alla persona quand'era in vita. È sempre per rispetto della dignità umana, infine, che l'art. 21 ribadisce la proibizione di ottenere profitto dalla vendita di parti o tessuti del corpo umano<sup>44</sup>, per evitare la reificazione di quest'ultimo, ossia per scongiurare che possa venir meno la percezione della differenza tra cose (che hanno un prezzo e possono perciò esser vendute) e persone (che hanno dignità, ossia sono al di là di ogni prezzo).

Il protocollo aggiuntivo sulla ricerca biomedica, oltre a riaffermare come principio guida il primato dell'essere umano (art. 3), introduce all'art. 9 la necessità di un esame indipendente dei protocolli di ricerca da parte di un comitato etico. Ebbene, "l'obiettivo dell'esame multidisciplinare dell'accettabilità etica di un progetto di ricerca deve essere quello di proteggere la *dignità*, i diritti, la sicurezza e il benessere dei partecipanti alla ricerca"<sup>45</sup>.

Ancora una volta la dignità<sup>46</sup> viene posta come primo bene da tutelare, ma l'elemento di novità introdotto da questo articolo è che essa viene indicata come uno tra i punti di

---

<sup>43</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Explanatory report to the Convention for the protection of human rights and dignity of the human being concerning transplantation of organs and tissues of human origin*, § 104: "A dead body is not legally regarded as a person, but nonetheless should be treated with respect. This article accordingly provides that during removal the human body must be treated with respect and after removal the body should be restored as far as possible to its original appearance".

<sup>44</sup> Ciò non vale invece per i tessuti di scarto come, ad esempio, unghie e capelli. Cfr. *ivi*, § 118: "This article refers solely to organs and tissues covered by the Protocol. The provision does not refer to such products as hair and nails for example, which are discarded tissues, and the sale of which is not an affront to human dignity".

<sup>45</sup> COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning biomedical research*, cit., art. 9. Traduzione e corsivo miei.

<sup>46</sup> Si noti però che in questo caso non si usa l'espressione "dignità umana", ma solo il termine "dignità". Come vedremo nel capitolo terzo tali due nozioni non sono perfettamente sovrapponibili, in quanto contengono sfumature di significato diverse. Anche da questo documento emerge perciò la necessità di un lavoro di chiarificazione concettuale, indispensabile ai fini della definizione delle implicazioni etico-normative ricavabili dalla nostra nozione.

riferimento dell'attività dei Comitati etici per la sperimentazione<sup>47</sup>. Questo fatto pone dunque il problema di come rendere operativo tale concetto, ossia il problema dell'individuazione dei modi e degli strumenti per far sì che la dignità non resti un mero enunciato, ma divenga un elemento concretamente spendibile nella giustificazione del giudizio etico da parte dei comitati.

## 2.5. La Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani dell'UNESCO (1997)

La *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* dell'UNESCO<sup>48</sup> è forse il documento internazionale in cui la nozione di dignità umana è citata più volte (ben 15). Essa compare a più riprese sia nel preambolo (ove figura fra le premesse condivise dai paesi aderenti all'UNESCO in quanto più volte riaffermata in altri documenti internazionali), sia in 8 dei 25 articoli di cui si compone il testo, e vi gioca un ruolo evidentemente centrale<sup>49</sup>.

Molto netta è l'accezione in cui è utilizzata nel preambolo la nozione di dignità: essa è intesa come alcunché di *intrinseco*<sup>50</sup> e uguali e inalienabili vengono dichiarati i diritti ad

---

<sup>47</sup> Lo diverrà pure per i Comitati etici per la pratica clinica, come risulterà evidente più sotto (cfr. *infra* al § 2.9).

<sup>48</sup> UNESCO, *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, 11 novembre 1997; il testo completo si può trovare sul sito internet dell'UNESCO: [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=13177&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html). La traduzione italiana utilizzata (UNESCO, *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani*) è quella offerta dal "Centro interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli" dell'Università di Padova all'indirizzo: [http://www.centrodiritiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/25001it.pdf](http://www.centrodiritiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/25001it.pdf).

<sup>49</sup> Uno studio sul ruolo centrale della nozione di dignità umana in questo documento è stato condotto da R. Andorno (cfr. R. ANDORNO, *Human Dignity and the UNESCO Declaration on the Human Genome*, pubblicato on line nel 2003 all'indirizzo <http://www.ccels.cardiff.ac.uk/archives/publications/2003/andornopaper.pdf> e ulteriormente rielaborato in J. Gunning, S. Holm (eds.), *Ethics, Law and Society*, Ashgate Publishing, Aldershot 2005, pp. 73-94), che fra le altre cose evidenzia le due dimensioni della dignità umana che emergono dal testo: la dignità come valore intrinseco di ciascun essere umano e la dignità come valore dell'umanità in generale.

<sup>50</sup> Cfr. UNESCO, *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani*, cit., Preambolo, quarto capoverso:

essa collegati. Come abbiamo già visto in altri documenti internazionali, di tale affermazione non viene data alcuna giustificazione; essa viene dunque considerata come una premessa di fatto condivisa, o perché immediatamente nota (un po' come la distinzione kantiana tra persone e cose) o perché costituisce il presupposto necessario e irrinunciabile all'organizzazione delle società democratiche (una sorta di trascendentale politico, ossia una condizione senza la quale non si può dare una società democratica, alla stregua di libertà e uguaglianza). Ad ogni modo, che questo sia il significato in cui è assunta l'espressione "dignità umana" in questo documento è confermato dal primo articolo: "Il genoma umano sottende l'unità fondamentale di tutti i membri della famiglia umana, come pure il riconoscimento della loro *intrinseca dignità* e della loro diversità. In senso simbolico, esso è patrimonio dell'umanità"<sup>51</sup>.

Significativa è l'affermazione secondo cui il genoma umano costituisce (i) il fondamento dell'unità e quindi dell'uguaglianza degli uomini fra loro; (ii) la base per il riconoscimento della dignità intrinseca; (iii) la condizione necessaria per il darsi della diversità e unicità di ciascun uomo rispetto agli altri, in quanto esse possono realizzarsi solo in virtù di quel genoma che consente da un lato di definirci tutti umani e che permette dall'altro a ciascun essere umano di plasmare la sua vita con margini di libertà e creatività sconosciuti ad altre specie e icasticamente tratteggiate da Pico della Mirandola nel suo celebre *De hominis dignitate*<sup>52</sup>. Per tale motivo il genoma può essere detto – simbolicamente – patrimonio

---

"Tenendo altresì presente la Convenzione delle Nazioni Unite sulla diversità biologica del 5 giugno 1992 e sottolineando a questo riguardo che il riconoscimento della diversità genetica dell'umanità non deve dar luogo ad alcuna interpretazione di ordine sociale o politico tale da rimettere in causa la *dignità inerente* a tutti i membri della famiglia umana e dei loro *diritti uguali ed inalienabili*, conformemente al Preambolo della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo". Corsivi miei.

<sup>51</sup> *Ivi*, art. 1 (corsivo mio). Da notare che l'intero capo I (che comprende gli artt. 1-4) è intitolato "La dignità umana e il genoma umano".

A ulteriore conferma si veda pure l'articolo 6, ove si dice che la dignità è qualcosa che si riconosce ai singoli, non si attribuisce. Cfr. *Ivi*, art. 6: "Nessuno deve essere oggetto di discriminazione basate sulle proprie caratteristiche genetiche, che abbiano per oggetto o per effetto quello di ledere i diritti individuali, le libertà fondamentali ed il *riconoscimento* della propria *dignità*". Corsivi miei.

<sup>52</sup> Si ricordino, ad esempio, le celeberrime parole che egli immagina sulle labbra di Dio nelle prime pagine del suo capolavoro:

"Perciò accolse l'uomo come opera di natura indefinita e postolo nel cuore del mondo così gli parlò: «Non ti ho dato, o Adamo, né un posto determinato, né un aspetto proprio, né alcuna prerogativa tua, perché quel posto, quell'aspetto quelle prerogative che tu desidererai, tutto secondo il tuo voto e il tuo consiglio ottenga

dell'umanità (e con ciò sottratto alla possibilità di manipolazione o impossessamento da parte di singoli, enti o stati): esso infatti è la condizione materiale del darsi dell'uomo e del dispiegarsi di tutte quelle attività (fisiche, mentali, spirituali) cui gli uomini attribuiscono valore e che giustificano l'affermazione che l'uomo possiede un valore/dignità particolare. Benché l'uomo non possa essere ridotto al suo genoma<sup>53</sup>, la difesa di quest'ultimo da possibili abusi costituisce la *condicio sine qua non* per garantire i diritti e le libertà degli individui o di gruppi di individui.

Anche nel caso del genoma<sup>54</sup> la dignità diviene pertanto il fattore discriminante per valutare quali ricerche (e quali conseguenti applicazioni) siano accettabili<sup>55</sup>; in particolare

---

e conservi. La natura limitata degli altri è contenuta entro leggi da me prescritte. Tu, non costretto da nessuna barriera, la determinerai secondo il tuo arbitrio, alla cui potestà ti consegnai. Ti posi nel mezzo del mondo perché di là meglio tu scorgessi tutto ciò che è nel mondo. Non ti ho fatto né celeste né terreno, né mortale né immortale, *perché di te stesso quasi libero e sovrano artefice ti plasmassi e ti scolpissi nella forma che avresti prescelto*. Tu potrai degenerare nelle cose inferiori, che sono i bruti; tu potrai, secondo il tuo volere, rigenerarti nelle cose superiori che sono divine». [...] Chi non ammirerà questo nostro camaleonte? O piuttosto chi ammirerà altra cosa di più?" (P. DELLA MIRANDOLA, *Discorso sulla dignità dell'uomo*, a cura di Tognon G., prefazione di Garin E., La Scuola, Brescia 1987, pp. 5-7. Corsivo mio).

<sup>53</sup> Cfr. UNESCO, *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani*, cit., art. 2:

" a) Ogni individuo ha diritto al rispetto della propria dignità e dei propri diritti, qualunque siano le sue caratteristiche genetiche. b) Questa dignità impone di *non ridurre gli individui alle loro caratteristiche genetiche* e di rispettare il carattere unico di ciascuno e la sua diversità". Corsivo mio.

<sup>54</sup> È forse utile richiamare in questo momento le acute osservazioni di Franco Volpi sul significativo cambiamento che è possibile rilevare nei documenti dell'ONU (e degli organismi ad essa collegati) a partire dagli anni l'80, quando è stato intrapreso lo sforzo di allargare le tutele fornite dai diritti umani anche al di là degli individui e per proteggere da minacce che non vengono dall'ambito del potere politico:

"In documenti più recenti sono presi di mira diritti ancor più generali, quali la garanzia della pace, il controllo e l'allocatione delle risorse del pianeta, la protezione dell'ambiente, la garanzia di vita per le generazioni future, ecc. È chiaro che il soggetto dei diritti considerato in tali dichiarazioni non è più tanto la persona umana nella sua individualità, bensì l'umanità nel suo insieme, il genere umano, e con esso la cultura e la natura che ne costituiscono le condizioni di vita. È qui che nasce un'attenzione specifica per il problema della scienza e della tecnica, come si vede ad esempio nella *Dichiarazione sui diritti umani e lo sviluppo scientifico e tecnologico* (ONU, 1982).

Si nota a questo punto un significativo mutamento di accento. Anche qui, naturalmente, si tratta di proteggere la dignità della persona umana, ma *le minacce a tale dignità non provengono più dal potere politico, bensì dallo sviluppo scientifico e tecnologico, in particolare dallo sviluppo delle tecniche biomediche e dell'ingegneria genetica*. Nei documenti riguardanti quest'ultimo settore della ricerca scientifica *ciò che si intende proteggere*, e che figura quindi come soggetto di diritti, non è più nemmeno la persona umana in quanto tale, bensì *quelle che potremo chiamare «entità umane»*: l'embrione, il genoma o addirittura le generazioni future". F. VOLPI, *Nichilismo della tecnica e responsabilità etico-politica*, in M. Bresciani Califano (a cura di), *L'uomo e le macchine*, Olschki, Firenze 2002, pp. 113-121 (qui a p. 119. Corsivo mio).

<sup>55</sup> *Ivi*, Preambolo, sesto capoverso:

"Riconoscendo che le ricerche sul genoma umano e le loro applicazioni aprono immense prospettive di miglioramento della salute degli individui e dell'umanità tutta, ma sottolineando che esse *devono allo stesso*

l'argomento della dignità è utilizzato esplicitamente all'art. 11 per proibire la clonazione ("Pratiche contrarie alla *dignità umana*, come la clonazione a scopo di riproduzione di esseri umani, non devono essere permesse [...]") anche se, pure in questo caso, non è adeguatamente sviluppata l'argomentazione al fine di mostrare in maniera puntuale in che modo la clonazione riproduttiva violi la dignità umana.

Alcuni interessanti elementi di novità emergono poi dagli artt. 12 e 15. L'art. 12 sostiene che le scoperte e i progressi della ricerca sul genoma umano devono essere messi a disposizione di tutti e che l'obiettivo ultimo delle applicazioni di tali ricerche deve essere il sollievo dal dolore e il miglioramento della salute dei singoli e dell'umanità nel suo complesso. Pertanto libertà di ricerca e libero accesso ai risultati della stessa devono essere garantiti (certo sempre con il vincolo del rispetto della dignità umana e dei diritti umani). Appaiono chiari in questo articolo da un lato il motivo ispiratore fondamentale del testo (la primazia dell'essere umano), e dall'altro la consapevolezza dell'*ambiguità* della ricerca e del progresso tecnologico, che se per un verso possono portare enormi benefici e sono espressione della grandezza e dignità stesse dell'uomo, per un altro sono esposti alla possibilità di gravissimi abusi (e in ultima analisi di essere utilizzati contro l'uomo stesso). Questa lettura è confermata dall'art. 15, che si occupa delle misure appropriate che gli stati dovrebbero prendere per definire il quadro entro cui attuare il libero esercizio della ricerca sul genoma umano; ebbene, fra gli elementi di cui gli stati devono necessariamente garantire il rispetto – oltre ai già più volte citati diritti dell'uomo, libertà fondamentali e dignità umana – compare anche la salute pubblica; inoltre si menziona esplicitamente il fatto che i risultati di tali ricerche devono essere impegnati solo per usi pacifici<sup>56</sup>. È chiaro

---

*tempo rispettare pienamente la dignità, la libertà ed i diritti dell'uomo, come pure il divieto di ogni forma di discriminazione fondata sulle caratteristiche genetiche".*

Molto netto a questo proposito è pure l'art. 10: "Nessuna ricerca concernente il genoma umano né le sue applicazioni, in particolare nei campi della biologia, della genetica e della medicina, dovrebbe prevalere sul rispetto dei diritti dell'uomo, delle libertà fondamentali e della *dignità umana* degli individui o, all'occorrenza, dei gruppi di individui" (corsivi miei).

<sup>56</sup> Cfr. *ivi*, art. 15:

"Gli Stati dovrebbero adottare le misure appropriate per determinare il quadro del libero esercizio delle attività di ricerca sul genoma umano nel rispetto dei principi previsti dalla presente Dichiarazione, al fine di garantire il rispetto dei diritti dell'uomo, delle libertà fondamentali e della *dignità umana* e la protezione della



pertanto che gli estensori e i firmatari della *Dichiarazione* non solo intravedono la possibilità di un uso dannoso delle scoperte sul genoma, ma ritengono che esse – dato che riguardano il fondamento biologico stesso della specie umana nel suo complesso e della vita dei singoli – possano, se non adeguatamente monitorate, provocare danni gravissimi per la salute pubblica e costituire una minaccia per la stessa pace. Pertanto, poiché nelle ricerche sul genoma umano è in gioco non solo il rispetto e il destino dei singoli ma quello dell'intera umanità, esse devono essere accuratamente vagliate e controllate. Da qui, a scopo evidentemente precauzionale, l'ingiunzione agli stati firmatari a vigilare su tali ricerche e l'invito, rivolto al Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO, ad avviare ampie consultazioni e a fornire raccomandazioni e pareri sulle pratiche che potrebbero essere contrarie alla dignità umana<sup>57</sup>.

## **2.6. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000)**

L'enfasi sulla dignità umana, che caratterizza tutti i più importanti documenti internazionali sulla bioetica fin qui analizzati, è connaturata alla tradizione europea e trova la sua massima espressione nel fondamentale documento approvato nel 2000 dall'UE: la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*<sup>58</sup> che diventerà il preambolo della Costituzione dell'Unione stessa. Pur non occupandosi specificamente di bioetica essa è fondamentale perché definisce il quadro dei valori e dei diritti che regolano la vita

---

*salute pubblica. Dovrebbero altresì assicurarsi che i risultati di tali ricerche non servano a fini non pacifici".* Corsivi miei.

<sup>57</sup> Cfr. *ivi*, art. 24:

"Il Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO dovrebbe contribuire alla diffusione dei principi enunciati nella presente Dichiarazione e all'approfondimento delle questioni poste dalla loro applicazione e dall'evoluzione delle tecniche in causa. Dovrebbe organizzare ogni consultazione utile con le parti interessate come i gruppi vulnerabili. Seguendo le procedure statutarie dell'UNESCO, dovrebbe formulare raccomandazioni indirizzate alla Conferenza Generale e pareri riguardanti il successivo controllo dell'applicazione della Dichiarazione, in particolare per quanto riguarda l'identificazione delle pratiche che potrebbero essere contrarie alla dignità umana, come gli interventi sulle cellule germinali".

<sup>58</sup> Il testo integrale di questo documento (proclamato solennemente da Parlamento, Consiglio e Commissione europei a Nizza il 7 dicembre 2000) si può trovare sul sito web ufficiale dell'Unione Europea all'indirizzo: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf). La traduzione italiana ufficiale si trova all'indirizzo: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf). In entrambi i casi è riprodotto il testo della Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee.

dell'Unione e quindi anche tutte le attività collegate alla biologia e alla medicina (cui è dedicato espressamente l'art. 3).

Sia nel Preambolo, sia nel testo della *Carta*, alla dignità umana viene riservato il ruolo fondamentale: essa è il primo valore ad essere citato e ad essa è intitolato il Capo I del documento. Dopo aver manifestato l'intenzione di creare un'unione sempre più stretta fra i popoli europei, i paesi firmatari dichiarano nel Preambolo di voler costruire un futuro di pace sulla base di valori comuni. Tali valori vengono esemplarmente espressi nel secondo capoverso: "Consapevole del suo patrimonio spirituale e morale, l'Unione si fonda sui valori indivisibili e universali di *dignità umana*, di libertà, di uguaglianza e di solidarietà; l'Unione si basa sui principi di democrazia e dello stato di diritto. Essa pone la *persona al centro* della sua azione istituendo la cittadinanza dell'Unione e creando uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia"<sup>59</sup>.

Analizziamo più da vicino i passaggi che sono più rilevanti ai fini di questo studio: (i) innanzitutto si premette che i valori proclamati nella *Carta* sono il retaggio della tradizione spirituale e morale dell'Europa e costituiscono una ricchezza da valorizzare e da cui si ritiene necessario prendere le mosse; (ii) in secondo luogo si sostiene che la dignità umana<sup>60</sup> è un valore *indivisibile*<sup>61</sup>, ossia non separabile da tutti gli altri valori (libertà, uguaglianza e solidarietà) e diritti (civili, politici e sociali) cui è inestricabilmente collegata; (iii) quindi si afferma che essa è *universale*, ossia un valore che vale per tutti gli uomini e per tutte le nazioni<sup>62</sup> (ancora una volta dobbiamo osservare che di tale affermazione così

---

<sup>59</sup> UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Preambolo, 2° capoverso (corsivi miei).

<sup>60</sup> Insieme a libertà, uguaglianza e solidarietà.

<sup>61</sup> Fra i numerosi articoli di commento alla Carta di Nizza ve n'è uno che proprio dall'aggettivo "indivisibile" trae spunto e ispirazione e a cui pertanto rimando: C. VIAFORA, *Indivisibile dignità. Un'analisi delle implicanze bioetiche della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, in "La Società", 5, 2002, pp. 641-651 (dell'articolo esiste pure una traduzione tedesca: ID., *Unteilbare Würde. Eine Analyse der bioethischen Verflechtungen der Charta der grundsätzlichen Rechte der Europäischen Union*, in "Medizin und Ideologie" 24/3 (2002), pp. 8-12").

<sup>62</sup> Da rilevare però che subito dopo il documento precisa che "l'Unione contribuisce alla salvaguardia e allo sviluppo di questi valori comuni nel rispetto della diversità delle culture e delle tradizioni dei popoli dell'Europa, nonché dell'identità nazionale degli Stati membri e dell'ordinamento dei loro pubblici poteri a livello nazionale, regionale e locale" (UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Preambolo, 3° capoverso). All'affermazione dell'universalità di tali valori si accompagna dunque la consapevolezza che

impegnativa non viene data alcuna giustificazione; sembra dunque assunta come un principio autoevidente); (iv) infine si proclama come principio ispiratore di tutto il documento la centralità della persona (la quale assume quindi – come abbiamo già visto<sup>63</sup> – la priorità su qualsiasi altra considerazione) e questa non è certamente una novità, ma pone la *Carta* nell'alveo di una tradizione che possiamo far risalire addirittura al *Digesto*<sup>64</sup> di Giustiniano il cui aforisma 1.5.2 recita: “*Hominum causa omne ius constitutum est*”.

La fondamentale importanza della nozione di dignità umana si palesa in tutta la sua forza al *capo I*, che è intitolato “Dignità” e che raccoglie sotto di sé cinque articoli<sup>65</sup> e in particolare l'articolo che ha più diretta pertinenza con la bioetica (l'art. 3). Esplicito l'art. 1, intitolato proprio “Dignità umana”, che recita così: “La *dignità umana* è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata”<sup>66</sup>. Come esplicitato dal *Testo delle spiegazioni relative al testo completo della Carta* (emesso un paio di mesi prima della sua proclamazione), la dignità è considerata la base stessa dei diritti fondamentali e costituisce un vincolo per gli altri diritti, che in nessun caso possono venir usati per recar danno alla dignità altrui. Di più, si sostiene che “la dignità umana fa parte della sostanza stessa dei diritti sanciti nella *Carta*”<sup>67</sup>.

Colpisce non solo che alla dignità umana venga riservato il primo articolo, ma ancor più che essa venga anteposta addirittura alla vita (il cui diritto viene proclamato all'art. 2); rivestendo tale ruolo fondamentale non può stupire che essa sia dichiarata “inviolabile”, non tanto di fatto (visto che spesso la realtà lo smentisce drammaticamente), quanto come

---

essi vengono “declinati” in modi diversi (ma certo non contraddittori) a seconda delle culture e delle tradizioni.

<sup>63</sup> Cfr. *supra*, il punto 2.3 relativo alla *Dichiarazione di Helsinki* e il punto 2.4, in particolare la sezione relativa al *Protocollo aggiuntivo alla Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, riguardante la ricerca biomedica*.

<sup>64</sup> Proclamato, come noto, dall'imperatore Giustiniano nel 533 d.C..

<sup>65</sup> UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, capo I – DIGNITÀ – art. 1: Dignità umana; art. 2: Diritto alla vita; art. 3: Diritto all'integrità della persona; art. 4: Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti; art. 5: Proibizione della schiavitù e del lavoro forzato.

<sup>66</sup> *Ivi*, art. 1 (corsivo mio).

<sup>67</sup> Cfr. UE, *Progetto di Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, 11 ottobre 2000, Spiegazione dell'art. 1. Il testo in lingua inglese di questa spiegazione della *Carta* (che certo non ha valore giuridico, ma è preziosa per la sua comprensione) si trova sul sito web ufficiale dell'Unione Europea all'indirizzo: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473_en.pdf). La traduzione italiana si trova invece all'indirizzo: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473\\_it.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/04473_it.pdf).

esigenza etica fondamentale, dal momento che una violazione della dignità umana costituisce una sorta di negazione dell'uomo stesso (e in effetti la sua violazione, nei casi più efferati, si potrebbe forse configurare come peggiore della privazione della vita stessa<sup>68</sup>).

L'art. 3 della *Carta* è, come si accennava poco sopra, quello che riguarda più direttamente la bioetica; ciò su cui è necessario soffermare l'attenzione non è tanto il contenuto<sup>69</sup> (in quanto esso riprende le disposizioni della *Convenzione di Oviedo* e dei relativi Protocolli aggiuntivi<sup>70</sup>), quanto il fatto che esso venga collocato sotto il capo "Dignità". Tutte le disposizioni in esso contenute sono dunque considerate come una diretta espressione del rispetto per la dignità umana e fra queste figurano, significativamente, il diritto all'integrità fisica e psichica, il consenso informato, il divieto di pratiche eugenetiche, il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti una fonte di lucro e il divieto della clonazione riproduttiva.

La *Carta di Nizza*, dunque, non solo ribadisce quella cruciale funzione svolta dalla dignità umana che abbiamo verificato essere una costante dei documenti internazionali a partire dalla *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'Onu, ma ne offre la valorizzazione massima, poiché essa viene presentata come vera e propria pietra angolare su cui è fondata l'Unione e di conseguenza la stessa bioetica europea.

---

<sup>68</sup> Come è dimostrato dal fatto che in alcune circostanze si preferisce sacrificare la propria vita (o metterla a serio rischio) pur di difendere la propria dignità.

<sup>69</sup> UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Articolo 3 – *Diritto all'integrità della persona*:

"1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.

2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:

- il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;
- il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;
- il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro;
- il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani".

<sup>70</sup> Cfr. UE, *Progetto di Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Spiegazione dell'art. 3, § 1.

## 2.7. La Dichiarazione universale sulla diversità culturale dell'UNESCO (2001)

Il primo elemento che colpisce della *Dichiarazione universale sulla diversità culturale* dell'UNESCO<sup>71</sup> è la data di adozione: il 2 novembre 2001, ossia meno di due mesi dopo l'attacco alle torri gemelle. In quel clima di drammatica tensione internazionale, la Conferenza Generale dell'UNESCO riaffermò coraggiosamente (all'unanimità) la convinzione che il rispetto delle diversità culturali e la difesa del dialogo interculturale sono il modo migliore di difendere e garantire la pace.

Che ruolo vi gioca la dignità umana? Ancora una volta un ruolo fondamentale, in quanto essa è indicata ad un tempo come giustificazione del rispetto delle diversità culturali e, sia pure indirettamente, come vincolo per le stesse. L'articolo chiave in questo senso è l'art. 4 (di cui ci occuperemo fra breve), ma già al secondo capoverso del Preambolo<sup>72</sup> il documento, ricordando la stessa Costituzione dell'UNESCO, ribadisce come per la realizzazione della dignità umana è indispensabile la diffusione della cultura e che pertanto tutte le nazioni hanno il dovere di garantirla. La convinzione che la cultura e l'educazione siano essenziali per un autentico rispetto della dignità umana fa dunque da quadro a questo documento che si occupa in particolare della tutela delle diversità culturali.

Come abbiamo rilevato dall'analisi di altri documenti, l'idea chiave da cui muovono le dichiarazioni universali è che il modo fondamentale di promuovere la dignità umana è quello di rispettare i diritti umani, intesi come prime determinazioni di ciò che il rispetto di ciascun essere umano e del suo valore intrinseco esige. Pertanto, proprio nel momento in cui si afferma la necessità di tutelare la diversità culturale e si indicano i diritti umani come sua garanzia fondamentale, viene ribadito che tali diritti costituiscono al contempo

---

<sup>71</sup> UNESCO, *Universal Declaration on Cultural Diversity*. Il testo ufficiale in lingua inglese si può trovare sul sito internet dell'UNESCO all'indirizzo: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160m.pdf> (alle pp. 10-16). La traduzione italiana ufficiale cui si fa riferimento (UNESCO, *Dichiarazione universale sulla diversità culturale*) si trova invece all'indirizzo [www.unesco.it/documenti/documenti/testi/dich\\_diversita.doc](http://www.unesco.it/documenti/documenti/testi/dich_diversita.doc).

<sup>72</sup> UNESCO, *Dichiarazione universale sulla diversità culturale*, cit.

PREAMBOLO, *capoverso secondo*: "Ricordando che il preambolo della costituzione dell'UNESCO afferma che "l'ampia diffusione della cultura e l'educazione degli uomini alla giustizia e alla pace sono indispensabili alla *dignità dell'uomo* e costituiscono un dovere primario che tutte le nazioni sono tenute a rispettare in uno spirito di mutua assistenza e interesse". Corsivo mio.

un vincolo per la stessa diversità culturale, ossia che quest'ultima non può essere invocata come giustificazione per una violazione dei diritti.

L'art. 4 (intitolato *I diritti umani come garanzie della diversità culturale*) è così chiaro in questo senso che mette conto d'esser citato per intero: "La difesa della diversità culturale è un imperativo etico, *inseparabile dal rispetto della dignità umana*. Questo comporta un impegno a livello di diritti umani e di libertà fondamentali, in particolare dei diritti delle persone che appartengono a minoranze e quelli delle popolazioni indigene. Nessuno può appellarsi alla diversità culturale per violare i diritti umani garantiti dal diritto internazionale, né per limitarne la portata"<sup>73</sup>.

La linea argomentativa è chiara:

- se si vuole rispettare la dignità umana (ossia ogni uomo e il suo valore unico) non si può non difendere la diversità culturale (per i motivi esplicitati negli artt. 1-3);
- ma per tutelare la diversità culturale è necessario garantire a ciascuno i diritti umani e le libertà fondamentali (prima concretizzazione del rispetto per la dignità umana), e questo vale in particolar modo per i membri delle minoranze e delle popolazione più deboli;
- il rispetto della diversità culturale non può però spingersi al punto da giustificare pratiche che neghino la dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali ad essa collegate, perché altrimenti verrebbe meno – tra le altre cose – proprio il fondamento di giustificazione della tutela della diversità culturale stessa;
- quindi la difesa della diversità culturale deve essere la più ampia possibile, ma non può trasformarsi nella giustificazione e nell'accettazione di qualsivoglia idea o comportamento e deve anzi rimanere sempre – come si ribadisce alla fine dell'art. 5 – "nei limiti imposti dal rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali"<sup>74</sup>.

Il presupposto non esplicitato di tale ragionamento è che le varie culture, pur profondamente diverse fra loro, non siano del tutto incommensurabili, ma che al di là delle differenze esistano dei punti in comune, degli universali. La comune umanità

---

<sup>73</sup> *Ivi*, art. 4. Corsivo mio.

<sup>74</sup> *Ivi*, art. 5.

costituisce questa base comune ed è condizione di possibilità del darsi stesso delle innumerevoli varietà culturali che di fatto si incontrano nelle varie zone della terra. L'imperativo morale della tutela delle differenze culturali è fondato sul previo riconoscimento del valore di ciascun essere umano, ossia della sua dignità intrinseca; ma al contempo dignità e diritti collegati costituiscono il limite entro cui la diversità culturale deve mantenersi. *Fondamento e vincolo*: sono questi i termini attraverso cui può essere sinteticamente delineata la relazione tra dignità/diritti umani e diversità culturale.

Proviamo ad esplicitare questa duplice funzione (di fondamento e vincolo) con qualche esempio. È sulla base del rispetto della dignità umana che la cultura, le tradizioni e la lingua dei singoli individui e dei diversi popoli devono essere difese e valorizzate: solo in tal modo infatti si possono promuovere e realizzare l'unicità, la creatività e la plasticità che caratterizzano gli esseri umani e che contribuiscono a rendere ragione del loro peculiare valore (dignità). Tuttavia le culture locali e le tradizioni particolari non possono essere portate a giustificazione di pratiche contrarie alla dignità, ai diritti umani e alle libertà fondamentali, come ad esempio la riduzione in schiavitù e la tratta di altri esseri umani, le mutilazioni genitali femminili<sup>75</sup>, la divisione della società in caste, la sottomissione di uno dei due sessi all'altro, la vendita dei propri organi, l'accettazione a partecipare a sperimentazioni pericolose in cambio di denaro, ecc. Queste pratiche<sup>76</sup> (alcune delle quali di diretto interesse bioetico) negano infatti o la libertà o l'uguaglianza morale fra esseri umani o l'integrità corporea, ossia alcune delle prerogative immediatamente collegate all'idea della dignità umana, ossia all'idea che gli esseri umani abbiano un valore intrinseco.

Ora è evidente, sia dal punto di vista morale che logico, che non si possono sulla base della diversità culturale giustificare atti e pratiche che violano il fondamento della difesa della

---

<sup>75</sup> Per una persuasiva argomentazione di questo punto di veda Cfr. L. K. KOPELMAN, *The Incompatibility of the United Nations' Goals and Conventionalist Ethical Relativism*, in "Developing World Bioethics", 5/3 (2005), pp. 234-243 (in particolare le pp. 238-241).

L'esempio dell'infibulazione è considerato paradigmatico per riflettere sui limiti della tolleranza (che non può trasformarsi nella cieca accettazione delle ingiustizie perpetrate da un gruppo culturale su un singolo) anche in R. SALA, *Bioetica e pluralismo dei valori*, cit., pp. 305-345.

<sup>76</sup> E tutte quelle che comportano una reificazione, strumentalizzazione e umiliazione dell'essere umano.

diversità culturale stessa, ossia la dignità umana<sup>77</sup>. Essa dunque costituisce l'orizzonte entro cui è possibile difendere la diversità culturale e al contempo il limite che quest'ultima non deve mai oltrepassare pena la distruzione del fondamento stesso su cui essa poggia.

## **2.8. La Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'UNESCO (2005)**

Pur non essendo una Convenzione (e quindi vincolante per tutti coloro che la sottoscrivono), la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO<sup>78</sup> costituisce nondimeno un importante traguardo, in quanto è il primo documento internazionale sulla bioetica adottato da tutti i governi del mondo: è stato infatti approvato all'unanimità dalla 33<sup>esima</sup> conferenza generale dell'UNESCO a Parigi (19 ottobre 2005) e quindi ha raggiunto il significativo risultato di ottenere l'assenso di tutti i 191 stati membri<sup>79</sup>. Esso traccia un quadro universale di principi e procedure che dovrebbero

---

<sup>77</sup> Cfr. E. GALEOTTI, *Multiculturalismo. Filosofia politica e conflitto identitario*, Liguori Editore, Napoli 1999, pp. 32-35; R. SALA, *Bioetica e pluralismo dei valori*, cit. p. 317 e 321.

<sup>78</sup> UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005); per il testo in inglese si veda [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html); la traduzione italiana cui si fa riferimento è quella (non ufficiale) di Cinzia Caporale offerta in appendice a F. Turoldo (a cura di), *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'UNESCO*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 2007, pp. 287-300. Il volume curato da Turoldo è interessante perché, oltre ad una presentazione generale del documento, offre da un lato un'analisi (da diverse prospettive) dei principi e dei valori che la ispirano e dall'altro una discussione dei problemi bioetici più sentiti nei paesi in via di sviluppo.

Una sintetica presentazione critica della Dichiarazione è offerta anche da Lorena Forni (*Presentazione e commento della Déclaration universelle sur la bioéthique*, in "Notizie di POLITEIA", XXIII, 87 (2007), pp. 39-54) che fra le lacune del documento sottolinea la vaghezza concettuale che circonda l'espressione "dignità umana", che compare nel testo ben 12 volte.

La Dichiarazione ha suscitato ampio interesse e infuocati dibattiti già prima della sua approvazione, ossia quando ancora circolavano le bozze (*Drafts*) del documento. Prova ne sia un numero speciale della rivista "Developing World Bioethics" (Vol. 5, Num. 3, 2005), pubblicato pochi mesi prima dell'approvazione della Dichiarazione e interamente dedicato a un'analisi critica dell'ultima bozza messa a punto dall'UNESCO.

<sup>79</sup> Cfr. H. TEN HAVE, *La Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'UNESCO. Verso un bioetica globale*, in F. Turoldo (a cura di), *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'UNESCO*, cit., pp. 39-40.

Sempre nella raccolta curata da Turoldo si veda il saggio di Paolo De Stefani che chiarisce la forza normativa della Dichiarazione, inquadrandola in quella particolare tipologia di strumenti detta *soft law*, che pur non avendo valore vincolante serve nondimeno a stabilire degli standard e dei principi etici universali che nel tempo possono poi tradursi in norme giuridiche vincolanti e che in ogni caso contribuisce a definire pratiche



guidare gli Stati nella formulazione delle loro legislazioni e politiche nel campo della bioetica con l'obiettivo ultimo di tutelare gli esseri umani. Per raggiungere tale scopo compie fin dal Preambolo<sup>80</sup> la scelta chiarissima di ancorare i principi generali della bioetica alla dignità umana e ai diritti umani<sup>81</sup>.

Come cercherò di dimostrare, la *Dichiarazione* non solo raccoglie e presenta in un quadro organico i principi che abbiamo visto esposti nei documenti precedentemente analizzati, ma ribadisce quella che si è visto essere una costante del biodiritto internazionale: la centralità della nozione di dignità umana. Il suo rispetto compare infatti fra gli scopi del documento come il primo degli obiettivi da promuovere<sup>82</sup>. Inoltre la dignità umana è collocata al primo posto fra i principi che dovrebbero costituire il punto di riferimento

---

comuni fra gli stati (P. DE STEFANI, *La Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani nel sistema delle fonti del diritto internazionale*, in *ivi*, pp. 107-140).

Sulla rilevanza del fatto che questa Dichiarazione sia stata prodotta da un organismo in seno all'ONU insiste R. MACKLIN, *Yet another Guideline? The UNESCO Draft Declaration*, in "Developing World Bioethics", 5/3 (2005), pp. 244-250 (in particolare p. 249).

<sup>80</sup> Cfr. UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005), Preambolo, capoversi 3 e 12, in F. Turolfo (a cura di), *La globalizzazione della bioetica*, cit., p. 287 e p. 289:

"La Conferenza Generale [...]

Riconoscendo che le questioni etiche poste dai rapidi progressi della scienza e le loro applicazioni tecnologiche dovrebbero essere esaminate tenendo debitamente in considerazione la *dignità della persona umana* ed il rispetto universale ed effettivo dei diritti umani e delle libertà fondamentali [...]

Riconoscendo che, fondato sulla libertà della scienza e della ricerca, il progresso scientifico e tecnologico è stato e può essere fonte di grandi benefici per l'umanità, aumentando, *inter alia*, l'aspettativa di vita e migliorando la qualità della vita, e sottolineando il fatto che tali progressi dovrebbero sempre mirare a promuovere il benessere degli individui, delle famiglie, dei gruppi o delle comunità e dell'umanità nel suo insieme, nel riconoscimento della *dignità intrinseca della persona umana* e del rispetto universale dei, e in conformità ai, diritti umani e libertà fondamentali [...]" Corsivi miei.

<sup>81</sup> Questo fatto viene riconosciuto anche da quegli autori che lamentano una insufficiente definizione e giustificazione della nozione di dignità umana, nonché delle implicazioni normative che da essa è possibile trarre: Cfr. M. HÄYRY, T. TAKALA, *Human Dignity, Bioethics, and Human Rights*, in "Developing World Bioethics", 5/3 (2005), pp. 225-233, in particolare 230-232, e H. SCHMIDT, *Whose dignity? Resolving ambiguities in the scope of "human dignity" in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, in "Journal of Medical Ethics", 33 (2007), pp. 578-584.

<sup>82</sup> UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005), Preambolo, capoversi 3 e 12, in F. Turolfo (a cura di), *La globalizzazione della bioetica*, cit., p. 291, art. 2 (Scopi):

"Gli scopi della presente Dichiarazione sono:

[...] (c) *promuovere il rispetto della dignità umana* e proteggere i diritti umani, garantendo il rispetto della vita degli esseri umani e delle libertà fondamentali, in conformità con la legge internazionale sui diritti umani;

(d) riconoscere l'importanza della libertà di ricerca scientifica e i benefici derivanti dagli sviluppi scientifici e tecnologici, sottolineando la necessità che la ricerca e gli sviluppi avvengano all'interno del quadro di principi etici enunciati nella presente Dichiarazione e *rispettino la dignità umana*, i diritti umani e le libertà fondamentali; [...]" Corsivi miei.

della bioetica (cfr. art. 3)<sup>83</sup> ed è citata come ultima nozione del documento quale vincolo fondamentale di ogni interpretazione dello stesso (cfr. art. 28)<sup>84</sup>, ad indicare simbolicamente che essa abbraccia, contiene e dà senso a tutte le altre norme e principi contenuti nella *Dichiarazione*.

Da una lettura attenta è possibile ricavare le seguenti tre indicazioni a proposito della caratterizzazione e del ruolo della nozione di dignità umana:

- 1) innanzitutto essa è definita come *intrinseca* (Preambolo, capoverso 12), coerentemente con la lunga serie di documenti dell'ONU e dell'UNESCO citati nel Preambolo (la dignità umana è dunque riconosciuta, non attribuita); essa inoltre è sistematicamente accompagnata dal riferimento ai diritti umani e alle libertà fondamentali (di cui evidentemente costituisce il fondamento);
- 2) in secondo luogo è presentata come *vincolo* di ogni attività di ricerca o di cura (Preambolo, capoverso 12; art. 2, comma d; art. 11<sup>85</sup>; art. 12<sup>86</sup>; art. 28) e in particolare come limite dello stesso progresso scientifico e tecnologico, i cui meriti vengono ampiamente riconosciuti, ma di cui si ribadisce la finalità umanistica (dovrebbero sempre mirare alla promozione del benessere dei singoli, dei popoli e dell'umanità nel suo complesso);

---

<sup>83</sup> *Ivi*, p. 292, art. 3 (Dignità umana e diritti umani):

“ (a) La *dignità umana*, i diritti umani e le libertà fondamentali devono essere pienamente rispettate.

(b) Gli interessi e il benessere dell'individuo dovrebbero prevalere sull'interesse esclusivo della scienza e della società”. Corsivi miei.

<sup>84</sup> *Ivi*, p. 300, art. 28 (Rifiuto di qualsiasi atto contrario ai diritti umani, alle libertà fondamentali e alla *dignità umana*):

“Nulla in questa Dichiarazione può essere interpretato in modo da giustificare qualsiasi pretesa da parte di qualsiasi Stato, gruppo o persona di intraprendere attività o compiere atti contrari ai diritti umani, alle libertà fondamentali e alla *dignità umana*”. Corsivi miei.

<sup>85</sup> *Ivi*, p. 294, Art. 11 (Non discriminazione e non stigmatizzazione):

“Per nessuna ragione un individuo o un gruppo dovrebbe essere discriminato o stigmatizzato, in violazione della *dignità umana*, dei diritti umani e delle libertà fondamentali”. Corsivo mio.

<sup>86</sup> *Ivi*, p. 295, Art. 12 (Rispetto della diversità culturale e del pluralismo):

“L'importanza della diversità culturale e del pluralismo dovrebbe essere tenuta in considerazione. Tuttavia, *tali considerazioni non devono essere invocate per violare la dignità umana*, i diritti umani e le libertà fondamentali, né per violare i principi enunciati nella presente Dichiarazione o per limitarne la portata”. Corsivo mio.

3) infine è indicata come *valore fondamentale* non solo da rispettare, ma anche *da promuovere* e da realizzare (art. 3, primo comma; art. 10<sup>87</sup>); quest'ultimo aspetto è per la verità solo accennato e non adeguatamente sviluppato in questo documento, ma merita di essere colto e ricordato perché – come vedremo – esso riveste un ruolo importante sia nel dibattito bioetico internazionale, sia nella riflessione morale più generale.

La *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO non fa dunque altro che confermare il ruolo fondamentale della nostra nozione in bioetica e biodiritto portando a compimento un processo storico ininterrotto di giuridificazione della dignità umana (e dei diritti umani) che dal secondo dopoguerra giunge fino a noi. Si tratterà poi di vedere in che modo tale nozione fondamentale possa influire in concreto sull'attività dei comitati etici per la pratica clinica. Per ora soffermiamoci brevemente sul ruolo ad essa assegnato negli ultimi tre documenti che prenderemo in considerazione, ossia quelli dedicati dall'UNESCO alle finalità e al funzionamento dei comitati etici in generale, nonché all'educazione dei loro componenti.

## **2.9. I documenti dell'UNESCO sulle finalità e il funzionamento dei Comitati Etici e sull'educazione dei componenti dei comitati stessi (2005-2007)**

Tra l'aprile 2005 e il maggio 2007 l'UNESCO emanò tre guide sui comitati etici con l'obiettivo di presentare in maniera articolata finalità, funzioni e modalità di istituzione delle diverse tipologie di comitati etici (Guida n° 1)<sup>88</sup>, di illustrare le procedure e le modalità operative per il loro efficiente funzionamento (Guida n° 2)<sup>89</sup> e di definire

---

<sup>87</sup> *Ivi*, p. 294, Art. 10 (Uguaglianza, giustizia ed equità):

“La fondamentale uguaglianza di tutti gli esseri umani in termini di *dignità* e diritti deve essere rispettata in modo che tutti siano trattati in maniera giusta ed equa”. Corsivo mio.

<sup>88</sup> UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, cit.

<sup>89</sup> UNESCO, *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, cit.

contenuti e metodi relativi all'indispensabile educazione dei componenti dei Comitati (Guida n° 3)<sup>90</sup>.

La vicinanza temporale della pubblicazione di tali strumenti con l'approvazione della *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* è significativa. Infatti nella terza sezione della *Dichiarazione* stessa, quella dedicata all'applicazione dei principi solennemente proclamati nella sezione precedente, si sostiene (all'art. 19) la necessità di stabilire, promuovere e supportare dei comitati etici indipendenti, multidisciplinari e pluralisti. Essi dunque sono considerati come lo strumento principe per l'applicazione di tutti i principi esposti nei documenti sulla bioetica emanati dall'UNESCO<sup>91</sup>.

Ora, poiché come si è ampiamente illustrato, la dignità umana gioca in tutti questi documenti il ruolo di principio fondamentale, è evidente che i comitati etici svolgono un ruolo fondamentale nella difesa e promozione della dignità umana stessa ai diversi livelli cui sono chiamati ad operare.

Questo aspetto risulta con chiarezza dalla Premessa alla Guida n. 2, a cura del direttore della "Divisione di etica della scienza e della tecnologia" dell'UNESCO, H. ten Have. Questi, dopo aver richiamato le funzioni ordinarie dei diversi comitati etici, sottolinea come essi "hanno lavorato concretamente per influenzare altri al rispetto della dignità umana" diventando in tal modo "strumenti di equità e giustizia"<sup>92</sup>.

Di particolare interesse sono le considerazioni sviluppate nella più recente delle tre Guide: nella seconda parte del documento, dedicata a "Ciò che tutti i membri dei comitati etici devono sapere: i principi generali"<sup>93</sup>, si sottolinea l'importanza fondamentale che i membri dei comitati etici facciano propri i principi esposti nella *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* e si esplicita allo stesso tempo la chiara presa di posizione contro il relativismo etico sottesa a tale documento. La convinzione che sta alla base della

---

<sup>90</sup> UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, cit.

<sup>91</sup> Quindi non solo la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*, ma anche la *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* (1997) e la *Dichiarazione internazionale sui dati genetici umani* (2003).

<sup>92</sup> H. TEN HAVE, *Foreword to UNESCO, Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, cit., p. 5 (traduzione mia).

<sup>93</sup> Cfr. UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, cit., pp. 16-17.

*Dichiarazione* (e che si evince dall'aggettivo "universale") è infatti che esista un nocciolo di principi etici che non vale solo per una certa cultura o un certo gruppo sociale o una certa epoca storica, ma che al contrario esso trascenda le culture reclamando appunto un valore universale. E il primo dei principi che pretende questa valenza universale, ossia transculturale, è proprio quello della dignità umana, non tanto perché esso non sia stato sviluppato e definito all'interno di un processo storico e culturale definito, ma perché esso sembra esprimere il fondamento stesso della moralità interpersonale, la cui validità travalica le culture (ma su questo punto si tornerà fra breve).

## **2.10. Documenti internazionali su bioetica e dignità umana: un bilancio critico**

Alla fine dell'analisi dei documenti condotta in questo capitolo è possibile rispondere sinteticamente alle quattro domande assunte quali guide della nostra lettura critica<sup>94</sup>:

1) *Con quale significato (o significati) viene usata la nozione di dignità umana?*

Il significato fondamentale in cui, con continuità e coerenza, è impiegata la nozione di dignità umana è quello di dignità intrinseca o inerente: tutti i documenti considerati assumono infatti come evidente che ciascun essere umano (indipendentemente dalle sue caratteristiche particolari) abbia un valore in sé e debba perciò esser trattato – per dirla con le parole di Kant – sempre anche come fine e mai soltanto come mezzo (pena la sua disumanizzazione o reificazione). Tale valore peculiare degli esseri umani è considerato come pre-positivo, ossia qualcosa che gli stati riconoscono ma non pongono, e che diviene pertanto punto di riferimento critico per valutare le stesse leggi positive. Per questo "la dignità umana è esplicitamente proclamata quale valore supremo e principio fondativo dell'ordinamento internazionale generale e di ogni altro ordinamento"<sup>95</sup> e ciò spiega come mai sia stata assunta quale base comune irrinunciabile anche della bioetica internazionale.

---

<sup>94</sup> Cfr. *supra* § 2.1.

<sup>95</sup> A. PAPISCA, *Presentazione* a F. Turollo (a cura di), *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'UNESCO*, cit., p. XII.

Si noti che, mentre nel dibattito bioetico la nozione di dignità (umana) è utilizzata spesso con diverse sfumature di significato (che saranno oggetto di specifica indagine nel prossimo capitolo), nei documenti internazionali sopra analizzati è impiegata in maniera complessivamente coerente nel senso fondamentale di dignità intrinseca o inerente.

Tuttavia, anche se dal punto di vista del significato in cui è usata la nozione di dignità umana nei documenti internazionali non emergono ambiguità sostanziali, sono però da rilevare almeno due problemi relativamente alla nozione di dignità inerente o intrinseca: innanzitutto quello della sua giustificazione, visto che mai nei documenti analizzati essa viene offerta (per questo problema si veda poco oltre); e poi quello della titolarità: mentre infatti è dato per certo e indiscusso – almeno nei documenti internazionali – che essa è posseduta da tutti gli esseri umani dalla nascita alla morte, rimane controverso se e in che senso essa possa essere riconosciuta anche agli esseri umani nella fase della vita prenatale o allo stesso genoma umano.

Come già rilevato nel corso dell'analisi condotta nei paragrafi precedenti, accanto al primo preponderante significato di dignità inerente, fanno talora capolino nei documenti considerati almeno altri due modi di utilizzo della nozione di dignità che non possono essere ricondotti al significato fondamentale, pur essendovi collegati, e che quindi muovono da accezioni diverse della nostra nozione. Si pensi alle espressioni “senso della propria dignità” e “condizioni indispensabili alla dignità umana”. Con la prima si indica la percezione o consapevolezza del proprio valore in quanto essere umano che deve essere promossa e sviluppata in ciascun individuo; con la seconda si segnala il fatto che la dignità umana non basta riconoscerla, bisogna anche promuoverla e realizzarla, attivando tutte le iniziative necessarie alla fioritura delle caratteristiche più proprie degli esseri umani.

La differenza principale tra le accezioni della nozione di dignità cui queste due espressioni sembrano fare riferimento e la dignità inerente è che le prime possono venir perse o non essere mai ottenute o realizzate – sia per responsabilità personale, sia soprattutto per le sfavorevoli condizioni politiche, economiche o sociali in cui ci si

trova a vivere – mentre la prima, per definizione, è imperdibile e inalienabile. Anche su queste due accezioni della nozione di dignità ci si soffermerà nel prossimo capitolo, sia per una necessaria opera di chiarificazione concettuale, sia a motivo delle loro evidenti implicazioni per il discorso bioetico.

2) *Con quali altre nozioni essa viene collegata?*

L'elemento che balza immediatamente agli occhi anche ad una prima lettura dei documenti presi in considerazione è che la nozione di dignità umana (in particolare nel senso di dignità intrinseca) è sistematicamente collegata a quelle di diritti umani e libertà fondamentali (e nella maggior parte dei casi essa risulta essere, esplicitamente o implicitamente, il loro fondamento); spesso poi essa viene accompagnata dalle nozioni di identità e integrità fisica e psichica (la cui difesa è presentata come primo modo per tutelare la dignità stessa); infine, anche se in maniera più sporadica, essa viene nominata assieme ai principi di eguaglianza, giustizia, solidarietà, autonomia, democrazia, stato di diritto e diversità culturale (e ancora una volta essa appare in rapporto a tali principi in una relazione fondativa).

3) *Quali funzioni svolge?*

Da quanto si è andati dicendo emergono con chiarezza le tre funzioni principali che essa svolge: (i) fondamento di giustificazione dei diritti; (ii) vincolo dei diritti stessi, degli altri principi morali e di ogni altra attività umana; (iii) valore da promuovere.

Innanzitutto, dunque, la dignità umana viene presentata come fondamento dei diritti umani<sup>96</sup>: è perché gli esseri umani hanno qual valore intrinseco che chiamiamo dignità che lo stato e gli altri uomini devono loro riconoscere dei diritti inalienabili; è perché gli esseri umani hanno dignità che anche nell'ambito della medicina e delle scienze biomediche è necessario garantire loro i diritti fondamentali e anteporli agli interessi stessi della scienza e della società nel suo complesso. La dignità, infatti, non può mai

---

<sup>96</sup> Cfr., ad esempio, i due documenti dell'ONU del 1966 considerati *supra* al § 2.2: il *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (Preambolo: «Considerato che, in conformità ai principi enunciati nello Statuto delle Nazioni Unite, il riconoscimento della *dignità inerente* a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il *fondamento* della libertà, della giustizia e della pace nel mondo) e il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* («Riconosciuto che questi *diritti derivano dalla dignità inerente* alla persona umana»). Corsivi miei.

esser violata (di principio, ovviamente, non di fatto) e non esistono altri valori con cui può esser bilanciata o in considerazione dei quali è moralmente permesso farla passare in secondo piano.

Al contempo essa viene presentata come vincolo<sup>97</sup> dei diritti stessi e di ogni altra attività: infatti, essendo i diritti delle costruzioni filosofico-giuridiche che mirano a proteggere il valore di ciascun uomo (o, altrimenti detto, essendo i diritti istanze del rispetto per la dignità umana) essi possono da un lato esser bilanciati nel momento in cui entrano in conflitto con altri diritti, e dall'altro trovano il loro limite invalicabile nella dignità umana stessa. Non è quindi possibile invocare i diritti umani o altri diritti o altri principi morali o altri beni (ad esempio, l'autodeterminazione o la diversità culturale o il progresso della scienza) per giustificare pratiche che neghino la dignità umana stessa (che risulta essere quindi, kantianamente, il principio pratico supremo).

Infine la dignità umana è presentata come valore da promuovere, e questo nel duplice senso che la comunità politica internazionale e i singoli stati sono tenuti sia a promuovere in ciascun uomo il senso della sua dignità<sup>98</sup>, sia a creare condizioni compatibili con la dignità umana, ossia condizioni (politiche, sociali, economiche e culturali) che consentano a ciascuno di realizzare appieno la propria umanità<sup>99</sup>.

Si noti però che mentre le prime due funzioni (fondamento di giustificazione e vincolo) sono svolte dalla nozione di dignità intrinseca, quando si indica la dignità come valore da promuovere, si fa riferimento a nozioni diverse di dignità (certo collegate alla prima e fondamentale di dignità inerente), ossia quello che potremmo chiamare "dignità dell'identità" e "dignità come statura morale" e di cui ci occuperemo nel prossimo capitolo. Fin d'ora risulta però l'importanza di distinguere con grande accuratezza le diverse accezioni della nozione di dignità per evitare i fraintendimenti e le

---

<sup>97</sup> Cfr., ad esempio, WMA, *Helsinki Declaration*, cit., punto 11; UNESCO, *Dichiarazione universale sulla diversità culturale*, cit., art. 4; UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*, cit., Preambolo, capoverso 12; art. 2, comma d; art. 11; art. 12; art. 28.

<sup>98</sup> Cfr., ad esempio, ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, cit., art. 13.

<sup>99</sup> Cfr. ONU, *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, art. 22; art. 23, comma 3.



contraddizioni che spesso caratterizzano le argomentazioni di chi utilizza questo concetto senza la dovuta precisione.

4) *Quali conclusioni normative vengono da essa direttamente ricavate?*

Pur attribuendole di fatto il ruolo di fonte stessa della moralità interpersonale e di fondamento dei diritti umani, ossia di architrave del sistema morale<sup>100</sup>, i documenti analizzati derivano direttamente dal principio del rispetto per la dignità umana alcune ben precise conclusioni normative: (a) il divieto della clonazione umana e di modifiche linea germinale<sup>101</sup>; (b) il divieto di commercializzazione di parti corpo umano<sup>102</sup>; (c) la necessità del consenso informato e della protezione dei dati<sup>103</sup>; (d) la necessità di tutelare il più possibile l'integrità corporea dei pazienti in stato di morte cerebrale dai quali si effettua il prelievo di organi<sup>104</sup>.

Già nei documenti internazionali presi in considerazione (in quanto costituiscono il "quadro" di riferimento della bioetica) la nozione di dignità umana non rimane dunque il luminoso principio primo della moralità incapace però di guidare l'azione offrendo specifiche indicazioni, ma al contrario offre importanti indicazioni etico-normative. Certo questo è ancora poco per dimostrare in modo convincente che la dignità umana può diventare la base comune ed efficace della bioetica clinica quotidiana, e pertanto nei prossimi due capitoli si tratterà di sviluppare e articolare ulteriormente le implicazioni normative della nostra nozione (in tutte le sue accezioni più significative) in relazione ai diversi ambiti in cui essa viene impiegata.

---

<sup>100</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., p. 156.

<sup>101</sup> Cfr., ad esempio, COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, on the prohibition of cloning human beings*, cit., Preambolo; UNESCO, *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani*, cit., art. 11; UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, cit., art. 3, comma 2.

<sup>102</sup> Cfr., ad esempio, COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning biomedical research*, cit., art. 21; UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, cit., art. 3, comma 2.

<sup>103</sup> Cfr., ad esempio, UE, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, cit., art. 3, comma 2.

<sup>104</sup> Cfr., ad esempio, COUNCIL OF EUROPE, *Additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine concerning transplantation of organs and tissues of human origin*, cit., art. 18.

Rimane poi il problema che, nei documenti presi in considerazione, quasi sempre non viene esplicitato il ragionamento che dalla dignità umana dovrebbe condurre alle specifiche conclusioni normative, e anche questo è un aspetto che dovrà essere affrontato.

Prima però di articolare i problemi collegati alla nozione di dignità umana – problemi che sembrano metterne in discussione la capacità di svolgere il ruolo cruciale che i documenti internazionali considerati le assegnano – vale forse la pena soffermarsi brevemente su due questioni relative a questi stessi documenti:

- (a) la pertinenza delle diverse critiche di cui sono stato oggetto;
- (b) il filo rosso che li caratterizza al di là dei diversi argomenti di cui si occupano (ossia il rifiuto del relativismo etico convenzionalista).

Quanto alla prima questione è da rilevare che mentre in generale viene valutato positivamente lo sforzo di arrivare a definire norme e valori universali che possano guidare la bioetica globale<sup>105</sup>, sono al contempo forti e spesso *tranchant* i rilievi critici avanzati contro i documenti in cui si è concretizzato questo sforzo<sup>106</sup>.

La prima di tali critiche si basa sull'osservazione che molto spesso le norme e i principi così solennemente proclamati in tali documenti non vengono accompagnati da adeguate argomentazioni o spiegazioni; per questo motivo nasce il legittimo sospetto che essi non costituiscano genuini giudizi morali, ma piuttosto pregiudizi morali (e da qui si trae la conclusione che, in quanto pregiudizi, essi non possano certo pretendere di costituire la base comune della bioetica clinica globale).

In secondo luogo si critica il fatto che molte affermazioni ivi contenute sono basate su tesi senza alcun supporto fattuale; in questo modo però non c'è alcuna possibilità per chi legge di verificare la plausibilità di tali affermazioni ed eventualmente di contro-argomentare. Ciò renderebbe tali documenti non solo inutili, ma anche dannosi e disdicevoli, in quanto

---

<sup>105</sup> Cfr. J. HARRIS, *Global Norms, Informed Consensus, and Hypocrisy in Bioethics*, in R.M. Green, A. Donovan, S. A. Jauss (a cura di), *Global Bioethics. Issues of Conscience for the Twenty-First Century*, cit., pp. 298-301.

<sup>106</sup> Cfr. D. BENATAR, *The Trouble with Universal Declarations*, in "Developing World Bioethics", 5/3 (2005), pp. 220-224; J. HARRIS, *Global Norms, Informed Consensus, and Hypocrisy in Bioethics*, cit., pp. 306-315.

lanciano un pessimo messaggio sulla bioetica, presentata non come il luogo del confronto aperto tra argomentazioni razionali rivali, ma come una disciplina autoritaria che impone dall'alto principi non adeguatamente giustificati.

La terza critica riguarda il fatto che le nozioni fondamentali impiegate in tali documenti (e in particolare la nozione di "dignità umana") non vengono mai adeguatamente ed esplicitamente definite, ingenerando in tal modo una irrimediabile ambiguità che non può che sfociare nella loro sostanziale inutilità.

Infine, viene criticato il fatto che anche a proposito di concetti e principi sui quali esiste un quasi unanime consenso (come i diritti umani e la dignità umana) rimangono profonde divergenze sulla loro portata (ad esempio, su chi ne è titolare e sulla precisa natura delle protezioni a cui essi intitolano) e ciò ne determina ovviamente la debolezza normativa.

Come molti commentatori hanno notato<sup>107</sup> tali critiche, in sé condivisibili, muovono però da un radicale fraintendimento della natura e degli obiettivi dei documenti internazionali. Va quindi fuori bersaglio, ad esempio, la critica secondo cui essi non offrirebbero adeguate analisi filosofiche dei concetti che impiegano e valide argomentazioni a sostegno delle tesi che difendono, perché tale critica non tiene conto che – data la loro natura di documenti politici – essi registrano il consenso su determinati principi e valori. Se – legittimamente – si vuole una giustificazione argomentata di tali principi, non bisogna guardare a tali documenti perché questo non è il loro compito. Ma ciò non significa *ipso facto* che tali principi siano ingiustificati o ingiustificabili. È compito invece della riflessione bioetica (e più in generale filosofica) impegnarsi nell'analisi e nella precisazione dei concetti, nell'esplicitazione delle argomentazioni su di esse fondate, nella loro giustificazione e nell'eventuale individuazione di metodi e strategie per un loro proficuo utilizzo<sup>108</sup>.

---

<sup>107</sup> Cfr., fra gli altri, R. ANDORNO, *Global Bioethics at UNESCO: in Defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, in "Journal of Medical Ethics", 33 (2007), pp. 150-154; F. BAYLIS, *Global Norms in Bioethics: Problems and Prospects*, in R.M. Green, A. Donovan, S. A. Jauss (a cura di), *Global Bioethics. Issues of Conscience for the Twenty-First Century*, cit., pp. 323-339 (specialmente le pp. 331-333).

<sup>108</sup> La terza e più ampia sezione di questo lavoro accoglie proprio questa sfida: (a) precisare il significato (o i significati) della nozione di dignità umana; (b) individuare e discutere le critiche che sono state avanzate contro di essa; (c) offrirne una giustificazione riflessiva.

Quanto poi alla seconda questione, credo si possa fondatamente sostenere che il filo rosso dei documenti internazionali sulla bioetica è il *rifiuto del relativismo etico convenzionalista* e la parallela convinzione che esistano dei principi etici universalmente validi<sup>109</sup> (altrimenti non sarebbe neppure stato intrapreso lo sforzo di arrivare a dichiarazioni “universali” o a convenzioni con valore transnazionale). E in effetti, proprio in occasione dell’emanazione di tali documenti internazionali si è riaperto in bioetica il dibattito sul relativismo etico convenzionalista, inteso come la teoria morale secondo cui non esistono principi e valori universalmente validi e le azioni sono giuste se approvate culturalmente, sbagliate se culturalmente disapprovate.

Il rifiuto di tale teoria – che se dimostrata valida, e conseguentemente accolta, comprometterebbe alla radice il tentativo di individuare norme universali per la bioetica globale – può essere fondato, secondo L. Kopelman<sup>110</sup>, sui seguenti argomenti:

- 1) la constatazione che di fatto le varie culture ritengono validi valori diversi (talvolta in aperto conflitto fra loro) non comporta che ciò debba avvenire di diritto;
- 2) il relativismo etico convenzionalista sembra poi poco plausibile anche di fatto, perché nonostante le significative differenze tra le culture, si notano anche evidenti somiglianze ed elementi in comune (il settore particolare della medicina è un campo fertilissimo per dimostrare questa tesi: basti pensare al fatto che tutte le società condividono l’obiettivo di offrire una buona assistenza sanitaria a donne e bambini, anche se magari possono esserci differenze quanto al modo di raggiungere tale obiettivo);
- 3) quando i relativisti etici convenzionalisti sostengono che ogni affermazione con pretesa di valore universale o trans-culturale difetta di autorità morale (e vale al limite solo per i membri della cultura al cui interno è maturata tale affermazione), essi cadono in una palese contraddizione: infatti fanno una affermazione che pretende validità transculturale proprio nel momento in cui ne negano la possibilità.

---

<sup>109</sup> Cfr., ad esempio, UE, *Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea*, cit., Preambolo, 2° capoverso; UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, cit., pp. 16-17.

<sup>110</sup> Cfr. L. M. KOPELMAN, *The Incompatibility of the United Nations’ Goals and Conventionalist Ethical Relativism*, cit., pp. 235-243.

Lo stesso tipo di incoerenza caratterizza un'affermazione spesso collegata al relativismo etico convenzionalistico: 'è giusto e necessario essere tolleranti fra culture diverse'; ebbene, una tale affermazione pretende chiaramente di essere transculturale, come tutte le affermazioni che mirano ad individuare la stessa condizione di possibilità del darsi della diversità, con ciò entrando in contraddizione con l'assunto di partenza (che deve pertanto essere rigettato);

- 4) un ultimo problema che affligge il relativismo etico convenzionalistico (non tanto dal punto di vista etico, quanto pratico) è dato dal fatto che appare molto difficile che si realizzino le condizioni per stabilire ciò che è giusto o sbagliato all'interno di una cultura facendo riferimento a ciò che da essa è approvato o rifiutato; e questo perché ormai non esistono più delle culture impermeabili alle altre, ma società multiculturali. Non solo dunque risulta impossibile stabilire ciò che è giusto o sbagliato basandosi su ciò che è accolto o rifiutato come tale da una certa cultura, ma riprende forza la necessità di compiere ogni sforzo per individuare quei valori comuni che costituiscono la piattaforma condivisa a partire dalla quale articolare diverse visioni della vita buona.

Dopo la lettura critica dei 15 documenti presi in considerazione non può non colpire il fatto che la nozione di dignità umana sia stata assunta come fondamentale da documenti di natura e finalità molto diverse: deontologica (*Dichiarazione di Helsinki*), giuridica (*Convenzione di Oviedo*), morale (*Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*). Ciò contribuisce a rafforzare l'ipotesi che ha dato avvio a questa ricerca, ossia che essa rappresenti davvero un ottimo candidato a costituire la base comune della bioetica clinica globale e una guida per l'attività dei comitati etici per la pratica clinica.

Tuttavia, nonostante l'ampiezza del suo impiego e soprattutto la fondamentale importanza che le viene attribuita, dall'analisi dei documenti che si è condotta in questo capitolo emergono alcuni problemi che circondano la nozione di dignità umana e ne mettono in questione la capacità di svolgere un ruolo tanto cruciale:

- 1) il primo problema è senza dubbio quello di una non soddisfacente concettualizzazione, dal momento che non ne viene mai offerta una esplicita definizione e che si registra talora la tendenza a sovrapporre accezioni diverse del termine (tale problema è invero molto ridotto nei documenti analizzati, ma è invece esplosivo ed esplosivo nella letteratura bioetica);
- 2) il secondo è quello della sua non chiara titolarità: a chi va attribuita la dignità umana? Solo agli individui umani dalla nascita alla morte?<sup>111</sup> O anche agli esseri umani nella fase di vita prenatale, o addirittura alla specie umana *tout court*, alla “natura” umana?<sup>112</sup>
- 3) in terzo luogo (e forse, come si è detto poco sopra, per una scelta ben precisa) non se ne offre mai una esplicita giustificazione;
- 4) infine non vengono quasi mai argomentate in maniera soddisfacente le conclusioni normative da essa ricavate.

Tali problemi sono, non a caso, l’oggetto del recente dibattito internazionale sulla nozione di dignità umana (e in particolare sul suo impiego in bioetica e biodiritto), e saranno oggetto della terza sezione di questa ricerca.

---

<sup>111</sup> Questo è quanto sembrerebbe risultare dalla lettura del primo articolo della *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* dell’ONU, 1948 (“Tutti gli esseri umani *nascono* liberi e uguali in dignità e diritti”); va però considerato che essa venne redatta in un momento storico in cui non era ancora emerso in tutta la sua importanza il problema dello status degli esseri umani nella fase prenatale della loro vita.

Questa è anche l’interpretazione che Schmidt ritiene si dovrebbe dare anche della *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell’UNESCO del 2005, ma ammette che tale lettura è controversa e che diversi passi del documento potrebbero essere interpretati altrimenti. La tesi più generale di Schmidt è che le ambiguità presenti nel documento non possano che essere risolte attribuendo in maniera certa la dignità umana e i diritti umani solo agli esseri umani *nati*, in coerenza con la *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* dell’ONU, cui il documento dell’UNESCO del 2005 esplicitamente si rifà, a partire dal titolo (cfr. H. SCHMIDT, *Whose dignity? Resolving ambiguities in the scope of “human dignity” in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, cit.).

<sup>112</sup> Come sembra emergere dalla *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* dell’UNESCO (1997). Cfr. *supra*, § 2.5.

## PER UNA INTERPRETAZIONE CRITICA DELLA NOZIONE DI DIGNITÀ UMANA

### 3.1. Premessa. Ampiezza e motivi della riscoperta della nozione di dignità umana in bioetica

Come si è visto nel *Capitolo II*, la nozione di dignità umana è divenuta, a partire dal secondo dopoguerra, uno dei concetti fondamentali del lessico morale e giuridico, perché ingloba quell'immagine di fondo dell'essere umano che è alla base delle costituzioni, dell'organizzazione e delle legislazioni degli Stati democratici<sup>1</sup>. Con continuità e sistematicità essa viene perciò indicata nei più importanti documenti internazionali come fondamento e fonte dei diritti umani.

La novità degli ultimi quindici anni è che tale nozione ha avuto una stupefacente rinascita nell'ambito della bioetica e del biodiritto, sia in Europa – in particolare a partire dalla *Convenzione di Oviedo* – sia a livello internazionale (come dimostra, ultima in ordine di tempo, la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO<sup>2</sup>).

P. Becchi, uno dei più acuti osservatori italiani di questo fenomeno, è arrivato a parlare di “principio dignità umana”<sup>3</sup>, rilevando come dopo il “principio speranza” di Ernst Bloch e

---

<sup>1</sup> A questo proposito, in un suo recente saggio, Pier Paolo Portinaro ha sostenuto che “la nostra attuale concezione dello Stato costituzionale poggia sull'assioma [...] della dignità umana” e ancora – sulla scorta di Peter Häberle – che la dignità umana costituisce “la premessa antropologico-culturale dello Stato costituzionale” (P.P. Portinaro, *La dignità dell'uomo messa a dura prova*, in A. Argiroffi, P. Becchi, D. Anselmo (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana. Atti del convegno internazionale (Palermo, ottobre 2007)*, Aracne, Roma 2008, p. 221).

<sup>2</sup> Cfr. *supra*, Capitolo II, § 2.8.

<sup>3</sup> Da qui il titolo del suo più recente lavoro sull'argomento: P. BECCHI, *Il principio dignità umana*, Morcelliana, Brescia 2009. Becchi si era già occupato della nostra nozione in due articoli che rappresentano una prima versione di quest'ultimo saggio (ID., *Dignità umana* in U. Pomarici (a cura di), *Filosofia del diritto. Concetti fondamentali*, Giappichelli, Torino 2007, pp. 153-181 e ID., *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, cit.,

il “principio responsabilità” di Hans Jonas sia proprio la nozione di dignità umana a dominare la scena culturale<sup>4</sup>.

Questa *renaissance* ha trovato certamente il suo terreno più fertile nel vecchio continente, al punto da diventare il paradigma della bioetica europea: il suo rispetto, infatti, è considerato come punto di riferimento critico per distinguere tra pratiche (scientifiche, mediche, assistenziali, ecc.) accettabili e inaccettabili<sup>5</sup>. Ciò è d'altronde in perfetta continuità con la tradizione filosofia e religiosa dell'Europa<sup>6</sup>, che trova il suo coronamento nella *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*<sup>7</sup> (Nizza 2000), destinata a diventare il preambolo della Costituzione dell'Unione, nella quale si indica la dignità umana come il valore fondamentale da difendere.

Il paese europeo dove la rinascita di questa nozione ha toccato il suo apice è senza dubbio la Germania<sup>8</sup>, e ciò non deve stupire dal momento che la dignità umana (*Menschenwürde*) è

---

pp. 113-142) guadagnandosi con ciò il merito di aver richiamato l'attenzione anche in Italia sul vivacissimo dibattito sul tema che si sta svolgendo in particolare in Germania e negli altri paesi di lingua tedesca.

Di “principio dignità umana” aveva già parlato qualche anno prima anche O. HÖFFE, *Prinzip Menschenwürde*, in ID., *Medizin ohne Ethik?*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2002, pp. 49-69.

<sup>4</sup> Cfr. P. BECCHI, *Il principio dignità umana*, cit., p. 5.

<sup>5</sup> Cfr. D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity, human rights and the human genome*, in J.D. Rendtorff, P. Kemp (eds.), *Basic ethical principles in European Bioethics and Biolaw, Vol. II: Partners' research*, Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institut Borja de Bioética, Barcelona, Spain 2000, p. 23.

<sup>6</sup> Significative in questo senso le parole di W. Hassemer, vicepresidente della Corte Costituzionale tedesca: “Il principio della dignità umana è il nocciolo vivente di una cultura antico-europea. Poiché sia il Cristianesimo che la filosofia politica dell'Illuminismo, ognuno su di un diverso fondamento, hanno profondamente fondato e assicurato la dignità umana come *pilastro di una società civilizzata e di uno stato di diritto*. Di questo viviamo ancor oggi” (W. HASSEMER, *Argomentazione con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, in “Ars interpretandi”, 10 (2005), pp. 134. Corsivi miei).

<sup>7</sup> Di cui ci si è occupati *supra*, Capitolo II, al § 2.6.

<sup>8</sup> A proposito della Germania, P. Becchi scrive: “Non c'è autore importante – filosofo, giurista o teologo che sia – che non abbia scritto almeno un contributo sulla dignità umana” (P. BECCHI, *Il principio dignità umana*, cit., p. 5).

Una panoramica generale del dibattito tedesco sulla nozione di dignità umana è offerta da A. KAPUST, *Menschenwürde auf dem Prüfstand*, in “Philosophische Rundschau”, 54 (2007), pp. 279-307.

Fra i più importanti pensatori tedeschi che si sono occupati della dignità umana ricordo: K. Seelmann (a cura di), *Menschenwürde als Rechtsbegriff*, (ARSP Beiheft, n. 101), F. Steiner, Stuttgart 2004; F.J. WETZ, *Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwerts*, Klett-Cotta, Stuttgart 2005; D. BROCKHAGE, *Die Naturalisierung der Menschenwürde in der deutschen bioethischen Diskussion nach 1945*, LIT, Münster 2008.

Da menzionare sicuramente anche Robert Spaemann che si è diffusamente occupato dell'argomento in molte sue opere (ad esempio nel recente e fortunato R. SPAEMANN, *Personen, Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Klett-Cotta, Stuttgart 1996, 3ª ed. Stuttgart 2006; tr. it. a cura di L. Allodi, *Persone. Sulla differenza tra „qualcosa“ e „qualcuno“*, Laterza, Bari 2005), oltre che in un lavoro di oltrevent'anni fa (R.



il fondamento stesso (*Grundnorm*) su cui – significativamente – è stata costruita la Costituzione tedesca (*Grundgesetz*)<sup>9</sup>, anche in risposta e come reazione agli orrori commessi dal nazismo, che della dignità umana hanno costituito la violazione più clamorosa del XX secolo<sup>10</sup>. Ma la nozione di dignità umana ha attratto grande interesse anche in altri paesi europei<sup>11</sup> tra cui, di recente, pure l'Italia<sup>12</sup>.

---

SPAEMANN, E.W. BÖCKENFÖRDE, *Menschenrechte und Menschenwürde. Historische Voraussetzungen – säkulare Gestalt – christliches Verständnis*, Klett-Cotta, Stuttgart 1987).

<sup>9</sup> L'art. 1, comma 1, recita: "La dignità dell'uomo è intangibile. Rispettarla e proteggerla è obbligo di tutto il potere statale" (*"Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt"*).

Per un primo commento di questo comma e una sottolineatura della novità del termine con cui viene definita la dignità dell'uomo (intangibile, *unantastbar*) rimando a P. BECCHI, *Il principio dignità umana*, cit., pp. 29-40, ove di troveranno indicazioni bibliografiche relativamente al dibattito tedesco sull'interpretazione di tale passaggio fondamentale del *Grundgesetz*.

<sup>10</sup> Presso l'*Ethikzentrum* dell'Università di Jena è stata addirittura avviata da alcuni anni una serie di ricerche esplicitamente dedicate al nostro concetto e alle sue implicazioni in bioetica e biodiritto.

Da segnalare sia le linee di ricerca sulla nozione di "dignità umana" (ma non solo, visto che viene indagata anche la possibilità di estendere la nozione di "dignità" ad animali e piante), concluse o ancora in corso (1. Menschenwürde als regulatives Prinzip in der Bioethik; 2. Menschenwürde und Menschenrechte - Entstehung, Entwicklung und Anwendung eines zentralen Wertkomplexes der Moderne; 3. Würde in der Gentechnologie; 4. Würde ist nicht Dignitas), sia le pubblicazioni prodotte nel contesto delle suddette ricerche (N. KNÖPFLER, *Menschenwürde in der Bioethik*, Springer, Berlin-Heidelberg, 2004; A. Siegetsleitner, N. Knöpffler (Hrsg.), *Menschenwürde im interkulturellen Dialog*, Alber, Freiburg, 2005; P. Kunzmann, S. Odparlik (Hrsg.), *Eine Würde für alle Lebewesen?*, Herbert Utz Verlag, München 2007; P. KUNZMANN, *Die Würde des Tieres - zwischen Leerformel und Prinzip*, Verlag Karl Alber, Freiburg und München 2007; S. Odparlik, P. Kunzmann, N. Knoepffler (Hrsg.), *Wie die Würde gedeiht - Pflanzen in der Bioethik*, Herbert Utz Verlag, München 2008).

Per una più dettagliata presentazione delle attività di ricerca dell'*Ethikzentrum* dell'Università di Jena, si veda [http://www.ethik.uni-jena.de/de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=10](http://www.ethik.uni-jena.de/de/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=10).

<sup>11</sup> Segnalo, in ordine di pubblicazione, le seguenti raccolte: K. Bayertz (a cura di), *Sanctity of Life and Human Dignity*, Nijhoff, Dordrecht 1996; M.L. Pavia, T. Revet (a cura di), *La dignité de la personne humaine*, Economica, Paris 1999; J. Ballesteros, A. Aparisi (a cura di), *Biotechnología, dignidad y derecho: bases para un dialogo*, Eunsa, Pamplona 2004.

Si vedano poi un libro e tre saggi di uno degli autori che più si sono occupati della nozione di dignità umana in bioetica e biodiritto: R. ANDORNO, *La bioéthique et la dignité de la personne*, Press Universitaires de France, Paris 1997; ID., *The paradoxical notion of human dignity*, in "Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto", 2 (2001), pp. 151-168; ID., *La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?*, in "Revue Generale de Droit Médical", 16 (2005), pp. 95-102; ID., *Dignity of the person in the light of international biomedical law*, in "Medicina e Morale", 55/1 (2005), pp. 165-178.

Un'importante rassegna è offerta anche da D. BEYLEVELD, R. BRONSWORD, *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*, Oxford University Press, Oxford, 2001.

<sup>12</sup> Se si eccettua una sezione in un volume collettaneo di una decina d'anni fa (Cattorini P., D'Orazio E., Pocar V. (a cura di), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999, pp. 3-108) è solo negli ultimi quattro anni che anche nel nostro paese si è ricominciato a discuterne: Cfr. M.A. CATTANEO, *Giusnaturalismo e dignità umana*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2006; E. Ceccherini (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Editoriale scientifica, Napoli 2008; A. Argiroffi, P. Becchi, D. Anselmo (a

Tuttavia, sarebbe errato pensare che il crescente appello alla nozione di dignità umana in bioetica riguardi unicamente il vecchio continente, e questo non solo per la già citata *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'Unesco (ottobre 2005), ma anche per l'ampia attenzione che a essa è stata riservata negli ultimi anni sia nel Nord-America<sup>13</sup> (come è confermato da una recente pubblicazione a cura del U.S. President's Council on Bioethics: *Human Dignity and Bioethics*, 2008<sup>14</sup>), sia da parte di autori esterni alla tradizione occidentale o di autori occidentali che si occupano di tradizioni extra-europee<sup>15</sup>. Questo

---

cura di), *Colloqui sulla dignità umana*, cit. (2008); U. VINCENTI, *Diritti e dignità umana*, Laterza, Roma-Bari 2009; E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, cit., (2009).

Va poi ricordato lo sforzo compiuto da Viafora nel suo corposo manuale "Introduzione alla bioetica" del 2006, che ad una interpretazione personalistica della nozione di dignità umana dedica l'intero capitolo 4. Cfr. C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, cit., pp. 97-122

<sup>13</sup> Per quanto riguarda gli Stati Uniti, sono da segnalare: R. DILLON (a cura di), *Dignity, Character and Self-Respect*, Routledge, New York, 1995 e L. KASS, *Life, liberty and defense of dignity. The challenge for bioethics*, Encounter Books, San Francisco 2002; (trad. it. *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino 2007).

Quanto al Canada si possono ricordare G. TRÉPANIÉ, *Clonage reproductif et dignité humaine*, Liber, Montréal 2006 e L. BURNS, *What is the scope for the interpretation of dignity in research involving human subjects?*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 11 (2008), pp. 191-208. Quest'ultimo articolo si occupa in particolare del principio del rispetto della dignità nelle linee guida canadesi relative all'etica della ricerca su soggetti umani.

<sup>14</sup> Il titolo completo del volume è: THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Human Dignity and Bioethics: Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, marzo 2008 (il testo è disponibile all'indirizzo [http://www.bioethics.gov/reports/human\\_dignity/human\\_dignity\\_and\\_bioethics.pdf](http://www.bioethics.gov/reports/human_dignity/human_dignity_and_bioethics.pdf)). L'importanza del tema si evince anche dal fatto che fra gli autori di questi saggi figurano alcuni fra i più noti protagonisti del dibattito bioetico e filosofico internazionale (fra cui si possono ricordare Daniel Dennet, Robert Kraynak, Patricia Churchland, Holmer Rolston, Nick Bostrom, Gilbert Meilander, Leon Kass, Susan Shell, Martha Nussbaum, Daniel Sulmasy ed Edmund Pellegrino).

Il testo, che ospita venti diversi saggi e otto commenti ad alcuni di essi, è la risposta alla sfida lanciata da più parti al President's Council e che può essere così riassunta: visto che in molti documenti di tale autorevole organismo è utilizzata in maniera estensiva la nozione di dignità umana, non è forse necessaria una chiarificazione del significato di tale concetto? E la domanda ancora più radicale che fa da sfondo al lavoro è: "La dignità umana è un concetto utile in bioetica, un concetto che illumina in maniera significativa tutta una serie di problemi bioetici, dalla ricerca sugli embrioni alla riproduzione assistita, dal potenziamento (*enhancement*) biomedico alla cura dei disabili e dei morenti? O, al contrario, è solo un concetto inutile, nella migliore delle ipotesi un sostituto vago per altre più precise nozioni, nella peggiore un mero slogan dietro cui si mascherano argomenti non convincenti e pregiudizi non esplicitati?" (A. SCHULMAN, *Bioethics and the Question of Human Dignity*, *ivi*, p. 3. Traduzione mia).

<sup>15</sup> Cfr., ad esempio, D. KEOWN, *Are there "Human Rights" in Buddhism?*, in "Journal of Buddhist Ethics", 2 (1995), pp. 3-27; K. ARAMESH, *Human Dignity in Islamic Bioethics*, in "Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology", 6 (2007), pp. 25-28; J.T. WAH, *Dignity in Long-Term Care for Older Persons: a Confucian Perspective*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 32 (2007), pp. 465-481; S. SEETHARAM, *Riflessioni critiche*

enorme interesse si riflette ovviamente sulla letteratura (filosofica in generale e bioetica in particolare) che ormai ha raggiunto dimensioni davvero imponenti<sup>16</sup>.

Di fronte all'indubbia rinascita cui si è fatto un rapidissimo cenno<sup>17</sup>, ai fini di questa ricerca sui comitati etici per la pratica clinica appare importante interrogarsi sul perché essa riguardi in particolar modo la bioetica. Dalle analisi condotte nei due capitoli precedenti e dal dibattito in letteratura emerge come la ragione fondamentale per cui la nozione di dignità umana ha assunto un ruolo sempre più rilevante è che essa sembra offrire delle risorse importanti per affrontare e risolvere alcuni dei "nodi" fondamentali del discorso bioetico: (1) la questione dell'etica nell'età della tecnica; (2) la questione del pluralismo; (3) la messa in discussione del principio tradizionale del "rispetto della vita come bene supremo" quale criterio decisivo ultimo di tutte le scelte in ambito clinico. Consideriamoli brevemente in successione.

Il primo "nodo" del discorso bioetico rispetto a cui la dignità umana sembra aver molto da dire è il noto dibattito relativo alla *questione dell'etica nell'età della tecnica*. Quest'ultima, infatti, da un lato amplia indubitabilmente e significativamente l'indipendenza dell'uomo dalla necessità naturale, ma pone al contempo l'interrogativo se tale ampliamento costituisca un potenziamento dell'umano senza rischi, ovvero prepari la strada e le condizioni per un suo irrimediabile stravolgimento (di conseguenza essa destabilizza<sup>18</sup> alcune nostre idee fondamentali e costringe a rimettere in discussione concetti ritenuti tradizionalmente stabili come quelli di "uomo", "natura umana" e "persona"). In questo

---

sulla nozione di dignità umana da una prospettiva induista, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 277-294; M. GHILARDI, *Il buddismo di fronte alla bioetica: sul concetto di dignità umana*, ivi, pp. 295-315.

<sup>16</sup> In uno studio del 2003 J. Witte segnalava che solo in lingua inglese negli ultimi 30 anni sono stati pubblicati ca. 1.200 volumi e 11.000 articoli sulla nozione di "dignità" (Cfr. J. WITTE, *Between Sanctity and Depravity: Human Dignity in Protestant Perspective*, in R.P. Kraynak, G. Tinder (eds.), *In Defense of Human Dignity: Essays for our Times*, University of Notre Dame Press, Notre Dame Indiana 2003, pp. 119-137).

<sup>17</sup> Per un approfondimento delle linee di sviluppo di tale rinascita, di cui mi sono già occupato di recente, mi permetto di rimandare al volume collettaneo da me curato e ai saggi ivi contenuti (in particolare a quelli di Becchi, Reichlin e Viafora): E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit.

<sup>18</sup> Sull'impatto destabilizzante e provocante della razionalità tecnico-scientifica sull'etica e sull'auto-rappresentazione dell'uomo si veda in particolare J. LADRIÈRE, *L'etica nell'universo della razionalità*, tr. it di Maria Minelli, Vita e Pensiero, Milano 1999 (in particolare le pp. 51-68). Per una presentazione sintetica del modo in cui Ladrière cerca di far valere l'istanza etica all'interno dell'universo tecnologico rimando a C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, cit., pp. 41-48.

quadro, il ricorso alla nozione di dignità umana viene operato nel tentativo di riprecisare – di fronte al mutato scenario – ciò che appartiene al nucleo costitutivo (e di conseguenza inviolabile) dell’umano. Essa viene utilizzata per indicare quel limite ultimo che la tecnica stessa non dovrebbe oltrepassare (pur potendolo fare<sup>19</sup>), se si vuole che l’uomo non perda la presa su ciò che lo costituisce come tale. Ad essa si fa ricorso perché sembra in grado di aiutare a tracciare tale limite inviolabile, evitando però le secche di due posizioni fra loro opposte: quella di chi identifica il nucleo dell’umano con la conformità all’“ordine naturale” e quella di chi ritiene che l’umano debba essere oggetto di una scelta totale.

Il secondo nodo della riflessione bioetica rispetto al quale la nozione di dignità umana appare in grado di offrire risorse importanti è quello relativo alla *questione del pluralismo*. In un contesto culturale caratterizzato dal “politeismo etico”, essa è considerata da molti<sup>20</sup> come l’unica base possibile per avviare una comunicazione e un dialogo che non si riducano agli aspetti meramente procedurali<sup>21</sup>. E questo perché – come si è visto nel *Capitolo II* – in tutti i documenti internazionali rilevanti per la bioetica la dignità umana è sistematicamente collegata ai diritti umani, che nel nostro tempo sono il solo linguaggio quasi universalmente accettato. Inoltre, essa non solo costituisce il fondamento e la giustificazione di tali diritti, ma può fungere anche da vincolo degli stessi: come da più parti rilevato, l’epoca dei diritti che stiamo vivendo ha senz’altro avuto il merito di

---

<sup>19</sup> Questo è esattamente ciò che U. Galimberti ritiene impossibile, poiché la tecnica è divenuta oramai il vero soggetto (afinalistico) della storia, essendo essa sottratta alla possibilità di controllo da parte dell’uomo il quale non è per nulla consapevole del mutamento epocale in cui si trova a vivere (e pertanto non può che esservi ineluttabilmente e fatalmente consegnato). Cfr. U. GALIMBERTI, *Psiche e techne. L’uomo nell’età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 1999 (in particolare le pp. 37-48 e 457-473). È chiaro che la presente riflessione sulla dignità umana e sul ruolo che tale nozione può avere in etica e bioetica muove dall’assunzione critica secondo la quale l’etica non è divenuta totalmente impotente al tempo della tecnica. Ciò che però si accoglie dell’analisi di Galimberti è la necessità sia di divenire consapevoli delle dinamiche epocali entro cui siamo collocati e pensiamo, sia di acquisire l’attitudine del viandante che non giudica il panorama che gli si fa incontro in base a valori già dati e fissati una volta per sempre, ma che si espone al viaggio e nel viaggio cerca di rinvenire o precisare meglio i principi che possono guidare il suo andare. C’è bisogno infatti, di fronte alle nuove sfide che abbiamo davanti, di quella che Ladrière chiama “creatività morale”, ossia della capacità di far interagire, in maniera originale, l’ancoraggio ai valori della tradizione e l’esposizione alle novità, la fedeltà critica all’antico e il coraggio del nuovo.

<sup>20</sup> Cfr., ad esempio, F. VIOLA, *Dalla natura ai diritti. I luoghi dell’etica contemporanea*, Laterza, Bari 1997, p. 352, secondo cui la dignità umana rappresenta “l’orizzonte non disponibile che rende possibile la comunicazione in regime di pluralismo”.

<sup>21</sup> Come invece, lo si è evidenziato nel *Capitolo I*, propone Engelhardt.

riportare l'uomo concreto al centro dell'attenzione<sup>22</sup>, ma ha anche dato avvio a una loro problematica "moltiplicazione"<sup>23</sup>. La nozione di dignità umana, opportunamente articolata in pochi diritti fondamentali che ne sono la prima espressione, sembra dunque poter riassicurare l'unitarietà del discorso morale, fungere da principio di un eventuale ordinamento gerarchico degli altri diritti ed essere la base condivisa da cui poi partire per articolare visioni particolari di ciò che è bene (ad esempio, in un certo contesto clinico).

Il terzo nodo della bioetica in relazione a cui la nozione di dignità umana promette di svolgere una funzione chiarificatrice e di indirizzo dell'azione è il problema della *crescente "inevidenza"*<sup>24</sup> *dei fini della medicina* in alcuni particolari contesti. Sempre più spesso le inaudite situazioni cliniche che le équipes socio-sanitarie si trovano ad affrontare (ancora una volta grazie e a causa della tecnica) mettono in discussione il principio tradizionale del "rispetto per la vita come bene supremo" quale criterio decisivo ultimo di tutte le scelte in ambito clinico. Mentre, infatti, v'è ancora ampio consenso sul fatto che tutelare la vita fisica (in particolare quella dei soggetti fragili e non in grado di decidere, ma non solo) si presenta come il primo modo per rispettare ciascun essere umano, vi sono situazioni in cui non è più chiaro se il bene globale della persona coincida con il mero prolungamento artificiale della vita in senso biologico o non piuttosto con la sospensione di certi trattamenti. In questi casi, la nozione di dignità umana – che include il rispetto per la vita, ma non coincide con esso e talora lo supera – appare ad alcuni autori<sup>25</sup> maggiormente in grado di guidare la riflessione e l'azione dei sanitari, dei comitati etici e dei giuristi di fronte ai nuovi scenari dischiusi dalla tecnica (evitando al contempo gli altrettanto gravi problemi posti dall'assunzione coerente del criterio dell'autodeterminazione come principio architettonico della bioetica, come sostenuto ad esempio da Engelhardt).

---

<sup>22</sup> Cfr. N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino 1990, p. XVI e pp. 62-72.

<sup>23</sup> Cfr. S. RODOTÀ, *Repertorio di fine secolo*, Laterza, Bari 1992, p. 213.

<sup>24</sup> Cfr. R. DELL'ORO, *La bioetica clinica come etica applicata. problemi teorici della consulenza etica nell'istituzione sanitaria*, in M. Picozzi, M. Tavani, P. Cattorini (a cura di), *Verso una professionalizzazione del bioeticista. Analisi teorica e ricadute pratiche*, Giuffrè, Milano 2003, pp. 42-66.

<sup>25</sup> Cfr., ad esempio, C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., pp. 246-247.

L'impiego della nozione di dignità umana in bioetica sembra dunque interpellare e sfidare sia l'etica tradizionale (che, almeno in alcune sue versioni, appare centrata sulla difesa della vita fisica, considerata come bene indisponibile sempre e comunque), sia l'etica moderna (centrata sulla strenua difesa dell'autodeterminazione individuale), che sembrano non più in grado di rispondere a tutte le sfide che la medicina contemporanea pone. Alcuni interpreti dell'etica tradizionale appaiono, infatti, in certi dibattiti (come quello sulla fine della vita) non del tutto consapevoli delle mutate condizioni in cui si vive e si muore al tempo della tecnica e rischiano – pur con le migliori intenzioni – di consegnare il malato all'ineluttabilità del fare tecnico. D'altro canto, i pensatori che si rifanno ad alcune importanti famiglie del pensiero morale moderno (come i sostenitori del linguaggio dei diritti o delle preferenze) sembrano avere ben poco da dire su questioni come l'accompagnamento delle persone dementi o dei malati cronici o dei disabili, ossia sull'assistenza e la valorizzazione di persone in cui l'autonomia è notevolmente ridotta o totalmente assente. Di fronte alle difficoltà di tali due posizioni, la nozione di dignità umana è apparsa estremamente interessante, perché per un verso sembra garantire un'attenzione all'uomo anche nei suoi livelli basilari come quello fisico (superando il rischio presente in certi filoni del pensiero moderno e contemporaneo di appiattirsi sull'autonomia) e permette di includere ogni essere umano nella comunità morale; e, al contempo, aiuta a non ridurre il valore di un uomo alla sua vita biologica (certo fondamentale), ma valorizza fortemente le scelte autonome (pur sottoponendole a certi vincoli) e spinge a riflettere sull'importanza che la stessa immagine della propria dignità ha nella vita delle persone in generale, e delle persone malate in particolare.

Tuttavia, se le summenzionate potenziali risorse che la nozione dignità umana promette di offrire rendono comprensibile il suo ampio utilizzo nel biodiritto e nelle più disparate dispute bioetiche, non è con ciò ancora dimostrato che essa sia all'altezza di tali promesse. Al contrario, le critiche mosse in letteratura contro tale nozione e contro il suo utilizzo inducono in molti scetticismo (se non addirittura irritazione), piuttosto che fiducia. Non resta pertanto che rivolgere la nostra attenzione a tali critiche, non prima però di aver evidenziato un paio di significativi contraccolpi concettuali che la riflessione bioetica su

tale nozione ha determinato su di essa (nella tipica dinamica della circolarità ermeneutica della provocazione).

Un primo significativo cambiamento intervenuto è dato dal fatto che, mentre nella storia della filosofia la nozione di dignità umana era stata impiegata per segnare la differenza e la superiorità dell'uomo rispetto a tutti gli altri enti<sup>26</sup>, in bioetica essa diviene in primo luogo uno strumento per proteggere l'uomo dall'uomo, per difendere l'umanità *tout court* (e le sue stesse basi biologiche) dalle possibilità di manipolazione radicale messe a disposizione dalle nuove tecnologie.

In secondo luogo la riflessione sulla dignità umana nell'età della tecnica pone una serie di problemi inauditi, problemi che mai nessuno di coloro che si erano occupati di tale nozione nel corso della storia del pensiero umano aveva dovuto affrontare con la radicalità che si richiede invece al pensiero contemporaneo: ammesso (e non concesso) che ciascun essere umano abbia quel peculiare valore che chiamiamo dignità umana, a partire da quando lo possiede? Solo dalla nascita alla morte, oppure anche nelle fasi della vita prenatale? Solo finché ha in atto le cosiddette facoltà superiori o anche quando non è ancora o non è più consapevole? O anche nei casi di persone (malati mentali, disabili gravissimi, bambini anencefalici) che non lo saranno mai? È legittimo parlare di dignità umana solo per gli individui, oppure anche – per derivazione – a proposito di gruppi di individui o della specie umana o del genoma umano<sup>27</sup>? Questo secondo contraccolpo concettuale dipende direttamente da una delle problematiche che hanno determinato la

---

<sup>26</sup> Si pensi, ad esempio, alle celeberrime parole che Pico della Mirandola immagina sulle labbra di Dio nelle prime pagine del suo *De hominis dignitate*: "Perciò accolse l'uomo come opera di natura indefinita e postolo nel cuore del mondo così gli parlò: «Non ti ho dato, o Adamo, né un posto determinato, né un aspetto proprio, né alcuna prerogativa tua, perché quel posto, quell'aspetto quelle prerogative che tu desidererai, tutto secondo il tuo voto e il tuo consiglio ottenga e conservi. La natura limitata degli altri è contenuta entro leggi da me prescritte. Tu, non costretto da nessuna barriera, la determinerai secondo il tuo arbitrio, alla cui potestà ti consegnai. Ti posi nel mezzo del mondo perché di là meglio tu scorgessi tutto ciò che è nel mondo. Non ti ho fatto né celeste né terreno, né mortale né immortale, perché di te stesso quasi libero e sovrano artefice ti plasmassi e ti scolpissi nella forma che avresti prescelto. Tu potrai degenerare nelle cose inferiori, che sono i bruti; tu potrai, secondo il tuo volere, rigenerarti nelle cose superiori che sono divine». [...] Chi non ammirerà questo nostro camaleonte? O piuttosto chi ammirerà altra cosa di più?" (P. DELLA MIRANDOLA, *Discorso sulla dignità dell'uomo*, a cura di Tognon G., prefazione di Garin E., La Scuola, Brescia 1987, pp. 5-7. Corsivo mio).

<sup>27</sup> È quanto, lo si è visto al § 2.5, sembra avvenire nella *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* dell'UNESCO.

nascita stessa della bioetica: la crescente “vaghezza dei confini”<sup>28</sup>, ossia la difficoltà di identificare confini certi tra esseri umani e altri mammiferi superiori<sup>29</sup>, oppure a determinare con precisione l’inizio e la fine della vita umana<sup>30</sup>.

### 3.2. Critiche alla nozione di dignità umana e sua difesa

Come si è già rilevato sia alla fine del *Capitolo II*, sia nel paragrafo precedente, il sempre più diffuso appello alla nozione di dignità umana in bioetica non ha mancato di suscitare un’ampia gamma di critiche e obiezioni che, a diversi livelli e da svariate prospettive, ne mettono in discussione la validità e l’utilità. Anzi, si può a ragione sostenere che negli ultimi anni la riflessione critica sulla dignità umana sia stata direttamente proporzionale all’ampiezza del ricorso che vi è stato fatto<sup>31</sup>.

Innanzitutto è da rilevare un’accusa di fondo: essa muove dalla constatazione dell’utilizzo spesso retorico di tale nozione e porta i critici a tacciare la dignità umana di essere l’argomento di chi non ha argomenti, una sorta di foglia di fico dietro cui si nasconde (vergognosamente o inconsapevolmente) chi non ha argomentazioni solide e persuasive, nient’altro che un espediente retorico per convalidare le proprie convinzioni etiche senza però giustificarle.

---

<sup>28</sup> Tale questione è considerata fra quelle esemplari della bioetica da S. SEMPLICI (*Bioetica. Le domande, i conflitti, le leggi*, Morcelliana, Brescia 2007, p. 16). Semplici però utilizza l’espressione “diluizione dei confini”, che a noi pare non del tutto precisa dal punto di vista concettuale, e che pertanto sostituiamo con “vaghezza dei confini”.

<sup>29</sup> Come conseguenza delle scoperte della genetica che hanno rivelato come, dal punto di vista del patrimonio cromosomico, la differenza tra *homo sapiens sapiens* e altri mammiferi superiori è molto meno marcata di quanto si ritenesse in passato.

<sup>30</sup> In conseguenza del fatto che non è chiaro e pacifico l’esatto momento in cui essa comincia o quello in cui, in certi casi, si deve dichiarare l’avvenuta morte.

<sup>31</sup> Cfr. A. KAPUST, *Menschenwürde auf dem Prüfstand*, cit., p. 280: “Kaum ein Begriff der Ethik ist momentan so heftig und gleichzeitig so kontrovers umkämpft wie der Begriff der Menschenwürde” (“Forse nessun altro concetto dell’etica è dibattuto oggi in modo così appassionato e al contempo in maniera così controversa come il concetto di dignità umana”. Traduzione mia).



Peggio ancora, essa risulterebbe un argomento che “uccide la discussione”<sup>32</sup> o uno “discussion-stopper”<sup>33</sup>, poiché molti di coloro che la utilizzano non si impegnano a mostrare con pazienza e rigore come dal principio della dignità umana si giunga a determinate conclusioni normative, ma la gettano sul tavolo del dibattito come una sorta di “briscola”, come un jolly che magicamente fa pendere la bilancia della discussione dalla loro parte, esentandoli dalla fatica dell’argomentazione.

A parte questa severa ma condivisibile accusa relativa al *modo* in cui essa viene impiegata (che però sono facilmente superabili se della nozione di dignità umana si fa un utilizzo accorto<sup>34</sup>), i problemi sostanziali posti dalla nozione di dignità (umana) e le critiche avanzate contro di essa possono essere distinti in tre grandi categorie: (1) ambiguità semantica; (2) giustificazione e titolarità; (3) forza normativa ed effettiva spendibilità pratica.

Il primo problema muove dalla sconcertante constatazione della varietà di significati con cui viene impiegato il termine “dignità” (alcuni dei quali chiaramente incompatibili fra loro) e dell’assenza di un criterio che consenta di porre ordine in questa varietà semantica; il secondo è senz’altro quello fondamentale dal punto di vista filosofico, in quanto mette in questione la legittimità stessa del concetto (per lo meno nella sua accezione fondamentale di dignità intrinseca che vedremo fra breve), ed è a sua volta strettamente collegato alla questione della titolarità, ossia al problema dell’identificazione degli individui cui essa può e deve essere riconosciuta la dignità umana; l’ultima questione, per certi aspetti la più importante dal punto di vista della possibilità di un impiego effettivo di tale nozione nell’attività deliberativa dei comitati etici per la pratica clinica, attiene ai modi per passare dal semplice riconoscimento della dignità umana alla determinazione precisa di ciò che il suo rispetto richiede nelle situazioni concrete.

È dunque necessario analizzare e discutere criticamente ciascuno di questi gruppi di problemi.

---

<sup>32</sup> Cfr. W. HASSEMER, *Argomentare con concetti fondamentali. L’esempio della dignità umana*, in “Ars interpretandi” 10 (2005), pp. 130-131.

<sup>33</sup> S. WEAR, *Human dignity at the bedside*, in K. Bayertz (ed.), *Sanctity of life and human dignity*, cit., p. 61.

<sup>34</sup> Per questo rimando al prossimo capitolo.

### 3.2.1. Ambiguità semantica

La prima fondamentale critica sollevata in letteratura è dunque che la nozione di dignità (umana) sarebbe irrimediabilmente vaga e ambigua, come dimostrato dal fatto paradossale che essa è utilizzata in alcuni dibattiti bioetici da parte di contendenti che sulla sua base giustificano tesi diametralmente opposte. Un esempio che viene frequentemente citato a controprova di ciò è il dibattito sull'eutanasia e il suicidio assistito: il partito di chi si oppone risolutamente a tali pratiche sostiene che esse violerebbero la dignità dell'uomo; e d'altro canto coloro che sono favorevoli alla loro introduzione argomentano tale posizione con il diritto dei singoli a morire "con dignità"<sup>35</sup>.

L'accusa di vaghezza, e conseguentemente di ambiguità, nei confronti della nozione di dignità umana è uno dei *Leitmotiv* della letteratura bioetica sull'argomento ed è denunciata sia da chi si oppone all'utilizzo di tale nozione, sia da chi intende continuare a riconoscerle un ruolo fondamentale (e addirittura *il* ruolo fondamentale) nei dibattiti morali in generale e bioetici in particolare.

Già alla fine degli anni '70 Ronald Dworkin sosteneva, nel suo fortunato *Taking rights seriously*, che "chiunque intenda prendere sul serio i diritti deve accettare la *vaga* ma potente idea di dignità umana"<sup>36</sup>. Le cose non sembrano essere cambiate più di tanto nel corso degli ultimi trent'anni, se nel 2004 J. Kilner poteva ancora affermare – nello stendere il lemma "Human Dignity" per la terza edizione dell' *Encyclopedia of Bioethics* – che "pochi termini o idee sono così centrali in bioetica e al contempo così poco chiaramente definiti come la dignità umana"<sup>37</sup>. Sulla stessa lunghezza d'onda N. Bostrom, che in un saggio del 2005 così si esprimeva: "La dignità umana è talvolta invocata come *sostituto polemico di idee chiare*. Ciò non significa che non ci siano importanti questioni morali connesse con la

---

<sup>35</sup> E, significativamente, una delle due associazioni svizzere che offrono assistenza per il suicidio assistito si chiama "Dignitas" ([www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch)) e il suo motto è "Vivere con dignità (umana), morire con dignità (umana)" (*Menschenwürdig leben, Menschenwürdig sterben*). L'altra associazione si chiama "Exit" ([www.exit.ch](http://www.exit.ch)).

<sup>36</sup> R. DWORKIN, *Taking rights seriously*, Duckworth, London 1978, p. 198 (corsivo mio).

<sup>37</sup> Cfr. J.F. KILNER, *Human Dignity*, in S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed., cit., pp. 1193 (traduzione mia).

dignità, ma che c'è bisogno di definire ciò che si ha in mente quando si utilizza il termine"<sup>38</sup> e così pure il medico e filosofo americano D. Sulmasy: "La parola dignità è *vaga* ed è usata in modi differenti da diversi autori; perciò una chiarificazione concettuale sembra necessaria"<sup>39</sup>.

Di fronte a questo scenario, vi è sia chi propone semplicemente di sbarazzarsi del concetto, sia chi intravede la possibilità di un suo utilizzo più accorto e produttivo. Fra i primi paradigmatica è la posizione della bioeticista americana Ruth Macklin<sup>40</sup>; fra i secondi possiamo annoverare Winfrid Hassemer, già vicepresidente della Corte costituzionale tedesca<sup>41</sup>. Credo sia utile riassumere le loro rispettive posizioni sia per l'esemplarità, sia per le indicazioni che se ne possono trarre.

In un citatissimo editoriale del dicembre 2003 (*Dignity is a useless concept*), pubblicato sul *British Medical Journal*, la Macklin liquidò in modo perentorio la nostra nozione, tacciandola di inutilità, sulla base del seguente ragionamento: nonostante gli appelli alla dignità umana popolino il panorama dell'etica medica, non appena li si sottopone ad un attento scrutinio si constata che essi sono "o *vaghe* riformulazioni di altri concetti più precisi o semplici slogan che non aggiungono nulla alla comprensione del problema"<sup>42</sup>. Infatti dall'analisi (invero alquanto frettolosa) di alcuni documenti che ne fanno uso,

---

<sup>38</sup> N. BOSTROM, N. BOSTROM, *In defense of posthuman dignity*, in "Bioethics", n. 19 (2005), 3, pp. 202-214, qui p. 209 (corsivo mio); tr. it. *In difesa della dignità postumana*, in "Bioetica", Anno XIII, 2005, 4, pp. 33-46.

<sup>39</sup> D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, in C. Taylor, R. Dell'Oro (eds.), *Health and Human Flourishing. Religion, Medicine and Moral Anthropology*, Georgetown University Press, Washington 2006, p. 72. Traduzione mia.

Sulmasy ha peraltro il merito di aver proposto un interessante via d'uscita (su cui ci si soffermerà fra breve) da questa situazione di *empasse*; mentre infatti le denunce di vaghezza abbondano nella letteratura bioetica (si potrebbero citare a questo proposito dozzine di autori) sono relativamente pochi i tentativi seri di venire in chiaro dell'ambiguità semantica del nostro concetto (anche da parte di coloro che ne denunciano a gran voce la vaghezza).

<sup>40</sup> Cfr. R. MACKLIN, *Dignity is a useless concept*, in "British Medical Journal", 327 (2003), pp. 1419-1420 (corsivo mio).

In realtà la tesi dell'inutilità della nozione di dignità umana in bioetica era già stata sostenuta in maniera più articolata e argomentata (anche se nondimeno discutibile) da W. Lenzen, *Value of Life vs. Sanctity of Life – Outlines of a Bioethics that Does without the Concept of Menschenwürde*, in K. Bayertz (ed.), *Sanctity of life and human dignity*, cit., pp. 39-55.

<sup>41</sup> Come ritiene W. Hassemer che pure non è tenero con coloro che utilizzano in maniera "disinvolta" tale nozione (cfr. W. HASSEMER, *Argomentare con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, cit.).

<sup>42</sup> R. MACKLIN, *Dignity is a useless concept*, cit., p. 1419.

Macklin ricava l'impressione che la nozione di dignità serva unicamente a giustificare la necessità del consenso informato, della confidenzialità dei dati e della protezione da pratiche discriminatorie. Quindi, nel contesto dell'etica medica, rispetto per la dignità sembra non significare altro che rispetto per l'autonomia; pertanto tale nozione può essere tranquillamente eliminata senza alcuna perdita di contenuto<sup>43</sup>.

Come è stato notato<sup>44</sup>, questa tesi provocatoria non può essere accolta perché riposa in realtà su una petizione di principio: infatti, se si definisce a proprio piacimento una parola (nel nostro caso "dignità") completamente nei termini di un altro concetto (in questo caso "autonomia") è ovvio che essa non aggiunge niente di nuovo e che può essere completamente sostituita senza alcuna perdita di contenuto. Sulla base di questa equazione (arbitraria e discutibile<sup>45</sup>), la struttura dell'argomentazione della Macklin risulta la seguente: premessa: dignità non significa altro che rispetto per l'autonomia; conclusione: perciò dignità non significa altro che rispetto per l'autonomia; quindi (corollario): la dignità non aggiunge niente al discorso bioetico<sup>46</sup>.

Il problema della Macklin, e con lei di molti altri autori<sup>47</sup>, è che pur denunciando (giustamente) l'ambiguità e la vaghezza con cui spesso è impiegato il concetto<sup>48</sup> non si impegna in una sua chiarificazione (anzi, si aggiunge alla lista di coloro che usano il concetto in modo confuso, poiché utilizza in modo intercambiabile le nozioni di "dignità"

---

<sup>43</sup> Cfr. *ivi*, p. 1420.

<sup>44</sup> D. SULLMASY, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, in THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Human Dignity and Bioethics*, cit., pp. 469-501 (qui alle pp. 469-470).

<sup>45</sup> Si vedano in proposito le persuasive considerazioni di R. Andorno, che ha dimostrato – proprio in risposta alla Macklin – come la nozione di dignità umana, che pur comprende e valorizza quella di autonomia, non può essere ridotta a quest'ultima (Cfr. R. ANDORNO, *La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?*, in "Revue Generale de Droit Médical", 16 (2005), pp. 95-102).

<sup>46</sup> D. SULLMASY, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, cit., p. 470.

<sup>47</sup> È lunga, infatti, la lista degli interventi che da un lato mettono il dito nella piaga dell'ambiguità concettuale che circonda la nozione di dignità, senza impegnarsi però in una sua chiarificazione oppure offrendone analisi molto fragili e discutibili. Si veda, ad esempio, M. HÄYRY, *Another Look at Dignity*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 13 (2004), pp. 7-14.

<sup>48</sup> "In the absence of criteria that can enable us to know just when dignity is violated, the concept remain hopelessly vague". R. MACKLIN, *Dignity is a useless concept*, cit., p. 1420. Corsivo mio.

e “dignità umana”, il che non è per nulla scontato), e si limita a ridurlo arbitrariamente ad un altro concetto, con ciò eliminandone l'importanza.

La richiesta di chiarificazione concettuale avanzata dalla bioeticista americana va dunque senz'altro accolta; la sua proposta di soluzione (ossia l'eliminazione del concetto in quanto inutile) va invece respinta poiché non argomentata in modo convincente.

Le considerazioni che Hassemer sviluppò due anni più tardi, muovono da un punto di partenza molto simile a quello della Macklin, ma giungono a conclusioni profondamente diverse. *L'incipit* del ragionamento è, anche in questo caso, l'inquietante constatazione della giungla concettuale in cui si deve inoltrare che si occupa di dignità umana: “È scoraggiante studiare le discussioni sulla dignità umana. Non soltanto l'intrico è divenuto così fitto che ci si può far luce e spazio solo con il *machete* argomentativo. Ma si impone l'impressione che il nostro esempio – più ancora di altri principi fondamentali – venga finalizzato, che esso venga piegato all'interesse argomentativo, che la sua forza persuasiva venga bloccata, messa a servizio e consumata in catene argomentative che senza il riferimento alla dignità umana sarebbero piuttosto deboli”<sup>49</sup>.

Anche se il contesto della riflessione di Hassemer non è direttamente quello della bioetica, ma quello del diritto in generale (e quindi anche del biodiritto), i limiti da lui rilevati nell'attuale impiego della nozione di dignità umana nelle dispute giuridiche sono sovrapponibili a quelli sottolineati da molti pensatori per quanto riguarda l'etica medica. Ugualmente, le proposte dell'ex vicepresidente della Corte Costituzionale tedesca per superare *l'empasse* in cui si trova chi vuole utilizzare produttivamente la nostra nozione sono illuminanti sia per la giurisprudenza sia per la bioetica.

Innanzitutto, nota Hassemer, è necessario ricordare che quando parliamo di dignità umana stiamo parlando di un principio fondamentale<sup>50</sup>. Esso pertanto costituisce necessariamente lo sfondo di ogni riflessione etica, ma sarebbe errato pensare che il risultato delle valutazioni sui casi particolari si trovi già contenuto in tale principio fondamentale, da cui basta derivarlo per deduzione. L'ermeneutica giuridica insegna

---

<sup>49</sup> W. HASSEMER, *Argomentare con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, cit., pp. 125-126.

<sup>50</sup> Per quanto riguarda la Costituzione Tedesca si tratta addirittura del principio fondamentale per eccellenza.

invece che nell'analisi e nella valutazione delle questioni particolari è necessario far interagire il principio con le questioni concrete della cui valutazione si tratta, perché "si comprendano produttivamente le cose nel concetto e il concetto nelle cose"<sup>51</sup>. Queste ultime, infatti, non costituiscono solo oggetti di valutazione: grazie ad esse si possono comprendere e interpretare sempre meglio gli stessi principi.

Secondo questa prospettiva ermeneutica, che proviene dalla saggezza giuridica, "il principio della dignità umana è parte attiva e concreta nei processi di scoperta e valutazione argomentativi, non la nuvola lontana da cui piovono i risultati. Chi si limita a enunciare diligentemente la dignità umana e poi a derivare il suo risultato da essa, non ha fatto il suo dovere argomentativo"<sup>52</sup>. Tuttavia, secondo Hassemer, l'ampiezza del principio non deve scoraggiare ma essere intesa come una *chance* per la comprensione<sup>53</sup>, e i suoi molti utilizzi impropri o abusivi non devono portare all'eliminazione di questa fondamentale nozione ma piuttosto ad un suo utilizzo più accorto.

Poiché in questa ricerca si intende accogliere la prospettiva di Hassemer ("Approfondiamo e disambiguiamo il concetto per utilizzarlo meglio") e respingere quella della Macklin ("Eliminiamolo!"), risulta necessario compiere due operazioni al fine di districare la matassa concettuale in cui è avvolta la nostra nozione: (1) mappare le *accezioni principali* in cui, di fatto, è utilizzata la nozione di "dignità"; (2) individuare un *criterio di ordinamento* o una classificazione dei vari significati al fine di evitare le contraddizioni che un uso impreciso delle diverse accezioni del concetto di "dignità" ingenerano. Per realizzare questa seconda operazione ci soffermeremo in particolare sull'originale tentativo di rigorizzazione dell'utilizzo della nozione di "dignità" compiuto dal medico e filosofo americano Daniel Sulmasy; la sua proposta, infatti, costituisce una significativa eccezione nel panorama del dibattito bioetico sull'argomento, ove si incontrano innumerevoli denunce dell'ambiguità della nostra nozione, poche disorganiche ricognizioni dei diversi

---

<sup>51</sup> W. HASSEMER, *Argomentare con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, cit., p. 130.

<sup>52</sup> *Ivi*, p. 131.

<sup>53</sup> Cfr. *ivi*, p. 137.

significati in cui è impiegato e quasi nessun tentativo serio di impostare con rigore la necessaria opera di disambiguazione.

### *Le principali accezioni del termine "dignità"*

Il primo passo nel tentativo di districarsi nella giungla semantica che avviluppa la nozione di "dignità" è dunque quello di condurre una semplice rilevazione delle accezioni più ricorrenti in cui viene utilizzato il termine (in particolare in bioetica). Sebbene questa prima operazione, come la maggior parte di quelle che è dato trovare in letteratura<sup>54</sup>, presenti un certo margine di a-sistematicità, essa può nondimeno contribuire ad una prima riduzione delle ambiguità e offrire il "materiale grezzo" sul quale poi condurre il necessario lavoro di rigorizzazione.

Innanzitutto è necessario notare un fatto apparentemente ovvio, ma troppo spesso non adeguatamente considerato (e perciò prima fonte di equivoci): le espressioni "dignità umana" e "dignità" non sono (sempre o necessariamente) equivalenti. Con la prima si indica (o, per lo meno, si dovrebbe indicare) qualcosa che appartiene a tutti gli uomini in quanto tali<sup>55</sup>, altrimenti l'aggettivo "umana" non avrebbe ragion d'essere; con la seconda (nelle sue varie accezioni che vedremo fra breve) nominiamo delle caratteristiche che certo possono essere acquisite dagli esseri umani (e, a quanto ne sappiamo, solo da essi), ma che non appartengono loro in quanto tali e che infatti possono esser perse o non venire mai ottenute.

---

<sup>54</sup> A questo proposito negli ultimi anni si sono registrati vari tentativi di articolare questa molteplicità di significati, nessuno però con la sistematicità di Sulmasy. Fra gli articoli più interessanti segnalo: R.S. JOHNSON PHILIP, *An analysis of "dignity"*, in "Theoretical Medicine and Bioethics", 19/4 (1998), pp. 337-352; L. NORDENFELT, *The varieties of dignity*, in "Health Care Analysis", 12/2 (2004), pp. 69-82; A. EDGAR, *A response to Nordenfelt's "The Varieties of dignity"*, *ivi*, pp. 83-90; M. HÄYRY, T. TAKALA, *Another look at dignity*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 13/1 (2004), pp. 7-14; M. LEBECH, *What is human dignity?*, in "Mainooth philosophical papers", 2, 2004, pp. 59-69; R.E. ASHCROFT, *Making sense of dignity*, in "Journal of Medical Ethics", 31 (2005), pp. 679-682; N. JACOBSON, *Dignity and health: a review*, in "Social science & medicine", 64 (2007), pp. 292-302; A. KAPUST, *Menschenwürde auf dem Prüfstand*, *cit.* (in particolare alle pp. 281-283); D. SULMASY, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, in The President's Council On Bioethics, *Human Dignity and Bioethics*, *cit.*, pp. 469-501 (in particolare pp. 470-4).

<sup>55</sup> Se così non fosse non si capirebbe, ad esempio, il primo articolo della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'ONU: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza" (corsivo mio).

Questo fatto viene però generalmente ignorato o sottaciuto dagli stessi studiosi<sup>56</sup> che si sono occupati del nostro tema, mentre si rivela della massima importanza. Come si constaterà poco oltre, infatti, solo una delle sei accezioni della nozione di dignità che prenderemo in considerazione merita l'aggettivo "umana" (in quanto appartiene agli uomini in quanto tali). Le altre, invece, o sono un suo corollario (e quindi compatibili con essa) o, addirittura, se ne contrappongono sostanzialmente (pur senza dichiararlo apertamente). Le sei accezioni principali in cui viene impiegato il termine dignità in bioetica sono le seguenti: (1) dignità intrinseca (dignità umana); (2) dignità come status sociale; (3) dignità come statura morale; (4) dignità dell'identità (o auto-percezione del proprio valore); (5) dignità come autonomia e autodeterminazione; (6) dignità postumana.

### *La dignità intrinseca*

Il primo e fondamentale senso in cui viene utilizzata la nozione di dignità è dunque quello di dignità intrinseca. È senza dubbio questo il significato in cui il termine viene utilizzato nei più importanti documenti internazionali (dalla *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'Onu in poi) e sta ad indicare il valore inerente di ciascun essere umano, valore che è indipendente da meriti personali, classe sociale, età sesso, religione o altri fattori, in quanto dipende unicamente dal fatto di essere uomini. In base a questa accezione (universalistica) ogni uomo viene *riconosciuto* come un fine in sé, senza prezzo, e pertanto unico e irrimpiazzabile. Tale valore degli esseri umani è concepito come alcunché di pre-positivo: viene riconosciuto dallo stato, ma non è determinato da esso. La dignità

---

<sup>56</sup> La stessa voce "Human Dignity" dell' *Encyclopedia of Bioethics* non è esente da questo difetto. Il primo paragrafo del lemma si apre infatti così: "[...] Il rispetto per la *dignità umana* è un obbligo etico cui si appellano entrambi gli schieramenti di molti dibattiti etici. Per esempio, lo stato dell'Oregon ha legalizzato il suicidio assistito approvando una legge intitolata «Morte con *dignità*», mentre gli oppositori sostenevano che legalizzare tale pratica sminuiva la *dignità* di anziani, disabili e morenti. Similmente, in risposta alle tesi secondo cui il rispetto per la *dignità* di tali pazienti impone la ricerca di cure attraverso la produzione di embrioni per mezzo della clonazione così da permettere la ricerca sulle cellule staminali embrionali, altri sostengono che produrre esseri umani allo stadio embrionale e distruggerli sia pure per il beneficio di altri è un affronto alla *dignità umana*". Cfr. J.F. KILNER, *Human Dignity*, in S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed., cit., pp. 1193 (traduzione mia).

Già ad una prima lettura si può notare che la contraddizione tra le posizioni contrapposte è solo apparente, perché il termine "dignità" e quello "dignità umana" hanno significati diversi. Dopo che si sarà tracciata la mappatura e l'ordinamento delle varie accezioni del termine dignità, la mera apparenza di tale contraddizione apparirà ancor più evidente.



intrinseca non può che essere uguale per tutti gli uomini (poiché – come si è detto – non dipende da caratteristiche personali particolari o da meriti conseguiti dal singolo); essa inoltre non ammette gradi e non si può perdere. Certo, essa può essere violata, calpestata, non rispettata. Ma non perduta. A rigore è questa l'unica accezione del termine dignità che corrisponde all'espressione "dignità umana" (*Menschenwürde*). Tale dignità/valore/eccellenza dell'uomo si esprime certo in modo privilegiato nella sua autonomia, ma non coincide con essa (si ritiene infatti che sia posseduta anche da soggetti che per vari motivi non potranno mai – o non possono più o non ancora – esercitare la loro autonomia). La nozione di dignità intrinseca (dignità umana) è senz'altro quella più presente nel biodiritto (come ha dimostrato l'analisi condotta nel *Capitolo II*), ma è al contempo quella che pone il problema fondamentale dal punto di vista filosofico, in particolare per quanto attiene la sua giustificazione. Infatti, chi sostiene la legittimità di tale accezione (e anzi le attribuisce il ruolo di architrave del sistema morale e di fondamento della bioetica clinica) deve assumersi l'onere di indicare le ragioni che supportano una simile impegnativa asserzione. A questo problema, come anticipato, sarà interamente dedicato il prossimo paragrafo (§ 3.2.2).

#### *La dignità come "status sociale"*

Per contrasto con la dignità intrinseca è possibile cogliere una seconda accezione del termine dignità: la dignità come "status sociale". Essa è da intendersi come lo speciale valore o distinzione che si *attribuisce* ad una persona in relazione alla posizione sociale che essa occupa (re, vescovo, carica politica istituzionale, ecc.) o in relazione ai meriti guadagnati in un certo campo (scientifico, artistico, sociale, lavorativo ecc.). Ovviamente non appartiene ad ogni uomo in quanto uomo (in questo caso non si può dunque parlare di dignità umana): può essere acquistata e perduta, ammette gradi ed è attribuita dall'esterno, pur essendo (nella maggior parte dei casi) determinanti le azioni del singolo ai fini della sua attribuzione da parte degli altri.

È una variante di significato piuttosto antica del concetto di dignità che gioca un ruolo secondario, ma non irrilevante per la riflessione bioetica. Essa infatti si dimostra

importante in alcuni contesti assistenziali per confermare o rafforzare (nelle persone malate o da accudire) la percezione del proprio valore, ossia per quella che chiameremo fra breve “dignità dell’identità”<sup>57</sup>.

Tale accezione del termine “dignità” è da tenere presente anche in considerazione del fatto che alcuni autori<sup>58</sup> la indicano come la diretta antenata della stessa nozione di dignità intrinseca: quel valore che un tempo veniva attribuito solo a certi uomini e in virtù di particolari meriti o ruoli sociali, ora lo si riconosce a tutti gli esseri umani in quanto tali<sup>59</sup>.

### *La dignità come “statura morale”*

Un terzo significato in cui viene utilizzato il nostro concetto è quello di dignità come “statura morale”, intendendo con tale espressione lo speciale valore/merito che deriva da pensieri e comportamenti coerenti con la legge morale o con il fatto di essere enti morali. Anche in questo caso essa può essere acquistata e perduta e ammette gradi. Tale accezione aiuta a render ragione di espressioni come: “Ha affrontato con grande dignità la malattia, un grande dolore, una sconfitta ecc.” oppure “Si è comportato con grande dignità di fronte a quell’ingiustizia” o ancora “Ha sempre vissuto con dignità”.

---

<sup>57</sup> Si pensi, ad esempio, ai luoghi dedicati alla cura degli anziani (ospedali, *hospice*, strutture per persone non del tutto autosufficienti, ecc.): in tali contesti può risultare estremamente significativo per le persone ivi accolte essere appellate in modo non sciatamente confidenziale (ad esempio, rivolgendosi loro immediatamente con il “tu” o con il nome proprio, senza averne chiesto e ottenuto il permesso), ma utilizzando l’espressione “signor” o “signora”, oppure titoli che si riferiscono al loro passato professionale o al ruolo sociale da essi ricoperto (“dottore”, “professore”, ecc.). Tali delicatezze e attenzioni non sono un esercizio di vuoto formalismo: al contrario, si rivelano essenziali in un momento della vita in cui il decadimento fisico e psichico minaccia concretamente di spezzare il filo che regge la nostra fragile continuità. Il richiamo al passato della persona e alla sua “dignità sociale”, ottenuto per mezzo di certi appellativi, può essere molto importante (unitamente, com’è ovvio, a molte altre attenzioni e attività) per aiutarla a riannodare i legami con la sua storia e a riconfermarla nel suo valore e nel senso della sua importanza in una stagione dell’esistenza umana in cui molti fattori (interni ed esterni) spingono nella direzione contraria.

<sup>58</sup> Cfr., ad esempio, P. DONATELLI, *Tre concetti di dignità*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 333-354 (in particolare pp. 333-334).

<sup>59</sup> È quanto sostiene J.M. Breuvert nel quadro della sua ricostruzione storica della comparsa dei vari significati che oggi colleghiamo alla nozione di dignità: “La storia del concetto mostra che si è passati da un’accezione debole della dignità legata a onori e capacità, ad un’accezione forte, legata allo statuto dell’uomo considerato in se stesso, sostanzialmente differente dal resto della natura per la sua libertà”. J.M. BREUVART, *Le concept philosophique de dignité humaine*, in “Le Supplément. Revue d’éthique et de théologie morale”, 191 (1994), pp. 99-129 (qui a p. 101).

In tutti questi casi si vuole esprimere una valutazione positiva e un profondo apprezzamento del modo in cui una persona ha affrontato una certa situazione di vita (o la sua intera esistenza). Mentre, infatti, molto spesso non si può scegliere il tipo di esperienze che ci si trova a vivere, rimane pur sempre al singolo la possibilità di affrontarle in un modo o in un altro (e questo è qualcosa di tipicamente umano).

È importante cogliere che in questo caso il termine dignità non è utilizzato né in senso intrinseco, né meramente estrinseco (non dipende cioè dal semplice fatto di essere uomini, né dal fatto di ricoprire un certo ruolo sociale). La “dignità come statura morale” dipende direttamente da un proprio comportamento (e perciò è qualcosa che si acquisisce, si merita), ma un comportamento tale che realizza appieno alcune delle possibilità più proprie dell’essere umano (libertà, autonomia, coerenza, accettazione dei limiti dell’esistenza ecc.). In questo senso, degno è chi vive all’altezza della propria umanità (intesa come compito, non come mera constatazione di appartenenza ad una certa specie)<sup>60</sup>.

#### *La dignità dell’identità (auto-percezione del proprio valore)*

Un quarto significato della nozione di dignità – estremamente importante per il dibattito bioetico e per la riflessione morale in genere – è quello di “dignità dell’identità”<sup>61</sup>: essa consiste nella auto-percezione del proprio valore ed è strettamente connessa con la propria identità e con l’integrità fisica. Tale percezione del proprio valore può essere gravemente

---

<sup>60</sup> Tale accezione della nozione di dignità si avvicina molto a quella che D. Sulmasy chiama “*inflerescent dignity*”: “Per dignità infiorescente intendo il modo in cui si usa la parola dignità per descrivere il valore di un processo che porta all’eccellenza umana, o il valore di uno stato di cose attraverso il quale un individuo esprime l’eccellenza umana. In altre parole, l’espressione dignità infiorescente è usata per riferirsi a individui che stanno fiorendo come esseri umani, in quanto vivono esistenze che sono coerenti con la dignità intrinseca dell’umano e una sua piena espressione”. (Cfr. D. SULMASY, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, cit., p. 473. Traduzione mia).

È evidente che tale significato è derivato, ossia logicamente dipendente dalla nozione di dignità intrinseca e dalla nozione di ciò che è propriamente umano.

<sup>61</sup> L. NORDENFELT, *The varieties of dignity*, cit., pp. 69-82.

David Badcott, in un suo saggio del 2003, parla invece di “dignità emotiva” e offre una spiegazione naturalistica (ossia in chiave evolucionistica) di come sono nati sia il concetto di dignità umana (*Menschenwürde*) sia il relativo sentimento (*emotional dignity*). Cfr. D. BADCOTT, *The basis and relevance of emotional dignity*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 6 (2003), pp. 123-131.

compromessa a causa di trattamenti degradanti da parte di altri oppure a causa di malattie. Ammette dunque gradi e può essere perduta in seguito ad eventi esterni. La consapevolezza della propria dignità è fondamentale nella vita di ogni uomo, e nelle dinamiche esistenziali può risultare talora più importante della stessa dignità intrinseca. Se anche i nostri ordinamenti riconoscono a ciascuno la dignità intrinseca, per il singolo individuo è di fondamentale importanza *percepire* il proprio valore<sup>62</sup>. Nella maggior parte dei casi, infatti, è sulla base dell'auto-percezione del proprio valore che si considera la propria vita meritevole di essere vissuta; ed è proprio di fronte alla perdita di tale percezione (o al rischio di perderla) che molti malati sostengono che certi trattamenti o il decorso di certe malattie "tolgono loro la dignità". D'altronde, che l'auto-percezione della propria dignità sia un elemento cruciale per il benessere delle persone, specialmente nell'ultima fase della propria vita, è cosa di cui si stanno accorgendo sempre più anche i medici. Da segnalare sono in particolare le ricerche di Harvey Max Chochinov<sup>63</sup>, medico canadese fra i più noti palliativisti del mondo, che assieme al suo gruppo di ricerca ha messo a punto strumenti di analisi ("*dignity conserving repertoire*") e metodi ("*dignity psychotherapy*") per impostare una cura che miri a conservare o recuperare nei malati terminali il senso della loro dignità, riducendo in tal modo la loro sofferenza fisica e soprattutto morale.

Nelle fasi della vita in cui l'uomo è più fragile e indifeso (l'infanzia, la malattia, la vecchiaia avanzata), quando il singolo non ha le forze per riposare in se stesso e trovare in sé i motivi profondi del suo valore, è lo sguardo dell'altro che ci dice che valiamo, che siamo preziosi, che abbiamo dignità. Come in un bambino è lo sguardo amorevole dei genitori che costituisce pian piano il senso del suo valore, così per le persone affette da gravi malattie degenerative o al termine della vita è lo sguardo amorevole e attento di chi

---

<sup>62</sup> Dal punto di vista soggettivo, infatti, conta ben poco avere una dignità intrinseca se non se ne è consapevoli, o se le persone attorno a noi ci trattano come se non valesimo niente, o se le circostanze in cui ci troviamo a vivere riducono drasticamente o addirittura annullano il senso del nostro valore.

<sup>63</sup> Cfr. H.J. CHOCHINOV, *Dignity and the Eye of the Beholder*, in "Journal of Clinical Oncology", 22 (2004), 7, pp. 1336-1340; ID., *Dying, Dignity and new Horizons in Palliative end-of-life Care*, in "CA: A Cancer Journal for Clinicians", 56 (2006), pp. 84-103; ID., *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*, in "British Medical Journal", 335 (2007), pp. 184-187.

si prende cura di loro che può confermare e ricostruire (oppure sminuire e distruggere) il senso della loro dignità. Gli occhi dell'altro non determinano il valore intrinseco, ma – specialmente in alcune fasi della vita – sono determinanti nella costruzione o distruzione della consapevolezza di tale dignità.

Solo questa accezione rende ragione di espressioni come: “Mi ha restituito/tolto la mia dignità”, “Non voglio morire senza dignità”, “Questa malattia/trattamento mi sta togliendo la dignità” ecc. Tali affermazioni non avrebbero senso se il termine dignità fosse assunto nel significato di “dignità intrinseca”, mentre sono perfettamente comprensibili se per dignità si intende l'auto-percezione del proprio valore, ossia la considerazione di sé come di un essere prezioso, amabile, presentabile. E tale considerazione è collegata all'immagine che si ha di se stessi attraverso il proprio corpo e dipende fortemente dal modo in cui gli altri ci guardano e considerano. Inoltre è importante notare come questa accezione della dignità sia quella più dipendente da variabili di tipo culturale<sup>64</sup>, che pertanto andranno opportunamente tenute in considerazione nella pratica clinica, nella consapevolezza che la percezione del proprio valore da parte dei pazienti è profondamente segnata dalla particolare declinazione che tale concetto assume nella loro società o situazione storica.

Tale significato particolare della dignità (e la consapevolezza della sua importanza fondamentale nella vita delle persone) deve essere tenuto in gran considerazione dai comitati etici per la pratica clinica e da tutti gli operatori socio-sanitari, specialmente da quelli che operano in reparti che si occupano delle categorie più fragili. Inoltre, potrebbe costituire una fonte di ispirazione per progetti di ricerca e per specifici programmi di

---

<sup>64</sup> Si pensi, ad esempio, al modo in cui vengono considerati in una data società o cultura l'evento malattia, o la condizione dell'esser vecchi: è evidente che vivere in una società che considera la vecchiaia come una condizione degradante e fastidiosa (essa stessa una malattia), la percezione che gli anziani avranno del proprio valore sarà gravemente compromessa. All'opposto, in società in cui alla condizione dell'anziano vengono associate le idee di saggezza, autorevolezza e venerabilità, l'auto-percezione che gli anziani avranno della propria dignità e del loro ruolo nella comunità ne sarà positivamente influenzata.

Similmente in una società in cui la malattia è considerata come una fastidiosa complicazione che impedisce di essere efficienti e produttivi, un malato non potrà che auto-valutarsi come un peso inutile. In un contesto che invece annovera malattia e vulnerabilità come costitutive dell'umano, i malati saranno facilitati nel pensare che la loro condizione (provvisoria o definitiva) non compromette in modo radicale e irreparabile il loro valore.

promozione del senso della propria dignità all'interno di ospedali, *hospice* o altre istituzioni che si occupano della promozione di persone in situazioni di svantaggio (come ad esempio i disabili).

### *La dignità come autonomia e autodeterminazione*

Un quinto significato in cui viene utilizzato il concetto di dignità nel dibattito bioetico è quello che la fa coincidere con l'autonomia, intesa non in senso kantiano (ossia come capacità dell'uomo di sottomettersi – talora faticosamente e lottando contro gli impulsi – alla legge morale), ma come possibilità di determinare la propria vita in base a preferenze e convinzioni morali del tutto soggettive. Tale accezione (riduzionistica rispetto a quella tradizionale di dignità umana) si ritrova spesso negli scritti degli autori di tradizione libertaria ed è impiegata, ad esempio, da chi argomenta a favore dell'eutanasia sostenendo che essa realizza la dignità personale in quanto consente di attualizzare il principio di autodeterminazione. Questo argomento diviene perfettamente intelligibile se si considera che in questa accezione dignità e autonomia (o libertà di piena autodeterminazione) sono considerate come equivalenti<sup>65</sup>. In questo senso il termine è assunto anche da un documento<sup>66</sup>, peraltro ottimo, della SIAARTI<sup>67</sup> del 2003 ove si legge che fra i tradizionali obiettivi della medicina intensiva vi è quello di “mantenere una vita dignitosa (ossia rispettosa della volontà del paziente e del suo concetto di qualità della vita)”<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup> Questa è anche la posizione di Ruth Macklin che nel suo già citato articolo sostiene che, essendo il rispetto per la dignità coincidente con il rispetto per l'autonomia delle persone, esso può essere tranquillamente eliminato senza alcuna perdita di contenuto (cfr. R. MACKLIN, *Dignity is a useless concept*, cit., p. 1420).

<sup>66</sup> GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI, “*Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dismissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*”, in “*Minerva anestesologica*”, 69 (2003), 3, pp. 111-118.

<sup>67</sup> Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (<http://www.siaarti.it/>).

<sup>68</sup> GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI, “*Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dismissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*”, cit., p. 111.

È da notare però che, poco oltre, fra gli obiettivi della medicina intensiva viene indicato anche quello di “garantire una morte dignitosa (ossia con il minor grado di sofferenza ed in accordo con i desideri ultimi del paziente)” (*ivi*, p. 112), ove risulta che sotto l'ombrello della dignità non rientra solo l'autonomia, ma anche l'eliminazione della sofferenza. Ciò dimostra che anche coloro che, per evitare l'ambiguità insita nel

Si deve notare che, non a caso, tale accezione viene accolta e utilizzata da autori di tradizione liberale/libertaria (e talora anche utilitaristica), fra i quali prevale una concezione funzionalistica della persona: poiché secondo tale interpretazione persone sono unicamente quegli individui che possiedono in atto razionalità e conseguente capacità di autodeterminarsi, tutto il valore della persona (la sua dignità) consiste appunto nell'autonomia così intesa.

È evidente che secondo questa prospettiva l'autonomia (ossia la capacità di autodeterminarsi secondo le proprie preferenze) non è interpretata come *uno* degli elementi che costituiscono la dignità umana, ma come *il solo* vero elemento che la rende plausibile e giustificabile. Essa perciò costituisce di fatto un antagonista polemico della dignità intrinseca in quanto intende proporsi come un suo perfetto sinonimo, sulla base della succitata concezione funzionalistica della persona che ne costituisce lo sfondo implicito.

*Un esempio paradigmatico di ambiguità: la nozione di dignità post-umana*

C'è infine almeno un'altra accezione del termine dignità che di recente ha assunto un certo rilievo nella letteratura bioetica e sulla quale ritengo importante soffermarmi, in quanto costituisce esempio significativo dei rischi e delle ambiguità cui si va incontro se non si precisano adeguatamente i termini e se non se ne approfondiscono i presupposti. La nozione cui mi riferisco è quella di *dignità post-umana*<sup>69</sup>. Tale "nuovo" significato è stato proposto dai pensatori "transumanisti"<sup>70</sup> nell'ambito della loro polemica con quelli che essi definiscono "bioconservatori"<sup>71</sup>.

---

concetto, ne riducono il significato all'autonomia si trovano poi ad utilizzarlo con sfumature di senso che non sono riconducibili al rispetto autonomia in senso stretto.

<sup>69</sup> Per una difesa di questo concetto di dignità si veda in particolare N. BOSTROM, *In defense of posthuman dignity*, cit., e, più di recente, ID., *Dignity and Enhancement*, in THE PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Human Dignity and Bioethics*, cit., pp. 173-206. A questi due saggi si farà riferimento per la delineazione critica della nozione di dignità post-umana.

<sup>70</sup> Il transumanesimo è definito dai suoi stessi propugnatori come un movimento (erede della tradizione dell'Umanesimo laico e dell'Illuminismo) che sostiene che: 1) la natura umana (il genoma) com'è oggi è migliorabile grazie all'intervento della scienza; 2) che fra i miglioramenti ottenibili ci sono l'allungamento della vita umana in piena salute, l'aumento delle capacità fisiche e intellettuali, la capacità di controllo dei nostri stati mentali e umorali, ecc.; 3) che le tecnologie migliorative comprendono non solo quelle già

Poiché il nerbo delle critiche dei bioconservatori ai transumanisti sembra riassumersi sinteticamente nell'accusa secondo cui gli interventi di *enhancement* e di modifica anche radicale del genoma umano costituiscono una violazione della dignità umana, è proprio su questa nozione che Nick Bostrom – uno dei teorici del transumanismo – ha concentrato la sua attenzione, fino ad arrivare a coniare in un suo noto articolo del 2005<sup>72</sup> la nozione di *dignità postumana*. La sua argomentazione comincia con l'osservazione che la nozione di dignità umana è molto vaga. Pertanto, prima di discutere la questione se le modificazioni della natura umana violino o meno la dignità umana egli ritiene (giustamente) necessario precisare cosa si intende con tale concetto. Secondo Bostrom è possibile distinguere almeno due diverse nozioni di dignità (si badi bene: di "dignità", non di "dignità umana"<sup>73</sup>): (1) la dignità come *status morale*, che implica il diritto inalienabile ad essere trattati con un livello minimo di rispetto; (2) la dignità come l'essere degno o onorato (a cui sono collegate le nozioni di valore, nobiltà, merito).

---

esistenti (ingegneria genetica e informatica), ma anche quelle che prevediamo di poter sviluppare (realtà virtuale completamente immersiva, nanotecnologia molecolare, intelligenza artificiale, ecc.). Tale movimento sostiene inoltre che le tecnologie per il miglioramento dell'individuo dovrebbero essere rese liberamente disponibili; che l'individuo dovrebbe poter scegliere quali tecnologie applicare a se stesso (libertà morfologica); e che i genitori dovrebbero essere liberi di scegliere quali tecnologie riproduttive adottare (libertà riproduttiva) e quali miglioramenti richiedere per il genoma dei propri figli (futuri).

Per una caratterizzazione più articolata del transumanismo si vedano: N. BOSTROM, *Transhumanist FAQ. A General Introduction, Version 2.1 (2003)*, (<http://www.humanityplus.org/learn/philosophy/faq>); e a ID., *In defense of posthuman dignity*, cit., pp. 202-203. Si veda inoltre la voce: "Transhumanism and Posthumanism" (a cura di C.C. HOOK) in S.G. Post (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, cit., pp. 2517-2520.

<sup>71</sup> Dal punto di vista dei transumanisti tutti quei pensatori (fra cui figurano L. Kass, F. Fukuyama, J. Habermas e H. Jonas) che, per diversi motivi, osteggiano e condannano i tentativi di modificare la natura umana (fosse anche per migliorarla), in quanto essi potrebbero risultare nella dis-umanizzazione dell'uomo e nella violazione della dignità umana.

Fra le opere di questi autori più direttamente rivolte alla critica del transumanismo e del postumanismo ricordo: L. KASS, *Ageless Bodies, Happy Souls. Biotechnology and the Pursuit of Perfection*, in "The New Atlantis" 1 (2003), pp. 9-28; ID., *Life, Liberty and the Defense of Dignity: The Challenge for Bioethics*, cit. (tr. it., *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, cit.); F. FUKUYAMA, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, Ferrar, Strauss and Giroux, New York 2002; J. HABERMAS, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg einer liberalen Eugenik?*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2001 (tr. it., *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Einaudi, Torino, 2002, pp. 19-74); H. JONAS, *Technik, Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1985.

<sup>72</sup> N. BOSTROM, *In defense of posthuman dignity*, cit.

<sup>73</sup> E ciò è sorprendente: l'autore infatti rileva e stigmatizza la vaghezza della nozione di dignità umana e poi, quando si tratta di precisarla, fornisce due diverse definizioni della nozione di dignità (tratte da *The Oxford English Dictionary*) dando così per scontato che "dignità" e "dignità umana" siano perfetti sinonimi.



Sulla base di queste due accezioni – argomenta Bostrom – non c'è ragione di ritenere che gli esseri modificati e migliorati tecnologicamente (i post-umani) non abbiano dignità (che, in quanto propria di questa nuova specie di esseri, egli definisce “post-umana”), infatti:

- 1) quanto al primo significato, Bostrom osserva che l'idea fondamentale delle democrazie liberali (ossia il principio dell'uguale dignità di tutti) non viene messa in crisi dall'eventuale sorgere di una nuova generazione di esseri post-umani, con capacità significativamente superiori alle nostre. Ciò che siamo chiamati a fare è continuare il processo storico di allargamento del “cerchio morale”, ossia della sfera di esseri cui riconosciamo pieno status morale: uomini, donne, bianchi, neri, etero-omo- e trans- sessuali, individui in carne ed ossa o eventuali esseri fatti di silicio; anche ai nuovi individui andrà riconosciuto il diritto inalienabile ad essere trattati con un livello minimo di rispetto (tutelando il loro valore, la dignità post-umana);
- 2) quanto alla seconda accezione della dignità considerata, egli nota che la dignità nel senso di valore o merito è già oggi una qualità che i diversi esseri umani hanno in gradi differenti; non vi è ragione di credere che i nuovi esseri post-umani non possano raggiungere la dignità come qualità. Potrebbero addirittura raggiungere livelli di dignità/nobiltà/merito più alti di quelli degli umani non potenziati. Certo, non si può escludere che i post-umani si trasformino in esseri degradati. Ma questo rischio non può comportare il bando totale delle tecnologie migliorative, solo un controllo per evitarne gli abusi. È da precisare però che in una democrazia liberale gli unici limiti alla libertà morfologica o riproduttiva sono quelli posti ad interventi potenzialmente lesivi di un'altra persona.

In realtà, secondo Bostrom, il vero problema dei bio-conservatori è che essi temono e odiano la post-umanità e non le riconoscono alcun valore, considerandola solamente come una minaccia. Per questo cadono continuamente nell'errore di usare due pesi e due misure nella valutazione di ciò che può modificare o potenziare la natura umana<sup>74</sup>. I transumanisti

---

<sup>74</sup> Ad esempio, egli non capisce perché i bioconservatori siano contrari agli interventi sulla linea germinale e non ad interventi per migliorare il latte materno (oppure a far ascoltare musica classica ai feti per “programmarli” ad una aumentata sensibilità musicale): in entrambi i casi si tratta di modificare e

invece – continua il filosofo di Oxford – non cadono in questo errore, perché hanno una concezione scientificamente più adeguata e non fissista della natura umana. Riconoscono che essa è dinamica, che è cambiata nel corso dei millenni e che ora può essere modificata e migliorata dagli uomini attraverso la tecnologia. Se riconosciamo giustamente dignità e diritti inalienabili agli esseri umani come sono oggi, non sembra esservi ragione per non riconoscerla anche agli esseri umani migliorati che saremo in grado di creare. La difesa della dignità post-umana si configura dunque come la difesa di un’etica più inclusiva, che cioè accolga nella sfera morale sia gli umani come sono oggi, sia gli umani modificati di domani. In questo modo i trans-umanisti promuovono il progresso sia tecnologico sia morale dell’umanità e smascherano l’ipocrisia e il razzismo strisciante delle attuali posizioni sostenute dai bioconservatori.

Anche se nei suoi scritti successivi Bostrom non ha più utilizzato la nozione di dignità postumana, egli ha continuato a sostenere che gli interventi di *enhancement* o di modifica del genoma umano possono rivelarsi molto positivi per gli uomini, in quanto potrebbero promuovere quella che lui chiama “dignità come qualità” (e che corrisponde in gran parte al secondo dei due significati da lui distinti nel suo articolo del 2005). In un saggio del 2008<sup>75</sup>, Bostrom argomenta questa tesi in modo piuttosto articolato. Diversamente dall’articolo del 2005, in questo caso egli distingue *tre* accezioni della nozione di dignità (dignità come qualità, *dignità umana* e dignità come status sociale) e considera inoltre la nozione di diritti umani. Per la prima volta, dunque, egli riconosce esplicitamente l’esistenza, fra le varie accezioni del termine dignità, della nozione di dignità umana<sup>76</sup> (usa addirittura il termine tedesco *Menschenwürde*), ma dopo averla liquidata in poche righe (sostenendo che fra i filosofi v’è disaccordo su cosa sia precisamente, in cosa consista e chi ne sia dotato) egli prosegue il suo ragionamento concentrandosi unicamente sulla nozione di dignità come qualità (che definisce come una sorta di eccellenza, che varia da persona a

---

influenzare lo sviluppo e le prestazioni di un altro individuo, e a suo parere non sussisterebbe alcuna differenza morale tra i metodi tecnologici e non tecnologici per migliorare la condizione umana.

<sup>75</sup> N. BOSTROM, *Dignity and Enhancement*, in THE PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS, *Human Dignity and Bioethics*, cit., pp. 173-206.

<sup>76</sup> D’altronde difficilmente avrebbe potuto non farlo, visto che il volume in cui era ospitato il suo saggio si intitolava proprio “*Human Dignity and Bioethics*”.

persona, fra i cui tratti caratteristici vi sono – sulla scorta dell’analisi condotta dal Kolnai<sup>77</sup> – l’autocontrollo, la calma, la moderazione, la discrezione, la riservatezza, la distinzione, l’intangibilità, l’indipendenza e inaccessibilità a interferenze corruttrici, la serenità e l’equilibrio interiori). Sulla base di questa scelta egli argomenta che l’*enhancement* non solo non danneggia, ma anzi promuove la dignità come qualità<sup>78</sup>.

Ancora un volta si deve notare che la strategia argomentativa di Bostrom procede dal sostanziale misconoscimento della nozione di dignità umana<sup>79</sup> (nel primo senso che abbiamo messo a fuoco all’inizio di questa sezione). Egli, infatti, non la considera nemmeno nel primo dei suoi due articoli che abbiamo analizzato e la sfiora solo di sfuggita nel secondo. Poi sceglie le accezioni della nozione di dignità che meglio servono ai suoi fini argomentativi e procede a dimostrare la compatibilità tra modifiche radicali della natura umana e i significati della nozione di dignità che ha prescelto. Tale modo di argomentare è però da respingere: se infatti è pregevole lo sforzo di definire chiaramente il senso in cui si utilizzano le parole, è invece discutibile ridurre la ricchezza di significati di un termine solamente a quelli utili ai propri scopi argomentativi<sup>80</sup>. La complessità

---

<sup>77</sup> Cfr. A. KOLNAI, *Dignity*, in “Philosophy”, 51 (1976), pp. 251-271.

Di nuovo, si deve stigmatizzare l’uso piuttosto disinvolto e non accurato che Bostrom fa delle tesi di un altro autore. Per una valutazione critica del modo in cui utilizza le tesi del Kolnai si veda C. RUBIN, *Commentary on Bostrom*, in THE PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS, *Human Dignity and Bioethics*, cit., pp. 207-211.

<sup>78</sup> Ad esempio, se si riuscisse a migliorare (con sostanze chimiche o modificazioni genetiche) la capacità di autocontrollo, concentrazione, resistenza a situazioni di stress, energia mentale, la dignità come qualità ne trarrebbe benefici. E il fatto che tali miglioramenti sarebbero ottenuti per via chimica o tecnologica non ne pregiudicherebbe il valore, perché la scelta di utilizzarli sarebbe pur sempre nostra, anzi più nostra di una eventuale dotazione naturale. Il miglioramento o potenziamento delle suddette capacità (e pure delle emozioni, dell’umore e della personalità) potrebbe dunque avere effetti estremamente positivi sulla dignità come qualità (e non condurre necessariamente agli esiti catastrofici descritti dai critici dell’*enhancement* o da romanzi quali *Brave New World* di Aldous Huxley).

<sup>79</sup> E su una rappresentazione caricaturale delle tesi degli avversari. Molti dei pensatori che lui chiama “bioconservatori” non sostengono affatto che gli eventuali esseri postumani non avrebbero alcuna dignità. Sostengono piuttosto che i modi per “ottenere” tali esseri (come la scelta e la predeterminazione del sesso e di tutte le altre caratteristiche genetiche) viola il rapporto di simmetria tra esseri umani e fa diventare alcuni il *prodotto* della volontà e dei desideri di altri. Questo si configura chiaramente come un atto di strumentalizzazione di un altro essere umano, che è quanto la dottrina della dignità umana vieta categoricamente. A tali critiche Bostrom non riserva – strategicamente – la dovuta attenzione, rendendo però debole l’impianto complessivo del suo ragionamento.

<sup>80</sup> Come si è visto, questa è esattamente la strategia adottata da Ruth Macklin che ha avuto buon gioco a tacciare la nozione di dignità umana di inutilità dopo averne ridotto arbitrariamente il significato a quello di autonomia.

semantica e concettuale propria del linguaggio non si risolve negandola o riducendola a piacere, ma affrontandola. Pertanto sarebbe stato forse intellettualmente più onesto se Bostrom avesse esplicitato il suo rifiuto per la nozione di dignità intrinseca (dignità umana), sostenendo, ad esempio, che non esistono valori intrinseci e che tutti i valori sono attribuiti: mi sembra, infatti, che tutto il ragionamento di Bostrom e la stessa proposta della nozione di dignità postumana comportino un sostanziale rifiuto del concetto di dignità umana<sup>81</sup> come valore inerente di ogni essere umano (presumibilmente sulla base di una metaetica non cognitivista e di una concezione funzionalistica della persona<sup>82</sup>, che però non vengono mai esplicitate negli articoli da lui dedicati alla nozione di dignità).

In conclusione, la nozione di dignità postumana non è altro che una costruzione polemica *ad hoc*, approntata al fine di giustificare la più ampia libertà di scelta anche rispetto alle tecnologie di modificazione del genoma umano e nel tentativo di disinnescare le critiche a tali pratiche mosse a partire dalla nozione di dignità umana.

Se ora consideriamo in modo sinottico (vedi *tab. 3.1.*) le diverse accezioni della nozione di dignità fin qui considerate e le relative caratteristiche, risulta già con evidenza la significativa diversità che sussiste tra la nozione di dignità intrinseca e gli altri significati del termine. Con questo primo guadagno passiamo dunque al secondo momento della nostra riflessione sull'ambiguità della nozione di dignità, ossia all'indagine sulla possibilità di individuare un criterio di ordinamento delle varie accezioni in cui è impiegato il termine in bioetica.

---

<sup>81</sup> Ciò detto, rimane pur sempre vero che, anche se si accetta la nozione di dignità intrinseca (dignità umana), quando si intende criticare pratiche di *enhancement* o di radicale modifica del genoma non basta sostenere semplicemente che esse violerebbero la dignità umana: bisogna produrre argomenti più specifici per spiegare, caso per caso, perché un certo intervento la comprometterebbe (e non è detto che tutti gli interventi di *enhancement* violino di per sé la dignità dell'uomo).

<sup>82</sup> Ciò è tanto vero che Bostrom può addirittura prendere in considerazione la possibilità che la dignità possa essere aumentata o potenziata per via tecnologica (cfr. N. BOSTROM, *Dignity and Enhancement*, cit.). Tale affermazione, di primo acchito sorprendente, risulta invece la conclusione coerente di un ragionamento che possiamo così articolare: sono persone quegli individui che hanno in atto funzioni cognitive altamente specializzate; la dignità (come qualità) consiste nel portare al massimo sviluppo (possibilmente all'eccellenza) tali funzioni tipiche delle persone (ad esempio incrementando l'autocontrollo, l'intelligenza, l'indipendenza da pressioni esterne, la serenità e l'equilibrio interiori, ecc.); ergo: la dignità, così come l'eccellenza di ogni altra funzione, può essere tecnologicamente potenziata. È chiaro, per contro, che rispetto alla nozione di dignità intrinseca (dignità umana) l'ipotesi di poterla aumentare per via tecnologica è semplicemente un assurdo.

Tab. 3.1. Un confronto fra le caratteristiche delle accezioni della nozione di “dignità” considerate

CARATTERISTICHE TIPI DI DIGNITÀ	È uguale per tutti gli esseri umani	Ammette gradi	Può essere acquisita o perduta	Dipende da impegno e meriti personali
Dignità intrinseca (dignità umana)	Sì	No	No	No
Dignità come “status sociale”	No	Sì	Sì	Solo in parte
Dignità come “statura morale”	No	Sì	Sì	Sì
Dignità dell’identità	No	Sì	Sì	Solo in parte
Dignità come autonomia e autodeterminazione	No	Sì	Sì	No
Dignità postumana	---	---	---	---

È possibile un ordinamento delle varie accezioni della nozione di dignità?

La distinzione delle diverse accezioni in cui è impiegata di fatto la nozione di dignità in bioetica è stata una operazione necessaria e utile, ma non ancora sufficiente.

*Necessaria* data la ricorrente accusa di ambiguità che circonda questo utilizzatissimo concetto. *Utile* perché ci permette fin d’ora di capire come in molti dibattiti in cui sembra che dalla nozione di dignità (umana) vengano derivate dai contendenti conclusioni normative diametralmente opposte, in realtà le contraddizioni sono solo apparenti. Più precisamente: il contrasto tra le diverse posizioni in campo è reale, ma esso non dipende dall’ambiguità intrinseca della nozione di dignità umana, ma dal fatto che gli interlocutori in realtà stanno utilizzando accezioni diverse della nozione di dignità (evidentemente senza esserne pienamente consapevoli)<sup>83</sup>. *Non ancora sufficiente* perché l’articolazione della

---

<sup>83</sup> Ad esempio, nel dibattito sul suicidio assistito e l’eutanasia, chi sostiene che tali pratiche violino la dignità ha in mente la prima accezione del termine (la dignità intrinseca), mentre chi afferma che tali pratiche realizzino il diritto a morire con dignità utilizza la quinta accezione da noi considerata (la dignità come autonomia).

Con ciò non si sono ovviamente risolti tutti i problemi, ma per lo meno si disinnescano quelli connessi all’utilizzo non consapevole o non preciso del termine.

Una volta chiarito il senso in cui uno utilizza la nozione di dignità resta a chi dibatte a partire da una delle sue accezioni il compito di approfondirla e di verificare la validità delle conclusioni che trae dall’accezione in cui impiega il nostro concetto. Per esempio, nel dibattito succitato, chi argomenta contro l’eutanasia

varietà semantica connessa alla nozione di dignità non consente da sola di operare un ordinamento di tali significati: registrare i diversi sensi in cui è usato il termine non basta a suggerire i modi per una loro gerarchizzazione in caso di contrasto.

Come si accennava in apertura di sezione, l'autore che nel quadro del dibattito bioetico ha tentato di affrontare con maggior rigore il problema dell'ambiguità che circonda la nozione di dignità è il medico e filosofo americano Daniel Sulmasy<sup>84</sup>. Anche la sua riflessione muove dalla constatazione delle ambiguità che circondano la nostra nozione<sup>85</sup>, ma al contempo dalla convinzione della sua importanza fondamentale per il dibattito bioetico. Sulmasy in primo luogo distingue tre diversi modi o significati in cui è stata utilizzata la nozione di dignità nel corso della storia occidentale (che chiama rispettivamente dignità attribuita<sup>86</sup>, dignità intrinseca<sup>87</sup> e dignità infiorescente<sup>88</sup>); poi ricostruisce la loro origine storica e concettuale<sup>89</sup>; quindi sottolinea come tutti e tre<sup>90</sup> questi

---

sostenendo che essa violerebbe la dignità umana deve verificare se davvero dalla nozione di dignità intrinseca derivi la conclusione dell'immoralità di tale pratica; per chi appoggia l'eutanasia in quanto consente di rispettare e realizzare la dignità come autonomia rimane aperto il compito di verificare se l'autonomia sia davvero l'unico criterio da considerare nella questione o se invece non vi siano ragioni per limitarla alla luce di altri importanti valori e vincoli.

<sup>84</sup> I due saggi più importanti in cui Sulmasy si occupa dell'argomento sono: D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, cit.; ID., *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, cit. (Tutte le traduzioni da questi due *paper* sono mie).

<sup>85</sup> Cfr. ID., *Dignity and the Human as a Natural Kind*, cit., p. 79.

<sup>86</sup> Per dignità attribuita (*attributed dignity*) egli intende il valore che gli esseri umani conferiscono agli altri attraverso un atto di attribuzione. La dignità attribuita è in qualche modo "creata" e costituisce una forma convenzionale di valore (è questo significato che, ad esempio, sta alla base di parole come "dignitari"). Cfr. ID., *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, cit., p. 473.

<sup>87</sup> Per dignità intrinseca (*intrinsic dignity*) egli intende il valore che le persone hanno semplicemente in virtù della loro umanità, e non in virtù della loro posizione sociale e della loro capacità di suscitare ammirazione o dei loro talenti e abilità. È sulla base di questa accezione che si può dire, ad esempio, che il razzismo è un'offesa alla dignità umana. La dignità intrinseca non è conferita o "inventata" da una scelta umana: precede e determina il suo riconoscimento. Cfr. *ibid.*

<sup>88</sup> Con l'espressione dignità infiorescente (*inflorescent dignity*) egli si riferisce invece al modo in cui le persone usano la parola per descrivere il valore di un processo che conduce all'esistenza umana o il valore di uno stato di cose grazie a cui un individuo esprime l'eccellenza umana. In altre parole l'espressione dignità infiorescenze è usata per riferirsi a individui che stanno fiorendo come esseri umani, che portano a piena realizzazione le loro potenzialità e, in particolare, che vivono all'altezza della loro dignità intrinseca. Questo senso della parola non è puramente attribuito, in quanto dipende da una qualche concezione obiettiva della natura umana e dell'eccellenza umana. Cfr. *ibid.*

<sup>89</sup> Sulmasy individua in Hobbes il filosofo che più di ogni altro ha sostenuto la nozione di dignità attribuita (pur riconoscendo che anche negli scritti di Cicerone se ne trovano tracce); il pensatore che meglio di ogni

significati siano rilevanti per la bioetica e di fatto utilizzati nei dibattiti bioetici. Poiché però talvolta essi entrano in conflitto tra loro, il pensatore americano si trova di fronte il problema se vi sia un significato fondamentale fra i tre individuati e, se sì, quale sia. Proprio per affrontare in modo il più possibile rigoroso e sistematico questo problema egli traccia una teoria del valore che risulta di grande interesse anche per il nostro ragionamento.

L'assiologia proposta da Sulmasy consiste in una revisione e integrazione della teoria classica che distingue i valori in due tipologie principali: gli strumentali e gli intrinseci, intendendo con i primi quei valori che derivano interamente il loro significato dagli obiettivi del valutatore, e con i secondi quei valori che non sono una funzione degli scopi di un valutatore, ma sono un valore di per sé. Una revisione critica di questa teoria tradizionale porta invece il pensatore americano a sostenere che la distinzione primaria tra valori non è rappresentata al meglio dalla coppia intrinseco/strumentale, ma dalla coppia *intrinseco/attribuito*<sup>91</sup>. Questo perché, mentre è senz'altro vero che tutti i valori strumentali sono attribuiti, non è vero che i valori attribuiti siano tutti strumentali (possiamo immaginare, ad esempio, oggetti o luoghi che per una certa persona hanno un valore sentimentale: tale valore è conferito dal valutatore, ossia non inerisce a quell'oggetto o luogo in quanto tale, ma non è certamente strumentale. Rientrano inoltre nella

---

altro ha definito la nozione di dignità intrinseca è indicato in Kant (ma tale idea è condivisa anche dal Cristianesimo in generale e dall'Umanesimo cristiano in particolare, seppure su basi diverse da quelle kantiane); infine gli stoici romani (Cicerone su tutti) sono indicati come i "progenitori" della nozione di dignità infiorescente. Cfr. *ivi*, pp. 471-474.

<sup>90</sup> Cfr. *ibid.*

Fra la tripartizione proposta da Sulmasy e la mappatura che ho presentato all'inizio del paragrafo (distinguendo 5 diverse accezioni genuine della nozione di dignità e quella solo polemica di dignità postumana) non vi è una differenza sostanziale. Infatti le due che abbiamo chiamato rispettivamente "dignità come status sociale" e "dignità dell'identità" (o auto-percezione del proprio valore) nello schema di Sulmasy rientrano nella nozione di dignità attribuita (nel primo caso perché attribuita dall'esterno, nel secondo perché auto-attribuita a sé dal soggetto stesso). Quelle che abbiamo definito "dignità come status morale" e "dignità come autonomia" nello schema di Sulmasy vengono raccolte sotto la nozione di dignità infiorescente (o derivata). La vera e propria dignità umana è invece chiamata da entrambi dignità intrinseca.

<sup>91</sup> Cfr. D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, cit., p. 73.

sottocategoria dei valori attribuiti non strumentali anche il valore estetico oppure quelle che Sulmasy chiama “dignità attribuite”<sup>92</sup>).

Per quanto riguarda il valore intrinseco<sup>93</sup> Sulmasy rileva innanzitutto come la stessa nozione di valore intrinseco (ossia di valore che qualcosa ha in virtù del suo essere il tipo di ente che esso è) obblighi ad accettare anche il concetto di “tipo naturale” (*natural kind*)<sup>94</sup>, ossia l’idea che ogni ente nell’universo si presenti come avente una determinata natura o essenza. Infatti senza la nozione di “tipo naturale” espressioni come “in virtù della sua natura intrinseca” o “in virtù del tipo di ente che esso è” non avrebbero alcun senso.

Questa forma di “modesto essenzialismo”<sup>95</sup> consente tra l’altro a Sulmasy di far propria un’idea proposta di recente dai sostenitori dell’etica ambientalista, secondo cui non solo

---

<sup>92</sup> Cfr. *ivi*, pp. 79-80.

Con l’espressione “dignità attribuite” (*attributed dignities*) Sulmasy cerca di rendere ragione di un insieme molto comune di usi della parola dignità. Si dice, ad esempio, che una certa azione è indegna o che una certa situazione ha comportato una diminuzione della dignità di qualcuno. Entrambi gli usi si riferiscono a valori non-strumentali, e tuttavia i parlanti non fanno riferimento ad un genuino valore intrinseco. Essi fanno riferimento a valori attribuiti non-strumentali.

L’uso della nozione di dignità in senso attributivo (e non intrinseco) è in ogni caso riservato agli esseri umani (ossia a quegli enti che hanno dignità intrinseca), ma a mio avviso tale uso è meglio spiegato dalle accezioni (che Sulmasy non considera esplicitamente) che noi abbiamo chiamato “dignità come statura morale” e “dignità dell’identità”. Mentre quest’ultimo è senz’altro un valore attribuito (meglio, auto-attribuito), il primo è invece un valore derivato.

<sup>93</sup> Bisogna riconoscere che la nozione di “valore intrinseco” è essa stessa controversa (e meritevole di per sé di ben altra trattazione) ed è stata oggetto di recente di una rinnovata attenzione, come testimoniato ad esempio dall’interessante raccolta T. Rønnow-Rasmussen, M.J. Zimmerman (eds.), *Recent Work on Intrinsic Value*, Dordrecht, Springer 2005.

<sup>94</sup> Cfr. D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, cit., pp. 74-77.

Secondo Sulmasy la nozione di “tipo naturale” non è un’idea nuova in filosofia, ma è stata ripresa solo recentemente dalla filosofia analitica per indicare una categoria di enti i cui membri, in virtù dell’essere ricondotti sotto l’estensione del tipo, possono essere conosciuti *necessariamente* come quel tipo di cosa. Questa teoria sostiene che la natura fissa certi “predicati sortali” così che non è nella disponibilità degli esseri umani decidere (arbitrariamente) di classificare i tipi naturali come qualcosa d’altro da ciò che sono (per esempio, ossigeno o un limone o un essere umano).

L’idea alla base della teoria dei tipi naturali è molto semplice: ciò che esiste al mondo è dato in modo chiaramente differenziato. Ci sono molti diversi tipi di cose nel mondo e si può arrivare a cogliere che due enti, nonostante le loro caratteristiche peculiari, sono lo stesso tipo di cosa.

In pratica la teoria dei “tipi naturali” è una forma di essenzialismo ridotto all’osso. Come sostiene Wiggins, le essenze dei tipi naturali non sono vuote invenzioni che sfilano all’ombra delle cose familiari come la spiegazione ultima di tutto ciò che succede al mondo. Sono le nature il cui possesso da parte dei possessori costituisce la precondizione affinché i loro possessori possano essere distinti dal resto della realtà come un certo “qualcosa”. Anche in un clima filosofico ostile all’essenzialismo, il concetto di tipi naturali ha reso di nuovo rispettabile quello che Wiggins ha chiamato un “modesto essenzialismo”.

<sup>95</sup> Cfr. D. Wiggins, *Sameness and Substance*, Harvard University Press, Cambridge MA, 1980, pp. 103-104.



gli esseri umani, ma anche altri enti hanno valore di per sé, ossia un valore che non è conferito da un valutatore, in quanto dipende dalla loro natura e dal loro posto nell'universo. Entro questa prospettiva il valore intrinseco è definito come il valore che qualcosa ha unicamente in virtù della sua natura intrinseca (e quindi indipendentemente dal riconoscimento di un valutatore esterno, in quanto la fonte del valore precede e determina la valutazione). Va da sé che tutti i membri di uno stesso tipo naturale hanno eguale valore intrinseco. Tuttavia, il valore intrinseco dei diversi tipi naturali sembra essere diverso e ammettere gradi: il valore intrinseco di una pietra, quello di una salamandra e quello di un essere umano sembrano differire e pertanto appare ragionevole sostenere che v'è una gerarchia del valore intrinseco tra i diversi tipi naturali (mentre, per definizione, non vi può essere una gerarchia di valore intrinseco fra i membri di uno stesso tipo naturale).

Nel quadro di questa articolazione, l'espressione "dignità intrinseca" serve ad indicare il più alto livello (a noi noto) di valore intrinseco che può raggiungere un tipo naturale. Fra le caratteristiche proprie del tipo (*kind-typical*) che conferiscono il più alto livello di valore intrinseco il medico e filosofo americano cita le capacità altamente sviluppate per "il linguaggio, la razionalità, l'amore, il libero arbitrio, la moralità, la creatività e la capacità di cogliere il finito e l'infinito"<sup>96</sup>. Tali capacità caratterizzano certamente il tipo naturale umano (i cui membri possiedono perciò dignità intrinseca in virtù della loro natura). Ma non si può escludere che nell'universo ci siano altri tipi naturali che abbiano anch'essi tali caratteristiche altamente sviluppate (o anche di più) e che pertanto posseggono dignità intrinseca. Poiché però, finora, l'unico tipo naturale a noi noto che possiede quelle caratteristiche essenziali che conferiscono valore intrinseco al più alto livello è il tipo naturale umano, è legittimo – a proposito della dignità intrinseca – parlare di dignità umana (e considerare le due espressioni come equivalenti)<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, cit., p. 78.

<sup>97</sup> Per questo la nozione di dignità intrinseca diventa anche un "concetto soglia", ma una soglia fra tipi naturali, non fra individui appartenenti allo stesso tipo. Coerentemente, pertanto, Sulmasy rigetta il tentativo di distinguere tra esseri umani che hanno dignità intrinseca ed esseri umani che ne sono privi attuato per mezzo di una concezione funzionalistica della persona. Nella sua prospettiva, infatti, lo specifico valore intrinseco che un ente possiede dipende dall'appartenenza ad un certo tipo naturale e perciò "essere membri

Se pure questa originale posizione sul valore intrinseco proposta da Sulmasy non può certo venir accusata di essere rapsodica e riesce ad offrire un ordinamento delle diverse accezioni del termine dignità, essa sembra però lacunosa proprio a proposito del punto cruciale: manca, infatti, di una esplicita giustificazione della tesi secondo cui il tipo naturale umano (ossia gli esseri umani in quanto dotati di una certa natura) possiede il più alto livello di valore intrinseco che si può nominare con l'espressione "dignità intrinseca". Poiché tutto il suo ragionamento (con le indicazioni normative che egli trae dal nostro concetto a proposito di svariate questioni bioetiche<sup>98</sup>), e pure la presente ricerca, stanno o cadono con la plausibilità della nozione di dignità intrinseca, il prossimo paragrafo (§ 3.2.2) sarà interamente dedicato al problema della giustificazione di questa accezione fondamentale della nozione di dignità. Per ora, ai fini della definizione di una tassonomia dei tipi di valore, basti tenere a mente che anche nel caso della categoria del "valore intrinseco" Sulmasy distingue due sottocategorie: il *valore intrinseco semplice* (proprio, a diversi livelli, di tutti i tipi naturali, ma che – non è irrilevante notarlo – può essere riconosciuto solo dal tipo naturale umano) e la *dignità intrinseca* (valore intrinseco sommo che un tipo naturale può avere e che, a quanto ne sappiamo, è proprio solamente del tipo naturale umano)<sup>99</sup>.

---

del tipo naturale umano", "essere persona" e "possedere dignità intrinseca" sono formule coestensive e inseparabili. Cfr. *ivi*, pp. 81-85.

<sup>98</sup> Cfr. D. SULMASY, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, cit., pp. 485-498.

<sup>99</sup> Appare invece meno persuasiva la distinzione della teoria del valore proposta da Paul Taylor che distingue tra "valore intrinseco" (*intrinsic value*), "valore inerente" (*inherent value*) e "dignità inerente" (*inherent worth*). Taylor utilizza l'espressione *valore intrinseco* per indicare, ad esempio, esperienze che sono ricercate per se stesse (in quanto di per sé piacevoli); impiega l'espressione *valore inerente* quando si riferisce a luoghi o enti che meritano di essere protetti per la loro importanza storica e culturale (e non per il loro semplice valore economico); l'espressione *dignità inerente* è riservata invece da Taylor per quegli enti (gli esseri umani) che possiedono un loro bene proprio che merita di essere perseguito indipendentemente dal fatto di essere riconosciuto da un valutatore esterno e indipendentemente dal vantaggio che potrebbe derivarne a terzi.

Ciò che risulta del tutto insoddisfacente è il fatto che sia il valore intrinseco che il valore inerente siano in realtà attribuiti o conferiti dagli esseri umani tramite un atto di valutazione, rendendo in tal modo del tutto insensato l'utilizzo degli aggettivi "intrinseco" e "inerente".

La tripartizione del valore proposta da Sulmasy (che distingue tra valori attribuiti, intrinseci e derivati) e la distinzione all'interno dei valori intrinseci tra valore intrinseco semplice e dignità umana, riesce a rendere meglio ragione da un lato del peculiare valore proprio degli esseri razionali (persone) e dall'altro del fatto che esse sono in grado di riconoscere un valore anche ad altri tipi di ente. Certamente tale valore proprio degli altri tipi naturali può essere "riconosciuto" unicamente dagli esseri umani (ed eventualmente da altre

Oltre alle due categorie che abbiamo appena presentato (“valori attribuiti” e “valori intrinseci”), Sulmasy ritiene necessario introdurre una terza tipologia, quella dei “valori derivati” (*derivative values*<sup>100</sup>): essi infatti, pur non essendo valori intrinseci in senso stretto, non dipendono neppure dall’attribuzione arbitraria da parte di un valutatore. Ad esempio, vi sono processi (come l’apprendimento) o stati di cose (come la piena fioritura di un ente o una virtù) che nel linguaggio comune si sentono spesso definire come aventi valore intrinseco. In realtà, a ben pensarci, ci si rende conto che il valore di un processo è sempre, per definizione, strumentale (il suo valore, infatti, dipende dal risultato cui conduce e può esser colto solo a partire da quest’ultimo) e si comprende che la stessa fioritura di un ente non si può considerare uno stato di cose in sé stesso dotato di valore intrinseco, perché esso dipende dal tipo di ente di cui si tratta (la piena fioritura di un essere umano ci appare “dotata di valore” perché in realtà prima vi è una valutazione del tipo di ente che sta fiorendo; apparirebbe infatti assurdo attribuire valore intrinseco alla piena “fioritura” di una cellula tumorale o di un virus). In quest’ottica anche le virtù umane quali il coraggio o la generosità non hanno valore intrinseco in senso stretto, ma derivano il loro valore dall’essere espressione dell’eccellenza di un ente che in se stesso ha valore intrinseco. Tuttavia sostenere che i processi o gli stati di cose che portano alla fioritura umana o la esprimono non sono (in senso tecnico) intrinsecamente dotati di valore, non implica che la bontà di questi processi o stati di cose sia meramente soggettivo. Il loro valore non è quindi arbitrariamente attribuito da un valutatore, ma deriva dal valore intrinseco del tipo che si sta considerando.

Ricapitolando quanto si è andati dicendo, possiamo apprezzare il quadro complessivo dell’interessante teoria del valore proposta da Sulmasy (cfr. *tab. 3.2.*) che ne distingue tre tipologie fondamentali (a loro volta distinte in sottotipologie): i *valori attribuiti* (che si articolano in strumentali e non-strumentali); i *valori intrinseci* (tra i quali si deve

---

creature razionali), ma non è attribuito da esse ed è indipendente dai loro interessi e scopi (e perciò non può essere considerato attribuito, come invece fa Taylor che pure designa tale valore del tutto impropriamente con gli aggettivi “intrinseco” e “inerente”).

Cfr. P. TAYLOR, *Respect for Nature. A Theory of Environmental Ethics*, Princeton University Press, Princeton (N.J.) 1986, pp. 71-80.

<sup>100</sup> Cfr. D. SULMASY, *Dignity and the Human as a Natural Kind*, pp. 75-76.

distinguere il valore intrinseco semplice, proprio – a diversi gradi – di ogni “tipo naturale”, e la dignità umana); i *valori derivati* (fra cui si possono distinguere i processi che portano alla piena fioritura umana di un ente e gli stati di cose che la esprimono, come ad esempio – nel caso degli esseri umani – le virtù).

Tab. 3.2. *Le diverse tipologie di valore nella teoria proposta da D. Sulmasy*<sup>101</sup>

Attribuiti		Intrinseci		Derivati	
Valori strumentali	Valori attribuiti non-strumentali	Valore intrinseco semplice	DIGNITÀ INTRINSECA	Valori dello sviluppo	Virtù

Il quadro così tracciato e la teoria del valore che vi fa da sfondo consentono dunque a Sulmasy non solo di distinguere le diverse accezioni in cui può essere utilizzata la nozione di dignità, ma anche e soprattutto di operare una loro gerarchizzazione. La dignità intrinseca (dignità umana) risulta senza dubbio l’accezione fondamentale, anche perché da essa dipendono, direttamente o indirettamente, anche le altre.

Infatti, a ben vedere, quelle che abbiamo chiamato in precedenza dignità sociale (dignità attribuita) e dignità dell’identità (senso della propria dignità o dignità auto-attribuita) devono la loro stessa possibilità all’esistenza di un ente che ha una natura tale (a cui è connessa appunto la dignità intrinseca) che gli consente di attribuire valore e di riconoscersi valore. Inoltre, come si è già osservato parlando dei valori derivati, la dignità come statura morale (che si realizza quando un essere umano vive all’altezza della sua umanità e diviene virtuoso) è possibile in quanto rappresenta la piena fioritura di quel particolare ente che possiede dignità intrinseca. Infine, la stessa nozione di dignità come autonomia, che rappresenta una versione “mutilata” della nozione di dignità intrinseca (in quanto esalta la capacità dell’uomo di autodeterminarsi senza riconoscerne i presupposti ontologici, o – in termini kantiani – i vincoli interni della ragion pratica cui la stessa libertà dell’uomo deve sottostare per non auto-contraddirsi), si è potuta sviluppare solo a

<sup>101</sup> Cfr. *ivi*, p. 80.

proposito di quell'ente che per sua natura è in grado di dispiegare una capacità di autodeterminazione sconosciuta agli altri tipi naturali.

Se dunque si assume la prospettiva di Sulmasy, risulta ancor più evidente il motivo per cui la dignità umana è stata sistematicamente indicata nei documenti (considerati al capitolo precedente) come il vero e proprio fondamento del biodiritto internazionale e delle norme morali particolari che devono guidare la biomedicina: il suo riconoscimento sembra infatti configurarsi come la precondizione stessa dell'etica<sup>102</sup>, oltre che la condizione di possibilità del realizzarsi delle altre forme di dignità (attribuite o derivate) sopra distinte. La dignità umana intrinseca, inoltre, essendo collegata alla stessa natura umana (e non a certe prestazioni) appare come la nozione che garantisce il minor rischio di operare discriminazioni tra esseri umani.

Tuttavia, con tutto ciò non si è ancora prodotto alcun argomento a giustificazione della plausibilità della nozione di dignità umana (Sulmasy sembra infatti ritenere che la dignità intrinseca degli esseri umani sia qualcosa di autoevidente). Non resta quindi che accingersi a verificare se la nozione di dignità umana sia giustificabile e, in particolare, se esista una teoria morale in grado di rendere ragione del ruolo fondativo che sempre più spesso le viene riconosciuto in bioetica e di indicare quale sia la relazione che essa intrattiene con la nozione problematica di natura umana.

### **3.2.2. Il problema della giustificazione e della titolarità della nozione di dignità umana**

Come si è accennato al § 3.2., la seconda fondamentale serie di problemi connessi con la nozione di dignità umana, è quella relativa alla sua giustificazione (e in subordine alla sua titolarità). Può forse sorprendere che il concetto su cui è stato edificato il nuovo ordine internazionale dopo la seconda guerra mondiale e che riveste una funzione chiave nel diritto e nel biodiritto internazionale non solo abbia bisogno di giustificazione, ma sia

---

<sup>102</sup> Se infatti si nega che gli esseri umani abbiano un valore intrinseco peculiare (che nominiamo con l'espressione dignità umana), allora sembra venir meno la ragione per cui si devono rispettare i diritti e gli interessi di quella persona (poiché viene meno il fondamento a partire dal quale ella può avanzare pretese morali nei confronti degli altri e protezione dagli abusi).

continuamente oggetto di critiche anche radicali. Si potrebbe addirittura sostenere che questo fatto, ossia l'incapacità di dare conto in maniera universalmente condivisibile di una nozione così fondamentale, rappresenti il vero e proprio paradosso della filosofia morale e del diritto internazionale successivi alla seconda guerra mondiale. In effetti, ciò che nella morale di senso comune è per lo più dato ancor oggi per scontato<sup>103</sup>, ossia che gli esseri umani posseggano un valore speciale che conferisce loro uno statuto morale unico e tale per cui essi hanno diritto al rispetto e a forme particolari di tutela, viene oggi revocato in dubbio da più parti.

Ad esempio, vi è chi sostiene che una volta rigettate le tradizionali fondazioni religiose o metafisiche della nozione di dignità umana, essa non possa che dissolversi come tante altre illusioni antropocentriche che la storia ha smentito. Inoltre, anche alla luce delle più recenti scoperte scientifiche, vi sono autori, come Kurt Bayertz, che parlano esplicitamente di "erosione scientifica" del concetto, ossia della sua implausibilità di fronte, ad esempio, al fatto che il dna dell'uomo è per il 99% identico a quello di alcune scimmie: tali evidenze, insieme alla scoperta della continuità del vivente confermata sempre più dalla genetica, renderebbero la dignità umana (e la nozione di natura umana a cui essa appare inestricabilmente connessa) un concetto del tutto privo di fondamento<sup>104</sup>.

Anche giustificazioni non metafisiche della nozione, come quella kantiana fondata sull'autonomia del volere, sono state da più parti attaccate, sia da coloro che ne negano il presupposto (ossia l'autonomia/libertà, e con essa la peculiare dignità dell'uomo)<sup>105</sup>, sia da

---

<sup>103</sup> È quella che Dan Egonsson definisce "Standard Attitude", ossia l'intuizione secondo cui ciò che noi facciamo ad un altro essere umano rispetto ad un non-umano ha una speciale rilevanza morale e che la mera appartenenza alla specie *Homo Sapiens* ha rilevanza morale. Cfr. D. EGONSSON, *Dimensions of Dignity. The Moral Importance of Being Human*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998, (in particolare il cap. III, pp. 33-48). L'opera di Egonsson difende la validità della nozione di dignità umana e la *Standard Attitude*, ma sorprendentemente lo fa su basi "soggettivistiche", ossia prova a dimostrare che gli esseri umani hanno un peculiare valore (dignità umana) perché essi collettivamente attribuiscono valore intrinseco al mero fatto di essere "umani".

<sup>104</sup> Cfr. K. BAYERTZ, *Human dignity: philosophical origin and scientific erosion of an idea*, in K. Bayertz (ed.), *Sanctity of life and human dignity*, cit., pp. 73-90.

<sup>105</sup> Paradigmatica in questo senso è la critica di Nietzsche, per la cui sintetica esposizione rimando a B. GIACOMINI, *Il 'valore' della dignità. Momenti di critica filosofica*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 355-371 (la critica di Nietzsche è ricostruita alle pp. 359-363). Oltre alla critica del filosofo di Röcken, il saggio dà conto delle critiche alla nostra nozione di altri due pensatori del '900: Weber e Derrida.

chi ritiene che una tale giustificazione della dignità umana determini la conseguenza (magari non voluta, ma logicamente necessaria) di escludere dal novero degli individui degni tutti gli esseri umani privi di autonomia. Tale critica è peraltro ingenerosa e inesatta, e sembra dipendere da una mancata comprensione del pensiero di Kant. Non mancano pertanto le difese del filosofo regiomontano, ossia i tentativi di mostrare che – nonostante l'indubbia enfasi che Kant pone sull'autonomia della volontà – è possibile sulla base degli stessi scritti kantiani recuperare e valorizzare l'importanza della corporeità<sup>106</sup>.

Una critica radicale sia all'infondatezza del concetto, sia all'inaccettabile antropocentrismo che sarebbe sotteso a tale nozione, viene poi da prospettive orientali (soprattutto da induismo e buddhismo), che sottolineano in particolare come esso si traduca in una implicita giustificazione del comportamento "predatorio" dell'uomo nei confronti della biosfera, con gli effetti devastanti che abbiamo davanti agli occhi; di qui la necessità di un

---

<sup>106</sup> Segnalo a questo proposito P. BECCHI, *Tre studi su Kant filosofo del diritto*, Compagnia dei librai, Genova 2007 (in particolare il terzo, pp. 95-126). Il volume raccoglie saggi scritti in diverse occasioni che hanno per oggetto il pensiero etico-giuridico di pensatore di Königsberg. Come si è detto, ai nostri fini è rilevante il terzo, apparso originariamente con il titolo *L'idea kantiana di dignità umana e le sue attuali implicazioni in ambito bioetico* in P. Becchi, G. Cunico, O. Meo (a cura di), *Kant e l'idea di Europa*, Genova, il Melangolo, 2005, pp. 15-37.

La suddetta critica potrebbe invece applicarsi ad un recente tentativo di offrire una giustificazione non metafisica della nozione di dignità umana – ad opera del filosofo americano Alan Gewirth – che mostra una certa somiglianza con l'impianto kantiano. Gewirth ha difeso la nozione di "dignità dell'uomo in quanto agente" (*human qua-agent dignity*) basandosi sull'argomento noto come "*Principle of Generic Consistency*". In sintesi, tale argomento sostiene che ogni agente – per non entrare in contraddizione con se stesso – deve rispettare le condizioni generali che rendono possibile l'azione. In particolare deve accettare di riconoscere a se stesso e agli altri agenti alcuni diritti fondamentali in quanto pre-condizione necessaria per esercitare la propria capacità di agire (*agency*). La capacità di agire è dunque considerata come condizione necessaria e sufficiente per l'attribuzione di alcuni diritti e come fonte della particolare dignità che attribuiamo agli altri agenti (per una presentazione più dettagliata dei passaggi dell'argomentazione del pensatore statunitense rimando a A. GEWIRTH, *Reason and Morality*, Chicago University Press, Chicago 1978; e D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity in bioethics and biolaw*, cit., in particolare il cap. 4, pp. 69-86).

È evidente però che una tale concezione della dignità restringe il novero degli esseri umani cui essa può essere riconosciuta. Mentre la dignità intrinseca è propria di tutti gli uomini, la "dignità dell'uomo in quanto agente" riguarda appunto solo gli esseri umani in grado di agire consapevolmente ed esclude invece tutti coloro che non hanno ancora o non hanno più (temporaneamente o definitivamente) la capacità di agire. In tal modo però la proposta di Gewirth aggrava i limiti della posizione kantiana (ammesso e non concesso che essa li abbia davvero) ed entra in conflitto sia con la moralità comune (secondo cui anche neonati, disabili e malati di mente possiedono una dignità intrinseca), sia con i documenti internazionali che fondano la nostra convivenza (uno su tutti, la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* dell'Onu). Certo, dal punto di vista filosofico, il fatto che una teoria si presenti – in alcune sue parti – come contro-intuitiva rispetto alla moralità comune non è un motivo sufficiente per respingerla; ma impone sicuramente un suo accurato scrutinio critico.

suo superamento in direzione della nozione di un più generale rispetto verso *ogni* forma di vita e pure nei confronti degli esseri non viventi<sup>107</sup>.

Per rispondere a tutti questi rilievi critici e offrire una difesa plausibile della nozione di dignità umana appare dunque necessario indagare se esista una teoria etica (difendibile) in grado di rendere ragione della nostra nozione e del suo ruolo architettonico, e allo stesso tempo di esplicitare le implicazioni etico-normative che da essa è possibile trarre. Infatti, in mancanza della prima (una teoria etica che giustifichi la dignità umana e sia su di essa fondata) i comitati etici per la pratica clinica sarebbero privi di una pur minima base comune; e in mancanza della seconda (un'etica normativa in grado di indicare i diritti e i doveri giustificati sulla base della dignità umana, oppure i principi che essa consente di giustificare, interpretare e gerarchizzare) i comitati mancherebbero della metodologia per renderla concretamente operativa, ossia in grado di dirigere l'azione nelle più svariate circostanze e nella particolarità dei casi tipici della clinica. In altre parole, risulta ineludibile il compito di rinvenire, se possibile, una teoria etica che espliciti le ragioni alla base della scelta molto chiara compiuta dai documenti internazionali presi in considerazione nel capitolo precedente: quella di costruire sulla dignità umana un'etica e un diritto che possano legittimamente pretendere una validità universale.

Nel panorama contemporaneo, dominato – soprattutto in bioetica – dall'utilitarismo e dal liberalismo da un lato e dal neogiusnaturalismo dall'altro, la prospettiva di ricerca più credibile e promettente al fine di offrire una giustificazione non metafisica della nozione di dignità umana (l'unica che può aspirare ad essere accolta dai componenti di un comitato etico a composizione pluralistica) è data da quelle "terze vie" che hanno proposto una rilettura dell'etica kantiana che assegna la priorità alla seconda formula dell'imperativo categorico (la formula dell'umanità) e che riconosce nella dignità umana la nozione

---

<sup>107</sup> Per una sintetica presentazione delle critiche alla nozione di dignità umana da una prospettiva induista e da una prospettiva buddhista si vedano rispettivamente: S. SEETHARAM, *Alcune considerazioni critiche sulla nozione di dignità umana da una prospettiva induista*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 277-294 e M. GHILARDI, *Il buddhismo di fronte alla bioetica: sul concetto di dignità umana*, *ivi*, pp. 295-315.



fondamentale del sistema morale (sia di quello proposto da Kant<sup>108</sup>, sia di ogni altra teoria morale che aspiri alla possibilità di essere accolta da tutti).

Tali prospettive non hanno semplicemente l'obiettivo di riproporre in chiave anti-utilitaristica l'etica kantiana (di cui peraltro rilevano le criticità e i nodi irrisolti). Piuttosto, ambiscono in molti casi a proporre delle vere e proprie teorie etiche complessive, capaci di gettare luce sulle più importanti questioni etiche e bioetiche contemporanee e di guidare l'azione fornendo ben precise indicazioni normative: "Gli autori della *Kant-Renaissance* hanno verso l'etica di Kant un interesse non prevalentemente storiografico *bensì principalmente teoretico*, impegnati come sono a proporre una lettura attualizzante, ma comunque attenta e profonda, dei testi kantiani, talvolta con l'esplicito obiettivo di trarvi ispirazione per delineare una teoria morale da contrapporre all'utilitarismo, dominante nella letteratura anglofona"<sup>109</sup>.

Nel quadro di questa più generale riscoperta dell'etica normativa kantiana, il tentativo a mio avviso più convincente di sviluppare una teoria etica in grado di difendere la nozione di dignità umana e di indicare la direzione per esplicitarne la normatività è stato compiuto da due filosofi dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano: Roberto Mordacci<sup>110</sup> e Massimo Reichlin<sup>111</sup>. La teoria morale che difendono viene da essi stessi denominata "etica del rispetto per le persone": essa non pretende di essere una teoria radicalmente nuova,

---

<sup>108</sup> Per una sintetica, efficace panoramica di tali teorie in senso lato kantiane si veda il saggio: R. MORDACCI, *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa in Kant*, in I. KANT, *Metafisica dei costumi*, Bompiani, Milano 2006, pp. 741-798.

<sup>109</sup> *Ivi*, p. 745.

<sup>110</sup> Le opere più significative di Mordacci cui farò riferimento sono nell'ordine: *Bioetica della sperimentazione*, FrancoAngeli, Milano 1997; *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003; *La vita etica e le buone ragioni*, Bruno Mondadori, Milano 2007; *Ragioni personali. Saggio sulla normatività morale*, Carocci, Roma 2008.

Di dignità umana Mordacci si è occupato direttamente in un saggio del 1999, scritto con Cattorini e Reichlin: P. CATTORINI, R. MORDACCI, M. REICHLIN, *La nozione di dignità della vita umana: universalità e singolarità*, in P. Cattorini, E. D'Orazio, V. Pocar (a cura di), *Bioetiche in dialogo*, cit., pp. 73-90.

<sup>111</sup> Il pensiero di Reichlin si può ricavare principalmente dalle seguenti opere: *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002; *Fini in sé. La teoria morale di Alan Donagan*, Trauben, Torino 2003; *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007; *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008.

Reichlin, inoltre, ha difeso esplicitamente la nozione di dignità umana, oltre che nel saggio a tre mani con Cattorini e Mordacci citato alla nota precedente, anche in un più recente articolo del 2009: *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 143-161.

ma piuttosto un'originale difesa del personalismo su basi kantiane (Mordacci)<sup>112</sup> o su basi coerentiste (Reichlin) che merita una seria attenzione critica.

*La scuola del "San Raffaele" di Milano e l'etica del rispetto per le persone*

Innanzitutto va rilevato come sia Mordacci sia Reichlin presentino un profilo che li rende dei perfetti punti di riferimento di questo lavoro, in quanto le loro ricerche combinano l'attenzione squisitamente filosofica alle teorie etiche e alla loro struttura con la riflessione su specifiche questioni bioetiche. Meglio ancora: è proprio la provocazione proveniente dal dibattito bioetico contemporaneo che ha costituito per loro lo stimolo per l'analisi critica della struttura delle teorie etiche più importanti e influenti e per la messa a punto della loro proposta, che ha il duplice obiettivo di superare i limiti delle teorie morali contemporanee più accreditate e di rendere ragione di radicate convinzioni morali comuni. Va subito precisato che l'etica personalistica da essi difesa si distanzia significativamente dalle concezioni funzionalistiche di persona, oggi maggiormente in voga soprattutto in area anglofona, e sostiene invece esplicitamente una concezione sostanzialistica della stessa<sup>113</sup>. Tuttavia, la definizione della nozione di persona da essi difesa non costituisce la premessa ontologica o metafisica sulla cui base giustificare l'etica (come invece fa esplicitamente in Italia la scuola di Elio Sgreccia<sup>114</sup>), quanto piuttosto un passaggio necessario per determinare in concreto le esigenze del rispetto del principio fondamentale della moralità (la dignità umana) che essi giustificano per vie molto diverse

---

<sup>112</sup> Per ciò la loro proposta fa riferimento al pensiero dei principali protagonisti della recente riscoperta dell'etica kantiana: O. O'NEILL (*Acting on Principles*, Columbia University Press, New York 1975), A. DONAGAN (*The Theory of Morality*, Chicago University Press, Chicago 1977), T.E. HILL (*Autonomy and Self-Respect*, Cambridge University Press, Cambridge 1991; *Dignity and Practical Reason in Kant's Moral Theory*, Cornell University Press, Ithaca 1992; *Human Welfare and Moral Worth*, Oxford University Press, Oxford 2002), C.M. KORSGAARD (*The Sources of Normativity*, Cambridge University Press, Cambridge 1996; *Creating the Kingdom of Ends*, Cambridge University press, Cambridge 1996), A. WOOD (*Kant's Ethical Thought*, Cambridge University Press, Cambridge 1999).

<sup>113</sup> Per un'articolata difesa di una concezione sostanzialistica di persona e una parallela critica alla concezione funzionalistica e attualistica della stessa rimando a M. Reichlin, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 93-111. Su una caratterizzazione essenziale della nozione di persona nel quadro della teoria etica difesa da Mordacci e Reichlin torneremo più avanti nel corso di questo paragrafo.

<sup>114</sup> Cfr. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I: *Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007<sup>4</sup>; Vol. II: *Aspetti medico sociali*, Vita e Pensiero, Milano 2002<sup>3</sup>).

da quelle del personalismo ontologicamente fondato e sulle quali ci soffermeremo ampiamente fra breve.

È da rilevare poi che fra questi due autori (che pure presentano moltissimi punti in comune) sussiste una significativa differenza a livello della strategia di giustificazione della teoria del rispetto delle persone: il loro pensiero ha infatti seguito nel corso del tempo sviluppi almeno parzialmente diversi (una più rigorosa adesione ad una fondazione di tipo kantiano per Mordacci; un'apertura a una giustificazione di tipo "riflessivo" o "coerentista" dell'etica del rispetto per le persone in Reichlin). Appare dunque opportuno tracciare queste diverse parabole evolutive per verificare non solo la solidità complessiva dei loro progetti, ma anche per valutare quale strategia giustificativa di tale teoria si presti meglio a fornire ai comitati etici per la pratica clinica lo sfondo entro cui sviluppare una metodologia per l'analisi etica dei casi clinici e, più in generale, delle questioni bioetiche di cui essi si devono occupare.

#### *La proposta teorica di Mordacci e il suo serrato confronto con Kant*

La definizione da parte di Mordacci della sua reinterpretazione della teoria etica del rispetto per le persone avviene nel quadro della recente riscoperta dell'etica normativa kantiana, di cui egli è uno dei più attenti studiosi italiani<sup>115</sup>. Infatti, fin dalla prima opera in cui abbozza la sua proposta di teoria etica<sup>116</sup>, Mordacci dichiara esplicitamente che l'impianto di tale teoria "è costituito essenzialmente da due elementi: la concezione kantiana della ragion pratica e la teoria morale normativa (cioè il sistema dei doveri) che essa ritiene giustificabile"<sup>117</sup>.

Il merito principale della proposta kantiana è, secondo Mordacci, quello di fornire una giustificazione della morale che non dipende da una metafisica o ontologia particolare, e nemmeno da una antropologia (se così fosse, infatti, la morale risulterebbe

---

<sup>115</sup> Come attesta il suo ampio saggio sulla riscoperta dell'etica normativa kantiana sopraccitato.

<sup>116</sup> Mi riferisco a R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., nella quale dopo aver proposto una notevole analisi critica delle principali teorie morali impegnate nel dibattito bioetico, Mordacci dedica l'ultimo capitolo (il cap. 9, pp. 328-379) alla delineazione dell'Etica del rispetto delle persone e alla determinazione delle indicazioni che essa offre rispetto alle questioni bioetiche più dibattute.

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 328.

irrimediabilmente eteronoma): come noto, secondo Kant il fondamento di una volontà libera non può risiedere in qualcosa di esterno al soggetto (ossia in un bene, comunque lo si voglia definire), ma solo in una legge che la ragion pratica trova dentro di sé o produce<sup>118</sup>. Basare la morale sulla legge interna della ragion pratica permette, secondo Mordacci, da un lato di evitare i problemi tipici del naturalismo etico (in particolare la violazione della cosiddetta *legge di Hume* e la difficoltà a dar conto della motivazione morale) e dall'altro di giustificare le tre caratteristiche fondamentali delle ragioni morali, vale a dire prescrittività, universalità e categoricità<sup>119</sup>, valorizzando al contempo il loro essere profondamente personali<sup>120</sup>.

Per essere davvero libera la volontà può operare unicamente in base alla legge interna della sua autonomia, che non può essere altro che la non contraddizione nel volere, la quale si esprime emblematicamente nella prima formula dell'imperativo categorico. Il formalismo che caratterizza l'imperativo categorico nella formula dell'universalità è garanzia della piena autonomia della volontà, che sarebbe invece irrimediabilmente perduta se essa fosse determinata da un oggetto. Nell'efficace sintesi di Mordacci: "Una volontà libera ha come unica legge «continua a volere liberamente». La libertà del volere non è mera erogazione di energia eslege, ma un modo di determinarsi in cui il volere obbedisce *esclusivamente* al proprio restare libero. L'imperativo consiste quindi nel vietare

---

<sup>118</sup> Sull'interpretazione della legge morale come l'unico «fatto» della ragion pura (*das einzige Factum der reinen Vernunft*) si veda: R. MORDACCI, *Ragioni personali*, cit., pp. 86-96 e l'esemplare analisi di F. CHIEREGHIN (*Il problema della libertà in Kant, Verifiche*, Trento 1991, in particolare pp. 85-92) che chiarisce lo statuto peculiare di tale «factum»: "[...] il *factum* latino traduce il greco *praxis, ergon*, esso indica quindi un'*actio*, non un *opus*. [...] Il fatto della ragione è quindi l'unico atto che la ragione è in grado di compiere in maniera assoluta e incondizionata [...] Che il *Factum* esprima un *agere* consente anche di superare il dualismo tra il trovare e il produrre la legge da parte della ragione. Come *factum*, e quindi come *praxis*, il fatto della ragione non è produzione, *poiesis*, ma non è nemmeno un mero «dato di fatto», cui la ragione debba adattarsi. Anteriormente a produzione e datità, vi è un atto che in realtà non produce nulla, se il produrre è proprio di un'attività che si estingue, ed ha quindi termine, nell'oggetto prodotto. Il fatto della ragione è un atto che non ha in vista altro che se stesso e da cui non ci si attende niente all'infuori dell'incondizionata riproposizione di sé" (*ivi*, pp. 91-92).

<sup>119</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 347.

<sup>120</sup> Alla dimostrazione della tesi secondo cui le ragioni morali (in particolare in un quadro di derivazione kantiana) possono essere al contempo *personali* e avanzare pretesa di *universalità* è dedicato per intero ID., *Ragioni personali*, cit.

qualunque azione che comporti la contraddizione del volere, che infatti equivarrebbe alla violazione della libertà come autonomia”<sup>121</sup>.

Questa rigorosa adesione al dettato kantiano (specialmente al Kant della *Critica della ragion pratica*), che rinviene nella dinamica interna della ragion pratica il principio fondamentale della moralità, consegna però Mordacci alle stesse difficoltà cui va incontro la filosofia morale del pensatore di Königsberg: quello di mostrare in che modo, a partire dall'imperativo formale dell'universalizzazione delle massime, è possibile giustificare le specifiche conclusioni normative ricche di contenuto che caratterizzano la vita morale concreta. In effetti non stupisce che la grande maggioranza dei doveri che Kant espone nella *Metafisica dei costumi* facciano riferimento alla seconda formula dell'imperativo categorico, la celebre formula dell'umanità<sup>122</sup>. Come è noto, il passaggio dalla formula dell'universalità a quella dell'umanità non è privo di problemi, perché la seconda non appare analiticamente ricavabile dalla prima<sup>123</sup>.

Lo sforzo di Mordacci è dunque quello di dare “sostanza” (e con ciò spendibilità pratica) all'imperativo categorico senza comprometterne la purezza, ossia l'apriorità. A questo fine egli propone una rilettura in chiave personalistica della seconda formulazione dell'imperativo categorico: “*agisci in modo da rispettare ogni persona, te stesso e chiunque altro, trattandola sempre anche come un fine e mai soltanto come un mezzo, o, più brevemente, rispetta ogni persona, te stesso o chiunque altro, come un fine in sé*”<sup>124</sup>.

---

<sup>121</sup> Ivi, p. 185. Corsivo mio.

<sup>122</sup> Cfr. ID., *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa in Kant*, cit., pp. 758-759.

<sup>123</sup> Kant, per contro, sembra convinto (per lo meno nella *Fondazione*) che tale passaggio sia perfettamente lecito:

“I tre modi su esposti di rappresentare il principio della moralità non sono, in fondo, se non altrettante *formule di una medesima legge*, ognuna delle quali racchiude in sé le altre due. [...]

Tutte le massime hanno:

1. una forma, che consiste nell'universalità; [...]
2. una materia, e cioè lo scopo; e allora la formula suona: l'essere razionale, come scopo per sua natura, cioè come fine in se stesso, deve servire da condizione limitativa a ogni massima, rispetto a qualsiasi scopo semplicemente relativo e arbitrario;
3. una determinazione completa di tutte le massime mediante quella formula” (I KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, tr. it. Rusconi, Milano 1998<sup>2</sup>, p. 135. Corsivo mio).

<sup>124</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 334.

Le stretto crinale entro cui, con indubbia abilità, si muove Mordacci è dunque dato dalla necessità inderogabile – in un quadro rigorosamente kantiano – di preservare l’apriorità del fondamento della morale e dalla altrettanto pressante necessità di mostrare come la ragion pratica non rimanga autisticamente intrappolata in se stessa, ma che al contrario la seconda formulazione dell’imperativo categorico e i frequenti riferimenti di Kant alla dignità della persona umana procedano direttamente, anche se non esplicitamente, dalla formula dell’universalità:

“È noto che vi è una transizione dalla formula dell’universalità a quella dell’umanità (della natura razionale come fine in sé), che Kant svolge in modo poco approfondito, benché chiaro nelle sue linee essenziali. Tale transizione si può riassumere come segue. L’azione razionale è sempre e comunque caratterizzata dall’orientamento ad un fine [...] Il fine proprio della volontà autonoma è [...] quel fine che, soltanto, permette alla volontà di essere libera. Ora, tale fine, sostiene Kant, è la natura razionale in quanto essa è immediatamente data come una realtà che non esiste in funzione di altro (cioè che non può essere considerata un mero mezzo). Si tratta di uno scopo che non è prodotto o creato dall’azione, ma la cui esistenza è un *vincolo* a ogni azione possibile; in altri termini, tale fine non è una conseguenza possibile dell’azione, bensì la condizione di possibilità di ogni azione che possa dirsi libera. Per questo, il principio morale prevede non solo la forma di legge universale delle massime, ma al tempo stesso l’elezione della natura razionale (mia e altrui) sempre anche a fine dell’agire”<sup>125</sup>.

L’introduzione di tale criterio più sostanziale, che traluce chiaramente nella formula dell’umanità, ci fa sicuramente sentire l’imperativo categorico come molto più vicino alla moralità comune (rendendolo inoltre “produttivo” ai fini dell’etica normativa), ma mostra al contempo che il requisito dell’universalizzabilità delle massime, pur necessario, non sembra capace *da solo* di rendere conto del carattere distintivo delle ragioni morali<sup>126</sup>: queste ultime, infatti, pretendono certamente di valere *universalmente* in qualunque scopo

---

<sup>125</sup> *Ivi*, pp. 351-352.

<sup>126</sup> Come peraltro Mordacci stesso sottolinea. Cfr. *ID.*, *Ragioni personali*, p. 45.

particolare un soggetto si proponga, ma sempre a partire dal vincolo (non meramente formale) delle *persone come fini in sé*<sup>127</sup>.

Questa tensione interna alla giustificazione kantiana della moralità basata sulla ragion pratica, che da un lato vuole preservarne l'assoluta autonomia (e per questo si affida al criterio meramente formale dell'universalizzabilità delle massime), ma che riconosce di aver bisogno per determinarsi *anche* di uno scopo oggettivo che essa stessa non pone o crea, ma riconosce (ossia la persona come fine in sé), ricompare a proposito della nozione di *rispetto*. Come nota opportunamente Mordacci<sup>128</sup>, accanto ai passi in cui Kant presenta il rispetto quale sentimento puro che sorge in noi di fronte alla consapevolezza della legge morale, ve ne sono altri<sup>129</sup> in cui è la persona a comparire come l'oggetto più appropriato del rispetto in quanto essa, *per sua natura*, incorpora un valore intrinseco che *costringe* al rispetto stesso<sup>130</sup>.

---

<sup>127</sup> Cfr. *ivi*, p. 46 e 181.

<sup>128</sup> Cfr. ID., *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 338-340.

<sup>129</sup> Ad esempio:

- nella *Fondazione*: "Gli enti la cui esistenza non deriva dalla nostra volontà, bensì dalla natura, quando siano realtà prive di ragione, hanno unicamente un valore relativo, di mezzi, e si chiamano perciò «cose». Per contro gli esseri razionali son chiamati «persone», perché la loro natura li designa, già essa, come fini in sé, cioè come qualcosa che non può venire adoperato esclusivamente quale mezzo: e pertanto *tale natura* pone un limite all'arbitrio (ed è oggetto di rispetto)". (I KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, cit., p. 125. Corsivi miei);
- nella *Critica della ragion pratica*: "il rispetto si riferisce sempre a persone, mai a cose" (ID., *Critica della ragion pratica*, a cura di V. Mathieu, Rusconi, Milano 1988<sup>2</sup>, p. 276);
- nella *Metafisica dei costumi*: "Ma l'uomo considerato come persona, [...] possiede una dignità (un valore interiore assoluto), per mezzo della quale *costringe al rispetto di se stesso tutte le creature ragionevoli del mondo*, ed è questa dignità che gli permette di misurarsi con ognuna di loro e di stimarsi loro uguale". ID., *Metafisica dei costumi*, Laterza, Roma-Bari 1996, p. 255. Corsivi miei).

<sup>130</sup> I passi più significativi in cui Kant dichiara che il fondamento oggettivo della volontà non è costituito tanto dalla mera forma della legge, ma da quegli enti che per loro natura sono fini in sé e pertanto si impongono ad essa come suprema condizione limitativa di ogni scopo soggettivo si trovano, come noto, nella *Fondazione*. Fra di questi si possono ricordare i tre seguenti:

- "La volontà è pensata come una facoltà di determinarsi all'azione secondo la rappresentazione di certe leggi. E una tale facoltà può incontrarsi solo in un essere razionale. Ora, ciò che serve alla volontà come fondamento oggettivo della sua determinazione è lo scopo. [...] Posto, però, che vi sia qualcosa la cui esistenza è in se stessa un valore assoluto, e che come fine in sé possa essere fondamento di certe leggi, in ciò, e soltanto in ciò, si troverebbe il fondamento di un imperativo categorico, cioè della legge pratica. Ora io dico: l'uomo, e ogni essere razionale in generale, esiste come scopo in se stesso [...] In tutte le sue azioni, dirette sia verso se stesso, sia verso altri esseri razionali, esso deve essere considerato, al tempo stesso, anche come un fine" (I KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, cit., pp. 123-124);

L'unico modo per tenere insieme questi due elementi senza compromettere l'autonomia della ragion pratica (e con essa l'intero impianto della giustificazione kantiana della moralità) è quello di ammettere che il filosofo prussiano, nel vergare la formula dell'umanità, "usi la nozione di persona in senso *immediatamente morale*, per indicare la *qualità* specifica dell'essere umano considerato come scopo *incondizionato* dell'agire. Ciò spiega perché, nonostante il riferimento antropologico, il fondamento della moralità resti autonomo"<sup>131</sup>.

Una volta ammesso questo, ossia che l'esplicito riferimento alla persona non compromette il fondamento non antropologico del principio fondamentale della moralità (e certo non è ammissione da poco), risulta pienamente comprensibile, e apprezzabile, lo sforzo di Mordacci di pervenire ad una articolazione più dettagliata dell'universo personale, in grado di esplicitare alcune dimensioni della persona che in Kant rimangono in secondo piano, se non del tutto neglette, ma che risultano necessarie alla fine di una definizione precisa dei modi concreti in cui si deve declinare il rispetto nelle situazioni pratiche della vita. Penso soprattutto alla dimostrazione che la *relazionalità* e l'*intersoggettività* sono dimensioni costitutive della persona<sup>132</sup>, e alla rivalutazione (accanto a *libertà* e *razionalità*) della *corporeità* e del *desiderio*<sup>133</sup> che risultano imprescindibili per una comprensione adeguata della condizione umana. È solo a partire da questo approfondimento, che fa tesoro della lezione novecentesca della fenomenologia e del personalismo, che il nostro filosofo può affrontare con la strumentazione concettuale necessaria le principali questioni

- 
- "Se ha da esservi dunque un principio pratico supremo, e un imperativo categorico che comanda alla volontà dell'uomo, questo deve derivare dalla rappresentazione di ciò che è necessariamente uno scopo per ognuno, essendo un fine in se stesso: e, come tale, costituire un principio oggettivo della volontà che serva da legge pratica universale. Il fondamento di tale principio è: la natura razionale esiste come un fine in sé [...] Esso è dunque al tempo stesso un principio oggettivo, da cui si devono poter derivare, come da un fondamento pratico supremo, tutte le leggi della volontà. L'imperativo pratico sarà dunque il seguente: agisci in modo da considerare l'umanità, sia nella tua persona, sia nella persona di ogni altro, sempre anche al tempo stesso come scopo, e mai soltanto come semplice mezzo" (*ivi*, pp. 125-126).
  - "Questo principio dell'umanità, e di ogni natura razionale in genere, come fine in sé (che è la condizione limitativa suprema della libertà d'azione di ciascun uomo) [...] ha da costituire la suprema condizione limitativa di ogni scopo soggettivo" (*ivi*, p. 128).

<sup>131</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 335-336.

<sup>132</sup> Cfr. *ivi*, pp. 337-338.

<sup>133</sup> Cfr. *ivi*, p. 350.



bioetiche oggi al centro del dibattito, come quelle relative alla generazione umana e allo statuto dell'embrione umano, alla relazione medico-paziente, alla ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani e, infine, all'eutanasia e alle cure palliative<sup>134</sup>.

Questa più ricca definizione delle varie dimensioni che costituiscono la persona non toglie però in alcun modo la profonda unitarietà che contraddistingue la teoria etica delineata da Mordacci, la quale – fedele al dettato kantiano – non comanda la ricerca di beni particolari, ma la “conformazione del volere al motivo del rispetto per la dignità umana”<sup>135</sup> indipendentemente dallo scopo o bene particolare che si persegue.

Rimane però controverso se questo notevole tentativo di rileggere Kant in chiave personalistica (pur mantenendo fermo che la ragion pratica determina la volontà in base ad un principio formale che essa trova in se stessa) riesca, e questo non perché Mordacci non sia persuasivo nel suo tentativo di integrare e attualizzare Kant, ma perché sussistono dubbi sul fatto che la fondazione del principio fondamentale della moralità proposto da Kant, in particolare nella seconda *Critica*, dia veramente conto di come si formi il punto di vista etico, e sul fatto che essa legittimi il passaggio dalla prima alla seconda formulazione dell'imperativo categorico (il quale passaggio risulta la chiave di volta per l'ammissibilità di una interpretazione personalistica di Kant). Inoltre, v'è da chiedersi se la giustificazione dell'etica del rispetto delle persone (ai fini di individuare la teoria etica più adatta per costituire lo sfondo di riferimento dell'attività dei comitati etici per la pratica clinica) debba necessariamente passare attraverso l'accoglimento del realismo morale trascendentale kantiano<sup>136</sup> o se non vi sia un percorso giustificativo più modesto, ma nondimeno efficace allo scopo di una difesa convincente di tale teoria.

#### *La proposta teorica di Reichlin*

La plausibilità di questa seconda ipotesi sembra emergere dall'evoluzione del pensiero dell'altro filosofo del San Raffaele di Milano che qui si assume come punto di riferimento:

---

<sup>134</sup> Cfr. *ivi*, pp. 356-375.

<sup>135</sup> ID., *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa in Kant*, cit., p. 764.

<sup>136</sup> ID., *Ragioni personali*, cit., p. 193.

Massimo Reichlin. Infatti, benché anche la sua riflessione muova in origine da un'adesione di massima alla concezione kantiana della ragion pratica<sup>137</sup>, fin dal primo lavoro in cui egli più esplicitamente mette a punto la sua proposta di una teoria del rispetto per le persone (*L'etica e la buona morte*, 2002), Reichlin dichiara che il suo intento non è di proporre "un'interpretazione storiograficamente fedele di Kant", ma di "utilizzare temi e formulazioni kantiane in vista dell'elaborazione di una teoria deontologica soddisfacente, centrata sull'idea tradizionale del carattere pratico della ragione umana", sulla base della convinzione secondo cui "l'etica kantiana sarebbe fondata sul rispetto dell'umanità come fine, anziché sul movimento formale di universalizzazione delle massime"<sup>138</sup>.

Tuttavia, anche se non v'è dubbio che l'etica del rispetto delle persone nella versione difesa da Reichlin, così come l'etica *stricto sensu* kantiana, si distingua nettamente da approcci come l'utilitarismo, la teoria liberale dei diritti e la teoria tradizionale del diritto naturale<sup>139</sup>, mi sembra altrettanto evidente che essa enfatizzi molto più di Kant il motivo della *persona come fine in sé*, che viene indicato come il vero e proprio principio incondizionato dell'agire, mentre il tema dell'assoluta autonomia della ragione che secondo Kant sarebbe garantita unicamente dal formalismo non gioca alcun ruolo nell'argomentazione del filosofo del San Raffaele. Piuttosto, al fine di giustificare il principio fondamentale del rispetto delle persone, nel testo del 2002 egli adotta – sulla scorta di un'autrice come Christine Korsgaard – una strategia argomentativa che muove da un'analisi della fenomenologia dell'agire morale<sup>140</sup>. Da tale analisi risulta che gli esseri umani non sono mossi all'azione unicamente da impulsi, istinti o desideri irreflessi, ma principalmente da ragioni di cui essi sperimentano il carattere normativo. E l'esistenza di tali ragioni – che nel loro complesso, nel corso del tempo, vanno a costituire l'identità pratica di ciascuno – è resa possibile dalla comune umanità (natura razionale): il rispetto dell'umanità (sia nella propria persona che in quella di ogni altro), la quale *si impone* come

---

<sup>137</sup> Cfr. M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 184.

<sup>138</sup> *Ivi*, p. 182.

<sup>139</sup> Cfr. *ivi*, p. 185-187.

<sup>140</sup> Cfr. *ivi*, p. 184-185.

valore incondizionato<sup>141</sup> in quanto precede e rende possibile ogni azione, diviene dunque il fondamento ultimo dell'etica.

Il distacco da una giustificazione kantiana in senso stretto dell'etica del rispetto per le persone appare del tutto consumato nelle due più recenti opere di Reichlin<sup>142</sup>, ove la difesa di tale prospettiva etica segue percorsi che poco hanno a che vedere con la riflessione del pensatore di Königsberg, anche se poi danno vita ad un'etica normativa quasi del tutto sovrapponibile a quella di Kant e sostanzialmente coincidente con quella di Mordacci.

Ad esempio, nella primo capitolo della sua riflessione sull'aborto del 2007, Reichlin propone due diverse argomentazioni a sostegno della sua scelta di adottare l'etica del rispetto per le persone come prospettiva morale di riferimento. Una prima per mostrarne la plausibilità; una seconda per far vedere come essa possa essere giustificata nel quadro di una riflessione olistica sull'essere umano.

La *plausibilità* dell'approccio dell'etica del rispetto per le persone viene sostenuta sulla base di tre ordini di considerazioni<sup>143</sup>: 1) risulta essere quello più ampiamente sostenuto sia nel corso della storia della pensiero occidentale (in forme diverse, infatti, filosofi come Cicerone, Tommaso d'Aquino e Kant hanno individuato nel rispetto per gli esseri razionali il principio fondamentale dell'etica), sia da diverse tradizioni religiose occidentali e orientali (come testimoniato da formule quali la regola aurea o il principio dell'amore per il prossimo); 2) appare "coerente con la prospettiva spontaneamente assunta da chiunque ragioni in termini morali"<sup>144</sup>: infatti, il *riconoscimento* dell'altro essere umano come di un ente dotato di valore incondizionato (dignità) viene immediatamente sentito da ciascun agente morale come un vincolo per la sua azione<sup>145</sup>; 3) è coerente con il riconoscimento delle peculiari caratteristiche degli esseri umani (in particolare razionalità e volontà) che non solo li rendono unici rispetto ad ogni altro vivente, ma che consentono

---

<sup>141</sup> Che possiamo nominare con l'espressione "dignità umana".

<sup>142</sup> *Aborto. La morale oltre il diritto*, (2007); *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali* (2008).

<sup>143</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 11-13.

<sup>144</sup> *Ivi*, p. 12.

<sup>145</sup> In questo senso il fenomeno della morale non può essere ricondotto a una forma di razionalità strategica o di calcolo disinteressato degli interessi in gioco; esso piuttosto appare come l'esito dell'originaria esperienza dell'altro.

a ciascun uomo di essere unico e irripetibile anche nei confronti degli altri esseri umani. In altre parole, l'etica del rispetto delle persone è coerente con l'esperienza che gli esseri umani fanno di sé quali enti capaci di libertà (e perciò dotati di quella dignità che trova espressione nel termine *persona*, inteso come *nomen dignitatis*<sup>146</sup>).

Reichlin è consapevole che tali considerazioni non equivalgono ad una dimostrazione dell'approccio che egli fa proprio sulla scia di gran parte della tradizione e in coerenza con la moralità comune, ma ritiene che "siano gli approcci radicalmente revisionisti, rispetto a questo, ad avere l'onere della prova"<sup>147</sup>. Ad ogni modo risulta chiaro che la strategia di difesa dell'etica del rispetto delle persone che Reichlin utilizza, per lo meno nell'ambito di una discussione su una questione bioetica specifica, non consiste nel mostrare come tale teoria sia coerente con la giustificazione a priori dell'etica proposta da Kant (che fra l'altro è citato solo *en passant*), ma nel far vedere come essa riesca meglio delle altre teorie a rendere ragione dell'esperienza comune della moralità e ad imporsi dialetticamente sulle proposte alternative. Rispetto al 2002 non vi è alcun cambiamento quanto all'individuazione del principio fondamentale della moralità (il rispetto delle persone continua ad essere la condizione di accettabilità di ogni azione che voglia dirsi morale) e quanto alle sue concrete implicazioni normative, ma vi è certamente un cambiamento nel procedimento di giustificazione sia della teoria morale complessiva, sia delle proposizioni morali particolari.

A conferma di ciò, sempre nelle prime pagine del suo lavoro del 2007 Reichlin sembra far propria – evidentemente sulla scorta di Rawls<sup>148</sup> – una strategia giustificativa coerentista che, per evitare il regresso all'infinito o improbabili fondazioni di tipo religioso o metafisico, muove da quelli che nella filosofia più recente vengono chiamati "giudizi morali ponderati"<sup>149</sup> e di lì procede nella determinazione di più specifiche conclusioni

---

<sup>146</sup> Cfr. R. SPAEMANN, *Persone. Sulla differenza tra "qualcosa" e "qualcuno"*, tr. it. Laterza, Roma-Bari 2005, p. 4.

<sup>147</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 13-14.

<sup>148</sup> Cfr. J. RAWLS, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge 1971; tr. it di U. Santini, a cura di S. Maffettone, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982.

<sup>149</sup> "Si tratta di quelle conclusioni morali di carattere piuttosto specifico che costituiscono un patrimonio largamente condiviso di tutte le persone di buona volontà, indipendentemente dal loro orientamento teorico;

normative, coerenti con tali giudizi. È un'impostazione che non crede di poter fondare l'etica assumendo i modelli tipici della razionalità strumentale, ma che considera piuttosto la riflessione filosofica come un tornare sull'esperienza morale comune al fine di farne emergere i principi e le dinamiche, e di rigorizzarne il procedere<sup>150</sup>.

Quest'ottica, tuttavia, non si risolve (come temono i suoi critici) in una mera "canonizzazione" del senso comune, poiché mira a realizzare un *equilibrio riflessivo ampio*<sup>151</sup> non solo tra i frammenti di saggezza morale depositati nella tradizione, ma anche tra questi ultimi e altre forme di conoscenza (come ad esempio quella scientifica); e, in ogni caso, essa è strutturalmente aperta alle sollecitazioni che l'esperienza propone, al fine di precisare sempre meglio sia i principi morali più generali, sia le conclusioni normative più specifiche (o, eventualmente, a modificarli anche radicalmente).

Nel quadro di questa diversa strategia di giustificazione

"[...] il principio del rispetto per la persona non è una intuizione morale indubitabile, né il risultato di una deduzione da proposizioni precedentemente note, ma un enunciato *coerente* con ciò che sappiamo circa la natura degli esseri umani e di cui siamo informati da un lato dalle scienze naturali e sociali che di essi si occupano, dall'altro dall'esperienza quotidiana che ne facciamo come agenti che sono in grado di scambiarsi vicendevolmente significati, oltre che di produrre cambiamenti osservabili nel mondo. Si può dire che il principio venga *adottato su basi olistiche*, in quanto rende ragione di una rete di concetti e di nozioni che non possiamo non introdurre per spiegare sensatamente i comportamenti umani.

---

tali proposizioni ci appaiono in molti casi più sicure di ogni teoria morale, al punto che sembra essere quest'ultima a dover dar conto di esse e a poter essere abbandonata qualora non sia in grado di farlo". M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., p. 21.

<sup>150</sup> Questo era d'altronde anche l'intento dichiarato di Kant nella *Fondazione della metafisica dei costumi* ove il filosofo regiomontano dichiara apertamente che il suo intento è "semplicemente" quello di cercare e determinare il principio supremo della moralità (cfr. I. KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, tr. it. Rusconi, Milano 1988<sup>2</sup>, *Prefazione*, p. 77) che si trova già nella conoscenza morale comune della moralità (cfr. *ivi*, Sezione I, pp. 79 ss.).

<sup>151</sup> L'espressione è ripresa da N. DANIELS, *Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics*, in "Journal of Philosophy", 76 (1979), pp. 256-282.

Una volta accettato il principio, tuttavia, è possibile trarne proposizioni morali più specifiche, come deduzioni ragionevoli o pressoché inevitabili del principio stesso [...]”<sup>152</sup>.

Mi sembra dunque chiaro come Reichlin ritenga che, per lo meno nel contesto dell’etica applicata e dell’etica pubblica, sia pressoché inevitabile partire da giudizi morali ponderati, assunti o come evidenti o come sufficientemente giustificati sulla base di una considerazione olistica dell’essere umano<sup>153</sup>. Nel nostro caso, il riconoscimento di ogni altro uomo come fonte autonoma di senso, e come essere che incorpora un valore che preesiste al suo stesso riconoscimento da parte degli altri, appare del tutto ragionevole e *coerente* con l’esperienza morale ordinaria e con ciò che sappiamo degli esseri umani. Pertanto, l’etica del rispetto delle persone, ossia quella prospettiva che riconosce nel rispetto delle persone il principio etico fondamentale, può ragionevolmente proporsi come lo sfondo adeguato entro cui articolare riflessioni più specifiche su questioni etiche e bioetiche particolari<sup>154</sup>.

Questo approccio coerentista viene riconfermato anche nell’opera più recente di Reichlin (*Etica della vita*, 2008) nella quale egli offre una difesa dialettica dell’etica del rispetto per le persone, attraverso il serrato confronto critico con quattro autori fondamentali della riflessione etica e bioetica contemporanea (Engelhardt, Singer, Callicott e Jonas). Ancora una volta viene ribadito che l’etica del rispetto per le persone appare la più vicina alla cosiddetta *common morality* della tradizione filosofica occidentale (quest’ultima, infatti, individua nella persona umana e nella sua dignità il valore fondamentale da difendere) e si sostiene che “la formulazione dell’imperativo kantiano che fa leva sull’umanità come

---

<sup>152</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., p. 22. Corsivi miei.

<sup>153</sup> D’altronde lo stesso Kant è costretto, per passare dalla prima alla seconda formulazione dell’imperativo categorico, a partire dalla proposizione, che egli assume come auto-evidente, della natura razionale come fine in sé (così come dalla differenza intuitivamente nota tra “persone” e “cose”).

<sup>154</sup> Per una determinazione più precisa del concetto di persona e dei suoi confini, rimando *infra*.

fine in sé esprime nella maniera più chiara questa esigenza di tutela della dignità personale”<sup>155</sup>.

L’adozione del principio del rispetto per le persone e per la loro dignità può dunque aspirare a costituire il punto di incontro fra tradizioni morali diverse e a raccogliere il più ampio consenso:

“Il principio del rispetto per le persone come individui liberi ed uguali, che non possono essere trattati come puri mezzi per scopi altrui, può costituire un elemento qualificante di tale consenso, anche se si potranno determinare conflitti non irrilevanti nella definizione di cosa valga come rispetto o violazione del rispetto nei casi concreti. In questo, la condizione postmoderna implica il riconoscimento di una dimensione di pluralismo, e quindi di autodeterminazione individuale, più ampia rispetto a quella ammessa dalle teorie tradizionali. Nondimeno pluralismo non equivale a relativismo; la necessità di convergere su un nucleo di principi e valori morali da parte delle teorie “ragionevoli” implica che alcune teorie – quelle che violano tale nucleo minimo – non sono definibili come ragionevoli e pertanto non possono ambire a un riconoscimento pubblico”<sup>156</sup>.

La necessità di una base comune condivisa (ossia di un minimo etico comune) spinge dunque Reichlin nella direzione di una teoria etica che ha sicuramente un carattere sostanziale (e non meramente procedurale alla Engelhardt), ma nei limiti dell’accordo possibile fra teorie complessive diverse e sulla scorta di una difesa dialettica del nucleo fondamentale e irrinunciabile della dignità della persona umana. Si tratta di un progetto modesto rispetto al tentativo di una fondazione o giustificazione più “robusta” dell’etica, ma “è probabilmente quanto di meglio e di più utile si possa mirare a realizzare”<sup>157</sup>.

---

<sup>155</sup> M. REICHLIN, *Etica della vita*, cit., p. 191.

<sup>156</sup> *Ivi*, p. 192.

<sup>157</sup> *Ivi*, p. 40.

In questo modo Reichlin sembra avvicinarsi, per certi versi, all’opinione del suo maestro Sergio Cremaschi, il quale ritiene l’attuale convergenza su alcuni principi ragionevolmente accettati da persone, che pure sostengono visioni generali diverse, come il migliore degli scenari possibili, in quanto evita lo scivolamento nel nichilismo e realizza (per lo meno a livello di pensiero) il sogno illuministico di un mondo “senza roghi,

La scelta di Reichlin di orientarsi, anche per motivi pragmatici, verso una giustificazione coerentista (e in parte anche dialettica) dell'etica del rispetto delle persone, è riconfermata anche a proposito della sua recente esplicita difesa della nozione della dignità umana (che evidentemente costituisce il cuore di tale teoria etica). In un articolo del 2009, infatti, egli difende quello che chiama "teorema della dignità umana", sottolineando di usare il termine "teorema" per rendere esplicito "che non si tratta di un principio assiomatico, ma di una tesi che segue, sia pure in maniera non deduttiva ma abduttiva, da una serie di assunzioni altamente ragionevoli; si tratta di un principio fondamentale quanto alla teoria normativa, ma non assolutamente primo e indimostrabile, bensì ricavabile da considerazioni descrittive relative agli esseri umani e alle loro capacità"<sup>158</sup>.

Per affermare la validità della nozione su cui (come si è visto nel *Capitolo II*) sono fondati i più importanti documenti internazionali e che egli considera il vero e proprio architrave del sistema normativo<sup>159</sup>, Reichlin sceglie la strada di ridurre dialetticamente le critiche più significative mosse contro tale concetto<sup>160</sup>. Non ci soffermeremo qui sulle (convincenti) argomentazioni proposte dal filosofo milanese per difendere la nozione di dignità umana; piuttosto ci preme evidenziare come questa strategia argomentativa confermi la scelta di sostenere l'etica del rispetto delle persone (e con essa la nozione di dignità umana) attraverso un percorso giustificativo che parte dall'esperienza morale comune e dai

---

senza guerre, senza schiavitù". Cfr. S. CREMASCHI, *L'etica del Novecento. Dopo Nietzsche*, Carocci, Roma 2005, p. 12).

Tuttavia, va fatta una precisazione: mentre la strategia coerentista adottata ad esempio da Beauchamp e Childress (di cui ci occuperemo diffusamente nel prossimo capitolo (al § 4.2.) porta all'identificazione di alcuni principi di medio livello (notoriamente: rispetto per l'autonomia, non maleficenza, beneficenza, giustizia), Reichlin adotta tale strategia per difendere un solo principio architettonico (la dignità umana) alla luce del quale interpretare poi i principi di medio livello.

<sup>158</sup> M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., p. 143 (nota 2).

<sup>159</sup> Cfr. *ivi*, p. 156.

<sup>160</sup> Sono quattro le obiezioni principali contro la nozione di dignità umana che Reichlin si incarica di confutare: (1) quella secondo cui essa presupporrebbe l'adozione della teoria giusnaturalistica e (2) l'accettazione dell'idea metafisica di natura umana, ritenute ormai insostenibili dalla maggior parte dei pensatori contemporanei alla luce delle scienze sperimentali; (3) quella secondo cui essa peccherebbe di "specismo", ossia di una ingiustificata affermazione della superiorità dell'uomo sugli altri animali (con conseguente comportamento dispotico dell'uomo nei loro confronti e verso la biosfera); (4) e infine quella secondo cui tale nozione risulterebbe inefficace dal punto di vista normativo o in quanto vaga o perché ambigua, essendo utilizzata di fatto per giustificare tesi fra loro opposte. Cfr., *ivi*, pp. 144-160.



“giudizi morali ponderati” radicati nella tradizione, ne mostra la coerenza e compatibilità con le altre conoscenze (anche scientifiche) che abbiamo a disposizione, e sulla loro base sviluppa poi conclusioni morali più specifiche. Ovviamente un simile approccio dev’essere sempre pronto a mettere in discussione o a rivedere sia i giudizi più generali, sia quelli più specifici alla luce, ad esempio, di nuove conoscenze o nuove esperienze. Questo evita il rischio di conservatorismo, pur garantendo la base solida del principio fondamentale della dignità delle persone (e dei giudizi da esso immediatamente derivati<sup>161</sup>) che pur potendo in linea teorica essere revocati in dubbio, risultano in pratica imm modificabili<sup>162</sup>.

Da quanto siamo andati dicendo, mi sembra confermato che, complessivamente, nel corso degli anni la difesa dell’etica del rispetto delle persone ha preso in Reichlin percorsi diversi da quelli di Mordacci, il quale – come abbiamo visto – ritiene ancora l’impostazione kantiana (seppur integrata da una lettura personalista) quella meglio in grado di rendere ragione della libertà dell’uomo, della sua autonomia e della normatività delle ragioni morali.

Se ora ci si chiede quale delle due linee di giustificazione di tale teoria si presti meglio a fungere da punto di riferimento per l’attività dei comitati etici in una società pluralistica, mi sembra necessario concludere che la proposta di Reichlin risulti la più adatta. Essa, infatti, non richiede di accogliere necessariamente la concezione kantiana della ragion pratica o di accettare l’esistenza del *Factum der Vernunft* come *condicio sine qua non* della moralità/autonomia (tale convergenza appare francamente difficile da raggiungere in seno ad un comitato etico, sia per la presenza di diversi orientamenti morali, sia perché non tutti i componenti del comitato hanno solitamente una conoscenza così approfondita della filosofia morale tale da consentire loro di prendere posizione su questo punto). Risulta invece molto più plausibile che tutti i membri di un comitato accolgano come principio fondamentale della moralità la dignità della persona umana e il suo rispetto, e questo non solo perché esso ha trovato codificazione nei documenti di riferimento della bioetica e in molte carte costituzionali, ma soprattutto perché risulta coerente con la prospettiva morale

---

<sup>161</sup> Come il divieto di ridurre in schiavitù o di torturare un altro essere umano, oppure il divieto di uccidere (fatte salve le ben note eccezioni).

<sup>162</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 23-24.

che spontaneamente gli agenti assumono e perché tale principio è capace di imporsi rispondendo dialetticamente alle critiche<sup>163</sup>.

Tuttavia, va ribadito che le differenze sopra evidenziate fra questi due autori riguardano unicamente il livello della fondazione o giustificazione della teoria etica del rispetto per le persone<sup>164</sup>; dal punto di vista normativo, invece, le due posizioni sono pressoché identiche.

### *Caratteristiche fondamentali dell'etica del rispetto per le persone*

A conferma di ciò (ossia del fatto che, nonostante le differenze a livello di giustificazione, le posizioni di Mordacci e Reichlin sono poi sostanzialmente coincidenti da vari altri punti di vista) può essere utile esplicitare alcuni elementi caratteristici dell'etica del rispetto per le persone su cui essi concordano pienamente: 1) la concezione del ruolo della filosofia morale; 2) le differenze (e i vantaggi) dell'etica del rispetto per le persone rispetto a tre fra i principali approcci etici rivali (l'utilitarismo, l'etica liberale e l'etica della legge naturale); 3) la caratterizzazione della loro proposta come "fondazionalistica" e "monistica"; 4)

---

<sup>163</sup> D'altronde, se riandiamo con la mente agli scandali che hanno contribuito alla nascita della bioetica (come il *Tuskegee Study*, il caso della *Willowbrook State School* o del *Jewish Chronic Disease Hospital*) risulta chiaro come tali ricerche vennero percepite dalla collettività come scandalose (in quanto immorali) proprio a partire dalla prospettiva etica del rispetto delle persone che ciascuno spontaneamente assume quando ragiona in termini etici (mentre, per contro, i medici che condussero tali ricerche adottarono una logica consequenzialistica e non considerarono i pazienti loro affidati come dotati di un valore in sé, ma semplicemente come mezzi in vista del fine – magari anche nobile – di beneficiare il resto della società attraverso il guadagno di nuove conoscenze scientifiche). L'etica tradizionale appare dunque fondata sul riconoscimento dell'altro come persona: tale riconoscimento ha un valore immediatamente morale e risulta essere l'elemento che istituisce la moralità, il punto di vista morale.

<sup>164</sup> Non è poi da escludere che lo stesso Mordacci possa convenire sul fatto che, ai fini di una giustificazione pragmaticamente efficace dell'etica del rispetto delle persone allo scopo di dotare i comitati etici attivi nelle nostre società pluralistiche di un orizzonte etico comune, una strategia di tipo coerentista (o per lo meno una strategia che punti a individuare elementi di *overlapping consensus* tra teorie etiche rivali) sia preferibile. Ricavo questa impressione dal seguente passo: "Interessa piuttosto che i doveri indicati da Kant siano in gran parte sovrapponibili a quelli comunemente riconosciuti dalla cultura occidentale e, soprattutto, che il sistema kantiano mostra una forte unitarietà e coerenza attorno a un principio razionale *condiviso da molte teorie morali*. Infatti, il principio che prescrive di trattare ogni persona sempre anche come fine e mai solo come mezzo (la seconda formulazione dell'imperativo categorico) è *raramente rifiutato in modo radicale*. [...] L'idea che ogni individuo debba essere rispettato è in effetti un principio morale comune, benché si tratti naturalmente di precisarne i termini. Ciò corrisponde alla tesi secondo cui quello che chiameremo il *principio del rispetto per le persone* sia un principio di per sé *autoevidente*, cioè immediatamente noto" (R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 333-334.).

l'articolazione dell'etica normativa in un duplice livello di norme; 5) la caratterizzazione essenziale della persona. Sofferamoci brevemente su ciascuno di questi punti.

1) *La filosofia morale come impresa di rigorizzazione della morale comune*: in primo luogo Mordacci e Reichlin individuano il compito specifico filosofia morale non nella costruzione o rifondazione da zero dell'etica, ma nello sforzo di reperire il fondamento della moralità comune al fine di renderla più rigorosa e di valorizzarla (eventualmente integrandola e correggendola), non certo di eliminarla.

Essi pertanto rifiutano di applicare all'etica il modello di razionalità delle scienze esatte<sup>165</sup> o della logica formale<sup>166</sup>, collocando invece la riflessione morale nell'ambito della ragionevolezza e contestando la possibilità di una sua fondazione scientifica. L'attività di un filosofo morale si configura dunque come un ri-flettere sull'esperienza della moralità ordinaria per farne emergere la logica specifica e le dinamiche, così come le incoerenze e le contraddizioni, con l'obiettivo ultimo di costruire una teoria in grado di rendere più sistematici e persuasivi i giudizi morali.

In base a questa concezione dell'etica filosofica non stupisce che essi individuino nel rispetto delle persone il principio etico fondamentale, perché esso appare effettivamente il nocciolo duro della *common morality* (per lo meno della tradizione occidentale, ma non solo); è infatti la dignità della persona (e non certo la "sacralità della vita", sebbene ciò sia erroneamente sostenuto, ad esempio, da Singer<sup>167</sup>) il principio primo su cui sembra fondata l'esperienza morale ordinaria<sup>168</sup>.

2) *le differenze dell'etica del rispetto per le persone rispetto a tre fra i principali approcci etici rivali*<sup>169</sup>

---

<sup>165</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., p. 20.

<sup>166</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Ragioni personali*, cit., pp. 37-38.

<sup>167</sup> Cfr. P. SINGER, *Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*, Text Publishing, Melbourne 1994 (tr. it. *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano 1996)

<sup>168</sup> Cfr. M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 44 e ID., *Etica della vita*, cit., p. 190.

<sup>169</sup> Cfr. ID., *L'etica e la buona morte*, cit., pp. 185-187; R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 119-130 (critiche all'utilitarismo); pp. 168-172 (critiche alla nozione liberale di giustizia); pp. 283-287 (critiche alla teoria etica della legge naturale).

Quanto al secondo punto, Mordacci e Reichlin riconoscono che non v'è dubbio che l'*utilitarismo* sia la teoria etica rispetto alla quale l'approccio personalistico da essi sostenuto si differenzia nel modo più netto. Infatti, come è noto, l'utilitarismo sostiene che la bontà o meno di un'azione dipende *unicamente* dalle sue conseguenze, e più precisamente che fra tutte le scelte possibili è giustificata moralmente quella che produce la maggiore quantità di benessere per tutti gli individui coinvolti, considerati nel loro insieme. L'utilitarismo non conferisce valore primario alle intenzioni del soggetto agente o alla persona in sé, ma unicamente agli stati di cose, agli effetti prodotti dalle azioni. In una sua recente versione estremamente rilevante per la bioetica – l'utilitarismo preferenzialista di Singer – questo approccio sostiene che è da compiersi l'azione che massimizza la soddisfazione delle preferenze o degli interessi di tutti gli individui coinvolti, *indipendentemente dal contenuto di tali preferenze* (e ciò avviene di necessità, visto che l'utilitarismo non possiede alcun criterio per discriminare fra preferenze<sup>170</sup>).

L'etica del rispetto delle persone, invece, sostiene che prima di tutto è la persona ad avere valore (o, detto altrimenti, che la dignità umana è un valore incondizionato che preesiste ad ogni azione e che quest'ultima non produce, anche se può violarlo); pertanto le azioni o gli stati di cose hanno un valore derivato, ossia sono apprezzabili o meno a seconda che promuovano o sminuiscano le persone stesse. Ogni azione, perciò, fosse anche la più meritoria in termini di conseguenze positive per il maggior numero, trova un vincolo assoluto nella necessità di rispettare le persone, le quali non possono essere sacrificate nemmeno per promuovere gli interessi della collettività o della scienza<sup>171</sup>.

Vi è dunque una differenza radicale tra la concezione utilitaristica e quella personalistica dell'etica: mentre per l'utilitarismo ciò che conta è la *produzione* di conseguenze positive nel mondo (sia essa espressa in termini di piacere, di soddisfazione delle preferenze

---

<sup>170</sup> Ciò dipende, a sua volta, dal fatto che per questa versione dell'utilitarismo non contano le persone in quanto tali, ma solo gli interessi e le preferenze di cui le persone (qui intese come individui autocoscienti e razionali, eventualmente anche non umani) sono portatrici.

<sup>171</sup> In quest'ottica le preferenze o gli interessi del singolo non vengono conculcati, ma certamente essi "non contano *in quanto tali*, ma contano, in primo luogo, in quanto conta chi ne è portatore, e, in secondo luogo, in quanto siano compatibili con ideali e valori moralmente ammissibili o da perseguire". M. REICHLIN, *Etica della vita*, cit., p. 80.

individuali o altro), per l'etica del rispetto per le persone ciò che è determinante nella valutazione dell'agire umano è se esso sia o meno espressione del movente etico fondamentale, ossia l'*intenzione* di rispettare l'altro di cui si è *riconosciuto* il *valore intrinseco*. Certamente anche nel quadro dell'etica personalista la valutazione delle conseguenze ha e deve avere un posto importante nella riflessione morale, ma in un senso fondamentalmente diverso rispetto all'approccio utilitaristico. Mentre infatti, come rivela il nome stesso, in un quadro rigorosamente consequenzialistico sulle conseguenze grava tutto il peso della determinazione della qualità morale dell'azione, nell'ottica personalistica la valutazione delle conseguenze trova la sua collocazione adeguata non al livello della giustificazione ultima della bontà di un'azione, ma al livello della determinazione delle scelte che traducono nelle circostanze particolari di ciascun singolo caso l'obiettivo etico fondamentale di tutelare e promuovere il valore intrinseco di ciascuna persona<sup>172</sup>.

La differenza fondamentale che sussiste invece tra l'etica del rispetto per le persone e l'*etica liberale*<sup>173</sup>, (con la quale peraltro condivide l'opposizione al consequenzialismo e la priorità assegnata alla tutela dei diritti umani fondamentali rispetto a quella delle preferenze), è data dal rifiuto da parte dell'etica personalistica di una radicale cesura tra la sfera pubblica e la sfera privata, che invece caratterizza l'impostazione liberale<sup>174</sup>. L'etica del rispetto per le persone ha perciò qualcosa da dire anche relativamente alla moralità di un'azione che ha unicamente conseguenze per il singolo che la compie. Benché ciò non sia (sempre) direttamente rilevante per l'attività di un comitato etico, va sottolineato come

---

<sup>172</sup> Su questo punto si veda A. DA RE, *L'etica tra felicità e dovere. L'attuale dibattito sulla filosofia pratica*, Dehoniane, Bologna, 1987.

<sup>173</sup> Sotto questa etichetta molto generica possono essere raccolti approcci – anche significativamente diversi fra loro – che però condividono l'enfasi sul valore della libertà individuale e la netta distinzione tra sfera pubblica e sfera privata (e pertanto intendono le questioni bioetiche primariamente come problemi di etica pubblica).

Per una sintetica presentazione critica delle principali teorie liberali e libertarie, nonché delle loro implicazioni bioetiche, si veda R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 131-172.

<sup>174</sup> E ancor più la bioetica secolare di Engelhardt su cui ci siamo soffermati nel *Capitolo I* (§ 1.3.). È tuttavia discutibile collocare la posizione di Engelhardt nell'ambito delle teorie liberali, dal momento che – come si è già sottolineato – egli non condivide il fondamentale presupposto liberale del valore della libertà individuale, ma la considera unicamente come vincolo collaterale. Non v'è dubbio, comunque, che la sua bioetica secolare procedurale abbia esiti marcatamente (e necessariamente) libertari.

questa teoria riesca ad illuminare la vita morale anche nella sfera privata, in quanto il rispetto per la dignità delle persone che ciascuno deve assumere come vincolo delle proprie azioni vale prima di tutto nei confronti di se stessi<sup>175</sup>. In particolare, l'etica personalistica sostiene, per quanto riguarda il rapporto con se stessi, che la mera autodeterminazione non è un criterio sufficiente per stabilire la liceità morale di un'azione<sup>176</sup>; e per quanto attiene il rapporto con gli altri che il loro consenso non costituisce da solo una garanzia della moralità dell'azione cui essi hanno consentito<sup>177</sup>. Questo alla luce del fatto che "il rispetto per la persona come fine in sé agisce come vincolo preventivo a ciò che può essere considerato come moralmente accettabile"<sup>178</sup>.

Anche rispetto all'*etica della legge naturale* (e alle sue riproposizioni contemporanee<sup>179</sup>) l'etica del rispetto per le persone presenta alcune rilevanti differenze, e non solo a livello di giustificazione<sup>180</sup>. Come annuncia fin dalla sua stessa definizione, essa individua il valore fondamentale nella persona, e non in alcuni beni che si imporrebbero alla ragione umana come immediatamente normativi; l'oggetto primo e incondizionato del rispetto è dunque la persona umana (in quanto natura razionale), non tanto la sua vita. In questa prospettiva la vita fisica è certamente un bene fondamentale da difendere (in quanto condizione di possibilità del dispiegarsi della persona), ma non il bene assoluto: "La vita

---

<sup>175</sup> In perfetta continuità con Kant che, come è noto, attribuiva priorità ai doveri verso se stessi ("[I] doveri verso se stessi rappresentano la condizione che rende possibile l'osservanza dei doveri verso gli altri». I. KANT, *Eine Vorlesung Kants über Ethik*, a cura di P. Menzel, Pan Verlag Rolf Heise, Berlin 1924; trad. it. *Lezioni di etica*, Laterza, Roma-Bari 1984, p. 136).

<sup>176</sup> Ciò risulta rilevante, ad esempio, nella valutazione della moralità di scelte "libere" che hanno conseguenze unicamente sull'individuo che le compie (ammesso e non concesso che ciò sia vero), come quelle relative all'uso di droghe, alla prostituzione, alla richiesta di eutanasia o suicidio assistito. Infatti, nell'ottica del rispetto per le persone tali azioni vanno valutate prima di tutto relativamente alla loro compatibilità con il rispetto della dignità intrinseca cui ciascuno è impegnato prima di tutto nei confronti di se stesso.

Questo non toglie che sia opportuno mantenere in molti casi la distinzione tra morale e legale e che non si arrivi a vietare per legge comportamenti che risultano illeciti dal punto di vista della valutazione morale.

<sup>177</sup> Ad esempio, il fatto che qualcuno acconsenta a vendere un proprio organo o ad "affittare" il proprio utero non è sufficiente a rendere quell'azione moralmente lecita.

<sup>178</sup> M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 188.

<sup>179</sup> Gli autori più rappresentativi di queste riprese contemporanee dell'etica della legge naturale sono, come è noto, John Finnis, Germain Grisez e Joseph Boyle Jr.

<sup>180</sup> Come invece sembra pensare Reichlin (cfr. M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 210).

fisica è degna di essere vissuta in quanto è la vita di un essere personale. La dignità non si predica della vita, ma della persona”<sup>181</sup>.

Questo approccio rende dunque ragione della convinzione morale diffusa secondo cui è talora lecito (e addirittura moralmente encomiabile) sacrificare o mettere a repentaglio la propria vita per una causa nobile o per difendere la propria dignità. Anche da questi casi limite si ha una conferma di come sia la dignità umana il valore fondamentale da difendere (infatti non si danno mai casi in cui è lecito violarla<sup>182</sup>); la vita fisica, invece, è certamente un bene fondamentale che deve essere quasi sempre difeso, in quanto la sua tutela è la prima essenziale forma in cui si manifesta il rispetto per la persona che vive quella vita, ma non è un assoluto<sup>183</sup>.

Un’etica fondata sul rispetto della dignità umana ha quindi il pregio, rispetto a quella della legge naturale (o per lo meno rispetto a certe sue valutazioni), di evitare il rischio di scivolare in forme deleterie di sacralizzazione della vita biologica (biolatria) che, in particolare in ambito clinico, hanno lo spiacevole esito di consegnare l’essere umano all’ineluttabilità del fare tecnico (situazione che, non a caso, molti non esitano a definire “indegna”).

In sintesi, l’etica del rispetto per le persone (che individua nella nozione di *dignità della persona umana e nel suo rispetto l’architrave del sistema normativo*) si propone come teoria morale alternativa rispetto all’utilitarismo, al liberalismo e al giusnaturalismo, pur valorizzando le loro giuste istanze (come l’importanza della considerazione delle conseguenze, dell’autodeterminazione del singolo e dei beni fondamentali), che però vengono sottoposte al vincolo del rispetto per la dignità umana.

### 3) Caratterizzazione della loro proposta etica come monistica e fondazionalista

Un ulteriore elemento che accomuna la proposta di Mordacci e Reichlin (al di là delle diversità a livello di giustificazione) è la caratterizzazione dell’etica del rispetto per le

---

<sup>181</sup> M. REICHLIN, *L’etica e la buona morte*, cit., p. 185.

<sup>182</sup> Infatti, ad esempio, anche nei casi in cui è lecito togliere la vita ad un’altra persona (ad esempio per legittima difesa o nell’ambito di una guerra “giusta”, in quanto dichiarata e condotta secondo gli accordi internazionali), non è mai consentito violarne la dignità (ad esempio profanandone il cadavere).

<sup>183</sup> Per un approfondimento delle critiche all’etica della legge naturale anche dal punto di vista metaetico, si veda R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 283-287.

persone come *monistica* e *fondazionalista*. Monistica perché “non presenta una serie di principi di eguale valore, ma si basa su un unico principio fondamentale, cui le diverse norme danno espressione più dettagliata”<sup>184</sup> e fondazionalista perché “i molteplici doveri verso se stessi e verso gli altri [...] derivano la propria autorità da un unico fondamento, il principio del rispetto delle persone. [...] Questo criterio è architettonico, perché ogni altro precetto pratico non può che fondarsi su di esso”<sup>185</sup>.

In tal modo essi distinguono nettamente la loro posizione da ogni forma di pluralismo normativo e, pur ammettendo con Ricoeur<sup>186</sup> una certa produttività del giudizio morale (a livello dei principi o dei doveri che traducono in concreto il rispetto per le persone), riconducono ad un unico principio la fonte dell’autorità della pluralità di tali determinazioni particolari.

#### 4) *Un’etica normativa su due livelli*

Una conseguenza diretta del monismo che caratterizza l’etica del rispetto per le persone è che essa riesce ad ordinare gerarchicamente le esigenze morali, superando così il rischio di *impasse* o di relativismo (nel bilanciamento dei principi in conflitto) cui fatalmente è soggetta una teoria come il principialismo di Beauchamp e Childress (su cui ci soffermeremo ampiamente nel prossimo capitolo, al § 4.2).

La prospettiva etica difesa dalla scuola del San Raffaele individua dunque – in continuità con una parte significativa della tradizione morale (si pensi, ad esempio, al giusnaturalismo e a Kant) – un duplice livello di norme<sup>187</sup>, che Mordacci e Reichlin sulla scorta del pensatore di Königsberg chiamano doveri (ma la possibilità della gerarchizzazione rimarrebbe anche qualora si adottasse il linguaggio dei principi o dei diritti): in primo luogo, *doveri perfetti o negativi* (o anche *vincoli deontologici*), ossia doveri che vietano (in ogni circostanza) alcuni tipi di azione in quanto direttamente contrari al rispetto della dignità umana (come, ad esempio, uccidere un innocente, torturare, ridurre

---

<sup>184</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit. p. 17.

<sup>185</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 346-347.

<sup>186</sup> P. RICOEUR, *Sé come un altro*, cit., p. 370.

<sup>187</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit. pp. 15-17; ID., *L’etica e la buona morte*, cit., pp. 156 e 183; ID., *Etica della vita*, cit., pp. 190-191; R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 353.



in schiavitù, esercitare violenza gratuita, discriminare, ecc.); quindi, e subordinatamente, i *doveri imperfetti o positivi* (come ad esempio quelli collegati al principio di beneficenza) che hanno carattere condizionato e che possono essere perseguiti solo nella misura in cui non costituiscono una forma di violazione del rispetto per le persone (che funziona perciò come criterio per l'ordinamento gerarchico delle esigenze morali).

È forse opportuno sottolineare ancora una volta che tale ordinamento avviene unicamente in relazione al principio del rispetto per la persona umana, e non in riferimento ai beni umani fondamentali (individuati dai teorici della legge naturale), ai quali dunque non viene attribuita una normatività diretta (che viene invece riconosciuta unicamente alla persona, in quanto fine auto sussistente).

##### 5) *La caratterizzazione essenziale della persona*

La caratterizzazione della nozione di persona (ossia del soggetto cui va riconosciuto pieno status morale) è un compito importante per qualunque teoria etica, ma ovviamente assume una rilevanza tutta particolare per una teoria che nella persona e nella sua dignità intrinseca individua il suo fondamento. Non v'è dunque da stupirsi che sia Mordacci, sia soprattutto Reichlin, abbiano a più riprese dedicato attenzione<sup>188</sup> a questo concetto così complesso e ambiguo<sup>189</sup>.

Tuttavia, prima di ricostruire la caratterizzazione della persona quale emerge dagli iscritti dei due filosofi del S. Raffaele, va sottolineato che nel quadro del loro pensiero questa determinazione del profilo della persona non ha assolutamente lo scopo di fondare la teoria etica da essi sostenuta<sup>190</sup> (la cui giustificazione, come si è visto, è guadagnata per

---

<sup>188</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 348-351 e 361-363; ID., *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa in Kant*, cit., pp. 785-786; M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit. pp. 13-14, 93-106 (critica della concezione funzionalista di persona), 106-111 (sulla concezione sostanzialistica di persona) e 111-116 (sulla rilevanza morale della specie); ID., *L'etica e la buona morte*, cit., pp. 105; ID., *Etica della vita*, cit., pp. 36-39.

<sup>189</sup> Sull'ambiguità della nozione (quanto a genesi, significati, storia e portata speculativa) e su quanto v'è di rivelatore in tale costituiva ambiguità relativamente al peculiare modo d'essere dell'esistenza umana si veda F. CHEREGHIN, *Le ambiguità del concetto di persona e l'impersonale*, in V. Melchiorre (a cura di), *L'idea di persona, Vita e pensiero*, Milano 1996, pp. 65-86.

Molto interessanti anche gli altri saggi raccolti nel succitato volume, in particolare quelli di Gilbert, Melchiorre, Ricoeur e Vigna.

<sup>190</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 349.

altre vie), quanto piuttosto di precisare, da un lato, i confini di quell'individuo vivente che si identifica come persona (e a cui si riconosce dignità intrinseca e, di conseguenza, rispetto e tutela) e, dall'altro, i modi della declinazione in concreto dell'imperativo fondamentale del rispetto.

Può essere utile organizzare questa sezione in tre momenti: innanzitutto una illustrazione della nozione sostanzialista di persona difesa dalla teoria etica sostenuta da Mordacci e Reichlin; quindi una determinazione delle caratteristiche fondamentali della persona (operazione importante, come si vedrà nel *Capitolo IV*, ai fini delle sue ricadute nella pratica clinica); e infine una difesa di questa posizione dall'accusa di "specismo" e qualche cenno sulla sua compatibilità con prospettive ecologiste e animaliste.

Il problema della determinazione precisa del concetto di persona è stato affrontato con particolare accuratezza da Reichlin, che nel suo saggio del 2007 sull'aborto vi dedica per intero il quarto capitolo (*La persona: concetto e confini*). Tale operazione è compiuta, in primo luogo, attraverso un serratissimo confronto con gli autori (soprattutto di area anglosassone, come Tooley, Engelhardt, Warren, Singer, Baker e Olson) che nell'ultimo trentennio hanno sostenuto e difeso una concezione *funzionalista* e *attualista* della persona; e, quindi, attraverso la precisazione della concezione sostanzialista che egli sostiene in continuità con la nozione classica icasticamente riassunta nella nota definizione boeziana<sup>191</sup>.

Dalla puntuale analisi critica delle tesi funzionaliste e delle relative argomentazioni (che qui, ovviamente, non possiamo ricostruire nel dettaglio e di cui Reichlin evidenzia bene non solo l'incoerenza con molte nostre intuizioni morali radicate, ma soprattutto le difficoltà interne<sup>192</sup>) emerge come il filo rosso che accomuna a vario titolo tali posizioni funzionaliste<sup>193</sup> sia un chiaro (e sorprendente<sup>194</sup>) dualismo tra vita biologica e vita

---

<sup>191</sup> "Persona est naturae rationabilis individua substantia". S. BOEZIO, *Contra Eutychen*, III, 1-5; tr. it. ID., *La consolazione della filosofia, Gli opuscoli teologici*, a cura di L. Orbetello, Rusconi, Milano 1979, p. 326.

<sup>192</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 94-103.

<sup>193</sup> Così come la cosiddetta "teoria della costituzione" di L. R. Baker. Cfr. *ivi*, pp. 103-105.

<sup>194</sup> In quanto in contraddizione con gli assunti materialistici della maggior parte di questi approcci.

biografica e il parallelo fallimento nel riconoscere la piena continuità e solidarietà tra la condizione corporea e le funzioni psicologiche di ordine superiore.

Le difficoltà della posizione funzionalista e attualista nel rendere ragione, fra le altre cose, delle differenze che essa stessa individua tra feti, individui dormienti e individui in coma<sup>195</sup>, porta Reichlin ad accantonare come errata e insoddisfacente la tesi secondo cui “persona” sarebbe un sortale di fase (ossia un concetto che indica la proprietà degli esseri umani di esercitare certe funzioni psicologiche durante una certa fase della loro vita) e ad orientarsi verso la tesi secondo cui essa è, al contrario, un sortale sostanziale (ossia un concetto che indica ciò che un individuo è per sua natura<sup>196</sup>; nel nostro caso, un individuo le cui capacità psicologiche di ordine superiore si manifestano in quanto espressione della sua natura, la quale non si dissolve o non muta certo al loro temporaneo o definitivo venir meno).

Tale posizione è ribadita da Reichlin stesso nel suo più recente lavoro, nel quadro di una rinnovata critica alla posizione di Engelhardt:

“La stretta solidarietà tra corpo e coscienza, nonché tra funzioni superiori e inferiori dell’encefalo, porta ad essere estremamente scettici sull’opportunità di separare così radicalmente la vita personale dalla vita biologica. Sembra più corretto identificare la *persona come un individuo vivente che, a partire da un certo grado di complessità e di capacità mentali già esistenti, si sviluppa, attraverso l’interazione con l’ambiente, fino a diventare capace di funzioni cognitive superiori* che sono per larga parte esclusive dell’*homo sapiens*; tali funzioni sono relativamente stabili, nel senso che possono essere transitoriamente assenti, parzialmente compromesse e talvolta definitivamente impossibili [...] Tuttavia il termine “persona” non si predica di *una fase* della vita biologica dell’individuo, né di una *collezione di capacità* che esso mostra in certi momenti della sua storia, ma piuttosto

---

<sup>195</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 100-103.

<sup>196</sup> Sulla difesa della nozione di “natura umana” dalle critiche cui è stata sottoposta nel dibattito recente e sulla determinazione di una accezione scientificamente sensata di tale nozione si veda M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 149-152.

dell'*individuo* in quanto tale, ossia in quanto capace di sviluppare, modificare, migliorare e poi progressivamente perdere tali capacità superiori"<sup>197</sup>.

La concezione sostanzialista della persona, di conseguenza, si contrappone ad ogni insostenibile dualismo tra dimensione corporea e dimensione psicologica (o spirituale che dir si voglia) e pertanto riconosce valore prima di tutto agli *individui* in virtù della loro natura, non ritenendo possibile ridurre tale valore unicamente ai loro stati psicologici<sup>198</sup>. Ciò in virtù del "carattere intrinsecamente incarnato, corporeo, dell'apertura coscienziale propria della persona"<sup>199</sup>. Infatti, è solo negli esperimenti mentali (che tanto sembrano piacere ai pensatori di tradizione analitica) che è possibile concepire la possibilità di trasferire l'io psicologico da un corpo all'altro, quasi fosse un software in grado di funzionare su qualsiasi "macchina" atta all'uso. In realtà, come anche la tradizione fenomenologica ha evidenziato, la persona non può venir ridotta ad un *cogito* separato dal corpo; al contrario, essa si rivela una realtà essenzialmente e originariamente corporea, tanto che la stessa razionalità e la connessa capacità riflessiva si sviluppano a partire dal corpo, e grazie ad una complessa e inestricabile interazione con i sensi, gli affetti, le passioni, ecc. (ed è facilmente intuibile come tale radicamento sia gravido di effetti indelebili sulla stessa attività riflessiva)<sup>200</sup>.

Da questo quadro risulta la "profonda unità della vita personale"<sup>201</sup>, le cui dimensioni costitutive si fondono e complicano, nella concretezza della vita, in modi che ci sono ancora solo parzialmente noti. È con tale consapevolezza che ci accingiamo ora a distinguere tre caratteristiche essenziali della persona quali ci sembrano emergere dagli

---

<sup>197</sup> ID., *Etica della vita*, cit., pp. 38-39.

<sup>198</sup> Si noti che, entro questa prospettiva, la perdita irreversibile delle capacità mentali superiori non è affatto priva di importanza, ed è anzi rilevante nel momento in cui si discute sul tipo di obblighi che abbiamo nei confronti degli individui che si trovano in tali condizioni (è chiaro, infatti, che anche in questi casi gli interventi da attuare devono essere proporzionati alla condizione del malato e quindi – nella maggior parte dei casi – significativamente limitati); tuttavia, essa sostiene che tale condizione non può essere legittimamente utilizzata per difendere la posizione ontologica secondo cui il paziente in tali condizioni non sarebbe più persona.

<sup>199</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., p. 109.

<sup>200</sup> Cfr. *ibid.*

<sup>201</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 349.

scritti dei due filosofi del S. Raffaele, badando quindi a che questo pur limitato esercizio analitico – che, come vedremo, risulterà utile ai fini della riflessione che sarà sviluppata nel prossimo capitolo – non ci faccia perdere di vista la suddetta unità.

Le dimensioni fondamentali della vita personale possono essere ricondotte alle seguenti tre: A) innanzitutto la *corporeità*: si è visto infatti che nella prospettiva sostanzialista vi è una “piena identità tra la persona e il suo corpo”<sup>202</sup> (anche se tale affermazione non può essere interpretata nel senso del riduzionismo materialistico, ma nel senso del riconoscimento che la stessa capacità di trascendenza tipica della persona<sup>203</sup> si può dispiegare solo grazie e a partire dal corpo); con ciò non solo viene negata ogni forma di dualismo tra biologia e biografia, ma viene altresì riconosciuta l’importanza di altre dinamiche tipiche della vita umana, inestricabilmente legate alla corporeità, come ad esempio quella del desiderio; B) in secondo luogo la *libertà*: essa appare infatti davvero la differenza specifica dell’uomo rispetto a tutti gli altri viventi a noi noti; è evidentemente collegata alla natura razionale dell’uomo e costituisce la condicio sine qua non della moralità e della responsabilità. Pertanto, sebbene in epoca contemporanea non manchino critiche anche consistenti alla plausibilità stessa della nozione di libertà o libero arbitrio, finché non verranno prodotte argomentazioni cogenti in favore del determinismo (cosa che finora non è avvenuta) appare ragionevole ribadire la centralità di un concetto che sembra assolutamente necessario per rendere ragione dell’agire umano<sup>204</sup>; C) infine la *relazionalità* (o intersoggettività)<sup>205</sup>: la persona non è una monade irrelata, e considerarla al di fuori del legame costitutivo con altre persone è opera di pura a-strazione. La relazionalità è costitutiva della persona sia in quanto è nel rapporto con le altre persone che si forma e si definisce l’individualità di ciascun singolo, sia perché è solo all’interno

---

<sup>202</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., p. 110.

<sup>203</sup> La quale, in buona parte della tradizione e nello stesso approccio dell’etica del rispetto per le persone, fonda la dignità umana: “È proprio questa peculiarità a fare degli esseri umani delle realtà uniche, a fondare la peculiare dignità nell’ambito dei viventi, nessuno dei quali appare altrettanto in grado di trascendere le proprie determinazioni. Ed è a questa particolare dignità che si collega il termine persona per indicare quel determinato vivente che è l’essere umano, in quanto dotato di caratteristiche che lo rendono capace di fare di se stesso un’individualità irripetibile e non il semplice esemplare di un genere” (reichlin, aborto, p. 13).

<sup>204</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 149-152.

<sup>205</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 338-340.

della relazione interpersonale che acquista senso quella ricerca di validità intersoggettiva cui aspirano necessariamente ragioni che vogliano dirsi morali<sup>206</sup>. In relazione a questa terza dimensione essenziale della persona si può inoltre cogliere adeguatamente l'importanza della tematica del "riconoscimento" reciproco tra persone, da un lato – come si è appena detto – in quanto condizione di possibilità dell'esperienza morale, dall'altro lato come prima fondamentale forma di rispetto.

È forse pleonastico sottolineare come questa essenziale caratterizzazione della persona che innerva la teoria etica del rispetto per le persone di Mordacci e Reichlin non abbia certo la pretesa di aver descritto una volta per sempre, o in maniera esaustiva, l'universo personale. Più modestamente, presume di aver evidenziato aspetti certamente essenziali della struttura costitutiva delle persone, aspetti che la riflessione etica (e in particolare bioetica) deve considerare attentamente al fine di individuare le vie più opportune della loro tutela.

Un ultimo aspetto, in particolare della riflessione di Reichlin, che appare opportuno menzionare in collegamento alla concezione sostanzialista di persona riguarda il rilievo morale che questa prospettiva riconosce alla specie (con la correlata difesa dall'accusa di "specismo") e la sua compatibilità con la responsabilità morale nei confronti dell'ambiente non umano. Anche se tali osservazioni non sono direttamente pertinenti con la bioetica clinica (ossia con l'ambito cui è interessata la tipologia di comitati etici di cui principalmente ci si occupa in questa ricerca) esse sono nondimeno così rilevanti nel dibattito bioetico internazionale da meritare un sia pur rapido cenno.

La questione della rilevanza morale della specie è un diretto portato della concezione sostanzialista di persona sopra illustrata: infatti, dato che in questa prospettiva individuo umano e persona coincidono, ne consegue che la mera appartenenza alla specie umana ha rilievo morale, poiché la persona comincia quando comincia un nuovo individuo umano

---

<sup>206</sup> *"La fondazione dell'etica appare infatti affidata in modo essenziale, almeno finché si sostiene la possibilità di una sua giustificazione razionale, al vincolo della libertà verso se stessa e verso ogni altra libertà incarnata: la pretesa di potersi determinare autonomamente, a cui nessun agente razionale può volontariamente rinunciare, corrisponde necessariamente a tenere per limite inviolabile la eguale dignità di ogni altra pretesa di rispetto proveniente da altre volontà autonome"*. ID., *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa di Kant*, cit., p. 786 (Corsivo mio).

(e finisce quando tale individuo si disgrega come un tutto organizzato). Di qui l'accusa a questa posizione di essere "specista", poiché considera la mera appartenenza alla specie *homo sapiens sapiens* come il fattore discriminante per l'attribuzione dello status morale, e ciò appare a molti arbitrario, almeno quanto operare distinzioni in base alla razza e al sesso<sup>207</sup>. Anche alla luce della teoria dell'evoluzione, i critici non capiscono infatti perché la mera appartenenza alla specie umana dovrebbe conferire agli individui che ne fanno parte uno status morale superiore rispetto agli individui di specie diverse, indipendentemente dalle capacità effettive che i singoli umani possono dispiegare. È noto infatti che per lo meno alcuni individui umani non posseggono ancora, non posseggono più o posseggono solo in misura molto limitata – e certamente inferiore al livello di molti animali non umani – quelle capacità cognitive superiori cui normalmente si ritiene collegato lo status morale. Sembrerebbe pertanto più corretto, al fine di evitare discriminazioni, operare distinzioni morali basandosi su capacità effettive, e non in riferimento ad una presunta superiorità della specie umana che non sempre trova riscontro (per lo meno in alcuni suoi rappresentanti).

La risposta di Reichlin a queste critiche è molto chiara<sup>208</sup>: per prima cosa egli ricorda l'ineliminabile carattere antropocentrico della riflessione morale, dato che l'uomo è l'unico animale capace di moralità, in virtù del libero arbitrio; in secondo luogo, e di conseguenza, argomenta che se l'umanità – in quanto caratterizzata dal libero arbitrio – è l'unico luogo da cui può dispiegarsi la normatività morale, l'appartenenza alla specie umana non può essere priva di rilievo morale<sup>209</sup>; tuttavia, egli precisa che l'appartenenza alla specie è

---

<sup>207</sup> Come è noto, il termine "specismo" è stato coniato da Richard Ryder (cfr. R. RYDER, *Victims of Science: the Use of Animals in Research*, Davis-Poynter, London 1975, p. 16), e ripreso da innumerevoli altri autori, tra cui i più noti sono Peter Singer (P. SINGER, *Animal Liberation. A New Ethics for Our Treatment of Animals*, Random House, New York 1990<sup>2</sup>, 1<sup>a</sup> ed. 1975; tr. it. *Liberazione animale*, Arnoldo Mondadori, Milano 1991), Tom Regan (T. REGAN, *The Case for Animal Rights*, University of California Press, Berkeley 1983; tr. it. *I diritti animali*, Garzanti, Milano 1990) e James Rachels (J. RACHELS, *Created from Animals: The Moral Implications of Darwinism*, Oxford University Press, Oxford 1990; tr. it. *Creati dagli animali. Implicazioni morali del darwinismo*, Edizioni di Comunità, Milano 1996).

<sup>208</sup> M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 112-114.

<sup>209</sup> Ciò presuppone a sua volta la giustificazione dell'argomento di potenzialità (e una sua difesa dalle critiche e dai fraintendimenti cui esso è stato soggetto in letteratura), che Reichlin conduce nel capitolo III del suo saggio del 2007: *ivi*, pp. 65-92.

rilevante solo in quanto si collega alla capacità di dare senso alle cose e di agire liberamente: pertanto se ci fossero altre specie sulla terra (altri animali) o altre forme di vita nell'universo con capacità simili – ossia se ci fossero altre nature razionali – bisognerebbe riconoscere anche ad esse pieno status morale, con ciò mostrando che non v'è nulla di pregiudizialmente discriminatorio nella tesi secondo cui la mera appartenenza alla specie umana (in quanto sottoinsieme dell'insieme più ampio delle creature razionali) ha rilievo morale. L'etica del rispetto delle persone sembra dunque immune dall'accusa di specismo, in quanto sostiene che – in linea di principio – non vi è una relazione biunivoca tra essere umano e persona (pur sostenendo che ogni essere umano lo sia).

In sintesi,

“Mentre la differenza di razza o di sesso non è moralmente rilevante, in quanto non si collega ad alcuna differenza *essenziale* di capacità, la differenza di specie lo è, perché si collega a differenze di capacità e di comportamento che sono a loro volta moralmente significative. Non si tratta qui di un pregiudizio specista, ma di una presunzione giustificata dal fatto che la capacità di scelta propria degli esseri umani è a fondamento di ogni altro giudizio etico; anche se si dovesse ammettere che gli esseri umani non paradigmatici vadano trattati in maniera diversa da quelli paradigmatici, che il rispetto da mostrare nei loro confronti debba assumere forme differenti, la loro appartenenza alla specie umana avrebbe comunque un innegabile rilievo morale”<sup>210</sup>.

Si deve infine rilevare come Reichlin sostenga<sup>211</sup> che l'affermazione della rilevanza morale della mera appartenenza alla specie umana e il riconoscimento della peculiarità e dell'unicità delle creature razionali (ossia il riconoscimento della loro dignità) non implicino e non giustifichino alcun atteggiamento meramente dispotico o di sfruttamento nei confronti degli altri animali non umani, degli altri viventi e dell'ambiente naturale. Al contrario, è solo perché l'uomo, in quanto creatura razionale è capace di relativizzarsi e di

---

<sup>210</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Etica della vita*, cit., p. 87.

<sup>211</sup> Cfr. *ivi*, p. 88 e 133-134.



riconoscere e apprezzare le forme di valore latente che gli altri enti possiedono (anche indipendentemente dall'utilizzo che egli ne può fare), ed è inoltre capace di responsabilità, che egli può considerare gli interessi degli altri esseri viventi e la stessa esistenza della comunità biotica come vincoli importanti, anche se non assoluti, alla sua azione.

Sembra, dunque, che la stesso accoglimento di molte delle istanze (giustamente) avanzate dall'etica ambientalista e animalista negli ultimi decenni possa avvenire non eliminando del tutto l'antropocentrismo, ma abbracciandone una sua forma moderata (se non proprio un "umanesimo non antropocentrico"<sup>212</sup>).

*La risorse che la prospettiva etica del rispetto per le persone offre all'attività dei comitati etici per la pratica clinica*

Così articolata, l'etica del rispetto per le persone sostenuta dalla scuola del S. Raffaele di Milano sembra costituire lo sfondo teorico ideale per i comitati etici per la pratica clinica: tale approccio, infatti, non solo è coerente con i fondamentali documenti internazionali che dal secondo dopoguerra regolano la convivenza internazionale e più di recente la bioetica (a cui tali organismi devono far riferimento), ma è in grado di offrire una soluzione ai due fondamentali problemi sostanziali ancora irrisolti che minano alle radici la possibilità stessa dei comitati etici per la pratica clinica (di cui ci siamo occupati nel *Capitolo I*<sup>213</sup>), e inoltre di fungere da premessa per l'esplicitazione di ulteriori indicazioni relative alla concreta attività di tali enti.

Più in particolare, vi sono almeno quattro risorse che l'etica del rispetto per le persone (con la sua centratura sulla dignità umana) può offrire ai comitati etici per la pratica clinica: (1) consente loro di assumere il punto di vista etico nella sua radicalità; (2) garantisce una base comune minima (accoglibile da tutti anche in un contesto pluralistico), favorendo al

---

<sup>212</sup> Come sostiene Volpi (VOLPI F., *Nichilismo della tecnica e responsabilità etico-politica*, cit., p. 120) nel passo che si è scelto come esergo.

<sup>213</sup> Questi i due quesiti formulati al § 1.3.:

- 1) in che modo i comitati possono assumere una prospettiva genuinamente etica?
- 2) come è possibile l'attività stessa dei comitati etici nell'epoca del pluralismo morale? In altre parole: come affrontare a livello dei comitati etici uno dei problemi classici della filosofia contemporanea, ossia quello di individuare all'interno di una società pluralistica un orizzonte etico condiviso a partire dal quale avviare la discussione sui problemi o casi particolari?

contempo la creatività morale; (3) può contribuire ad aumentare la percezione morale e riesce ad illuminare la riflessione e l'azione proprio nei casi in cui gli altri linguaggi della bioetica sembrano aver meno da dire; (4) fornisce interessanti indicazioni – in virtù della caratterizzazione della nozione di persona che sostiene – per una più precisa determinazione del contenuto normativo della dignità.

Esplicitiamo dunque le risorse che tale teoria etica offre alla tipologia di comitati di cui ci si sta occupando.

La prima (e fondamentale) è che essa consente loro di assumere la prospettiva etica fondamentale, riducendo così il rischio che un comitato rimanga irretito nelle normatività istituzionalizzate (o che si fermi alla mera registrazione del consenso o delle preferenze). Se infatti, come suggeriva Ladrière<sup>214</sup>, la prospettiva radicalmente critica che ci si attende dall'etica fondamentale può instaurarsi solo a partire dal riconoscimento dell'uomo come persona (accolto nella sua totalità), è evidente che la teoria etica proposta da Mordacci e Reichlin consente di realizzare precisamente l'assunzione di tale prospettiva, in particolare perché indica proprio nella tutela e nella promozione della persona e della sua dignità il fine ultimo di ogni attività che voglia dirsi morale e il vincolo interno a qualunque pratica. In tal modo, inoltre, essa costringe il giudizio etico ad attingere ad un livello di radicalità che non si può raggiungere se ci si attiene alle normatività istituzionalizzate (denunciando i rischi insiti in una applicazione acritica o meccanica delle norme che caratterizzano le normatività particolari).

La seconda risorsa è che tale prospettiva garantisce al contempo una *base comune minima* e un ampio *margin*e di creatività all'attività dei comitati. Infatti, la linea giustificativa coerentista proposta da Reichlin per difendere l'approccio del rispetto per le persone, da un lato, sembra in grado di raccogliere un ampio accordo, perché muove da giudizi ponderati profondamente radicati nella *common morality* – e condivisi dalla quasi totalità delle prospettive etiche – e provvede poi a rigorizzarli e ordinarli in un tutto organico; e, dall'altro, affida alla successiva riflessione pratica (nel nostro caso all'attività deliberativa dei comitati) il compito di determinare in che modo deve concretizzarsi il rispetto per la

---

<sup>214</sup> Cfr. *Capitolo I*, § 1.3.

persona nel contesto particolare di cui si tratta. Questo necessario momento di ampia riflessione collegiale e interdisciplinare su quale linea d'azione sia la più rispettosa della dignità della persona nel caso concreto è richiesto dal fatto che la scelta effettivamente corretta non può venire dedotta meccanicamente dal principio fondamentale, ma solo giustificata e interpretata in base ad esso<sup>215</sup>. Vale forse la pena ribadire come l'ampia libertà creativa che questo approccio etico rende possibile sia data dal fatto che esso non pretende di indicare un'unica versione canonica della vita buona (a partire dalla quale dedurre indicazioni normative particolari), ma solo di individuare un minimo etico comune, un nucleo di valori fondamentali<sup>216</sup> che necessitano poi di essere interpretati alla luce del caso particolare e dei valori più specifici propri di un dato contesto socio-culturale. Si potrebbe addirittura sostenere che, in realtà, tutto ciò che tale prospettiva etica ha da dire è riassumibile – fondendo assieme suggestioni kantiane e agostiniane – in un unico imperativo: “Rispetta (la persona) e fa' quel che vuoi”<sup>217</sup>. Ciò vuol dire che l'etica del rispetto delle persone riconosce (e valorizza) una dimensione di pluralismo e autodeterminazione più ampia rispetto a quella ammessa dalle teorie tradizionali, senza con ciò scivolare nel relativismo, in virtù del vincolo ultimo del rispetto per le persone che la costituisce e caratterizza.

La terza risorsa che una teoria etica centrata sulla dignità umana offre consiste nel significativo aumento della percezione morale<sup>218</sup> che essa rende possibile, poiché

---

<sup>215</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 331-332.

<sup>216</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Etica della vita*, cit., p. 191.

<sup>217</sup> “Il rispetto, possiamo dire, è un requisito di accettabilità delle ragioni morali, ma ne è al tempo stesso il contenuto principale”. R. MORDACCI, *Ragioni personali. Saggio sulla normatività morale*, cit., p. 192.

<sup>218</sup> Sulla fondamentale importanza della percezione morale come preconditione dell'etica si veda A.J. VETLESEN, *Perception, Empathy, and Judgement. An Inquiry into the Preconditions of Moral Performance*, Pennsylvania State University Press, University Park /PA 1994.

Chiarificatrici sull'argomento anche le considerazioni di Viafora: “La razionalità pratica, pur orientata all'universalità, non è [...] una razionalità “apatica”. Contro la prevalente interpretazione moderna che affida il giudizio etico all'applicazione di principi e regole, emerge sempre più il ruolo che nella valutazione morale svolgono *emozioni* e *sentimenti*. Se, infatti, la giustificazione etica del giudizio su una situazione moralmente problematica dipende dalla competenza argomentativa, dipende invece da una competenza di tipo emotivo la percezione di una situazione come moralmente problematica. È tale competenza che rende capaci di identificare come significativa per sé la sofferenza patita da altri. All'opposto c'è l'insensibilità, l'atrofia morale. In questi casi un individuo, seppur attrezzato di principi e regole, non saprà individuare le

promuove una più profonda identificazione con l'altro e "genera un sentire e un agire ispirati alla beneficenza e alla solidarietà nei confronti dell'umanità, di cui va riconosciuta e tutelata non solo l'autonomia e la capacità di decidere di sé, ma anche la capacità di vivere e riconoscere un senso nell'esperienza passiva della malattia e della sofferenza"<sup>219</sup>. Poiché sostiene – per i motivi sopra illustrati – che la persona è da identificare nell'uomo tutto intero, in tutte le sue diverse (e interrelate) dimensioni, l'approccio centrato sulla dignità umana promuove e ispira un atteggiamento profondamente diverso rispetto a quello che deriverebbe dall'assunzione di una prospettiva rigorosamente engelhardtiana (o la prospettiva del decisore razionale imparziale). L'altro, infatti, non è visto come uno "straniero" con cui è per principio impossibile comunicare o identificarsi, oppure come uno dei tanti *stakeholder* anonimi da considerare nell'analisi complessiva della situazione; è invece riconosciuto nel suo peculiare e incomparabile valore intrinseco, che non viene meno di fronte alla compromissione più o meno grave dell'integrità corporea o delle facoltà cognitive superiori; al contrario, le limitazioni imposte da una malattia o da una disabilità richiedono e inducono una maggiore attenzione e cura nei suoi confronti. Non a caso, l'etica fondata sul rispetto per la dignità di ogni persona si rivela particolarmente illuminante e "produttiva" proprio quando gli altri linguaggi della bioetica diventano "muti", ossia a proposito degli esseri umani che hanno una ridotta capacità di autodeterminarsi o di esprimere le loro preferenze (temporaneamente o definitivamente). L'ultima importante risorsa che la proposta etica di Mordacci e Reichlin offre alla bioetica clinica e all'attività dei comitati è data dalle interessanti indicazioni che è possibile trarre dalla essenziale caratterizzazione della persona sopra illustrata (corporeità, libertà e relazionalità) ai fini della identificazione delle necessarie mediazioni da mettere in campo per tradurre in concreto le esigenze del rispetto per la dignità umana (così da evitare che essa rimanga un vuoto o generalissimo slogan privo di effettivo impatto sulla vita reale).

---

situazioni problematiche che esigono l'applicazione di questi principi e di queste regole". C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 239-274 (qui alle pp. 261-262).

<sup>219</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 157.

Un'indicazione molto generale che si può trarre (e che sarà articolata in dettaglio nel prossimo capitolo) è che potranno essere considerate utili quelle mediazioni in grado di riconoscere, valorizzare e tutelare le dimensioni fondamentali della persona. L'importanza della caratterizzazione sopra illustrata sarà evidente nel *Capitolo IV* quando, trattando del *principialismo* di Beauchamp e Childress, emergerà come in assenza di una pur essenziale concezione della persona diventa sostanzialmente impossibile trarre conclusioni relativamente univoche su ciò che in concreto comandano i principi (o i diritti o i doveri) che tentano di offrire indicazioni sempre più specifiche su come tradurre nella pratica il rispetto che dobbiamo ad ogni persona.

### 3.2.3. Debolezza normativa

Quest'ultima osservazione introduce direttamente alla terza fondamentale criticità connessa con la nozione di dignità umana: quella relativa alla sua effettiva portata etico-normativa. Da più parti è stato infatti rilevato che, quand'anche si ammetta che la dignità umana esista, che sia propria di tutti gli esseri umani e che costituisca il fondamento stesso della morale e del diritto, essa nondimeno presenta un contenuto normativo troppo generale (che in sostanza si può ricondurre all'imperativo di non strumentalizzare e reificare gli esseri umani e di garantire loro alcuni diritti fondamentali), oppure troppo vago, per poter guidare nella soluzione delle questioni bioetiche particolari che sorgono nella pratica clinica e per regolamentare la ricerca<sup>220</sup>.

Tale problema dipende fondamentalmente da tre fattori: i primi due (una non sempre adeguata concettualizzazione e una mancata precisazione del soggetto titolare della

---

<sup>220</sup> Cfr., ad esempio, T. CAULFIELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity: a guide to policy making in the biotechnology era?*, in "Nature Review Genetics", 7 (2006), p. 76: "In the end, the ambiguity that surrounds the concept of human dignity makes its value as a regulatory tool relatively limited. For example, without more content about how and why human dignity is engaged, documents such as the UNESCO declaration will provide only minimal guidance to researchers and policy makers. Indeed, when it is claimed that a given research activity infringes human dignity, our first reaction should be to ask for specifics as to why this is so. Is the concern based on a morally contested social value, such as the moral status of the embryo, or a more universally accepted view, such as the inherent worth of all humans? In a pluralistic society, there needs to be room to discuss and debate all perspectives that inform the content of human dignity. However, not all perspectives should serve as a justification for science policy".

dignità umana) sono stati affrontati nei due paragrafi precedenti (§§ 3.2.1 e 3.2.2); il terzo – rilevato dagli stessi pensatori del S. Raffaele che abbiamo assunto come punto di riferimento teorico<sup>221</sup> – è direttamente collegato al ruolo che la nozione di dignità umana svolge nel sistema etico, ossia quello di fondamento o architrave. Data questa funzione, non v'è da stupirsi che essa da sola non ci dica immediatamente cosa sia morale o immorale a proposito di una determinata questione particolare. La sua funzione infatti non è quella di guidare immediatamente l'azione (anche se alcune indicazioni normative si possono senz'altro trarre), ma di costituire il motivo ispiratore ultimo di ogni attività (nel nostro caso della biomedicina) e il vincolo cui deve essere sottostare ogni pratica. Ciò implica che per poter rendere efficace tale nozione come guida dell'azione nelle situazioni particolari è necessario individuare delle mediazioni che traducano in concreto la portata normativa di una nozione altrimenti destinata a rimanere un nobile ma inefficace concetto morale.

Allo sforzo di individuare tali mediazioni e di definire una metodologia per renderle concretamente operative nella pratica clinica è dedicato il prossimo capitolo.

---

<sup>221</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 155-160.

**UNA METODOLOGIA  
PER L'ANALISI ETICA DELLA PRATICA CLINICA  
CENTRATA SUL RISPETTO PER LA DIGNITÀ UMANA**

**4.1. Perché una *metodologia* per la giustificazione del giudizio etico nel contesto della *pratica clinica*?**

Una volta giustificata la scelta di adottare l'etica del rispetto per le persone come teoria di sfondo per l'attività dei comitati etici per la pratica clinica, rimane dunque da affrontare il problema decisivo per quanto riguarda l'operatività concreta di tali organismi: la definizione di una metodologia per la "costruzione del giudizio bioetico" che indichi le mediazioni per rendere efficace in ambito clinico il riferimento alla dignità umana e per rispondere con ciò alla critica relativa alla (presunta) scarsa forza normativa che questa nozione sarebbe in grado di dispiegare. Come si è visto, infatti, la denuncia della sua (potenziale) ridondanza o inutilità pratica è considerata rilevante non solo da chi ritiene che essa debba essere espunta dall'argomentazione morale<sup>1</sup>, ma anche da chi le riconosce un ruolo fondamentale<sup>2</sup>.

Prima di accingerci a questo compito, appaiono però necessarie due operazioni preliminari: in primo luogo articolare le ragioni della necessità di dotarsi di una metodologia; in secondo luogo, chiarire quale sia il concetto di medicina clinica che fa da sfondo alla proposta che verrà avanzata, ossia tratteggiare le caratteristiche essenziali del contesto cui tale metodologia ritiene di poter offrire un utile contributo.

---

<sup>1</sup> Cfr. R. MACKLIN, *Dignity is a useless concept*, cit.

<sup>2</sup> Cfr. W. HASSEMER, *Argomentare con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, cit.; M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 144 e 158-161.

### *L'importanza della metodologia*

L'impiego di una metodologia per la giustificazione del giudizio nel campo dell'etica clinica è richiesto, (1) in linea generale, dalla necessità di garantire che la scelta finale venga assunta dopo che sono stati davvero presi in considerazione tutti gli aspetti rilevanti in gioco (ossia che tale scelta sia stata "verificata"<sup>3</sup>); e, (2) nel caso specifico dell'approccio etico fondato sul rispetto per la dignità delle persone, dalla necessità di esplicitare i principi intermedi che soli ne possono garantire l'efficacia pratica.

Per quanto riguarda il primo punto, la giustificazione di un giudizio morale su questioni che presentano un complesso intreccio di fattori clinici, psicologici, organizzativi, legali, ecc. richiede, da un lato, che siano presi in considerazione in modo sistematico tutti questi elementi<sup>4</sup> e, dall'altro, – come vedremo meglio fra breve<sup>5</sup> – che siano stati percorsi i tre momenti in cui si articola la riflessione morale.

Inoltre, per quanto concerne la teoria etica del rispetto delle persone, che si impegna ad argomentare a partire dalla dignità umana, la definizione di una metodologia che indichi i principi intermedi che consentano di tradurre in indicazioni normative specifiche l'indicazione più generale che viene dal paradigma di riferimento (ossia la non strumentalizzabilità delle persone e la promozione del loro valore intrinseco) diventa una necessità assoluta, pena l'inefficacia pratica di tale approccio.

Quindi, sebbene non ci si possa ingenuamente attendere dalla sola metodologia la soluzione dei problemi bioetici che i comitati devono affrontare, è certo che una buona metodologia risulta indispensabile per conferire alle pratiche deliberative incisività e sistematicità: "In etica – sottolinea opportunamente D. Gracia – non tutto è metodo, né procedimento, diversamente da quello hanno sostenuto le etiche procedurali. Tuttavia,

---

<sup>3</sup> In un senso che sarà precisato meglio poco oltre (§ 4.3.), quando verrà illustrata la proposta di Diego Gracia.

<sup>4</sup> "L'importanza del metodo è tanto maggiore quanto più ambigue sono le esperienze, o maggiore le incertezze che esse generano. L'incertezza [...] è un elemento ineliminabile sia in etica che in clinica, che non possiamo ignorare o negare.

[...] La qualità della pratica clinica non sarà buona se la correttezza tecnica non è accompagnata da una adeguata presa di decisioni morali da parte del personale sanitario". D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid 1991, p. 11 e 12 (traduzione mia, così come tutte le successive tratte da questo testo).

<sup>5</sup> Cfr. §§ 4.3 e 4.4.



senza procedimento la giustificazione non è possibile”<sup>6</sup>. Nessuna metodologia, in quanto strumento, può venir assolutizzata<sup>7</sup>. Nondimeno, quella che verrà proposta al § 4.4. potrà rivelarsi un valido supporto all’esercizio della saggezza pratica richiesto ai comitati, in quanto consente l’integrazione di principi ed esperienza, alla luce della dignità umana.

Si aggiunga, inoltre, che l’utilità di una metodologia che guidi e strutturi il processo di deliberazione cui sono chiamati i comitati etici sembra confermata da una recente ricerca empirica condotta in Norvegia<sup>8</sup>, ove è attivo uno dei più articolati *network* europei di comitati etici per la pratica clinica (38 per una popolazione di 4,7 milioni di abitanti). Tale pionieristica indagine ha mostrato come l’abile utilizzo di una (semplice<sup>9</sup>) metodologia o procedura deliberativa tenda a rendere più complete, esplicite, trasparenti e sistematiche le deliberazioni assunte dal comitato<sup>10</sup>, mentre al contrario una discussione condotta senza metodo rischia più facilmente di trascurare elementi di grande importanza.

La questione della trasparenza merita di essere sottolineata: poiché i comitati etici devono essere in grado di rendere ragione di fronte all’istituzione, e più in generale di fronte al pubblico, sia delle decisioni che assumono sia del modo in cui sono giunti ad assumerle, è evidente che l’impiego di una chiara ed efficace metodologia può costituire un’importante

---

<sup>6</sup> D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., p. 137.

<sup>7</sup> Ciò infatti determinerebbe uno scivolamento verso una sorta di feticismo della metodologia, che da facilitatore della deliberazione diverrebbe il suo ostacolo principale.

Con le parole di Norbert Steinkamp, nel suo recente studio sulla deliberazione etica nelle organizzazioni sanitarie: “[...] structures and methods offer stability, accountability, reliability and comparability for deliberation. Due to the importance of an open, philosophically informed moral dialogue, however, it is important to be alert of the possibility that stabilization may change into reification, that structures become independent, and that they, if this should happen, undermine the very precondition of the open space for deliberation they depend on” (N. STEINKAMP, *Ethical deliberation in healthcare organizations. Studies on structures and methods*, Scientific Institute for Quality in Healthcare, Nijmegen 2009, p. 150. Corsivo mio).

<sup>8</sup> Cfr. R. PEDERSEN, V. AKRE, R. FØRDE, *What is happening during case deliberations in clinical ethics committees? A pilot study*, in “Journal of medical ethics”, 35 (2009), pp. 147-152.

Questo studio pilota ha coinvolto nove dei ventiquattro comitati etici per la pratica clinica attivi nel 2004 quando esso è stato condotto; è consistito nell’osservazione diretta di una seduta dedicata all’analisi di uno stesso caso (fornito dai ricercatori), in interviste di gruppo semi-strutturate condotte immediatamente dopo la deliberazione, e nell’analisi qualitativa dei dati raccolti (le trascrizioni delle deliberazioni e delle interviste).

<sup>9</sup> Per contro, invece, una metodologia o una strutturazione troppo rigida dell’analisi e della discussione si sono rivelate dannose per il dialogo e la deliberazione. Cfr. *ivi*, p. 148.

<sup>10</sup> Cfr. *ivi*, pp. 148 e 151.

aiuto in questa direzione, ossia una garanzia che ogni caso è stato trattato in maniera accurata, senza tralasciare elementi importanti e secondo procedure uguali per tutti (il che ovviamente non impedisce, ma anzi garantisce, l'attenzione alle caratteristiche uniche e peculiari di ciascuna storia).

Pertanto, anche se in letteratura non sono mancate considerazioni critiche (soprattutto in chiave ermeneutica) rispetto all'utilizzo di una metodologia per strutturare l'analisi etica e rispetto all'illusione che essa possa risolvere i problemi<sup>11</sup>, i vantaggi che una buona metodologia garantisce sembrano prevalere sui potenziali rischi che la sua adozione porta inevitabilmente con sé.

Sulla base delle considerazioni ora sviluppate non dovrebbe stupire l'ampio dibattito sul metodo da adottare in bioetica clinica che si è sviluppato subito dopo la nascita di questa nuova "disciplina". Come esito di tale riflessione sono state avanzate nel corso degli anni diverse metodologie ciascuna delle quali meriterebbe un'ampia considerazione. Tuttavia, poiché questa ricerca non si occupa specificamente di metodologie per la deliberazione etica, ma di tracciare una teoria dei comitati etici e di individuare una metodologia per la giustificazione del giudizio etico coerente con tale teoria, verranno qui prese direttamente in considerazione solo le due metodologie che risultano più significative ai fini della

---

<sup>11</sup> Si veda, ad esempio, G. SCOFIELD, *Forms over substance. Response to Viafora*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 2 (1999), pp. 299-303.

Questi sostiene che nella nostra epoca di "nichilismo normale" (*ivi*, p. 300), l'ermeneutica filosofica ha mostrato come nessun principio, o metodo, o metodologia possa o debba "pensare al posto nostro" (*ivi*, p. 301), specialmente di fronte alle situazioni limite o inedite con cui siamo confrontati e di fronte alle quali i nostri strumenti ordinari risultano spuntati. L'ermeneutica filosofica ci mostra come nelle situazioni cruciali della vita non c'è alcuna "borsa degli arnesi" da cui poter trarre facilmente la soluzione; non c'è alcuna teoria e metodologia che possa pensare al posto nostro; noi dobbiamo riflettere e giudicare da noi stessi e per noi stessi.

Tuttavia quando Scofield si impegna a individuare le condizioni o i valori che ci consentono di dialogare o conversare in modi che aumentano la nostra comprensione degli altri e di noi stessi (egli non crede infatti, al contrario di Engelhardt, che viviamo in uno "strano mondo di stranieri"), propone – significativamente – la seguente lista: "(1) *promuovere il rispetto per la dignità umana dell'individuo*; (2) *incoraggiare l'auto-analisi (self-scrutiny)*, personale e professionale; (3) *incoraggiare prese di decisione condivise*; (4) *scoraggiare i tentativi di sopraffare la volontà altrui (attraverso la coercizione, la manipolazione e la persuasione sleale)*; (5) *educare e coinvolgere coloro che saranno probabilmente toccati dalle nostre deliberazioni*" (*ivi*, p. 302. Corsivo e traduzione miei).

proposta che si intende avanzare<sup>12</sup>: una (il principlialismo “debole” di Beauchamp e Childress) in quanto bersaglio polemico (anche se, come si vedrà, essa non viene respinta in toto, ma valorizzata in alcuni suoi elementi entro un diverso quadro concettuale); l’altra (il principlialismo “forte” di Diego Gracia) in quanto costituisce il modello cui più direttamente ci siamo ispirati (pur con alcune significative modifiche, adottate sulla scorta della riflessione sviluppata in Italia negli ultimi dieci anni da Viafora<sup>13</sup>).

### *La comprensione della medicina clinica come pratica normativa*

Va inoltre precisato, sempre in via preliminare, che la metodologia per l’analisi etica della pratica clinica che sarà proposta alla luce della nozione di dignità umana, e coerentemente con la concezione della persona illustrata nel *Capitolo III*, presuppone un’idea della medicina clinica che programmaticamente guardi al paziente nella sua globalità, come sostenuto in Italia, ad esempio, da Cosmacini e Rugarli<sup>14</sup> e, autorevolmente, a livello internazionale da Pellegrino e Thomasma<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Anche se gli spunti più interessanti offerti dalle altre principali proposte metodologiche vengono tenuti in considerazione.

Per una introduzione a tali metodologie punto di riferimento rimane ancora: G.C. GRABER, D.C. THOMASMA, *Theory and Practice in Medical Ethics*, Continuum Publishing Company, New York 1989.

Per una ricognizione critica delle diverse metodologie impiegate in bioetica clinica si vedano: per l’ambito nordamericano il numero monografico di “*Theoretical Medicine and Bioethics*” 12/4 (1991) dedicato a “*Decision making methodology in bioethics*”; per l’ambito europeo D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit. (in particolare i capp. 1-6). Questo dibattito internazionale è stato ripreso criticamente in Italia da R. MORDACCI, *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone. Linee per un’analisi critica*, Prima parte in “*Teologia*”, 20/1 (1995), pp. 75-103; seconda parte in “*Teologia*”, 20/2 (1995), pp. 189-207; e da C. VIAFORA, *L’argomentazione bioetica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici*, cit., pp. 135-200.

Un’interessante applicazione di diverse metodologie all’analisi di uno stesso caso è presentata da R. ASHCROFT, A. LUCASSEN, M. PARKER, M. VERKERK, G. WIDDERSHOVEN, *Case Analysis in Clinical Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2005. Molto utili anche N. STEINKAMP, *European debates on ethical case deliberation*, in “*Medicine, Healthcare and Philosophy*”, 6 (2003), pp. 225-226, e N. STEINKAMP, B. GORDJIN, *Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods*, in “*Medicine, Healthcare and Philosophy*”, 6 (2003), pp. 235-246.

<sup>13</sup> In particolare a partire da C. VIAFORA, *Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 2 (1999) n. 3, pp. 283-297.

<sup>14</sup> Cfr. G. COSMACINI, C. RUGARLI, *Introduzione alla medicina*, 2<sup>a</sup> ed., Laterza, Roma Bari 2007.

<sup>15</sup> E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *For the Patient’s Good*, Oxford University Press, New York 1988; tr. it. di A. Cipolla, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell’etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1992.

Inoltre, e di conseguenza, l'approccio metodologico che sarà delineato si fonda sulla comprensione della *medicina come pratica normativa*, così come delineata, fra gli altri, da Henk ten Have<sup>16</sup> e – sulla scorta di MacIntyre – da Mordacci<sup>17</sup>. Tale precisazione appare particolarmente necessaria in questo contesto perché la nascita della bioetica, con il suo fiorire di proposte metodologiche che mirano ad *applicare* alla medicina principi che provengono dal più ampio mondo della società in generale<sup>18</sup>, ha contribuito a diffondere un'immagine dell'attività medica come di un'impresa moralmente neutra, priva cioè di una sua moralità interna, e pertanto bisognosa di vedersi regolata dall'esterno<sup>19</sup>. Quest'idea presuppone a sua volta una concezione della medicina come attività eminentemente tecnico-scientifica (avalutativa, *value-free*), la quale risulta però del tutto fuorviante ai fini di una sua autentica comprensione. In realtà, il fatto stesso che la medicina sollevi questioni etiche (oltre che problemi legali, politici, sociali ed economici) dovrebbe far intuire che l'etica non le è estranea, ma al contrario costitutiva<sup>20</sup>. Ciò risulta del tutto ovvio non appena si pone mente al fatto che, essendo prima di tutto un *incontro tra due persone*, la medicina clinica rappresenta una forma particolare di una più generale e costitutiva forma di relazione che caratterizza la vita umana: il prendersi cura (*care*) di qualcun altro. Detto altrimenti, poiché la medicina non si occupa di oggetti ma di soggetti (di persone), la dimensione etica le è coesistente.

---

<sup>16</sup> Cfr. H. TEN HAVE, *Approcci europei all'etica medica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici*, cit., pp. 91-118 e ID., "A Helping and Caring Profession": *Medicine as a Normative Practice*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, cit., pp. 75-97.

<sup>17</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, cit., pp. 101-113.

<sup>18</sup> Questa è, secondo H. ten Have, la caratteristica peculiare dell'approccio dominante in etica biomedica (il *principlismo* di Beauchamp e Childress). Cfr. H. TEN HAVE, "A Helping and Caring Profession": *Medicine as a Normative Practice*, cit., pp. 75-79.

<sup>19</sup> Diego Gracia ha sostenuto provocatoriamente – ma non senza ragioni – che ciò è potuto avvenire perché in realtà un'etica propriamente *medica* non è mai esistita! Infatti, l'etica medica classica non era altro che l'applicazione alla medicina dei principi e delle norme della morale confessionale: essa era sviluppata dai moralisti e *applicata* dai medici (a rigore, pertanto, non si dovrebbe chiamarla "etica medica", ma "etica della medicina"). Parallelamente, la deontologia medica non è mai stata davvero un'etica, ma solo ascetica ed etichetta.

Cfr. D. GRACIA, *Bioetica clinica*, in S. SPINSANTI (a cura di), *Bioetica e antropologia medica*, Nuova Italia Scientifica, Roma 1991, pp. 43-69 (in particolare 43-44 e 68-69).

<sup>20</sup> Cfr. R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, cit., p. 101.

Pertanto, ad onta del modo in cui essa è spesso percepita in epoca contemporanea, l'essenza della medicina non è per nulla còlta se essa viene descritta come un'attività meramente scientifica (poiché le conoscenze tecnico-scientifiche, per quanto sofisticate ed approfondite possano essere, sono solo un mezzo in vista del fine di prendersi cura in maniera competente di una persona malata). Invece, la descrizione della medicina come *pratica* sembra catturarne meglio la cifra autentica e consente di far emergere l'intrinseca moralità che non può non caratterizzarla in quanto incontro tra due esseri umani.

Se dunque si è alla ricerca di una definizione della medicina in grado di comprendere sotto di sé e di rendere ragione di tutte le situazioni che la clinica presenta (sia quelle in cui un medico entra in relazione con una persona che può essere curata e guarita, sia quelle – in crescita esponenziale nel mondo occidentale – in cui egli entra in relazione con persone che non si possono guarire, ma di cui ci si può “solo” prendere cura) allora sembra necessario definirla con Mordacci<sup>21</sup> come una pratica la cui caratteristica essenziale e ineliminabile (pena la sua stessa scomparsa) è data dal suo essere una forma competente del prendersi cura dell'altro bisognoso e sofferente, la quale mira idealmente alla guarigione, ma che permane nella pienezza del suo senso anche quando tale ideale non può essere raggiunto e anche quando, messe a tacere le macchine, l'unica cosa che si può fare per l'altro è controllare il dolore e rimanergli a fianco.

È alla medicina così intesa che si proverà ad offrire una metodologia per l'analisi delle questioni etiche che sorgono nella clinica.

---

<sup>21</sup> Cfr. *ivi*, p. 110 (Corsivi miei):

“[...] we can define *medicine* as a practice of trying to heal or rather the practice of competent care for the ill, because, whatever health and illness may mean, they will nonetheless identify a practical goal for all those involved in the situation of meeting human suffering and having at least the presumption to be able to heal. In this sense, it can be said that *medicine* is a form of caring that aims at curing and that healing is its ultimate normative ideal but not a necessary result”.

#### 4.2. Lo schema etico-argomentativo dominante in bioetica clinica: il *principialismo* di Beauchamp e Childress. Ricostruzione e critica

Qualsiasi nuova proposta di una metodologia per la giustificazione del giudizio bioetico non può non confrontarsi con quello che da trent'anni è il principale schema di riferimento per il giudizio morale e per il processo decisionale in etica medica: *l'approccio dei quattro principi* di Tom L. Beauchamp e James F. Childress, ormai universalmente conosciuto come *principialismo*.

Tale approccio venne presentato per la prima volta nel 1979, anno in cui vide la luce il fortunatissimo *Principles of Biomedical Ethics*<sup>22</sup>, ed è stato poi ampiamente articolato ed integrato nelle cinque edizioni successive di tale opera (l'ultima, la sesta, è del 2008<sup>23</sup>), senza che però ne venisse meno la struttura di fondo<sup>24</sup>. Grazie alla sua duttilità, alla capacità di integrare diverse considerazioni rilevanti nell'analisi dei problemi bioetici e di guidare nell'analisi di casi concreti, esso è diventato un punto di riferimento (soprattutto negli Stati Uniti, ma non solo) per bioeticisti operanti in strutture sanitarie, professionisti della salute, nonché studenti di medicina, scienze infermieristiche, bioetica, ecc.

Oltre al fatto (estrinseco) della sua primazia e della sua ampia diffusione, vi sono motivi più sostanziali che rendono la proposta di Beauchamp e Childress particolarmente rilevante per questa ricerca. Innanzitutto essa si propone come uno strumento per superare la sterile contrapposizione fra teorie etiche rivali e inconciliabili (e per questo

---

<sup>22</sup> T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 1979; 2ª ed., *ivi* 1983; 3ª ed., *ivi* 1989; 4ª ed., *ivi* 1994; 5ª ed., *ivi* 2001; 6ª ed., *ivi* 2008. (tr. it. condotta sulla 4ª edizione a cura di S. Buonazia, *Principi di etica biomedica*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze 1999).

<sup>23</sup> Probabilmente l'edizione in cui la struttura della teoria è presentata in maniera più chiara rimane la quarta (1994, ove gli autori esplicitano la loro metaetica), proprio quella su cui è stata condotta la traduzione italiana (e pertanto è ad essa che si continuerà a far riferimento, con alcune correzioni ove essa si rivela errata o imprecisa). Nella quinta (2001) vi è una maggiore enfasi sull'importanza delle virtù nella vita etica (l'intero cap. 2 è dedicato al *Moral Character*). Infine, nella più recente edizione viene ampliata l'attenzione alla *common morality* come punto di partenza della loro teoria (capp. 1 e 10), si riserva un certo spazio al tema della cura (nel cap. 2, dedicato alle virtù), vengono proposte discussioni su argomenti oggetto del più recente dibattito (come la globalizzazione e la giustizia nelle relazioni internazionali) e viene aggiunto un nuovo capitolo sullo status morale (cap. 3).

<sup>24</sup> Per un'analisi approfondita della metaetica sottesa al *principialismo*, che più che una teoria etica vera e propria si propone come uno schema per l'analisi dei problemi di etica biomedica, si veda R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 59-69.

punta tutto su alcuni principi etici di medio livello che costituiscono un nucleo assiologico potenzialmente condivisibile da tutti, indipendentemente dalle appartenenze culturali o dai riferimenti filosofici); in tal modo l'approccio dei quattro principi all'etica medica condivide uno dei due obiettivi di questo lavoro, ossia individuare una base minima condivisa che possa costituire il solido punto di riferimento per l'attività di comitati che operano nella Babele del pluralismo contemporaneo. In secondo luogo, la proposta dei due filosofi americani delinea un dettagliato schema per la soluzione dei concreti conflitti bioetico-clinici e perciò, in quanto fortemente orientata alla pratica, risulta immediatamente interessante per organismi che sono stati istituiti proprio per supportare non una riflessione fine a se stessa, ma piuttosto tesa a fornire pareri giustificati su questioni etiche pressanti poste dalla pratica clinica. Essa perciò può essere considerata come un esempio emblematico di "etica applicata" (certo con l'accortezza di non considerare il principialismo una forma di deduttivismo<sup>25</sup>).

L'origine dell'approccio dei quattro principi è dato dall'esperienza rivelatrice vissuta da uno dei due autori, Tom Beauchamp, che negli anni immediatamente precedenti all'uscita della loro opera aveva partecipato ai lavori della *U.S. National Commission* incaricata di individuare i principi fondamentali che dovevano presiedere alla ricerca sperimentale che coinvolgesse soggetti umani, così da evitare che si ripetessero gli abusi e gli scandali che avevano scioccato l'opinione pubblica nel decennio precedente. Ebbene, Beauchamp notò che, mentre quando i componenti della commissione discutevano di quale teoria etica avrebbe dovuto costituire il fondamento di giustificazione delle loro indicazioni normative le rispettive posizioni risultavano inconciliabili e si giungeva così ad una situazione di stallo, quando invece concentravano la loro attenzione sui casi particolari, essi trovavano un accordo pratico su alcuni principi generali in grado di guidarli verso l'assunzione di una decisione comune condivisa<sup>26</sup> (nel caso del *Belmont Report* tali principi erano: *rispetto*

---

<sup>25</sup> È proprio per il timore che la loro proposta possa venir interpretata come una forma di deduttivismo (che essi criticano), e non come una forma di coerentismo (teoria che essi invece sostengono) che i due pensatori statunitensi preferiscono parlare di "etica pratica" e non di "etica applicata". Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 118.

<sup>26</sup> Non senza ironia, i nostri autori notano perciò che "per la sorpresa di molti filosofi degli ultimi vent'anni, spesso gran parte delle decisioni pratiche morali sono state prese *facendo a meno di teorie morali generali*. Di

per le persone, beneficenza, giustizia). Di qui l'idea di sviluppare un approccio complessivo all'intera etica biomedica (e non solo all'etica della ricerca) che assumesse – pragmaticamente – come punto di partenza proprio alcuni principi di medio livello sui quali si verificava una convergenza generale<sup>27</sup>, rinunciando ad una loro fondazione ultima (impossibile di fatto, anche se non necessariamente di diritto) sulla base di una delle teorie etiche che si fronteggiano nel panorama filosofico<sup>28</sup>.

La struttura della proposta teorica di Beauchamp e Childress è presto detta: 1) muove dall'unione de "l'etica basata su principi e l'etica basata sulla moralità comune con il modello coerentista della giustificazione"<sup>29</sup>; 2) individua in quattro principi etici *prima facie* il nucleo assiologico dell'etica bio-medica; 3) adotta i metodi della *specificazione* e del

---

solito le regole e i principi condivisi da queste teorie sono per i giudizi pratici dei punti di partenza più adeguati delle teorie stesse". *Ivi*, pp. 28-29.

<sup>27</sup> Va notato, tuttavia, che la dinamica all'opera nel lavoro della *U.S. National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research* è stata interpretata in maniera molto diversa rispetto alla lettura che ne dà Beauchamp. In particolare, Jonsen e Toulmin trassero da quella stessa esperienza la convinzione che i membri della commissione avessero trovato l'accordo non tanto sui principi, quanto sull'interpretazione dei singoli casi e delle questioni che in esse erano in gioco. Di qui l'idea di rinnovare l'antica tradizione della casistica (che rientra in quelli che Beauchamp e Childress chiamano "Bottom-Up Models" della giustificazione morale).

Cfr. S. TOULMIN, *How medicine saved the life of ethics*, in "Perspectives in Biology and Medicine", 25/4 (1982), pp. 736-750 (in particolare 741-742 e ); A.R. JONSEN, S. TOULMIN, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, University of California Press, Berkeley, CA 1988, pp. 16-19.

<sup>28</sup> Che i principi costituiscano un punto di partenza sufficiente (e invero l'unico possibile) dell'etica biomedica (e forse anche dell'etica *tout court*), in quanto accolti dalla maggior parte delle teorie etiche (che pure li giustificano in modo diverso) è ribadito più volte nel corso della trattazione. Ad esempio:

- "Sebbene in molte teorie normative questi principi non siano i più generali, essi sono nondimeno accettati nella maggior parte dei vari tipi di etica". Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 108.
- "Le teorie sono rivali in materia di giustificazione, di razionalità e di metodo, ma esse spesso convergono sui principi del livello medio". *Ivi*, p. 110.
- "Forse tutto ciò che dovremmo cercare di ottenere sono principi di media generalità, raffinata analisi delle virtù morali e coerenti dichiarazioni di diritti umani transnazionali [...] Ogni volta che abbiamo a disposizione teorie o strutture di opinioni tra loro contrastanti, scoviamo la migliore e aderiamo ad essa, respingendo le altre. Tuttavia, l'adesione a un tipo di teoria non sempre è la strategia migliore nell'etica generale e nell'etica biomedica. [...] Molte teorie diverse tra loro conducono a criteri di azione simili e ad analoghe valutazioni del ruolo del carattere in etica. È possibile in base a diversi punti di vista difendere all'incirca gli stessi principi, obblighi, diritti, responsabilità e virtù". *Ivi*, p. 117.
- "Questa convergenza è un incoraggiamento all'etica pratica, anche se di per sé non risolve né le differenze teoriche né i problemi pratici. Anche quando profonde differenze teoriche dividono un gruppo di persone, la convergenza e il consenso nella valutazione dei casi e nella proposta di orientamenti sono fatti comuni. [...] Esistono quindi ragioni per sostenere che, diversamente da quanto talvolta proclamato, le distinzioni tra tipi di teoria non sono così significativi per l'etica pratica". *Ivi*, p. 118.

<sup>29</sup> *Ivi*, p. 108.



*bilanciamento* rispettivamente per determinare in maniera più dettagliata il contenuto normativo dei principi e per stabilire quale di essi debba prevalere in caso di conflitto; 4) sottolinea la necessità di arrivare al giudizio dopo aver preso accuratamente in considerazione tutti i fattori rilevanti del caso in questione (come, ad esempio, le pratiche degli istituti sanitari, le risorse disponibili, la rete di relazioni in cui è inserita la persona di cui si tratta, le sue convinzioni filosofiche o religiose, i suoi progetti e aspirazioni, ecc.).

Vediamo nel dettaglio questi quattro passaggi.

Innanzitutto la scelta di adottare un metodo coerentista di giustificazione in etica viene compiuta dai due filosofi americani a fronte dell'insoddisfazione rispetto ai modelli alternativi, ossia quelli che essi chiamano "deduttivismo" e "induttivismo". Con il primo termine essi designano il metodo adottato da quelle posizioni secondo cui un giudizio morale è giustificato solo se può essere ricavato (*more geometrico*) da una struttura teorica preesistente. Con il secondo termine viene indicato invece il procedimento utilizzato da quelle proposte che sostengono che il punto di partenza adeguato della riflessione morale non sono le teorie generali, e nemmeno i principi di medio livello, ma i giudizi sui casi particolari (magari paradigmatici) che le convenzioni e le pratiche sociali attestano come più sicuri e da cui si può muovere per interpretare nuovi casi, attraverso tecniche come il confronto o l'analogia.

Fra le varie osservazioni critiche che Beauchamp e Childress muovono a tali due modelli di giustificazione quelle più importanti mi sembrano le seguenti: per quanto concerne il deduttivismo, le critiche decisive sono che esso dà origine ad un regresso potenzialmente infinito, "poiché ogni livello in cui si fa appello a un precetto superiore richiede a sua volta un livello successivo che lo giustifichi"<sup>30</sup> e che in realtà funziona nella pratica solo quando un caso particolare rientra chiaramente nelle fattispecie "coperta" da un solo principio o una sola regola (il che nella vita reale – e nei casi complicati posti dalla biomedicina – avviene raramente); per quanto riguarda l'induttivismo essi obiettano che il procedimento che muove dal particolare per guadagnare poi principi più generali non è in grado di

---

<sup>30</sup> *Ivi*, p. 28.

rivolgere uno sguardo radicalmente critico su eventuali giudizi o tradizioni inadeguati, che la comunità può avere assunto erroneamente come punto di partenza<sup>31</sup>.

Di fronte alle criticità che presentano i due succitati modelli di giustificazione essi adottano la nota strategia rawlsiana dell'*equilibrio riflessivo* che consiste nel partire dai nostri "giudizi ponderati", ossia i giudizi morali che riteniamo più sicuri e imparziali, e sulla loro base formulare una teoria più generale con essi compatibile e in grado di eliminare eventuali contraddizioni tra gli stessi giudizi ponderati, oppure tra di essi e altre convinzioni morali legittime o altre teorie di sfondo (in quest'ultimo caso con l'obiettivo di arrivare al cosiddetto "*wide reflective equilibrium*"), oppure le incoerenze che sorgono nella loro applicazione.

Questo modello di giustificazione non si affida né unicamente a principi di ordine superiore da cui dedurre sillogisticamente la soluzione per il caso particolare, né unicamente ai casi paradigmatici da cui indurre norme più generali; piuttosto mira ad integrare considerazioni diverse in modo da comporre in un'unità *coerente* le nostre convinzioni morali fondamentali<sup>32</sup>. È dunque la coerenza, o equilibrio riflessivo, il cuore di questa strategia argomentativa<sup>33</sup>, anche se Beauchamp e Childress riconoscono che la coerenza da sola non è un criterio sufficiente per stabilire la validità di una certa posizione morale (ma è certamente un vincolo nella specificazione e nel bilanciamento delle norme che guidano l'azione):

"Questo problema rivela l'importanza di partire dai giudizi ponderati, che sono consolidate convinzioni morali nel vasto mare dell'etica, e di metterli in gioco specificandoli, verificandoli o correggendoli. Il coerentismo non è esaurito da una ferrea riduzione alla coerenza di un insieme qualsiasi di credenze. In etica cominciamo, come ovunque, con un insieme particolare di convinzioni – l'insieme dei giudizi ponderati (detti anche norme auto-evidenti o intuizioni plausibili) che sono

---

<sup>31</sup> Cfr. *ivi*, p. 29.

<sup>32</sup> Cfr. *ivi*, pp. 31-34.

<sup>33</sup> "Normatively, we can demand no more than that agents faithfully specify their considered judgements with an attentive eye to *overall coherence*". (T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., p. 384. Corsivo mio).

inizialmente accettabili senza un sostegno argomentativo. Non è possibile giustificare ogni giudizio morale mediante un altro giudizio morale senza generare con ciò un regresso all'infinito o un circolo vizioso di giustificazioni in cui nessun giudizio viene definitivamente giustificato. L'unica via d'uscita consiste nell'accettare che alcuni giudizi, che costituiscono il nostro punto di partenza, siano giustificati senza il ricorso ad altri giudizi"<sup>34</sup>.

Il punto di partenza da cui prendere le mosse per sviluppare una visione morale coerente e in grado di guidare con una certa sicurezza il giudizio nell'abito della biomedicina è individuato in un gruppo di principi saldamente attestati nella moralità comune (*common morality*), intesa non tanto come morale consuetudinaria, ma come "un punto di vista morale preteorico che trascende i costumi e gli atteggiamenti meramente locali"<sup>35</sup>. La moralità comune fornisce dunque il contenuto iniziale da cui muovere per la riflessione, un contenuto stabile<sup>36</sup> e condiviso dalle più disparate teorie morali<sup>37</sup>, e non bisognoso di ulteriore giustificazione (anche se certo di essere affinato attraverso la tecnica dell'equilibrio riflessivo). Tale contenuto iniziale (che per le varie teorie della moralità comune – tutte rigorosamente *pluraliste* – è costituito da due o più principi morali non assoluti) è dato per i nostri due autori da quattro ormai ampiamente noti raggruppamenti di principi:

"(1) *rispetto per l'autonomia* (norma che sancisce il rispetto per le capacità decisionali degli individui autonomi), (2) *non maleficenza* (norma che stabilisce di evitare di causare danno), (3) *beneficenza* (gruppo di norme che stabiliscono di produrre beneficio e di bilanciare i benefici rispetto ai rischi e ai costi), (4) *giustizia* (gruppo di norme che stabiliscono di distribuire equamente benefici, rischi e costi). Storicamente la non

---

<sup>34</sup> ID., *Principi di etica biomedica*, cit., p. 35.

<sup>35</sup> *Ivi*, p. 108.

<sup>36</sup> "Rarely, if ever, does the common morality change". T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., p. 389.

<sup>37</sup> E ciò non a caso, secondo i due pensatori americani, perché in realtà i sostenitori delle diverse teorie etiche accettano i principi della moralità comune *prima* di articolare le loro teorie, e quando sono alle prese con problemi pratici fanno affidamento a tali principi almeno quanto alle loro teorie. Cfr. *ivi*, p. 362.

maleficenza e la beneficenza hanno rivestito un ruolo centrale nell'etica medica, mentre il rispetto per l'autonomia e la giustizia sono stati trascurati dall'etica medica tradizionale, ma sono giunti in primo piano sull'onda dei recenti sviluppi"<sup>38</sup>.

Sulla scorta di Ross<sup>39</sup> tali principi sono considerati tutti *prima facie*, cioè non immediatamente vincolanti, ma tali (ossia effettivi, reali, *actual*) solo se in una data situazione non entrano in contrasto con altri principi; tuttavia, diversamente dal filosofo inglese, i due autori americani non individuano alcun tipo di priorità o gerarchia tra i principi<sup>40</sup>, e pertanto in caso di contrasto fra due o più di essi in una situazione particolare si tratterà di mettere in campo delle strategie per stabilire quale di essi debba prevalere.

Le due strategie principali messe a punto da Beauchamp e Childress per rendere efficaci nella pratica i quattro gruppi di principi generali sopra menzionati sono la specificazione (*specification*) e il bilanciamento (*weighing and balancing*): la prima consente di determinare in maniera più precisa il contenuto normativo dei principi generali; la seconda di risolvere il problema che si è appena menzionato, ossia determinare quale principio o regola debba prevalere in caso di contrasto tra due o più di essi.

La *specificazione* è un momento essenziale della vita etica, che senza di esso risulterebbe ineluttabilmente consegnata all'astrattezza dei principi generali: essa consiste nel precisare in maniera sempre più stringente le implicazioni concrete di un principio in un caso particolare, e per questo può essere condotta solo tenendo in considerazione i fattori rilevanti della situazione particolare che si sta analizzando. Si deve tuttavia ricordare che essa non deve essere condotta in modo arbitrario; al contrario "il metodo della specificazione deve essere indissolubilmente connesso a un più ampio modello *coerentista* che faccia appello ai giudizi ponderati e alla *coerenza* generale introdotta dalle

---

<sup>38</sup> ID., *Principi di etica biomedica*, cit., p. 48. Corsivi miei.

Ad una determinazione più dettagliata di questi quattro gruppi di principi sono dedicati i capp. 3-6 del testo, sui quali non è qui utile soffermarsi dato l'intento di comprendere la struttura complessiva della metodologia.

<sup>39</sup> Cfr. W. D. ROSS, *The Right and the Good*, Oxford University Press, Oxford 1930/2002 (tr. it. a cura di R. Mordacci, *Il giusto e il bene*, Bompiani, Milano 2004, pp. 26-28).

<sup>40</sup> Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 112.

specificazioni proposte”<sup>41</sup>. Ancora una volta, dunque, è il vincolo della coerenza complessiva del sistema l’elemento cui è affidato il compito di minimizzare il rischio che la base comune condivisa rappresentata dai principi di medio livello si polverizzi in una miriade di specificazioni normative particolari in contraddizione fra loro.

L’altro fondamentale metodo per maneggiare i principi (e le norme particolari da essi ricavate) in modo da renderli praticamente efficaci è quello del *bilanciamento* che consiste “nella deliberazione e nel giudizio intorno al peso relativo delle norme stesse”<sup>42</sup> in modo da arrivare a stabilire quale di esse debba prevalere in caso di conflitto e quale invece possa essere infranta. Anche questa operazione non deve avvenire in maniera intuitiva, parziale o arbitraria, ma in base ad una serie ben precisa di condizioni<sup>43</sup>, che nelle intenzioni degli autori dovrebbero ridurre al minimo le infrazioni arbitrarie di principi e norme *prima facie*.

Si può facilmente intuire come, nel quadro dell’approccio di Beauchamp e Childress, specificazione e bilanciamento siano esattamente i compiti cui sono chiamati i comitati etici (per la pratica clinica, ma non solo), insieme a quello fondamentale di giungere ad un giudizio finale che integri principi e norme (da rendere eventualmente ancora più specifici) con gli elementi concreti del caso o del problema in questione (ancora una volta badando a che la decisione finale non comprometta la coerenza complessiva del sistema). È chiaro che il metodo della specificazione si rivelerà utile soprattutto nel momento in cui un comitato deve stilare linee guida o raccomandazioni operative, mentre il bilanciamento è essenziale nelle deliberazioni su casi particolari.

---

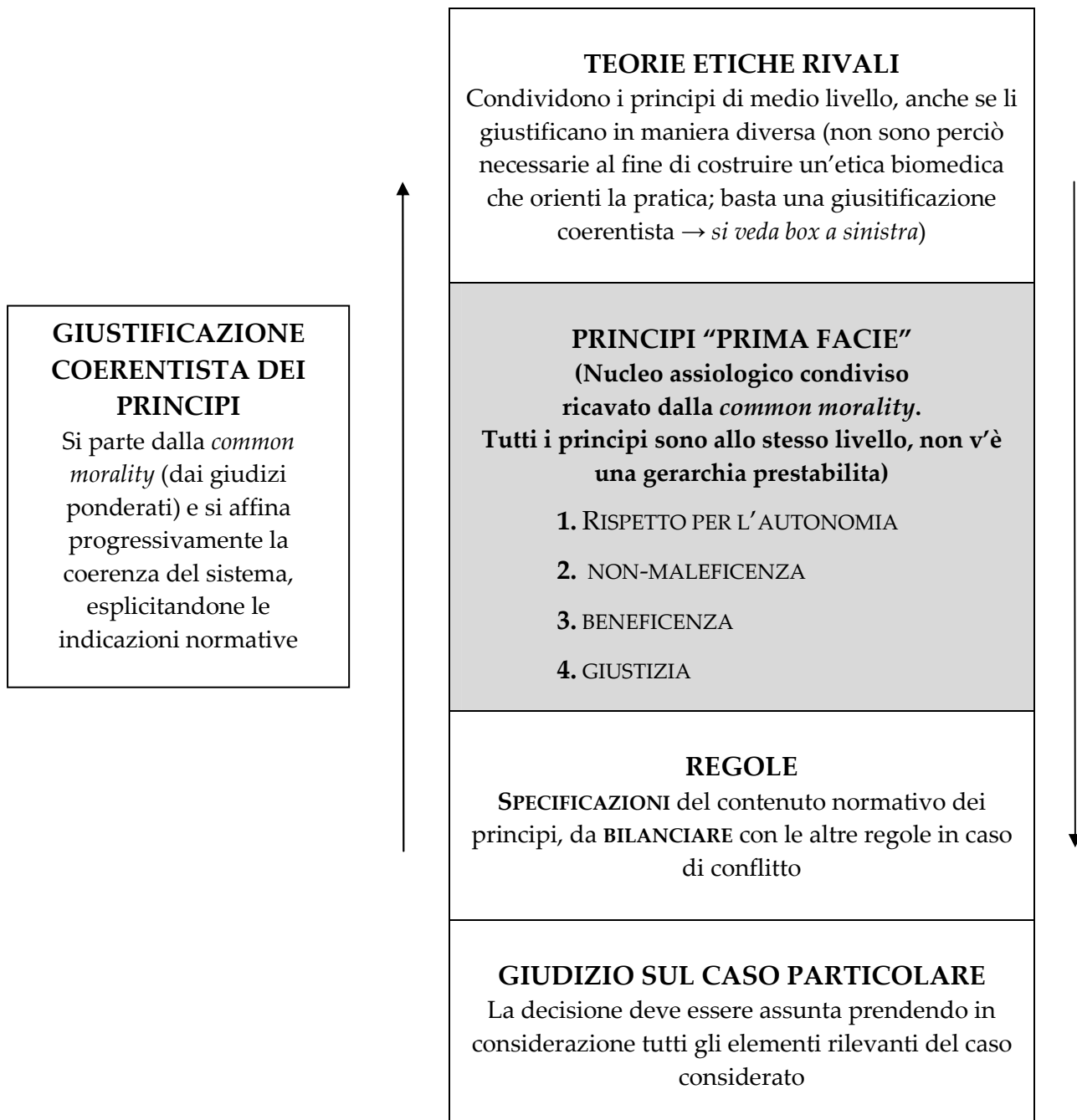
<sup>41</sup> *Ivi*, p. 41. Corsivi miei.

<sup>42</sup> *Ivi*, p. 42.

<sup>43</sup> Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 45.

Alle cinque condizioni da soddisfare per giustificare l’infrazione di una norma *prima facie* (indicate nella quarta edizione inglese e, conseguentemente, nella traduzione italiana), i due autori ne aggiungono una sesta nelle due più recenti edizioni. In particolare, nell’ultima, la sesta condizione recita così: “All affected parties have been treated impartially” (ID., *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., p. 23).

In sintesi, *l'approccio dei quattro principi* può essere rappresentato come segue (con il riquadro a sfondo grigio a indicare il livello medio in cui si collocano i principi e con le frecce a sottolineare che un approccio coerentista “non procede né dall’alto verso il basso, né dal basso verso l’alto, ma si muove in entrambe queste direzioni”<sup>44</sup>):



<sup>44</sup> T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 31.

Così articolato il *principialismo* sembra costituire una risposta pragmaticamente efficace alla situazione in cui versa la post-modernità, poiché indica le vie per arrivare a giustificare il giudizio morale su questioni di etica medica, senza (apparentemente) aderire ad una specifica teoria morale e senza fondarsi su impegnative assunzioni metafisiche o antropologiche. Sicuramente esso appare più efficace del modello che si ricava dalla proposta di Engelhardt (considerata al *Capitolo I*), la quale risulta del tutto sbilanciata sull'autonomia/autodeterminazione (dal momento che la bioetica secolare si regge interamente sul principio architettonico del permesso, cui sottomette lo stesso principio di beneficenza) e perciò non è in grado di considerare tutta una serie di altri fattori che si rivelano invece estremamente importanti nella pratica clinica.

Tuttavia, nel corso degli anni sono state mosse nei confronti di tale approccio alcune critiche di notevole interesse<sup>45</sup>, sia quanto alla sua giustificazione complessiva, sia relativamente all'effettiva capacità normativa, ossia la capacità di fornire specifiche e soprattutto non ambigue indicazioni per l'azione (il che è molto più grave perché, dato l'intento pragmatico della metodologia proposta, la sua eventuale debolezza normativa ne farebbe venir meno la stessa ragione d'essere).

Tre mi sembrano le critiche che più acutamente mettono a fuoco dei limiti effettivi dell'approccio dei quattro principi. La prima è quella che denuncia un rischio forte di *soggettivismo*<sup>46</sup>: infatti, poiché i principi sono tutti *prima facie* (così come le stesse regole che

---

<sup>45</sup> È chiaro che la continuità nel tempo delle critiche e la quantità degli autori che si sono impegnati in tale operazione di scrutinio della proposta di Beauchamp e Childress testimoniano innanzitutto della rilevanza del loro approccio, se non altro per l'ampia diffusione e la persistente popolarità.

I critici cui ho fatto riferimento sono innanzitutto quelli che gli stessi Beauchamp e Childress considerano tra i loro più fieri avversari e alle cui obiezioni dedicano una specifica attenzione nell'ultima edizione della loro opera (cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., p. 371-375); K.D. CLOUSER, B. GERT, *A Critique of Principlism*, in "The Journal of Medicine and Philosophy", 15/2 (1990), pp. 219-236; B. GERT, C.M. CULVER, K.D. CLOUSER, *Bioethics: A Systematic Approach*, Oxford University Press, New York 2006 (quest'ultimo costituisce un'edizione aggiornata di B. GERT, C.M. CULVER, K.D. CLOUSER, *Bioethics: A Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997).

Altri interessanti spunti critici che ho considerato sono quelli offerti rispettivamente da: D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 33-37; HOLM S., *Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics*, in "Journal of medical ethics", 21 (1995), pp. 332-338; CAMPBELL A., *The virtues (and vices) of the four principles*, in "Journal of medical ethics", 29 (2003), pp. 292-296; R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 86-90.

<sup>46</sup> Cfr. HOLM S., *Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics*, cit., pp. 336-337.

presiedono allo loro specificazione e al loro bilanciamento<sup>47</sup>) e poiché non viene offerta una chiara (magari anche essenziale) descrizione del soggetto morale e delle sue caratteristiche salienti<sup>48</sup>, vi è l'alta probabilità che le interpretazioni su cosa comandi in concreto il rispetto dei principi, o su come essi debbano essere bilanciati in caso di conflitto, risultino di fatto ampiamente affidate all'intuizione, se non proprio all'arbitrio, del singolo (in sostanza, i problemi teoretici che gli autori hanno voluto evitare a livello di giustificazione del loro impianto argomentativo – al fine di guadagnare il linguaggio “ecumenico” dei principi *prima facie* – spuntano irrisolti quando si tratta di determinarne le indicazioni normative ultime<sup>49</sup>).

---

Emblematico – e molto duro – il commento finale del medico e filosofo danese: “The problem with principlism [...] is thus not only the explicitly American nature of the model, with its subsequent underdevelopment of the positive obligations incorporated in beneficence and justice, but also that *we are presented with a structure of moral reasoning which cannot give any definite answer to moral problems, or perhaps more accurately can produce almost any answer we want*” (*ivi*, p. 337. Corsivo mio).

<sup>47</sup> Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 43.

<sup>48</sup> E ciò non a caso, dato che Beauchamp e Childress mettono ogni cura nell'evitare il più possibile di utilizzare le nozioni di “persona” e “dignità umana” (ritenute irrimediabilmente vaghe). Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., pp. 6 e 68-69.

A questo proposito alcuni critici hanno opportunamente rilevato come la trasformazione del principio del rispetto per le persone, che figurava nel *Belmont Report*, nel principio del rispetto di autonomia sia una mossa che “rende possibile evitare ogni riferimento esplicito, nei principi, alla nozione di persona e, quindi, a quello di dignità: il rispetto deve essere accordato ai soggetti in quanto autonomi e non in quanto persone”. R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 75.

<sup>49</sup> Questo problema diviene se possibile ancora più grave nell'ultima edizione della loro opera che – lo si è già evidenziato – presenta come novità più importante l'aggiunta di un capitolo (il terzo) sul “Moral Status”, nel quale i due bioeticisti americani si occupano del problema di individuare quali enti posseggano “status morale” (ed eventualmente in che grado) così da meritare che gli siano applicati principi o altre categorie morali.

In tale nuova sezione essi presentano e criticano – in maniera peraltro altamente discutibile, sulla quale non ci possiamo soffermare in questa sede – cinque diverse (e per buona parte inconciliabili) teorie sullo “status morale”: 1. una teoria basata su proprietà umane; 2. una teoria basata su proprietà cognitive; 3. una teoria basata sulla capacità di agire moralmente (*moral agency*); 4. una teoria basata sulla sensibilità (*sentience*); 5. una teoria basata sulle relazioni.

Dopo aver messo in luce i pregi e i limiti di ciascuna di esse, la *soluzione* proposta è quella – più volte utilizzata nel corso del loro lavoro – di prendere il meglio da ciascuna di queste teorie e di mescolare tali elementi ritenuti positivi in modo da ottenere un “multicriterial, coherent account of moral status” (cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., p. 82).

Gli elementi positivi che caratterizzano le suddette teorie vengono poi specificati in cinque *Guidelines* (*ivi*, pp. 86-89) che però sono evidentemente inconciliabili fra loro (come gli autori stessi riconoscono, insieme alla necessità che esse siano ulteriormente sviluppate, specificate e difese). In attesa di un eventuale affinamento di questa proposta sul *Moral Status* è giocoforza rilevare come l'eclettismo che caratterizza il loro sforzo complessivo raggiunge qui esiti paradossali e insostenibili, di cui in parte essi stessi sembrano essere



In secondo luogo il principialismo sembra minato da una grave fragilità interna: come osserva acutamente Mordacci, tale approccio manca “di un punto di vista radicalmente critico rispetto alla moralità comune”<sup>50</sup> da cui esplicitamente prende avvio, perché *iuxta sua principia* non sembra possedere gli strumenti concettuali per sottoporre a vaglio critico i giudizi ponderati da cui muove. Come gli stessi autori riconoscono, la sola coerenza tra i giudizi ponderati di partenza non ne garantisce la validità normativa<sup>51</sup>, che deve pertanto essere verificata a partire da un punto di partenza ulteriore (nel caso di Rawls l’artificio della “posizione originaria” e la caratterizzazione dei soggetti morali quali agenti razionali; nell’approccio da noi accolto, il riconoscimento della dignità umana quale fondamento della moralità interpersonale e, di conseguenza, quale vincolo di ogni pratica, giudizio ponderato, ecc.).

La terza critica, formulata da D. Gracia, consiste nell’osservazione secondo cui l’accordo pragmatico tra l’utilitarismo della regola (sostenuto da Beauchamp) e il deontologismo (sostenuto da Childress) – accordo che, come si è visto, i due pensatori americani pensano di poter realizzare per mezzo dell’accoglimento di quattro principi *prima facie* tutti allo stesso livello come base di partenza comune – si dimostra essere in realtà solo apparente. Infatti, proprio nel momento cruciale in cui si tratta di stabilire quale principio debba prevalere in caso di conflitto, si scopre che la gerarchizzazione (che si era voluta evitare in fase di individuazione dei principi), non può che avvenire sulla base della valutazione delle conseguenze. Questo però dimostra, a parere di Gracia, che l’accordo tra consequenzialismo e deontologismo è potuto avvenire solo perché, nel punto decisivo, il

---

consapevoli (“Collectively these theories can be used to provide us with a general, although *untidy*, framework for handling problems of moral status”. Cfr. *ivi*, p. 67. Corsivo mio).

In realtà, a ben vedere, essi sostengono una ben precisa posizione, che però non appare adeguatamente argomentata (e anzi basata sulla confusione tra status morale e capacità di esercitare tutti i diritti collegati a tale status): “We will assume that there is a continuum of moral status, running from a limited range of moral protection (usually marking out basic rights) to the full complement of moral protection. For example, infants, the mentally handicapped, and many persons who are legally incompetent have some level of moral status, but they do not have the same level of moral status as autonomous persons. Those who lack substantial autonomy simply do not have the same decision-making rights of those who are substantially autonomous” (*ivi*, p. 86).

<sup>50</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 89.

<sup>51</sup> Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 34-36.

primo prevale sul secondo<sup>52</sup>. E suggerisce che, anche solo per gerarchizzare (o bilanciare) i principi, vi è bisogno di un riferimento ulteriore.

In conclusione, alla notevole e fortunata proposta teorica di Beauchamp e Childress devono essere riconosciuti per lo meno tre meriti: 1) affronta esplicitamente una delle questioni centrali della bioetica contemporanea, con la quale gli stessi comitati etici devono necessariamente fare i conti, ossia la necessità di superare lo stallo dovuto all'inconciliabilità delle teorie morali che si confrontano nel panorama filosofico post-moderno (la soluzione, come si è visto, è data dall'individuazione di alcuni principi di medio livello accettabili da tutti e in grado di costituire quel *framework* condiviso da cui muovere per la soluzione dei casi concreti); 2) integra nel modello diverse istanze morali tutte costitutive dell'odierna pratica clinica, evitando – o per lo meno riducendo – il rischio di molta parte della bioetica nordamericana di ridurre tutte le questioni a un problema di autodeterminazione; 3) riconosce un peso decisivo alla considerazione delle circostanze particolari del caso da analizzare alla luce dei principi, evitando con ciò di ridursi ad un mero modello di etica applicata, nel senso di etica deduttivistica, e presentandosi invece come un approccio funzionale all'etica pratica.

Tuttavia, sebbene sia condivisibile l'obiettivo di tale proposta di individuare una metodologia in grado di orientare e rendere possibile la riflessione sulle questioni di etica medica in un contesto fortemente pluralistico, le critiche summenzionate sollevano dubbi decisivi sulla effettiva capacità dell'*approccio dei quattro principi* di rendere possibile ciò che promette (e nel modo in cui lo promette), e pertanto provoca la riflessione a indagare se non vi siano un altro quadro teorico e un'altra metodologia capaci di far propri gli obiettivi e i punti di forza del *principlismo* e di evitarne al contempo i rischi.

---

<sup>52</sup> Cfr. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 35-36.

Ciò sembrerebbe confermato dalla buona accoglienza del modello principlistico da parte di autori di tradizione consequenzialistica. Cfr., ad esempio, HÄYRY M., *Ethics committees, principles and consequences*, in "Journal of medical ethics", 24 (1995), pp. 81-85 (in tale articolo lo studioso finlandese sviluppa, difende e applica "a consequentialist interpretation of mid-level principlism").

### 4.3. Il “principalismo forte” di Diego Gracia

Fra le numerose proposte metodologiche alternative al principalismo che si sono succedute a partire dalla pubblicazione dei *Principles of Biomedical Ethics*, vorrei ora concentrare l'attenzione su quella di uno dei bioeticisti più autorevoli del panorama europeo degli ultimi trent'anni: il pensatore spagnolo Diego Gracia, discepolo del filosofo Xavier Zubiri e dello storico della medicina Pedro Lain Entralgo<sup>53</sup>. Come si è visto al paragrafo precedente, Gracia è uno fra i critici più acuti di Beauchamp e Childress, del cui progetto denuncia in particolare l'illusorietà di poter risolvere le questioni bioetiche in maniera non arbitraria o soggettivistica senza poter contare su una base minima di partenza più solida rispetto ai quattro principi *prima facie* (da bilanciare poi senza poter fare riferimento a nulla di ulteriore).

La sua proposta teoretica e metodologica fa tesoro dell'analisi del funzionamento della razionalità umana condotta dal suo maestro Zubiri. Ecco come Gracia riassume il modo in cui la ragione procede sia in ambito scientifico che in ambito morale<sup>54</sup>: 1) essa parte sempre

---

<sup>53</sup> Un'interessante sintetica autobiografia intellettuale di Gracia è apparsa recentemente sulla prestigiosa rivista “Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics”, unitamente ad una ricostruzione della nascita della bioetica in Spagna, delle difficoltà che essa ha dovuto affrontare e delle sfide che ha di fronte (cfr. D. GRACIA, *Spanish Bioethics Comes Into Maturity: Personal Reflections*, in “Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics”, 18/3 (2009), pp. 219-227).

Da questo illuminante articolo emergono la straordinaria ricchezza di competenze di Gracia (lauree in filosofia e medicina, dottorato in storia della medicina, specializzazione postdottorato in antropologia medica ad Heidelberg), la sua scoperta della bioetica agli inizi degli anni '80 e la conseguente esperienza negli States (ove ha visitato tutti i più importanti centri di bioetica), l'ideazione e la conduzione di innumerevoli iniziative di formazione bioetica in Spagna, in Europa e in Sudamerica, la sua notevole produzione accademica e le linee della sua attuale ricerca che sta prendendo forma in tre diversi volumi, che costituiranno il suo contributo più maturo alla bioetica spagnola ed europea (i titoli provvisori di questi tre libri sono rispettivamente: “*Etica della responsabilità*”, ove tenterà il superamento dell'annosa e infruttuosa contrapposizione tra etiche deontologiche ed etiche consequenzialistiche; “*Responsabilità morale*” sulla deliberazione come metodo della bioetica; e infine “*Fatti, valori, doveri: Manuale di bioetica per clinici*” dedicato agli studenti degli ultimi anni di medicina per guidarli nell'analisi e nella soluzione delle questioni etiche sollevate dalla pratica clinica).

L'attenzione di Gracia per il ruolo delle metodologie in bioetica clinica è una costante della sua riflessione degli ultimi vent'anni, come dimostrano sia le sue opere più sistematiche (ad esempio, ID, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit.), sia numerosi articoli apparsi in riviste internazionali (ad esempio, ID., *Ethical deliberation: the role of methodologies in clinical ethics*, in “Medicine, Health Care and Philosophy”, 4 (2001), pp. 223-232; ID., *Ethical case deliberation and decision making*, in “Medicine, Health Care and Philosophy”, 6 (2003), pp. 227-233).

<sup>54</sup> Cfr. ID, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 119-120.

da alcuni dati che la precedono e che vengono colti attraverso quella che egli chiama – in linea con la tradizione fenomenologica – “apprensione noetica primordiale” (mentre i “dati” da cui parte vengono definiti “sistema di riferimento”); 2) una volta appresi questi dati (rispetto ai quali la ragione umana è passiva), comincia immediatamente la fase attiva o “costruttiva” della ragione, che consiste nell’organizzare o inquadrare questi dati in quelli che egli chiama “abbozzi” (*esbozos*), ossia in ipotesi o teorie per quanto riguarda l’ambito scientifico, e in principi o massime per quanto riguarda la sfera morale; 3) infine, la mente umana passa alla fase della “verifica” di tali abbozzi: quest’ultima si concretizza nell’esperimento per quanto concerne la scienza sperimentale (ed è infatti tramite l’esperimento che un’ipotesi viene verificata e accolta – per lo meno fino a prova contraria – o respinta in quanto falsificata); mentre, in ambito etico, tale verifica consiste nel confronto con l’esperienza concreta del caso particolare per valutare se l’abbozzo morale proposto (principio o massima) è coerente o meno con il sistema di riferimento.

Ma quale sarebbe il sistema di riferimento per quanto riguarda la morale e rispetto a cui i principi e le massime (così come i diritti umani o i doveri) sono solo degli abbozzi? Qual è il punto di partenza da cui la ragione morale muove, che la precede e la rende possibile? La risposta di Gracia è perentoria: il riconoscimento degli esseri umani come persone e la loro radicale differenza (immediatamente nota) rispetto alle cose<sup>55</sup>, riconoscimento che comporta direttamente un incondizionato rispetto. Questo, che costituisce il sistema di riferimento della morale, è presentato come “un fatto indubitabile, ed è tale fatto che consente agli stessi Beauchamp e Childress di sostenere che i quattro principi sono accoglibili da tutti gli uomini, anche in una società pluralista come la nostra”<sup>56</sup>. I quattro principi, infatti, ci appaiono tutti rilevanti e *prima facie* vincolanti perché sono un’espressione particolare di quel rispetto che sentiamo di dovere immediatamente alle persone. È questo il fatto primordiale che, secondo il pensatore spagnolo, rende possibile la moralità.

---

<sup>55</sup> Cfr. *ivi*, pp. 120-121.

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 127.

Non seguiremo qui il modo in cui Gracia – rifacendosi all’approccio fenomenologico di Zuburi – giustifica questa tesi, sottolineando che essa non costituisce una forma di banale realismo (e che, di conseguenza, assumerla come punto di partenza dell’etica non implica alcuna forma di fallacia naturalistica)<sup>57</sup>. Pur accogliendo infatti la struttura complessiva della giustificazione del giudizio bioetico proposta dal pensatore spagnolo (che ora andremo ad articolare), a livello di giustificazione del sistema di riferimento (ossia della dignità umana) ci atterremo alla difesa dell’etica del rispetto per le persone così come proposta dalla scuola del San Raffaele di Milano (in particolare nella versione coerentista di Reichlin).

Preme invece mostrare come, partendo dal riconoscimento della dignità umana (indipendentemente dal modo in cui si giustifica tale punto di partenza), sia possibile ovviare ai problemi del principlismo sopra evidenziati.

Si è detto che una volta riconosciuta la dignità della persona come fondamento stesso dell’etica, il problema diventa quello di costruire delle mediazioni storiche (“abbozzi”) che ne consentano l’efficacia pratica o, detto altrimenti, che ne dispieghino la normatività. Tali abbozzi possono assumere diverse forme: doveri (come in Kant), diritti umani (come nella recente tradizione delle Dichiarazioni universali dell’ONU) o principi (come nella bioetica degli ultimi trent’anni). Queste diverse mediazioni possono andare più o meno bene a seconda del contesto<sup>58</sup>, ma dev’essere chiaro che, in quanto prodotti della ragione umana (ossia sue creazioni o costruzioni), esse non sono assolute e imm modificabili, come tutto ciò che è storico. Pertanto non v’è da stupirsi che doveri, diritti e principi possono variare nel tempo, essere affinati, precisati e corretti; in qualche caso perfino abbandonati (qualora si rilevi che essi non concretizzano in maniera adeguata le esigenze poste dal sistema di riferimento). Ciò che invece non cambia e non può cambiare (ossia ciò che ha carattere sovra-storico) è proprio il sistema di riferimento di cui quegli abbozzi rappresentano

---

<sup>57</sup> Per questo punto si veda *ivi*, p. 120.

<sup>58</sup> E la scelta fra di essi (ossia la scelta se assumere come mediazioni i diritti umani o i principi o altro) deve essere fatta in base a criteri estrinseci rispetto al sistema di riferimento (come, ad esempio, semplicità, utilità rispetto al contesto, ecc.); e, in ogni caso, è difficile che tali criteri risultino assolutamente decisivi. Cfr. *ivi*, p. 128.

tentativi transeunti di declinazione storica, vale a dire il riconoscimento dell'uomo come persona<sup>59</sup>.

Per quanto riguarda dunque l'etica clinica, una volta assicurato il fondamento, il riferimento ai principi ormai classici della bioetica clinica, intesi come mediazioni utili (anche se non le uniche possibili) per concretizzare il rispetto per la dignità umana, può essere mantenuto. Anzi, mantenere il riferimento a tali principi (rispetto per l'autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia) appare fortemente consigliabile per lo meno in base a due ordini di considerazioni<sup>60</sup>, uno più pratico o strategico, l'altro più sostanziale. Dal punto di vista pratico, appare opportuno riprendere e valorizzare il linguaggio dei principi dal momento che esso è ormai ampiamente diffuso e costituisce una sorta di *koinè* conosciuta a livello mondiale. Dal punto di vista sostanziale, poi, si deve rilevare come essi effettivamente riescano a catturare le istanze etiche più rilevanti nell'ambito della clinica<sup>61</sup> (e questo ne spiega l'ampia accoglienza): infatti, nei principi di beneficenza e di non maleficenza sono riassunte le istanze etiche cui fin dalle origini hanno fatto riferimento la medicina e le istituzioni sanitarie; nel principio di autonomia si esprimono le istanze del paziente (competente); nel principio di giustizia (distributiva) trovano infine rappresentazione le istanze della società (ossia del terzo "silenzioso" sempre presente sullo sfondo)<sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> Detto in termini kantiani: la legge morale non cambia, in quanto non è un abbozzo della ragione umana, ma il *factum* da cui essa muove. Le massime, al contrario, sono proprio gli abbozzi che la ragione umana produce e che devono essere vagliati alla luce della legge morale per saggiarne l'accettabilità o meno. Cfr. *ivi*, p. 125.

<sup>60</sup> In realtà esiste, a mio avviso, un terzo e più profondo motivo che porta a ritenere i principi quali utili mediazioni, per la cui esplicitazione rimando al prossimo paragrafo.

<sup>61</sup> Per questo possono essere considerati non semplici abbozzi, ma "abbozzi verificati". Essi, cioè, pur non cambiando il loro statuto di abbozzi (in quanto la "verifica" nell'esperienza è sempre parziale e incompleta, e pertanto essi non potranno mai diventare leggi assolute) meritano tutta la considerazione di ciò che ha passato (finora) il vaglio dell'esperienza.

Al rango di "abbozzi verificati" appartengono secondo Gracia anche i Dieci comandamenti, i diritti umani espressi nella Dichiarazione universale dell'ONU del 1948, le massime morali contenute in libri della Bibbia come i *Proverbi* o la *Sapienza*, ecc. Cfr., D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 124-125.

<sup>62</sup> Gracia stesso, nelle prime tre parti della sua opera storico-teoretica più importante (*Fundamentos de bioética*), mostra come tali principi siano riconducibili alla tradizione medica (beneficenza, non maleficenza), alla tradizione giuridica (autonomia) e a quella politica (giustizia). Cfr. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*,

Tuttavia, vale forse la pena sottolineare ancora una volta la profonda trasformazione quanto al loro statuto cui i principi vanno incontro entro il quadro teorico proposto da Gracia: non più principi *prima facie* tutti allo stesso livello, ma concretizzazioni storiche (e con ciò transeunti) del rispetto per la dignità umana, gerarchizzabili in relazione a tale sistema di riferimento. I principi vengono quindi mantenuti, ma al contempo relativizzati; non sono più il “Georgetown mantra”, ma un utile strumento per realizzare il fine ultimo della moralità, ossia la tutela e la valorizzazione di ogni persona. Se dunque – dato il ruolo importante che i principi giocano anche nello schema etico-argomentativo di Gracia – si volesse continuare a definire la sua posizione come una forma di principlialismo, lo si potrebbe fare legittimamente, a patto di aggiungere che si tratta di un “principlialismo forte”, in contrapposizione al “principlialismo debole” di Beauchamp e Childress.

Poiché, come si è precisato, i quattro principi dell’etica medica hanno senso solo in relazione al sistema di riferimento (la dignità umana) è evidente che è in base ad esso che possono e devono venire gerarchizzati. E, infatti, il filosofo spagnolo ne opera un ordinamento gerarchico su due livelli: al livello superiore la non-maleficenza e la giustizia (che costituiscono l’etica dei minimi e che danno origine a doveri di obbligazione perfetta); al livello inferiore la beneficenza e l’autonomia (che costituiscono l’etica dei massimi e che danno origine a doveri di obbligazione imperfetta)<sup>63</sup>. Vediamo in che modo egli argomenta questa posizione, sostenendo che essa non costituisce una gerarchizzazione arbitraria dei principi (cosa che invece a suo dire avviene nel principlialismo), ma come una diretta conseguenza della riclassificazione dei principi come “abbozzi della dignità”.

Gracia ritiene che *non-maleficenza* e *giustizia* siano le prime e più dirette espressioni del rispetto per la dignità di ciascuna persona: tale rispetto si traduce negli obblighi (quasi) assoluti di non uccidere, ferire, umiliare, trattare con scarsa considerazione (principio di non maleficenza) e di non discriminare (giustizia). Questi obblighi sono superiori alla stessa autonomia (intesa come autodeterminazione) perché rimangono validi quand’anche sia un’altra persona a chiedere di essere uccisa, ferita, umiliata, venduta, ecc. Accettare di

---

Eudema, Madrid 1989 (tr. it., *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1993, pp. 25-368).

<sup>63</sup> Cfr. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 128-129.

compiere queste azioni (seppur dietro richiesta dell'interessato) comporterebbe la violazione della dignità della persona, ossia del sistema di riferimento di cui la stessa autonomia è una espressione o manifestazione, e che non può pertanto entrare in contrasto con il suo principio di giustificazione. Il rispetto di tali due principi è così essenziale che, non a caso, essi hanno dato vita rispettivamente al diritto penale e al diritto civile, e che tali obblighi possono essere imposti anche con la forza.

*Beneficenza* e *autonomia*, invece, hanno secondo Gracia caratteristiche profondamente diverse. Sono senz'altro principi fondamentali per l'etica medica, perché traducono l'obbligo fondamentale di rispettare le persone negli obblighi particolari di fare il loro bene (medico, psicologico, ecc.), nel rispetto nella loro facoltà di agire in modo consapevole e non costrette da coazioni esterne. Tuttavia, non è moralmente ammissibile fare il bene (medico o di altro tipo) di una persona contro la sua volontà (qualora ovviamente manifesti un grado minimo di autonomia). Inoltre il concetto di beneficenza è sempre strettamente collegato a quello di autonomia: esso dipende certamente anche da parametri oggettivi (in quanto, ad esempio, un trattamento può essere considerato benefico *prima facie* se, sulla base delle attuali conoscenze medico-scientifiche, è funzionale alla soluzione della patologia in atto o al suo contenimento); ma in ultima istanza è il singolo, anche in base al suo sistema di valori, che valuta se il trattamento appropriato che gli è stato proposto sia anche "benefico" per la sua vita considerata nel suo insieme.

I principi del primo livello (non-maleficenza e giustizia) richiedono che tutti gli uomini siano considerati e trattati da uguali. I principi del secondo livello (beneficenza e autonomia) richiedono che ciascuno sia trattato in maniera personalizzata. Ovviamente, in caso di contrasto fra principi, quelli del primo livello devono prevalere.

La razionalità pratica, però, non può fermarsi al livello dei principi. In quanto abbozzi essi devono essere infatti messi alla prova nell'esperienza, "verificati". In altre parole, è necessario valutare le conseguenze concrete dell'applicazione delle indicazioni normative che vengono dai principi per stabilire se il corso d'azione ad essi direttamente ispirato sia



coerente con il sistema di riferimento. Se ciò avviene, allora l'abbozzo è verificato<sup>64</sup> anche per il caso in questione, e si può quindi passare all'azione. Se invece si dovesse rilevare che il rispetto di uno dei principi comporta conseguenze che vanno a danneggiare la persona considerata nella sua globalità, o qualche aspetto rilevante della sua vita in quella specifica situazione, allora è possibile (o addirittura doveroso) fare un'eccezione, che risulta giustificata solo se coerente con il sistema di riferimento.

L'esempio classico, che anche Gracia propone, è quella della bugia pietosa (*mentira pietosa*)<sup>65</sup>: in linea di principio non v'è dubbio che si debba dire la verità ad un paziente rispetto alla sua malattia (quand'anche l'esito fosse funesto), perché solo in questo modo egli può esercitare la sua autonomia, cercare dentro di sé le risorse per dare significato al tempo che gli resta e non trovarsi esposto al dominio di altri che sanno, ma fanno finta di non sapere; nondimeno, se in un caso particolare ci sono valide ragioni per supporre che "la verità risulti insopportabile, un orrore di fronte a cui *questo* paziente rischia di rimanere schiacciato, dire la verità può non essere la decisione effettivamente corretta"<sup>66</sup>, ossia la decisione più rispettosa di questa persona, considerata nel suo complesso. Questo perché il senso della vita etica non è rispettare principi (o doveri o diritti), ma rispettare le persone. Ecco perché esistono eccezioni a principi, diritti o doveri (o perché essi possono essere bilanciati), mentre non esiste alcun caso in cui sia legittimo violare direttamente la dignità umana (o violare quei diritti che sono espressione immediata del suo contenuto normativo fondamentale, ossia la non reificabilità delle persone). È da notare, comunque, che per Gracia le eccezioni non si collocano al livello dei principi, ma a quello

---

<sup>64</sup> Con le parole di Gracia: "Zubiri dice che questi tre momenti, quello del sistema di riferimento, quello degli abbozzi e quello dell'esperienza, sono passi di quello che egli chiama «metodo della ragione». Solo dopo averli percorsi possiamo dire che qualcosa è stato razionalmente «verificato». La verifica è pertanto la conclusione di tutto il percorso della ragione. Il metodo della ragione ha per obiettivo la verifica degli abbozzi nell'esperienza, a partire dai dati del sistema di riferimento. Allo stesso modo è necessario verificare gli abbozzi morali. Ciò che succede è che nell'ordine concreto della ragione morale la verifica acquisisce il nome specifico di «giustificazione». Solo alla fine di tutto il percorso metodico della ragione morale possiamo dire che un atto o una decisione è «giustificato». Vi è pertanto una stretta correlazione tra ragione metodica e giustificazione. Solo la ragione metodica giustifica. Di qui l'importanza del tema della metodologia morale". D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., pp. 136-137.

<sup>65</sup> Cfr. *ivi*, p. 136.

<sup>66</sup> C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., p. 273.

dell'esperienza, del caso concreto<sup>67</sup>; e, aggiungiamo noi, che una deroga dai principi è normalmente accompagnata da una certa sofferenza morale, dovuta alla perdita di quel contenuto positivo che il rispetto delle sue indicazioni normative mirava a realizzare.

Dato questo quadro di può cogliere la differenza del ruolo che Gracia assegna ai comitati etici rispetto a Beauchamp e Childress<sup>68</sup>: mentre per i due bioeticisti americani la funzione dei comitati etici è quella di gerarchizzare i principi cercando il *consenso* di tutte le persone implicate (gerarchizzazione o, come dicono loro, bilanciamento, che non può che essere soggettiva, sebbene – come si è visto – essi offrano delle strategie per ridurre al minimo tale soggettività), per il filosofo spagnolo la gerarchizzazione dei principi è già data dalla loro relazione al sistema di riferimento e quindi la funzione dei comitati è da una parte quella di individuare e suggerire corsi d'azione coerenti con i principi e le norme (che, in linea di massima, traducono in concreto il rispetto per la dignità di ogni uomo comandato dal sistema di riferimento); dall'altro di verificare l'eventuale necessità di fare un'eccezione rispetto ai principi qualora ciò fosse necessario nel caso concreto per garantire il rispetto della persona di cui si tratta, come richiesto dal sistema di riferimento. I comitati etici devono cioè essere garanti che a tutti sia prestato il livello etico minimo di rispetto (che si esprime nei principi di non maleficenza e giustizia) e che nelle decisioni sui casi singoli siano considerati i bisogni, le preferenze e i valori particolari del paziente di cui si tratta (che trovano espressione nei principi di beneficenza e autonomia).

Volendo riassumere, possiamo dire che il modello di elaborazione del giudizio bioetico clinico proposto da Gracia si articola su tre livelli:

- (1) muove dal riconoscimento della dignità umana, considerata come "sistema di riferimento morale" (*sistema de referencia moral*);
- (2) considera i *principi* tradizionali della bioetica clinica come *abbozzi del rispetto per la dignità umana*, ossia come esplicitazioni di ciò che esige in concreto il rispetto della dignità e li ordina gerarchicamente su due livelli (ma tale ordinamento gerarchico – a differenza di quanto avviene nell'approccio dei quattro principi – non è arbitrario o soggettivo, ma

---

<sup>67</sup> Cfr. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, cit., p. 136.

<sup>68</sup> Cfr. *ivi*, p. 126.

determinato dal “sistema di riferimento”). Il riferimento ai principi aiuta a identificare la decisione corretta “in linea di principio”;

(3) richiedere di “mettere alla prova” la decisione che in linea di principio appare corretta; infatti, l’identificazione di quest’ultima non esaurisce quanto è richiesto al ragionamento pratico in ambito bioetico: rimane da confrontare le decisione “corretta in linea di principio” con le circostanze particolari del caso di cui ci si occupa, con il contesto clinico in cui esso si colloca e con le immagini antropologiche che intervengono a modellarlo (“l’esperienza”), per verificare se essa è anche la decisione “effettivamente corretta”, ossia se è coerente con il sistema di riferimento in quanto risulta essere davvero la migliore espressione del rispetto dovuto a questa persona, in questo caso particolare. Se ciò non avvenisse, ecco che si è giustificati a fare un’eccezione.

L’“integrazione” tra principi ed esperienza è il compito specifico dei comitati etici per la pratica clinica, che solo quando la realizzano al meglio esercitano quella che la tradizione chiama “saggezza pratica”.

La rappresentazione grafica dello schema operativo proposto dal pensatore spagnolo può aiutare la comprensione del processo:



#### 4.4. Una metodologia per la giustificazione del giudizio etico nella pratica clinica centrata sulla nozione di dignità umana

La metodologia per l'analisi etica che ora mi accingo a tracciare per grandi linee fa tesoro sia della lezione di Gracia, sia della recezione e reinterpretazione che C. Viafora ha realizzato della proposta del filosofo spagnolo nel corso degli ultimi anni<sup>69</sup>. Tuttavia, come si vedrà, essa se ne differenzia per alcuni aspetti significativi al fine di renderla coerente con la teoria dei comitati etici che si è delineata e, soprattutto, con la teoria del rispetto per le persone che si è individuata come la più adatta a costituirne il quadro etico di riferimento<sup>70</sup>. Inoltre, pur contrapponendosi esplicitamente al modello principialista (debole), ne riconosce e valorizza alcuni pregi (come, ad esempio, il sistematico impegno a specificare il contenuto normativo dei principi)<sup>71</sup>.

Dato il percorso compiuto nei due paragrafi precedenti sembra dunque opportuno delineare la proposta metodologica di questa ricerca anche attraverso una sottolineatura delle differenze che la caratterizzano rispetto agli approcci sopra descritti.

##### *La centratura sulla dignità della persona umana*

La prima significativa differenza, rispetto al modello di Beauchamp e Childress (e in parte anche rispetto a quello di Gracia), è che la metodologia qui difesa non parte dai principi, ma dalle persone. La domanda che guida la riflessione non è dunque "Qual è la decisione più coerente con i principi?", ma "Qual è la decisione più rispettosa di *questa persona* e della sua dignità in *questa situazione* particolare?". Potrebbe apparire una differenza di poco conto o, peggio, un semplice cedimento alla retorica; in realtà ha lo scopo di ricordare

---

<sup>69</sup> Mi rifaccio in particolare ai seguenti lavori: C. VIAFORA, *Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 2 (1999) n. 3, pp. 283-297; ID., *Introduzione alla bioetica*, cit., (in particolare il cap. 20, pp. 477-482); ID., *Argumentar con la dignidad humana el las practicas deliberativas de los comités de ética*, in "Medicina e Morale", 57/2 (2007), pp. 313-328; ID., *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 239-274.

<sup>70</sup> Cfr. § 3.2.2.

<sup>71</sup> Insieme alla sottolineatura di due elementi già ampiamente evidenziati dalla tradizione: l'ineliminabile margine di incertezza che circonda il giudizio etico-clinico e la valorizzazione degli aspetti particolari del caso.

costantemente a tutti, *in primis* ai componenti dei comitati etici per la pratica clinica, che l'obiettivo ultimo della riflessione morale nel contesto sanitario non è quello di rispettare dei principi, o di bilanciarli abilmente, o di garantire il rispetto della deontologia medica (con ciò tutelando i sanitari e l'istituzione da possibili rinvase legali), ma di individuare i modi e le forme per rispettare davvero la persona-paziente di cui ci si occupa.

Questo approccio risulta coerente con la concezione della "medicina come pratica normativa" cui si è fatto cenno in apertura di capitolo<sup>72</sup>. Secondo tale concezione, la medicina non può essere intesa come un'impresa eminentemente tecnico-scientifica (dato che il suo oggetto non sono le malattie, ma le persone malate), ma come un'impresa essenzialmente pratica con l'obiettivo ultimo di realizzare una forma di vicinanza competente all'altro che soffre (una vicinanza che miri, se possibile, alla guarigione). È perciò possibile individuare un'identità di rapporto tra principi ed etica del rispetto per le persone, da un lato, e tra conoscenze tecnico-scientifiche e medicina come pratica, dall'altro. Infatti, come per una filosofia morale che individua il suo scopo ultimo nel rispetto della dignità delle persone i principi non solo altro che un mezzo in vista di un più adeguato conseguimento del suo fine, così per la medicina intesa come pratica le conoscenze tecnico-scientifiche sono concepite come strumenti al servizio del suo scopo ultimo, ossia prendersi cura in maniera competente del malato. In entrambi i casi, i pur utili strumenti (rispettivamente i principi e le conoscenze tecnico-scientifiche) con cui esse raggiungono il loro fine non ne possono in alcun modo esaurire l'essenza.

La centratura sulla persona e sulla sua dignità ha dunque la salutare funzione anti-ideologica e anti-abitudinaria di ricordare a ciascuno che la metodologia e gli stessi principi (così come le regole più specifiche da essi ricavati) sono solo uno strumento, e non il fine<sup>73</sup>. Non sfuggirà infatti che, ad esempio, per le legioni di "esperti di bioetica" che mandano a memoria il *Georgetown mantra* e, credendo di avere in mano la chiave

---

<sup>72</sup> Cfr. § 4.1.

<sup>73</sup> Va da sé che questo punto di partenza è possibile nell'approccio qui difeso perché, sulla base della teoria etica cui si fa riferimento, si è in possesso di una seppur essenziale definizione della persona e delle sue caratteristiche salienti, nonché di quando inizia e finisce una vita personale. Tuttavia, quest'ultimo aspetto (in particolare la questione dell'inizio della vita personale, che è ancor'oggi altamente controversa) non risulta decisivo ai fini dell'etica clinica, perché nella stragrande maggioranza dei casi vi è unanime consenso che i pazienti di cui si occupa la medicina clinica siano persone (anche perché ciò è stabilito dalla legge).

miracolosa per risolvere tutti gli enigmi bioetici, lo applicano senza consapevolezza critica, vi è il concretissimo rischio che uno strumento che dovrebbe illuminare le situazioni concrete si trasformi in fattore di cecità morale<sup>74</sup>.

### *I principi come "abbozzi" della dignità umana*

La seconda fondamentale differenza con l'approccio principialistico (e in parte – anche in questo caso – con quello di Gracia) consiste nel fatto che è alla luce della dignità delle persona umana che i principi vengono prima (1) *individuati e interpretati*, e poi (2) *gerarchizzati*; inoltre, è sempre alla luce della dignità umana che viene condotta la (3) *messa alla prova nell'esperienza* delle prime indicazioni normative che provengono dai principi.

Le suddette novità relative ai principi dipendono direttamente dal diverso statuto che viene loro riconosciuto (e questo è chiaramente un guadagno che dobbiamo a Gracia): essi non sono più intesi come il punto di partenza primo (tratto dalla *common morality* e difeso per via coerentista) da cui muovere per l'analisi delle questioni etico-cliniche, ma come prime specificazioni di ciò che in concreto richiede il rispetto per ciascuna persona (ossia per la sua dignità)<sup>75</sup>; inoltre, e di conseguenza, essi non sono più considerati come principi prima facie tutti allo stesso livello, ma come principi gerarchizzabili in rapporto alla dignità umana stessa. Dal riferimento alla dignità essi risultano quindi arricchiti, ma al contempo relativizzati (e questo è un guadagno che trae la sua ispirazione da Viafora<sup>76</sup>, oltre che dalle considerazioni sviluppate da Mordacci e Reichlin su cui ci siamo soffermati

---

<sup>74</sup> È ovvio che tale rischio grava anche sulle altre metodologie, e che la stessa proposta che si avanza in questa ricerca non ne sarebbe immune qualora venisse "applicata" pedissequamente.

<sup>75</sup> È questo infatti il vero nocciolo duro della *common morality*, come sostiene Reichlin (e come si è visto nel capitolo precedente). In questa ricerca, quindi, non viene rifiutato il coerentismo *tout court* e la sua scelta di partire – nel quadro della riflessione etica sulla pratica clinica – dai giudizi ponderati. Si sostiene piuttosto che dall'analisi della moralità comune emerge come nucleo fondamentale condiviso non la serie dei principi indicati da Beauchamp e Childress, ma il riconoscimento del valore intrinseco di ogni essere umano. Ed è da qui, pertanto, che si muove per individuare le necessarie mediazioni che possano renderlo efficace nella pratica.

D'altronde, prima che Beauchamp e Childress focalizzassero tutta l'attenzione sui principi era questa la direzione verso cui pareva incamminata la riflessione bioetica, come in parte sembrò avvenire anche nel Belmont Report per l'influsso del classico di Downie e Telfer (R.S. DOWNIE, E. TELFER, *Respect for Persons*, Allen & Unwin, London 1969).

<sup>76</sup> Cfr., in particolare, C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., pp. 267-272.

nel *Capitolo III*). Sempre dal riferimento alla dignità umana vengono infine delle indicazioni interessanti sul modo in cui condurre la “verifica” nell’esperienza. Vediamo in successione questi tre punti.

#### *L’interpretazione dei principi alla luce della dignità umana*

Rispettare la dignità umana vuol dire rispettare le dimensioni fondamentali che costituiscono la persona, sottoponendo ogni azione che le riguarda al vincolo interno della non strumentalizzazione, non reificazione e non discriminazione.

Se dunque siamo alla ricerca di mediazioni che traducano in concreto le esigenze del rispetto per la dignità umana, dobbiamo orientare la nostra attenzione su quei principi che tutelano e promuovono le caratteristiche fondamentali della persona, che – come si è rilevato nel capitolo precedente – possono essere utilmente riassunte (senza pretesa di esaustività) nelle tre dimensioni della (1) corporeità, della (2) libertà e della (3) relazionalità. In questa prospettiva i principi di (1) *beneficenza*, (2) *autonomia* e (3) *giustizia distributiva* si rivelano delle utilissime mediazioni o declinazioni del rispetto per la dignità umana in quanto indicano la direzione di massima da seguire per tutelare e promuovere la persona in quelle che sono le sue dimensioni costitutive.

Infatti, il *principio di beneficenza*, che tradizionalmente (e non a caso) ha costituito il punto di riferimento della medicina, dice che il rispetto per l’altro sofferente nell’ambito peculiare della clinica passa innanzitutto attraverso la presa in carico competente della sua dimensione corporea, perché è innanzitutto con il nudo corpo che ciascuno dispiega la sua presenza nel mondo e chiede di essere accolto nella comunità morale. Il *principio di autonomia* segnala l’assoluta importanza di proteggere e promuovere il più possibile, anche in una condizione segnata dal limite, quella che è indubbiamente la caratteristica più sorprendente della persona umana, ossia la libertà, che da un lato è resa possibile dalla sua natura razionale e dall’altro la apre alla responsabilità di costruire dall’interno la propria vita e di assumere con coraggio il compito difficile e affascinante della propria crescita. Il principio di *giustizia (distributiva)* dice infine che la relazionalità e l’intersoggettività costitutive della persona vanno tenute in considerazione anche

nell'ambito del rapporto solo apparentemente a due tra medico e paziente, poiché la cura competente del singolo non può realizzarsi in maniera corretta se non nel quadro di una equa distribuzione delle risorse, ossia nel quadro di una riflessione che tenga nel dovuto conto tutte le persone direttamente o indirettamente affette da una certa decisione.

Tutte queste attenzioni devono inoltre rispettare i vincoli interni del principio di *non maleficenza* (che impone il dovere assoluto di non fare violenza o danneggiare un individuo innocente) e di un principio di *giustizia pre-politica* (che impone di non violare i diritti fondamentali del singolo) prima che possa venir legittimamente perseguito ogni altro scopo positivo.

Con ciò è facile capire come mai sia cruciale mantenere il riferimento ai principi proprio nella definizione di una metodologia che aspira a rendere operativo il riferimento alla dignità umana: non solo (come si è sostenuto nel paragrafo precedente) per la ragione strategica che essi sono un linguaggio ormai ampiamente diffuso e radicato in bioetica; e nemmeno solamente poiché essi, come ha evidenziato Gracia, riassumono le istanze dei tre attori che si confrontano sulla scena clinica<sup>77</sup>; ma soprattutto perché questi principi tutelano e valorizzano le dimensioni fondamentali della persona considerata nella sua globalità, ossia perché grazie ad essi vengono poste al centro dell'attenzione e della considerazione esattamente quelle caratteristiche dell'essere umano in virtù delle quali può maturare e compiersi il sé in termini personali.

I principi tradizionali della bioetica sono dunque mantenuti, ma al contempo interpretati in maniera più ricca rispetto al modo in cui essi vengono intesi da Gracia e, ancor più, da Beauchamp e Childress, o da altre tradizioni morali che pure vi fanno riferimento.

Emblematico in questo senso il caso del principio di *autonomia*, che nella tradizione liberale e soprattutto libertaria diviene il principio architettonico della bioetica e dell'etica in generale: esso, come noto, è alla base della pratica del consenso informato, la quale però, se viene applicata in maniera asettica e formale (come d'altronde richiederebbe un'adesione rigorosa del principio del permesso engelardtiano), può tradursi in un

---

<sup>77</sup> Nell'interpretazione di Gracia il principio di beneficenza riassumerebbe le istanze etiche del *medico* (e dell'istituzione sanitaria); quello di autonomia le istanze del *paziente*; quello di giustizia le istanze della *società*.



sostanziale abbandono del paziente a se stesso proprio nel momento in cui egli avrebbe più bisogno di essere assistito e accompagnato nella scelta (che ovviamente deve rimanere sua). Interpretare il principio di rispetto dell'autonomia alla luce della dignità umana, e anzi considerarlo come una delle sue espressioni più importanti, consente invece – fra le altre cose – di mantenere viva un'istanza critica rispetto alle modalità particolari in cui esso si traduce; ad esempio, nel caso specifico della pratica del consenso informato, tale riferimento consente di far emergere come la mera firma di un modulo anonimo cui il paziente è consegnato nella solitudine<sup>78</sup> rappresenti un sostanziale tradimento dell'intenzione originaria che aveva portato all'istituzione di tale procedura, ossia sottrarre ciascun cittadino-paziente al paternalismo medico e garantirlo nel suo diritto fondamentale di rimanere titolare delle scelte fondamentali sulla sua vita, anche in una situazione di menomazione e limitazione come quella della malattia.

Inoltre, l'interpretazione del principio di autonomia alla luce della dignità umana richiama l'attenzione dei sanitari sulla fondamentale importanza di instaurare una relazione significativa con i pazienti<sup>79</sup>: tale relazione è infatti la preconditione di un reale *dialogo* al cui interno solamente può avvenire quello scambio di informazioni (così come l'emergere di eventuali dubbi e paure) che consentono al paziente di maturare una scelta davvero autonoma, e soprattutto può esprimersi quella responsabilità di ciascuno su di sé che è costitutiva dell'essere persona (nonché una delle forme più alte della sua realizzazione).

---

<sup>78</sup> È stato opportunamente notato (cfr. J. WELIE, *Let's move beyond autonomy, beneficence and justice – a commentary to Viafora*, cit., p. 306) che, sulla scorta delle osservazioni di Engelhardt, il diritto del paziente all'autonomia è stato inteso prima di tutto come un diritto ad essere lasciati in pace (“*a right to be let alone*”), per poter decidere per conto proprio della propria vita. Come l'espressione inglese fa emergere con maggior chiarezza rispetto a quella italiana, quest'attitudine certamente rispettosa (per lo meno se paragonata all'invadenza di un paternalismo che pretende di sapere sempre e comunque qual è il bene del paziente, anche contro lo stesso parere di quest'ultimo), può diventare una forma di abbandono, mascherata da rigoroso rispetto dell'autonomia, se determina il disimpegno del medico da una relazione significativa con il paziente, lasciato di fatto solo a decidere (certo con il suo bel modulo di consenso informato tra le mani...). Tutto ciò risulta paradossale soprattutto alla luce del fatto che la maggior parte dei pazienti non si rivolgono a un medico “per esser lasciati in pace”, ma per ricevere buone cure mediche dopo essere stati informati delle opzioni disponibili e dopo essere stati accompagnati nella decisione (che in ultima analisi rimane pur sempre in capo a loro). La grande maggioranza dei pazienti chiede di poter esercitare un'autonomia in relazione, non un'autonomia in solitudine o nell'abbandono. Detto altrimenti, essi chiedono di poter decidere nel quadro di un incontro autentico, dopo essere stati riconosciuti innanzitutto come persone, e poi anche come persone malate che necessitano di un sostegno competente al fine di operare la scelta migliore.

<sup>79</sup> Non basta pertanto fermarsi alla lettura delle loro cartelle cliniche, come ancor oggi spesso avviene.

Va poi sottolineato come la qualità del dialogo – specialmente in una situazione di particolare fragilità da parte di uno dei due interlocutori – sia uno degli indicatori più evidenti del rispetto per la dignità della persona (dato che il suo mero instaurarsi costituisce la prova che è reciprocamente avvenuto il “riconoscimento” dell’altro; e dato che, per contro, la mancanza di un dialogo significativo e il non essere presi in adeguata considerazione da parte del medico sono giustamente considerati dai pazienti come una fondamentale, anche se non eclatante, forma di mancanza di rispetto).

È chiaro perciò che, nella prospettiva qui difesa, il principio di autonomia non si declina solo o principalmente secondo la logica della mera non interferenza; al contrario, esso richiede al curante un atteggiamento proattivo per creare tutte le condizioni affinché la persona possa – se crede – esercitare quella responsabilità che la costituisce e la fa crescere. Anche per quanto riguarda il principio di *beneficenza* il riferimento alla dignità umana non è privo di conseguenze quanto all’interpretazione. Se la persona è prima di tutto la sua corporeità (a partire dalla quale solamente può dispiegare la sua tipica trascendenza), ma una corporeità inestricabilmente connessa con le altre dimensioni costitutive dell’essere umano, è evidente che un’adeguata definizione del bene della persona (che il principio di beneficenza comanda di preservare e promuovere) richiede che si ponga adeguata attenzione non solo al singolo organo (come avviene spesso sia a causa della sempre più marcata specializzazione dei medici e del numero di sanitari che intervengono a diverso titolo nella valutazione di un paziente, sia a causa del “cartesianesimo” strisciante, ancora largamente diffuso in medicina), ma al paziente nella sua globalità, all’uomo inteso come indissolubile unità psico-fisica. Pertanto, nella definizione del bene/salute del paziente (compito primario dell’intervento medico) devono continuare ad avere tutta la rilevanza che meritano le conoscenze scientifiche (che presiedono alla definizione del bene di un organo o dell’intero organismo, anche e prima di tutto in termini fisiologici, e che impongono di definire i trattamenti sulla base delle indicazioni che vengono dalla buona pratica clinica); tuttavia, è necessario che le valutazioni strettamente mediche (volte a stabilire l’appropriatezza di un trattamento) siano accompagnate da considerazioni relative alla globalità della vita della persona malata (compresi i suoi valori, desideri,

progetti), dal momento che il rispetto per la dignità umana del paziente (vincolo e motivo ispiratore *interno* di ogni pratica che voglia dirsi etica) “esige che le conseguenze benefiche di un trattamento siano determinate in rapporto alla *totalità* della sua vita personale e non alla *parzialità* di un organo del suo corpo”<sup>80</sup>. Se dunque l'*appropriatezza* di un trattamento è di competenza del medico o dell'*équipe* medica, il giudizio ultimo sulla sua *proporzionalità* rispetto all'intero della vita personale invece è appannaggio del paziente competente (senza che ciò escluda che la sua libera scelta maturi all'interno del dialogo con i curanti). Infine, per quanto concerne il principio della *giustizia* il riferimento alla dignità umana consente innanzitutto di distinguere la nozione di giustizia distributiva (e altre nozioni di giustizia riconducibili a diverse tradizioni morali) da una nozione di giustizia più originaria (pre-politica); in secondo luogo di denunciare i limiti delle interpretazioni della giustizia come equità in ambito sanitario da parte di altre due tradizioni morali (quella libertaria e quella utilitaristica); e, infine, di mostrare che il concetto di giustizia in senso pre-politico (il cui contenuto sarà precisato poco oltre) svolge il ruolo di vincolo ultimo di ogni pratica in quanto incorpora in maniera diretta l'istanza di non strumentalizzazione e non discriminazione delle persone, ponendosi in tal modo al di là del bilanciamento che può avvenire invece tra gli altri principi e introducendo il tema della gerarchizzabilità delle esigenze morali che il riferimento alla dignità della persona consente.

Come è noto, la definizione del concetto di giustizia è sempre stato oggetto di controversia nel corso della storia della filosofia e gli stessi Beauchamp e Childress rilevano diverse formulazioni del principio di giustizia (uno formale e sei materiali<sup>81</sup>) e quattro diverse teorie della giustizia<sup>82</sup>. Di fronte a tale varietà essi adottano la consueta strategia di considerare tutti questi principi come *prima facie* e di affidare alla specificazione e al bilanciamento rispetto al caso concreto la scelta di quale accezione della nozione di giustizia debba prevalere di volta in volta.

---

<sup>80</sup> C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., p. 269.

<sup>81</sup> Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 323-326 (oppure ID., *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., pp. 241-243).

<sup>82</sup> Cfr. ID., *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 329-335 (oppure ID., *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*, cit., pp. 244-248).

Al contrario, l'approccio che muove dal riconoscimento della dignità umana sostiene l'esistenza e la primazia di un criterio di giustizia pre-politico ("perché non mira anzitutto ad assegnare le risorse in maniera equa, ma a evitare che la dignità di ogni soggetto venga violata o sminuita"<sup>83</sup>) rispetto agli altri possibili criteri o principi, ossia sostiene che prima di riflettere sui modi di garantire la giustizia distributiva va garantito che a ciascun essere umano sia tributato il rispetto dell'uguale dignità (e che pertanto non sia discriminato, o posto in condizioni umilianti e degradanti).

Inoltre, relativamente alla nozione di giustizia distributiva, Viafora ha mostrato<sup>84</sup> come il richiamo alla dignità umana consenta di far emergere i limiti (quanto ai criteri per un'equa allocazione delle risorse in ambito sanitario) dei principi di giustizia ispirati al *libero mercato* e alla *qualità della vita*. Rispetto al primo criterio, l'approccio centrato sulla dignità umana solleva l'obiezione secondo cui la salute, essendo un bene fondamentale della persona e una *condicio sine qua non* per la piena espressione della personalità, non può essere considerata alla stregua di qualsiasi altra merce; pertanto un livello minimo di prestazioni sanitarie va garantito a tutti, indipendentemente dalla capacità reddituale o di spesa. Rispetto al criterio utilitaristico della qualità della vita, secondo cui il fattore determinante nell'allocazione è dato dal rapporto tra risorse investite e numero di anni di vita garantiti da tale investimento tenuto conto della loro qualità<sup>85</sup>, la prospettiva del rispetto delle persone sottolinea che le pur necessarie valutazioni sull'efficacia complessiva e di lungo periodo di un intervento non possono essere invocate quando in gioco vi è la vita di un essere umano (anche in considerazione della discriminazione che tale approccio determinerebbe nei confronti di anziani e disabili, già di per sé svantaggiati dalla loro condizione).

Va infine sottolineato che la stessa interpretazione dei principi qui delineata non è da intendersi come assoluta o immodificabile. Come tutte le costruzioni umane presenta margini di incertezze o fallibilità, deve essere soggetta a verifica e va continuamente

---

<sup>83</sup> R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 367.

<sup>84</sup> Cfr. C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., p. 272.

<sup>85</sup> Secondo la metodologia dei QALYs (*Quality Adjusted Life Years*).

integrata anche alla luce di nuove esperienze o di più articolate immagini di salute, malattia, vecchiaia, sofferenza, ecc. Ciò che invece non è soggetto a mutamento è l'obiettivo ultimo della moralità interpersonale e della metodologia qui proposta: il rispetto della dignità di ciascuna persona (che in nessun caso può essere legittimamente violata, mentre – come si è più volte sottolineato – i principi possono talora esserlo).

*La gerarchizzazione dei principi alla luce della dignità umana e l'ordine della loro considerazione nella pratica clinica*

Una differenza fondamentale tra l'approccio principialistico e il modello di argomentazione qui difeso è data dal fatto che nel quadro della teoria centrata sul rispetto della dignità umana la gerarchizzazione dei principi è non solo possibile, ma addirittura necessaria<sup>86</sup>. Come si è già rilevato nel *Capitolo III* (nell'ambito della delineazione delle caratteristiche essenziali dell'etica del rispetto per le persone) è chiaro che entro questo approccio esiste l'inviolabile vincolo previo della *non maleficenza* e della *nozione pre-politica della giustizia* in quanto prime e più dirette espressioni del rispetto per la dignità intrinseca di ogni uomo<sup>87</sup>. Essi mirano infatti a delineare quel minimo etico che costituisce la precondizione perché ogni altro scopo possa essere perseguito:

“i valori propriamente morali (che dipendono dal principio fondamentale del rispetto) costituiscono un vincolo interno di qualsiasi forma d'azione e perciò di qualsiasi pratica, a prescindere dai valori interni cui essa mira [...] *nessuna pratica ha valore morale*

---

<sup>86</sup> Infatti, come precisa Birnbacher, “il principio della *Menschenwürde* è un principio di *ordinamento* di beni indipendenti, piuttosto che un principio che postuli un bene autonomo. Suo obiettivo è di assicurare all'individuo una quantità minima di beni che sono a loro volta postulati da altri principi, una “base” di beni fondamentali che esso esclude dal calcolo politico di costi e benefici. In breve, la *Menschenwürde* può essere concepita nel modo migliore come un minimo sociale di diritti, un principio che vieta il bilanciamento di beni e diritti che sono *all'interno* della sua sfera rispetto a beni e diritti che ne sono *fuori*” D. BIRNBACHER, *Ambiguities in the Concept of Menschenwürde*, in K. Bayertz (a cura di), *Sanctity of Life and Human Dignity*, cit., pp. 112-113.

<sup>87</sup> “Le esigenze generate dal dovere di non strumentalizzare le persone vanno soddisfatte prima che sia lecito perseguire gli scopi prescritti dal dovere di beneficenza [...] In tale approccio le diverse norme morali fanno tutte riferimento al principio del rispetto per le persone. Perciò, in primo luogo, l'ERP [etica del rispetto per le persone] è altrettanto monista dell'utilitarismo, dato che non presenta una serie di principi di eguale valore, ma si basa su un principio fondamentale cui le diverse norme danno espressione più dettagliata”. M. REICHLIN, *Aborto. La morale oltre il diritto*, cit., pp. 16-17.

*se innanzi tutto non rispetta ogni persona in tutte le sue dimensioni.* Sotto questo profilo la medicina è un caso esemplare di una pratica che pone come valore interno la *cura* competente dell'altro sofferente, ma che, come ogni altra pratica, non può realizzarlo se anzitutto non rispetta l'altro come persona<sup>88</sup>.

Tali due principi (che impongono doveri di carattere negativo) non possono quindi entrare nel necessario bilanciamento che invece riguarda gli altri principi (beneficenza, autonomia, giustizia distributiva).

Tutte le riflessioni finora sviluppate sull'impatto che l'assunzione della nozione di dignità umana quale architrave del sistema normativo comporta relativamente all'interpretazione e alla gerarchizzazione dei principi (una volta, ovviamente, che li si è assunti come sue utili declinazioni<sup>89</sup>), possono essere riassunte nell'eccellente sintesi di Reichlin:

"[...] il teorema della dignità [...] costituisce lo sfondo teorico in riferimento a cui [...] i principi più specifici come l'autonomia, la beneficenza e la giustizia possono essere interpretati; inoltre, è anche lo sfondo in riferimento al quale è possibile bilanciare i principi, nei casi in cui si trovino parzialmente in conflitto tra loro. In altri termini, assumere il teorema della dignità umana come criterio di sfondo significa superare il pluralismo morale che colloca i diversi principi *prima facie* su un piano di parità, affidando alla percezione individuale l'attribuzione del peso di ciascun principio nei singoli casi; significa altresì contestare la gerarchizzazione liberale o libertaria che risolve i conflitti facendo assurgere l'autonomia a principio fondamentale e sovraordinato; significa invece concepire l'unicità, non scambiabilità e non commerciabilità dell'essere umano come il valore in rapporto al quale decidere della priorità da assegnare ai diversi principi. Ciò significa, in primo luogo, fare una scelta teorica chiara in favore di una teoria che — in mancanza di un termine migliore — si

---

<sup>88</sup> R. MORADCCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., pp. 342-343.

<sup>89</sup> Come si è già sottolineato, i principi non sono gli unici strumenti di specificazione delle esigenze normative collegate alla dignità umana (si potrebbero infatti utilizzare le nozioni di doveri, diritti, ecc.), ma in questa ricerca vengono ripresi (anche se reinterpretati), sia in quanto costituiscono il linguaggio dominante della bioetica, sia perché ne catturano effettivamente le istanze etiche più importanti che pervadono la pratica clinica.

può definire deontologica; mentre cioè la teoria dei principi, non avendo un criterio sovraordinato di riferimento, dà corpo ad una sorta di teoria mista, che contempera esigenze di tipo deontologico con elementi consequenzialisti; mentre le teorie consequenzialiste tendono a contestare il richiamo alla dignità umana perché vincola la produzione delle migliori conseguenze aggregate, sanzionando in molti casi un esito utilitaristicamente non ottimifico; la teoria che afferma la dignità umana è una teoria deontologica che fa proprio il richiamo kantiano alla non strumentalizzabilità delle persone e perciò rifiuta la massimizzazione utilitarista e propone un criterio sovraordinato per la gerarchizzazione dei principi di medio livello<sup>90</sup>.

Sulla base degli argomenti fin qui sviluppati è anche possibile suggerire un *ordine nella considerazione dei principi* (intesi quali abbozzi del rispetto per la dignità umana) che i comitati etici per la pratica clinica dovrebbero seguire per esser certi che le loro deliberazioni realizzino il più possibile l'obiettivo di rispettare ogni persona *nel contesto sanitario* in cui sono chiamati a operare: 1) principio di beneficenza; 2) principio di autonomia; 3) principio di giustizia distributiva. Come si è già rilevato, tali principi si prestano bene a rappresentare sia le esigenze connesse con la tutela delle dimensioni fondamentali della persona, sia le istanze etiche di cui sono portatori gli attori che si incrociano sulla scena clinica: quelle dei sanitari e dell'istituzione in cui essi operano (beneficenza); quelle del paziente (autonomia); quelle della società in generale (giustizia distributiva):

- 1) Nell'analisi di ciascun caso clinico (o di ciascuna problematica ricorrente nella pratica clinica) sembra necessario considerare innanzitutto il principio di *beneficenza* (e le regole di specificazione ad esso collegate). Partire dalla beneficenza<sup>91</sup> risponde alla logica di un giudizio etico che viene espresso *nel contesto della clinica*, ossia in un contesto che per sua natura è orientato al bene del paziente, inteso in primo luogo

---

<sup>90</sup> M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, cit., pp. 158-159.

<sup>91</sup> Come sostiene C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., p. 268.

come salute psico-fisica<sup>92</sup>. Il primo fondamentale modo per rispettare la dignità di ciascun paziente è infatti quello di interrogarsi in maniera accurata e approfondita su quali siano le cure più appropriate<sup>93</sup> rispetto allo specifico problema che si deve affrontare, soppesando i costi e i benefici delle varie opzioni terapeutiche a disposizione. Quest'ultima operazione – che non vuole in alcun modo riproporre il paternalismo medico, ma piuttosto riconnettere la medicina come pratica alla sua finalità e moralità interna – va ovviamente condotta tenendo conto della globalità della persona, dei suoi valori e desideri (eventualmente con il supporto dei suoi familiari)<sup>94</sup> e comincia a introdurre nella valutazione la fondamentale considerazione dell'autonomia del paziente su cui torneremo fra breve.

Il principio di beneficenza, inteso come primo abbozzo del rispetto della dignità umana, si rivela con ancor maggior evidenza come il necessario punto di partenza di ogni valutazione etica in campo sanitario quando si tratta di persone non in grado di decidere per sé (neonati, bambini, persone disabili, persone con patologie mentali gravi, pazienti incoscienti, ecc.). In questi casi il criterio cui devono attenersi i curanti è quello del *miglior interesse del paziente*. Si noti poi che tale criterio assume una grandissima rilevanza per quanto riguarda quei pazienti, come ad esempio i bambini, per i quali non è possibile desumere da dichiarazioni anticipate o dallo stile di vita come vorrebbero essere trattati in quello specifico frangente (pertanto, se non fosse applicato il criterio del miglior interesse, essi potrebbero essere esposti all'arbitrio di chi deve decidere per loro).

---

<sup>92</sup> Quello che Pellegrino chiama “medical good”. Per una determinazione di tale bene medico e degli altri beni che compongono la nozione complessiva di “patient’s good” rimando a E. PELLEGRINO, *The “Telos” of Medicine and the Good of the Patient*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, cit., pp. 21-32 (in particolare 25-27).

<sup>93</sup> Per APPROPRIATEZZA delle cure intendo la pertinenza di un intervento medico (sulla base delle conoscenze scientifiche più aggiornate) rispetto alla patologia da curare o al sintomo da controllare. La determinazione dell'appropriatezza di una terapia o di un intervento è quindi compito del medico.

<sup>94</sup> Tale valutazione mira a stabilire la PROPORZIONALITÀ di un certo intervento o terapia, ossia la sua congruenza rispetto alla vita, ai valori, all'immagine di vita degna e significativa del paziente. Ne consegue che la determinazione della proporzionalità o meno di una terapia (appropriata) è diritto e responsabilità del paziente (capace), anche se è auspicabile che essa maturi all'interno del dialogo con il curante.



2) Come si accennava poco sopra, la definizione del bene medico è un passo necessario ma non ancora sufficiente di ogni riflessione etico-clinica. Il rispetto della dignità di ogni persona trova infatti nella valorizzazione delle sue libere scelte (anche in campo sanitario) una delle sue massime espressioni. Ecco perché il principio di *autonomia* è il secondo da prendere in considerazione in ogni valutazione etica concernente la pratica clinica. Nella prospettiva qui assunta, esso si può realizzare nella maniera più autentica solo all'interno di quel processo di dialogo tra paziente e curante che ha come suo atto conclusivo (e non come suo surrogato) la pratica del consenso informato. Quest'ultimo infatti è, anche dal punto di vista giuridico, fondamento di giustificazione dell'atto medico<sup>95</sup> e sottolinea il fatto che *in ogni caso* le decisioni mediche non possono essere imposte a una persona capace, fossero anche evidentemente nel suo miglior interesse dal punto di vista medico (quindi, in caso di permanente contrasto tra indicazioni del curante e volontà del paziente, è quest'ultima che deve prevalere).

Tuttavia, la forte valorizzazione del principio di autonomia richiede siano messe in atto alcune cautele: a) verificare attentamente la capacità decisionale del paziente, soprattutto nei casi in cui vi siano dubbi su di essa o nei casi in cui la scelta (ad esempio di rifiutare un trattamento) comporti un esito irreversibile; b) vagliare

---

<sup>95</sup> Cfr. CNB, *Informazione e consenso all'atto medico*, 20 giugno 1992, p. 9 (disponibile all'indirizzo <http://www.governo.it/bioetica/pdf/9.pdf>).

Cfr anche FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di deontologia medica*, 16 dicembre 2006, Art. 35 - Acquisizione del consenso:

“Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

*Il consenso*, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è *integrativo e non sostitutivo del processo informativo* di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

*In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.*

Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, *nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente*” (Corsivi miei).

l'autenticità della sua volontà (per assicurarsi che essa non sia determinata da pressioni esterne o non sia espressione camuffata di altre richieste inesprese, senza che ciò si tramuti in un artificio per tornare al paternalismo); c) assicurarsi che i pazienti, oltre ad essere informati, siano anche confermati nel loro valore<sup>96</sup>, soprattutto in considerazione della situazione di fragilità e vulnerabilità in cui normalmente versano quando sono accolti in strutture sanitarie. Tale vulnerabilità potrebbe infatti indurli a "mollare", rifiutando un trattamento che invece accoglierebbero se fossero sostenuti nella loro autostima; qualora ciò avvenisse, potrebbero essere sollevati legittimi dubbi sul fatto che tale rifiuto costituisca una scelta davvero libera (e non invece una scelta indotta dalla scarsa qualità delle relazioni umane entro cui è maturata la decisione).

Va inoltre sottolineato, tuttavia, che nel quadro dell'etica del rispetto per le persone la chiara difesa delle scelte autonome del paziente (il quale è legittimato a rifiutare *ogni* trattamento, anche salva vita) trova un limite altrettanto chiaro: in ambito sanitario non può essere considerata moralmente lecita alcuna scelta che comporti una violazione del divieto assoluto di strumentalizzazione degli esseri umani (anche, e prima di tutto, di se stessi). Pertanto l'enfasi che l'etica del rispetto per le persone pone sull'autonomia, in quanto essa costituisce una delle dimensioni costitutive dell'uomo, non è spinta fino al punto di avallare ogni desiderio o il parossismo dell'autodeterminazione che si consuma quando la libertà viene accampata quale fondamento di giustificazione della sua stessa negazione<sup>97</sup>. Ciò potrebbe avvenire solo entro una concezione strumentale della corporeità concepita come completamente a disposizione del soggetto, sulla base di quella discutibile forma di dualismo che si è criticata nel capitolo precedente e che risulta incompatibile con la visione unitaria della persona ivi difesa.

---

<sup>96</sup> C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., p. 270.

<sup>97</sup> Questa idea è d'altronde condivisa dalle più diverse teorie morali, anche quelle che pongono grande enfasi sulle preferenze o sull'autodeterminazione. Tali approcci, infatti, negano che ad esempio uno possa "liberamente" accettare di diventare schiavo di qualcun altro.

Appare chiaro che sia la terza delle cautele da mettere in atto nel momento in cui si garantisce il rigoroso rispetto per l'autonomia (confermare e non solo informare), sia il limite che l'autonomia incontra nell'illegittimità di auto-negarsi (o auto-contraddirsi praticamente), costituiscono un portato dell'interpretazione di tale principio alla luce della nozione architettonica di dignità umana (ed evidentemente non sarebbero nemmeno concepibili all'interno di un approccio libertario *a la Engelhardt*).

- 3) l'ultimo principio da considerare nell'ambito della riflessione su quale sia la scelta più rispettosa della dignità di questo paziente è quello della *giustizia distributiva*. Non v'è dubbio che, di primo acchito, esso risulti molto più problematico degli altri due nel contesto della pratica clinica, perché sembra che abbia a che fare prima di tutto con preoccupazioni di tipo socio-politico, e non strettamente medico. Alcuni studiosi<sup>98</sup> hanno pertanto sostenuto che esso non dovrebbe entrare nelle considerazioni di cui deve tenere conto un comitato etico, e tanto meno un medico nella sua relazione con un paziente. Potrebbe anzi essere pericoloso inserire all'interno dell'alleanza medico-paziente la considerazione di temi come l'equa allocazione delle risorse (limitate); tali questioni, senz'altro importanti, dovrebbero essere affrontate e risolte a livello di politica dell'istituzione, se non di politica regionale o nazionale. Una volta che tali scelte sono state operate a livello istituzionale, i medici non potranno che attenervisi (fatta salva l'istanza critica del rispetto per la dignità umana), ma esse non dovrebbero essere compiute a livello clinico, pena la compromissione del rapporto di fiducia tra medico e paziente (il quale non potrebbe affidarsi con serenità ad un curante se non avesse la certezza che egli opera per il suo interesse e non per obbedire a logiche estranee alla relazione di cura)<sup>99</sup>.

Questa osservazione appare senz'altro pertinente, se ci si limita a considerare il tema dell'equa allocazione delle risorse. Tuttavia, vi è almeno un altro aspetto collegato al

---

<sup>98</sup> Cfr., per esempio, J. WELIE, *Let's move beyond autonomy, beneficence and justice – a commentary to Viafora*, in "Medicine, Healthcare and Philosophy, 2 (1999), pp. 305-308; qui a p. 306.

<sup>99</sup> Cfr. C. VIAFORA, *Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice*, cit., p. 290.

principio di giustizia distributiva di cui un curante (così come un comitato etico per la pratica clinica) deve tenere conto anche in prima persona, nel momento in cui è chiamato ad assumere una decisione relativamente ad un caso singolo: il non prescrivere trattamenti futili o di efficacia nulla risulta un obbligo morale non solo rispetto al paziente, ma rispetto alla società più in generale, le cui istanze sono rappresentate appunto dal principio di giustizia distributiva: infatti, trattamenti futili o non efficaci costituiscono uno spreco di risorse che danneggia indirettamente altri cittadini/pazienti. Pertanto un medico è tenuto a non avviare questo tipo di trattamenti quand'anche essi fossero richiesti da pazienti e familiari (come succede non infrequentemente, ad esempio in seguito alla non accettazione di una diagnosi infausta).

Durante tutto il processo di considerazione dei principi di beneficenza, autonomia e giustizia distributiva nella sequenza sopra illustrata, rimane sempre soverchiante su ogni altra valutazione il vincolo che impone di trattare ogni persona come fine e di evitare discriminazioni (e su questo punto si consuma la distanza più profonda tra la metodologia qui proposta e l'approccio dei quattro principi). Ovviamente, la prima e più fondamentale discriminazione sarebbe quella di non essere inclusi nella comunità morale, di non essere riconosciuti come persone, di vedere il proprio valore intrinseco reso dipendente dalla valutazione di qualcun altro. Pertanto un comitato etico per la pratica clinica deve vigilare in primo luogo affinché le decisioni e le raccomandazioni che assume siano scevre da surrettizie discriminazioni insite nei concetti utilizzati, come ad esempio quelle potenzialmente all'opera in valutazioni che fanno dipendere il valore di un paziente dalla qualità della sua vita. Infatti, per l'approccio etico fondato sul riconoscimento della dignità umana (ossia per etica del rispetto per le persone, secondo la nozione di persona tratteggiata alla fine del *Capitolo III*) le considerazioni sullo stato di salute (o sulla presenza o meno della coscienza, o sullo sviluppo delle facoltà mentali superiori) sono sicuramente rilevanti al fine della determinazione del modo più appropriato di prendersi cura del paziente in questione (e in molti casi impongono una significativa riduzione dei

trattamenti o il semplice prendersi cura tramite la vicinanza e le cure palliative), ma non al fine di determinare se egli sia persona o, il che è lo stesso, se essa abbia dignità intrinseca. In tal modo questa prospettiva si differenzia radicalmente dall'utilitarismo (per lo meno da quello classico) e da ogni forma di rigoroso consequenzialismo; e ciò non perché ritenga che la considerazione delle conseguenze non sia importante o non abbia rilievo nella riflessione etica (il che sarebbe contro-intuitivo e non renderebbe ragione dell'esperienza morale ordinaria), ma perché sostiene che esse non siano determinanti nella definizione di chi è persona/ha dignità e di chi non lo è. Ad esempio, per l'approccio dell'etica del rispetto delle persone (o, altrimenti detto, dell'etica fondata sul rispetto della dignità intrinseca di ogni essere umano) la condizione di stato vegetativo persistente in cui può trovarsi un essere umano è rilevante ai fini della determinazione dei limiti dei nostri obblighi di cura nei suoi confronti (dopo aver tenuto conto, ovviamente, anche di sue eventuali dichiarazioni anticipate di trattamento), ma non ha nulla a che vedere con la questione se egli sia persona o no, oppure se debba essere incluso o meno nella comunità dei soggetti morali<sup>100</sup>.

*La "verifica" delle indicazioni dei principi nell'esperienza alla luce della dignità umana*

L'accento all'importanza della considerazione delle conseguenze introduce bene all'ultimo passaggio che la metodologia qui proposta prevede (riprendendola evidentemente dal modello di Gracia): la valutazione della decisione in linea di principio più coerente con il rispetto della dignità umana (secondo le indicazioni provenienti dai principi e dalle loro specificazioni) in relazione alle circostanze particolari del caso e alle conseguenze che la sua implementazione avrebbe sulla persona/paziente di cui si tratta, considerato nella sua globalità.

Si deve riconoscere che un'attenta considerazione delle circostanze particolari del caso, del contesto più ampio in cui si inserisce, delle conseguenze di breve e lungo periodo di ciascun possibile corso d'azione, è una indicazione comune a diverse prospettive etiche e

---

<sup>100</sup> Questo è d'altronde l'approccio che, correttamente, ha assunto la Suprema Corte di Cassazione, Sezione Civile, nella nota sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007 sul caso di Eluana Englaro. Si vedano soprattutto i "Motivi della decisione", e in particolare i §§ 2.1, 6, 6.1, 7.2, 7.3, 7.5, 7.6 e 8.

metodologiche (gli stessi Beauchamp e Childress la valorizzano fortemente). Tuttavia, anche rispetto a questo terzo momento la metodologia qui proposta presenta una duplice peculiarità:

1) sottopone la stessa “verifica” esperienziale al vincolo del rispetto per la dignità umana: perciò le eventuali eccezioni ai principi o la violazione delle indicazioni che da essi derivano (eccezioni e violazioni che sono certamente possibili, in quanto i principi sono solo mediazioni, non un assoluto da rispettare sempre e comunque) non possono mai arrivare a giustificare atti direttamente contrari alla dignità umana (come, ad esempio, violenze o atti discriminatori);

2) offre alcuni parametri per condurre la verifica nell’esperienza delle indicazioni generali provenienti dai principi, e li offre sempre a partire dalla nozione di persona che costituisce il suo punto di riferimento. Tali parametri hanno come obiettivo quelle di guidare la riflessione in modo che il giudizio finale sia “tagliato” sulla persona di cui si tratta, ossia sulla sua singolarità e soggettività uniche (solo così infatti si realizza quella fedeltà al particolare – certo alla luce dell’universale – che deve caratterizzare l’etica pratica).

Le indicazioni di massima provenienti dai principi sul corso d’azione che prima facie appare più rispettoso della dignità umana devono essere valutate innanzitutto *in rapporto alla corporeità così come essa è vissuta* dalla persona malata di cui ci si occupa, considerando in particolare la fase della sua età evolutiva in cui ella si trova e i compiti ad essa collegati. Queste attenzioni possono rivelarsi estremamente preziose ai fini di valutare, fra le altre cose, se e come comunicare una diagnosi infausta, o le strategie da adottare per rispettare i tempi di presa di consapevolezza del paziente di cui ci si prende cura.

In secondo luogo le indicazioni provenienti dai principi vanno valutate *in rapporto al modo specifico in cui il paziente in questione vive la sua libertà situata*; questo parametro invita a considerare non solo la questione dell’autenticità delle scelte che il paziente eventualmente intende compiere, ma anche il significato che la persona attribuisce alla malattia e i valori che ella ha assunto come punti di riferimento della sua esistenza o che ha fatto propri a partire dalla specifica cultura in cui è inserita.

Infine, le linee d'azione suggerite in via generale dal riferimento ai principi vanno soppesate *in rapporto al parametro della relazionalità concreta*, il che richiede di focalizzare l'attenzione sull'impatto e sulla praticabilità dei diversi corsi d'azione rispetto al contesto relazionale e sociale effettivo entro cui la persona si trova inserita. Non servirebbe a nulla, infatti, progettare o suggerire un ottimo piano assistenziale o raccomandare un certo comportamento per risolvere una situazione clinica eticamente problematica, se poi essi non potessero essere messi in pratica per mancanza di strutture assistenziali, o di risorse, o di una rete familiare in grado di garantirle. In questo senso ogni comitato etico deve essere richiamato al suo incarico di suggerire non il corso d'azione ideale, ma uno o più corsi d'azione accettabili dal punto di vista etico e realizzabili dal punto di vista pratico.

#### **4.5. La sequenza logica della metodologia proposta**

Dopo aver descritto nel dettaglio i vari momenti di cui si compone questo abbozzo di metodologia<sup>101</sup> può essere utile riassumere il percorso compiuto così da evidenziarne la logica. Il modello di elaborazione del giudizio bioetico clinico proposto si articola essenzialmente come segue:

- (1) muove dal riconoscimento della dignità umana come "sistema di riferimento", perché essa dischiude l'orizzonte personale e stimola la percezione dei problemi morali;
- (2) considera i principi tradizionali della bioetica clinica come "abbozzi" del rispetto per la dignità umana, ossia come prime determinazioni di ciò che esige il suo rispetto in relazione alle dimensioni fondamentali della persona; il riferimento a tali "mediazioni" consente di determinare la "decisione corretta" in linea di principio;
- (3) impone infine di confrontare la decisione prima facie corretta con l'esperienza, ossia con le circostanze particolari del caso concreto, con il contesto clinico in cui esso si colloca

---

<sup>101</sup> Lo chiamiamo "abbozzo" perché esso abbisognerebbe di una specificazione più articolata (rispetto a quella suggerita al paragrafo precedente) delle indicazioni normative che derivano dai tre principi prima facie (beneficenza, autonomia, giustizia distributiva) e dai due vincoli di ogni pratica (non maleficenza, nozione pre-politica di giustizia).

e con le immagini antropologiche che intervengono a modellarlo, al fine di verificare se essa sia non solo la decisione corretta in linea di principio, ma anche la decisione “effettivamente corretta”.

Per poter mettere in atto questa procedura è però necessario che il comitato etico sia in possesso di alcuni dati essenziali, e pertanto i tre passaggi fondamentali che esso è chiamato a compiere<sup>102</sup> per arrivare ad assumere una decisione che sia solida e “verificata” sono i seguenti<sup>103</sup>:

A) <b>Raccolta e analisi dei dati clinici</b> (aspetti medici, aspetti relazionali e sociali, aspetti culturali);
B) <b>Definizione del grado di autonomia del paziente e delle specifiche responsabilità dei vari attori</b> (paziente, operatori socio-sanitari, famiglia, servizi sociali);
C) Formulazione e giustificazione del giudizio etico attraverso:  C1. <b>l’analisi di ciò che è moralmente corretto “in linea di principio”</b> dal punto di vista della beneficenza, dell’autonomia e della giustizia distributiva, nel quadro del vincolo ultimo del divieto di strumentalizzazione e discriminazione imposto dal sistema di riferimento;  C2. la <b>“verifica” di tali indicazioni di massima</b> attraverso la valutazione delle conseguenze (prevedibili) dell’applicazione di quanto appare corretto in linea di principio, in rapporto ai parametri della <i>corporeità vissuta, libertà situata e relazionalità concreta</i> , sempre alla luce dello scopo ultimo di tutelare la persona nella sua globalità e unicità. Quest’ultimo passaggio consente di stabilire se ciò che risulta corretto in prima istanza alla luce dei principi e delle loro specificazioni, lo è anche effettivamente (in tal caso si può passare all’azione), ovvero se il rispetto di questa persona richiede si deroghi da essi e si individuino percorsi d’azione alternativi.

---

<sup>102</sup> Ovviamente solo dopo aver richiamato la centralità del paziente e che lo scopo della riflessione non è primariamente risolvere i problemi dei sanitari o dell’istituzione, ma rispettare le persone, nella concretezza delle situazioni in cui esse si trovano (aiutando così, indirettamente, anche i curanti e la struttura sanitaria a raggiungere meglio il loro fine).

<sup>103</sup> I primi due di tali passaggi non possono non figurare (in un modo o nell’altro) in ogni metodologia per l’analisi etica della pratica clinica, mentre il terzo (con la sua sequenza nella considerazione dei principi e con il vincolo interno della dignità umana) costituisce la metodologia proposta dalla presente ricerca.



Alla luce del percorso compiuto in questo capitolo ci sembra di poter dire che la metodologia proposta riesce davvero a tradurre in concreto le potenzialità e le risorse della teoria etica del rispetto per le persone che si sono individuate alla fine del *Capitolo III*.

Essa pertanto appare adeguata a supportare il lavoro dei comitati etici per la pratica clinica perché (1) permette loro di assumere la dimensione etica (in quanto è centrata sulla persona e non sui principi o su altre eventuali mediazioni) e perché, essendo impostata su due livelli (un livello non negoziabile e un livello aperto ad ampia discussione), (2) offre quella base comune in assenza della quale non avrebbe senso istituire i comitati stessi, e crea un ampio spazio per il necessario confronto e dibattito tra prospettive disciplinari e sensibilità (culturali, antropologiche, ecc.) diverse al fine di individuare creativamente – attraverso varie (e perfettibili) mediazioni, nonché attraverso il confronto con l’esperienza – i modi della manifestazione individualizzata del rispetto dovuto a ogni paziente.



## CONCLUSIONI

La presente ricerca è stata dedicata ad un'indagine critica sulle metodologie e i principi ispiratori dell'azione dei comitati etici per la pratica clinica, gli organismi individuati nel corso dell'ultimo trentennio nel mondo occidentale come lo strumento principe per l'istituzionalizzazione della bioetica in sanità. Lo spunto di questo lavoro è venuto dalla capillare e organica diffusione di tale tipologia di comitati nella regione Veneto, a seguito di una Deliberazione della Giunta Regionale (la n° 4049 del 2004) che ha stabilito l'istituzione di un comitato etico per la pratica clinica in ogni Azienda Sanitaria della Regione. Tuttavia, poiché tale diffusione (gravida di potenzialità) è avvenuta senza una precisa indicazione normativa sul modo in cui essi dovrebbero operare e sulle condizioni di possibilità del loro autentico funzionamento, si è sentito il bisogno di avviare una riflessione per delineare una teoria che potesse accompagnarne il radicamento.

La tesi che si è provato a sostenere e difendere è che, se i comitati etici per la pratica clinica vogliono proporsi come forum per il dibattito democratico e per la discussione delle questioni etiche che sorgono in ambito assistenziale in un contesto di marcato pluralismo morale, è necessario che essi vengano inquadrati entro una teoria più generale che li intenda come organismi che possono radicare e supportare la riflessione etica all'interno delle istituzioni sanitarie solo a patto di prendere consapevolezza che il loro ruolo primario è di contribuire a valutare le pratiche sanitarie alla luce di un vincolo cui tutte devono essere sottoposte: la tutela e la promozione della dignità di ciascun essere umano, nelle circostanze concrete in cui egli si trova a vivere quando viene accolto nelle strutture sanitarie (come d'altronde già il CNB sottolineava nel primo documento dedicato ai comitati etici).

Il riferimento ultimo alla dignità umana, infatti, consente loro di assumere la prospettiva etica fondamentale (la sola in grado di sfidare criticamente le normatività particolari già all'opera nelle istituzioni sanitarie) e di ancorare la riflessione all'unico terreno su cui appare oggi ragionevole guadagnare il consenso anche in una società pluralistica, evitando

in tal modo le secche in cui rischiano di arenarsi sia il vitalismo di certe versioni dell'etica tradizionale sia l'iper-esaltazione dell'autodeterminazione di molti approcci etici contemporanei.

Il riferimento alla nozione di dignità umana può inoltre rivelarsi prezioso al fine di evitare i tre rischi sistematicamente denunciati dai critici di tali organismi: quello di costituire un ulteriore fattore di appesantimento in un contesto già fortemente burocratizzato; quello di incrinare il rapporto medico-paziente, introducendovi una indebita interferenza esterna; e quello di indebolire le garanzie che vengono dal diritto, ornando di etica ciò che invece è dovuto per legge. Quanto alla prima preoccupazione, si può osservare che la centratura sulla persona non solo preserva i comitati dal rischio di rimanere irretiti nelle trappole della burocrazia (in quanto essi sono costantemente focalizzati sul paziente come fine), ma anzi fornisce l'istanza critica rispetto alla quale valutare tutte le altre procedure burocratiche che regolano la vita dell'istituzione sanitaria. Quanto alla seconda, si deve sottolineare che un comitato centrato sulla persona ha come obiettivo primario quello di far sì che tutti i soggetti coinvolti assumano fino in fondo il ruolo di agente morale; pertanto esso programmaticamente non può e non vuole sostituirsi né al medico né al paziente, ma piuttosto fornire a ciascuno di essi tutti gli elementi necessari ad esercitare con maggior consapevolezza le proprie responsabilità. Quanto infine alla terza preoccupazione va evidenziato che, poiché la dignità umana costituisce la fonte stessa dei diritti umani fondamentali, un comitato centrato su di essa non potrà in alcun modo indebolire la forza della legge, ma aiutare nell'interpretazione di cosa richiede il rispetto dei diritti fondamentali nelle situazioni inedite in cui tali diritti sono chiamati in causa o minacciati.

Al fine di difendere questa posizione e di rispondere alle tre critiche fondamentali che solitamente vengono rivolte alla nozione di dignità umana è stata prima analizzata criticamente, e poi accolta, una versione della teoria etica personalista elaborata nel corso dell'ultimo decennio da due filosofi del San Raffaele di Milano, Roberto Mordacci e Massimo Reichlin. Tale prospettiva, denominata "etica del rispetto per le persone", presenta non solamente il pregio di offrire una giustificazione non metafisica del

personalismo e di avanzare penetranti critiche agli approcci etici dominanti (su tutti l'utilitarismo, l'etica liberale e l'etica della legge naturale), ma anche di offrire una essenziale caratterizzazione della persona umana – in aperta polemica con le concezioni funzionaliste dominanti soprattutto in area anglosassone – che si è rivelata gravida di spunti al fine di tracciare una metodologia per l'analisi etica della pratica clinica in grado di fornire indicazioni anche sostanziali.

La metodologia proposta nel *Capitolo IV* – dopo il necessario confronto critico con il modello di giustificazione del giudizio etico-clinico oggi dominante – costituisce il contributo originale di questa ricerca e si propone di offrire gli strumenti per tradurre nella concretezza delle situazioni cliniche il riferimento alla dignità umana.

Attraverso il percorso compiuto si spera di essere riusciti a mostrare che, se i comitati etici per la pratica clinica assumono come punto di riferimento una teoria etica che individua nella dignità umana il suo paradigma e adottano una metodologia per la giustificazione del giudizio etico-clinico coerente con tale teoria, non solo non si riducono alla mera proclamazione di vuote enunciazioni retoriche, ma al contrario riescono a garantire al pensiero e all'azione una capacità di comprensione dell'esperienza umana e una attenzione specifica alla persona, accolta nella globalità delle sue dimensioni, che difficilmente altre prospettive etiche sono in grado di offrire.



## BIBLIOGRAFIA GENERALE

Data la varietà degli argomenti toccati al fine di delineare una teoria dei comitati etici per la pratica clinica e di abbozzare una metodologia per la costruzione del giudizio etico coerente con tale teoria, si è ritenuto opportuno organizzare la bibliografia per aree tematiche.

Essa pertanto risulta così strutturata:

1. BIOETICA E PROCESSO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE DELLA BIOETICA ATTRAVERSO I COMITATI ETICI
  - 1A. *Principali documenti internazionali e italiani sui comitati etici*
  - 1B. *Letteratura sui comitati etici per la pratica clinica (storia e dibattito critico sulla loro natura e funzioni)*
  
2. BIOETICA E DIGNITÀ UMANA
  - 2A. *Principali documenti internazionali (in particolare relativi alla bioetica) in cui la nozione di dignità umana gioca un ruolo fondamentale*
  - 2B. *Per una interpretazione critica della nozione di dignità umana in bioetica*
  
3. BIOETICA CLINICA E METODOLOGIA PER L'ANALISI ETICA DELLA PRATICA CLINICA
  
4. RIVISTE, ENCICLOPEDIAE E DIZIONARI
  - 4A. *Enciclopedie e dizionari sulla bioetica*
  - 4B. *Riviste internazionali sulla bioetica considerate in maniera sistematica*

## 1. BIOETICA E PROCESSO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE DELLA BIOETICA ATTRAVERSO I COMITATI ETICI

### 1A. *Principali documenti internazionali e italiani sui comitati etici*

CNB, *I comitati etici*, 27 febbraio 1992 (il file pdf del documento si può trovare sul sito web del Comitato Nazionale all'indirizzo: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/8.pdf>).

CNB, *I comitati etici in Italia: problematiche recenti*, 18 aprile 1997 ([http://www.governo.it/bioetica/pdf/I\\_comitati\\_etici\\_in\\_Italia\\_problematrice\\_recenti\\_ok.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pdf/I_comitati_etici_in_Italia_problematrice_recenti_ok.pdf)).

CNB, *Orientamenti per i comitati etici in Italia*, 13 luglio 2001 (il file pdf del documento si può trovare all'indirizzo: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/47.pdf>).

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO, *Deliberazione n. 4049*, 22 dicembre 2004, (*Interventi in materia di bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la pratica clinica*). Il testo del DGR è disponibile sul sito Internet della Regione Veneto, ove si troveranno indicazioni per consultare anche i relativi allegati ([http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/23B2E428-C39A-4551-AB3F-6F3AC1358B83/0/DGR4049del22\\_12\\_2004\\_Comitati\\_Etici.pdf](http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/23B2E428-C39A-4551-AB3F-6F3AC1358B83/0/DGR4049del22_12_2004_Comitati_Etici.pdf)).

UNESCO, *Establishing Bioethics Committees*, UNESCO, Paris, 18 aprile 2005 (il testo è disponibile online: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309e.pdf>).

UNESCO, *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, UNESCO, Paris, 10 aprile 2006 (indirizzo web: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf>).

UNESCO, *Educating Bioethics Committees*, UNESCO, Paris, 2 maggio 2007 (indirizzo web: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001509/150970e.pdf>).

### 1B. *Letteratura sui comitati etici per la pratica clinica (storia e dibattito critico sulla loro natura e funzioni)*

AGICH G.J., YOUNGNER S.J., *For experts only? Access to hospital ethics committees*, in "Hasting Centre Report", 21/5 (1991), pp. 17-25.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *Guidelines: Hospital Committees on Biomedical Ethics*, in J.W. Ross (ed.), *Handbook for Hospital Ethics Committees*, vol. 57, Chicago, American Hospital Publishing 1986, pp. 110-111.



ANNAS G.J., *Ethics committees: from ethical comfort to ethical cover*, in "Hasting Centre Report", 21/3 (1991), pp. 18-21.

Barbisan C., Bonetti M., Feltrin A., Furlan E. (a cura di), *Orizzonti e confini nella cura del morente. Vissuto degli operatori e ruolo dei Comitati Etici nel progetto "Etica del morire" della Regione Veneto*, FrancoAngeli, Milano 2010 (in corso di pubblicazione).

BARNI M., *La crisi esistenziale dei Comitati etici italiani*, in "Bioetica", 3 (1999), pp. 361-367.

BEYLEVELD D., BROWNWORD R., WALLACE S., *Clinical Ethics Committees: Clinical Support or Crisis Management?*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 13-25.

BAYLEY C., *Ethics Committees DX: Failure to Thrive*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 357-367.

BLAKE D.C., *The Hospital Ethics Committee: Health Care's Moral Conscience or White Elephant?*, in "Hastings Center Report", 22 (1992), pp. 6-11.

BLAKE D.C., *A Model for the Next Generation Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 1-3.

BLAKE D.C., *Reinventing the Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 8-32.

BOITTE P., *For an Ethical Function in Hospitals*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005, pp. 169-180.

CALLAHAN D., *Ethics Committees and Social Issues: Potentials and Pitfalls*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 1 (1992), pp. 5-10.

Cattorini P., Mordacci R., Reichlin M. (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996.

CATTORINI P., *I comitati d'etica negli ospedali*, in "Aggiornamenti sociali", 39/6 (1988), pp. 415-429.

CATTORINI P., MORDACCI R., *Ethics Committees in Italy*, in "HEC Forum", 4/3 (1992), pp. 219-226.

CONRAD E., *Terminal Success*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 287-290.

DAVIS W., *Failure to Thrive or Refusal to Adapt? Missing Links in the Evolution from Ethics Committees to Ethics Program*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 291-297.

DE VRIES R., FORSBERG C., *Who decides? A look at Ethics Committees Membership*, in "HEC Forum", 14/3 (2002), pp. 252-258.

DOYAL L., *Clinical ethics committees and the formulation of health care policy*, in "Journal of Medical Ethics", 27 (2001), suppl. I, pp. i44- i49.

ENGELHARDT H.T. JR., *Manuale di bioetica*, tr. it. di Stefano Rini sulla seconda edizione inglese, Il Saggiatore, Milano 1999<sup>2</sup> (titolo originale *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986<sup>1</sup>, 1996<sup>2</sup>).

ENGELHARDT H.T. JR., *Healthcare Ethics Committees: re-examining their social and moral functions*, in "HEC Forum", 11/2 (1999), pp. 87-100.

FLEETWOOD J.E., ARNOLD R.M., BARON R.J., *Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees*, in "Journal of Medical Ethics", 15 (1989) n. 3, pp. 137-142.

GALVAGNI L., *Bioetica e comitati etici*, Edizioni Dehoniane Bologna, Bologna 2005.

GILLON R., *Clinical ethics committees – pros and cons*, in "Journal of Medical Ethics", 23 (1997), pp. 203-204.

GLASER J.W., *Hospital Ethics Committees: One of the Many Centers of Responsibility*, in "Theoretical Medicine", 10 (1989) n. 4, pp. 275-288.

GRIENER G., STORCH J., *Hospital ethics committees: problems in evaluation*, in "HEC Forum", 4/1 (1992), pp. 5-18.

GUO L., SCHICK I., *The Impact of Committees Characteristics on the Success of Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 15/3 (2003), pp. 287-299.

HÄYRY M., *Ethics committees, principles and consequences*, in "Journal of Medical Ethics", 24 (1995), pp. 81-85.

HIRSCH E., *La révolution hospitalière. Une démocratie du soin*, Bayard, Paris 2002.

Lebeer G., Moulin M. (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 1 Brussels 3–5 June 1999*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles 2000.

Lebeer G., Moulin M. (eds.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees. Biomed II Working Papers. Workshop 2 Brussels 25–27 May 2000*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles 2001.

- Lebeer G. (ed.), *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*, IOS Press, Amsterdam 2002.
- LEBEER G., *Clinical Ethics Committees in Europe: assistance in medical decisions, fora for democratic debates, or bodies to monitor basic rights?*, Cardiff Centre for Ethics, Law and Society, University of Cardiff, Publications, 2003  
(<http://www.ccel.s.cardiff.ac.uk/archives/publications/2003/lebeerpaper.pdf>).
- MALHERBE J.F., *Comitati Etici: spazio privilegiato di dialogo*, in "Sanare infirmos", 1 (1987), pp. 9-11.
- MCCORMICK R., *Ethics Committees: Promise or Peril?*, in "Law, Medicine and Health Care", 4 (1984), pp. 150-155.
- MCGEE G., CAPLAN A.L., SANOGLE J.P., ASCH D.A., *A National Study of Ethics Committees*, in "American Journal of Bioethics", 1 (2001), 4, pp. 60-64.
- MCGEE G., SPANOGLE J., CAPLAN A., PENNY D., ASCH D., *Successes and Failures of Hospital Ethics committees: A National Survey of Ethics Committees Chairs*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 11 (2002), pp. 87-93.
- MCLEAN S., *What and who are clinical ethics committees for?*, in "Journal of Medical Ethics", 33 (2007), pp. 497-500.
- MCMILLAN J., *Ethics and Clinical Ethics Committees Education*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 45-52.
- MEIJBURG K., *Institutional Ethics Committees in the Netherlands*, in "HEC Forum", 4/3 (1992), pp. 209-217.
- MEULENBERGS T., VERMYLEN J., SCHOTSMANS P.T., *The current state of clinical ethics committees in Belgium*, in "Journal of Medical Ethics", 31 (2005), pp. 318-321.
- MILLS A., RORTY M., SPENCER E., *Ethics Committees and Failure to Thrive*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 279-286.
- MORDACCI R., *I comitati di etica: una realtà in divenire*, in "Aggiornamenti sociali", 48/2 (1997), pp. 127-138.
- Parizeau M.-H. (sous la direction de), *Hôpital & éthique: rôles et défis des comités d'éthique clinique*, Les presses de l'Université de Laval, Québec 1995.
- PEDERSEN R., AKRE V., FØRDE R., *What is happening during case deliberations in clinical ethics committees? A pilot study*, in "Journal of Medical Ethics", 35 (2009), pp. 147-152.

ROSS J.W., *Education for Ethics Committees: What to Learn and How to Teach*, in J.W. Ross, J.W. Glaser, D. Rasinski-Geogory, J.M. Gibson, C. Bayley (eds.), *Health Care Ethics Committee: The Next Generation*, Jossey-Bass Inc. Pub., San Francisco 1993, pp. 45-68.

ROSS J.W., *Changing the HEC Mission*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 4-7.

SCHEIRTON L.S., *Determinants of Hospital Ethics Committee Success*, in "HEC Forum", 4/6 (1992), pp. 342-359.

SCHEIRTON L.S., *Measuring Hospital Ethics Committee Success*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 2 (1993), pp. 495-504.

SCHEIRTON L.S., LEE KISSELL J., *The Leverage of the Law: the Increasing Influence of Law on Healthcare Ethics Committees*, in "HEC Forum", 13/1 (2001), pp. 1-12.

SCHICK I., MOORE S., *Ethics committees identify four key factors for success*, in "HEC Forum", 10/1 (1998), pp. 75-85.

SELF D., SKEEL J., *The moral reasoning of HEC members*, in "HEC Forum", 10/1 (1998), pp. 43-54.

SILVERMAN H., *Revitalizing a hospital ethics committee*, in "HEC Forum", 6/4 (1994), pp. 189-222.

SLOMKA J., *The ethics committee: providing education for itself and others*, in "HEC Forum", 6/1 (1994), pp. 31-38.

SLOWTHER A., HOPE T., ASHCROFT R., *Clinical ethics committees: a worldwide development*, in "Journal of Medical Ethics", 27 (2001), suppl. I, p. i1.

SLOWTHER A., MCMILLAN J., *The Development of Healthcare (Clinical) Ethics Committees in the U.K.*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 1-3.

SLOWTHER A., HILL D., MCMILLAN J., *Clinical Ethics Committees: Opportunity or Threat?*, in "HEC Forum", 14/1 (2002), pp. 4-12.

U.S. PRESIDENT'S COMMISSION, *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*, 1983, pp. 160-170 ([http://www.bioethics.gov/reports/past\\_commissions/deciding\\_to\\_forego\\_tx.pdf](http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/deciding_to_forego_tx.pdf)).

U.S. NATIONAL COMMISSION, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*, 1979 (<http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>).

VERWEIJ M., BROM F., HUIBERS A., *Do's and Dont's for Ethics Committees: Practical Lessons Learned in the Netherlands*, in "HEC Forum", 12/4 (2000), pp. 344-357.

Viafora C. (a cura di), *Comitati Etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1995. In particolare:

- VIAFORA C., *Comitati di Bioetica: presupposti, problemi, prospettive*, pp. 15-38;
- DRANE J.F., *I Comitati di Etica in Ospedale: al servizio del rinnovamento dell'Etica medica*, pp. 39-72;
- WELIE J., *La centralità della funzione formativa nell'esperienza dei Comitati etici*, pp. 75-90;
- GRACIA D., *L'etica dei Comitati di etica*, pp. 119-134;
- POLETTI P., *Comitati Etici in Ospedale: strumenti di formazione*, pp. 201-223;
- EUSEBI L., *Profilo giuridico dei Comitati Etici*, pp. 225-238.

VIAFORA C., *I comitati di bioetica in Italia. Tensioni e potenzialità di un sistema in costruzione*, in "Aggiornamenti sociali", 50/12 (1999), pp. 827-840.

WEAR S., JACK C., *The relevance for HECs of H.T. Engelhardt's The Foundations of Bioethics*, in "HEC Forum", 8/1 (1996), pp. 2-11.

WEIR R.F., *Pediatrics Ethics Committees: Ethical Advisers or Legal Watchdogs?*, in "Law, Medicine, and Health Care", 15 (1987), pp. 99-108.

WENGER N.S., *The HEC Model of the Future Builds on Deficiencies of the Past*, in "HEC Forum", 12/1 (2000), pp. 33-38.

WHITE E., *Reflections on the Success of the Hospital Ethics Committees in my Health System*, in "HEC Forum", 18/4 (2006), pp. 349-356.

WOLF S.M., *Ethics committees and due process: nesting rights in a community of care*, in "Maryland Law Review", 50 (1991), pp. 798-858.

WOLF S.M., *Due process in ethics committees case review*, in "HEC Forum", 4/2 (1992), pp. 83-96.

## 2. BIOETICA E DIGNITÀ UMANA

### 2A. *Principali documenti internazionali (in particolare relativi alla bioetica) in cui la nozione di dignità umana gioca un ruolo fondamentale*

CONSIGLIO D'EUROPA, *Convenzione di Oviedo* (1997); per il testo in italiano si veda <http://conventions.coe.int/Treaty/ITA/Treaties/Html/164.htm>. Per il testo ufficiale in inglese si veda <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>.

ONU, *Statuto delle Nazioni Unite* (1945); si è fatto riferimento alla traduzione proposta dal sito ufficiale dell'Onu Italia <http://www.onuitalia.it/nu/statuto/introduzione.html>; per il testo originale in inglese si veda <http://www.un.org/en/documents/charter/>.

ONU, *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (1948); per il testo ufficiale in inglese si veda <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.pdf>; per la traduzione italiana si è fatto riferimento a [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21001it.pdf).

ONU, *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (1966); il testo in inglese è disponibile all'indirizzo <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/ccpr.pdf>; per la traduzione italiana si è fatto riferimento a [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21003it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21003it.pdf).

ONU, *Patto internazionale sui diritti economici, sociale e culturali* (1966); il testo in inglese è disponibile all'indirizzo <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/cescr.pdf>; una buona traduzione italiana all'indirizzo [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/21002it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/21002it.pdf).

ONU, *Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità* (2006); il testo ufficiale si trova all'indirizzo: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>; per la traduzione italiana si veda invece <http://www.solidarietasociale.gov.it/NR/rdonlyres/9768636A-77FE-486D-9516-8DF667967A75/0/ConvenzioneONU.pdf>

UNESCO, *Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani* (1997); per il testo in inglese si veda [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=13177&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html); una buona traduzione italiana si può trovare all'indirizzo [http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a\\_strumenti/pdfit/25001it.pdf](http://www.centrodirittiumani.unipd.it/a_strumenti/pdfit/25001it.pdf).

UNESCO, *Dichiarazione universale sulla diversità culturale* (2001); il testo ufficiale in inglese si trova sul sito internet dell'Unesco all'indirizzo: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160m.pdf> (alle pp. 10-16). La traduzione italiana ufficiale cui si fa riferimento si trova invece all'indirizzo [www.unesco.it/document/documenti/testi/dich\\_diversita.doc](http://www.unesco.it/document/documenti/testi/dich_diversita.doc).

UNESCO, *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005); per il testo in inglese si veda [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html); una buona traduzione italiana è offerta in appendice a Turoldo F. (a cura di), *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'Unesco*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 2007.

UNIONE EUROPEA, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* (2000); il testo ufficiale in inglese si può trovare sul sito web ufficiale dell'Unione Europea all'indirizzo [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf). La traduzione italiana ufficiale si trova all'indirizzo [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf).

WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 1964-2008*; il testo ufficiale in inglese si può trovare sul sito web <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>.

## **2B. Per una interpretazione critica della nozione di dignità umana in bioetica**

AGICH G., *Reflections on the function of dignity in the context of caring for old people*, in: "Journal of Medicine and Philosophy" 32 (2007), pp. 483-494.

ANDORNO R., *The paradoxical notion of human dignity*, in "Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto", 2 (2001), pp. 151-168.

ANDORNO R., *Dignity of the person in the light of international biomedical law*, in "Medicina e Morale", 55/1 (2005), pp. 165-178.

ANDORNO R., *La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?*, in "Revue Generale de Droit Médical" , 16 (2005), pp. 95-102.

ANDORNO R. *La bioéthique et la dignité de la personne*, Presses Universitaires de France, Paris 1997.

ANSCOMBE G.E.M., "The Dignity of the Human Being", in EAD., *Human Life, Action and Ethics*, a cura di M. Geach e L. Gormally, Imprint Academic, Exeter 2005, pp. 67-73.

ARAMESH K., *Human Dignity in Islamic Bioethics*, in "Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology", 6 (2007), pp. 25-28.

Argiroffi A., Becchi P., Anselmo D. (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana*, Aracne, Roma 2008.

- ASHCROFT R.E., *Making sense of dignity*, in "Journal of Medical Ethics", 31 (2005), pp. 679-682.
- BADCOTT D., *The basis and relevance of emotional dignity*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 6 (2003), pp. 123-131.
- BAKER R., *Bioethics and Human Rights: A Historical Perspective*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 10 (2001), pp. 241-252.
- BENATAR D., *Bioethics and health and human rights: a critical view*, in "Journal of Medical Ethics", 32 (2006), pp. 17-20.
- BARILAN M., BRUSA M., *Human rights and bioethics*, in "Journal of Medical Ethics", 34 (2008), pp. 379-383.
- Bayertz K. (a cura di), *Sanctity of Life and Human Dignity*, Nijhoff, Dordrecht 1996.
- BECCHI P., *L'idea kantiana di dignità umana e le sue attuali implicazioni in ambito bioetico*, in P. Becchi, G. Cunico, O. Meo (a cura di), *Kant e l'idea di Europa*, Il Melangolo, Genova 2005, pp. 15-37.
- BECCHI P., *Das Puzzle der Menschenwürde*, in Becchi P., Luminati M., Grader C., *Interdisziplinäre Wege in der juristischen Grundlagenforschung*, Schulthess, Zürich 2007, pp. 157-182.
- BECCHI P., *Il principio dignità umana*, Morcelliana, Brescia 2009.
- BERTI E., *I diritti umani quali principi etici condivisibili*, in "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 9/1 (2001), pp. 127-138.
- BEYLEVELD D., BRONSWORD R., *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*, Oxford University Press, Oxford 2001.
- BEYLEVELD D., BRONSWORD R., *Human dignity, human rights and the human genome*, in J.D. Rendtorff, P. Kemp (eds.), *Basic ethical principles in European Bioethics and Biolaw, Vol. II: Partners' research*, Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institut Borja de Bioética, Barcelona 2000.
- BLENGIO VALDÉS M., *El derecho al reconocimiento de la dignidad humana*, Amalio M. Fernandez, Montevideo 2007.
- BLOCH E., *Naturrecht und menschliche Würde*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1961 (trad. it. di G. Russo, *Diritto naturale e dignità umana*, G. Giappichelli, Torino 2005).



Böckenförde E.W., Spaemann R. (a cura di), *Menschenrechte und Menschenwürde. Historische Voraussetzungen – säkulare Gestalt - christliches Verständnis*, Klett-Cotta, Stuttgart 1987.

BOSTROM N., *In defense of posthuman dignity*, in "Bioethics", n. 19 (2005), 3, pp. 203-214 (tr. it. *In difesa della dignità postumana*, in "Bioetica", Anno XIII, 2005, 4, pp. 33-46).

BREUVART J.M., *Le concept philosophique de dignité humaine*, in "Le Supplément. Revue d'éthique et de théologie morale", 191 (1994), pp. 99-129.

BROCKHAGE D., *Die Naturalisierung der Menschenwürde in der deutschen bioethischen Diskussion nach 1945*, LIT, Münster 2008.

BRAUN K., *Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik*, Campus, Frankfurt 2000.

BRUDERMÜLLER G., *Menschenwürde: Begründung, Konturen, Geschichte*, Königshausen & Neumann, Würzburg 2008.

BURNS L., *What is the scope for the interpretation of dignity in research involving human subjects?*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 11 (2008), pp. 191-208.

CADORE B., *L'argument de la dignité humaine en éthique biomédicale*, in "Le Supplément. Revue d'éthique et de théologie morale", 191 (1994), pp. 73-98.

CATTANEO M.A., *Giusnaturalismo e dignità umana*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2006.

Cattorini P., D'Orazio E., Pocar V. (a cura di), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana e l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999.

CAULFIELD T., BROWNSWORD R., *Human dignity: a guide to policy making in the biotechnology era?*, in "Nature Review Genetics", 7 (2006), pp. 72-76.

Ceccherini E. (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Editoriale Scientifica, Napoli 2008.

CHOCHINOV H.J., *Dignity and the Eye of the Beholder*, in "Journal of Clinical Oncology", 22 (2004), 7, pp. 1336-1340.

CHOCHINOV H.J., *Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patient near the end of life*, in: "Journal of Clinical Oncology", 23 (2005), pp. 5520-5525.

CHOCHINOV H.J., *Dying, Dignity and new Horizons in Palliative end-of-life Care*, in "CA: A Cancer Journal for Clinicians", 56 (2006), pp. 84-103.

CHOCHINOV H.J., *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*, in "British Medical Journal", 335 (2007), pp. 184-187.

COLLSTE G., *Should every human being get health care? Priorities in health care and the principle of human dignity*, in "Ethical Perspectives", 6 (1999), pp. 115-125.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dignitas personae. Su alcune questioni di bioetica*, 12 dicembre 2008.

De Dias Vial Correa J., Sgreccia E. (a cura di), *Natura e dignità della persona umana a fondamento del diritto alla vita*, Libreria Editrice Vaticana, Roma 2003.

DE KONINCK T., *La dignité humaine*, Presses Universitaires de France, Paris 2005.

DE KONINCK T., LAROCHELLE G., *La dignité humaine: philosophie, droit, politique, économie, médecine*, Presses universitaires de France, Paris 2005.

Dillon R. (a cura di), *Dignity, Character and Self-Respect*, Routledge, New York 1995.

DONAGAN A., *The Theory of Morality*, Chicago University Press, Chicago 1977.

D'ORONZIO J., *Keeping Human Rights on the Bioethics Agenda*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 10 (2001), pp. 223-226.

EDGAR A., *A response to Nordenfelt's "The Varieties of dignity"*, in "Health Care Analysis", 12 (2004), n. 2, pp. 83-90.

FAUNCE T.A., *Will international human rights subsume medical ethics? Intersections in the UNESCO Universal Bioethics Declaration*, in "Journal of Medical Ethics", 31/3 (2005), pp. 173-178.

FISCHER M., *Der Begriff der Menschenwürde: Definition, Belastbarkeit und Grenzen*, P. Lang, Frankfurt a.M. 2005.

FREISTETTER W., *Naturrecht als Herausforderung - Menschenrechte und Menschenwürde*, NWV, Neuer Wiss. Verl., Wien 2005

Furlan E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano 2009.

HABERMAS J., *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2001 (trad. it. di L. Ceppa, *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Einaudi, Torino 2002).

- HÄRLE W., *Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten*, Herder, Freiburg 2008.
- HASSEMER W., *Argomentare con concetti fondamentali. L'esempio della dignità umana*, in "Ars interpretandi" 10 (2005), pp. 125-139.
- HÄYRY M., TAKALA T., *Another look at dignity*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 13 (2004) n. 1, pp. 7-14.
- HILL T.E., *Autonomy and Self-Respect*, Cambridge University Press, Cambridge 1991.
- HILL T.E., *Dignity and Practical Reason in Kant's Moral Theory*, Cornell University Press, Ithaca 1992.
- HILL T.E., *Human Welfare and Moral Worth*, Oxford University Press, Oxford 2002.
- HOFFE O., *Il principio dignità umana*, in "Iride", 33 (2001), pp. 243-250.
- HÖFFE O., "Prinzip Menschenwürde", in Id., *Medizin ohne Ethik?*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2002, pp. 49-69.
- HOFMANN H., *La promessa della dignità umana*, in "Rivista internazionale di filosofia del diritto", 76 (1999), pp. 620-650.
- JACOBSON N., *Dignity and health: a review*, in "Social science & medicine", 64 (2007), pp. 292-302.
- JOHNSON PHILIP R.S., *An analysis of "dignity"*, in "Theoretical Medicine and Bioethics", 19 (1998) n. 4, pp. 337-352.
- JONAS H., *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1979 (trad. it. a cura di P.P. Portinaro, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 1990).
- KAPUST A., *Menschenwürde auf dem Prüfstand*, in "Philosophische Rundschau", 54 (2007), pp. 279-307.
- KASS L., *Life, liberty and defense of dignity. The challenge for bioethics*, Encounter Books (trad. it. *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino 2007).
- Kettner M. (a cura di), *Biomedizin und Menschenwürde*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2004.
- KLEY A., *Die Menschenwürde: Urgrund aller Menschenrechte oder Universalgrundrecht?* Schulthess, Zürich 2006.

- KNOEPFLER N., *Menschenwürde in der Bioethik*, Springer, Berlin-Heidelberg 2004.
- KNOWLES L., *The Lingua Franca of Human Rights and the Rise of Global Bioethics*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 10 (2001), pp. 253-263.
- KOLNAI A., *Dignity*, in "Philosophy", 51 (1976), pp. 251-271.
- KORSGAARD C.M., *The Sources of Normativity*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- KORSGAARD C.M., *Creating the Kingdom of Ends*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- LADRIERE J., *Préface a DELFOSSE M.-L., L'expérimentation médicale sur l'être humain. Construire le normes, construire l'éthique*, De Boeck, Bruxelles 1993, pp. 5-13.
- LEBECH M., *What is human dignity?*, in "Mainooth philosophical papers", 2 (2004), pp. 59-69.
- MACKLIN R., *Dignity is a useless concept*, in "British Medical Journal", 327 (2003), pp. 1419-1420.
- MARCEL G., *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Montaigne, Paris 1964 (trad. it. *La dignità umana e le sue matrici esistenziali*, Elledici, Torino 1983).
- MORDACCI R., *Bioetica della sperimentazione*, FrancoAngeli, Milano 1997.
- MORDACCI R., *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.
- MORDACCI R., *Kant-Renaissance. La riscoperta dell'etica normativa in Kant*, in I. KANT, *Metafisica dei costumi*, Bompiani, Milano 2006, pp. 741-798.
- MORDACCI R., *La vita etica e le buone ragioni*, Bruno Mondadori, Milano 2007.
- MORDACCI R., *Ragioni personali. Saggio sulla normatività morale*, Carocci, Roma 2008.
- MORDACCI R., *Elogio dell'immoralista*, Bruno Mondadori, Milano 2009.
- NIDA-RÜMELIN J., *Wo die Menschenwürde beginnt*, in Id., *Ethische Essays*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 2002, pp. 405-410.
- NORDENFELT L., *The varieties of dignity*, in "Health Care Analysis", 12 (2004), n. 2, pp. 69-82.

- NUSSBAUM M., *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Il Mulino, Bologna 2002.
- O'NEILL O., *Acting on Principles*, Columbia University Press, New York 1975.
- POISSON J.-F., *La dignité humaine*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux 2004.
- REICHLIN M., *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.
- REICHLIN M., *Fini in sé. La teoria morale di Alan Donagan*, Trauben, Torino 2003.
- REICHLIN M., *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007.
- REICHLIN M., *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008.
- RENDTORFF J., *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw*, in "Medicine, Healthcare and Philosophy", 5 (2002), pp. 235-244.
- SALA R., *Bioetica e pluralismo dei valori. Tolleranza, principi, ideali morali*, Liguori Editore, Napoli 2003.
- SCHACHTER O., *Human Dignity as a Normative Concept*, in "The American Journal of International Law", 77 (1983), pp. 848-854.
- SCHMIDT H., *Whose dignity? Resolving ambiguities in the scope of "human dignity" in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, in "Journal of Medical Ethics", 33 (2007), pp. 578-584.
- SCHROEDER D., *Dignity: Two Riddles and Four Concepts*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 17 (2008), pp. 230-238.
- SEEDHOUSE D., GALLAGHER A., *Undignifying institutions*, in "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 368-372.
- SEELMANN K., "Menschenwürde: ein neuer Schlüsselbegriff", in Id., *Rechtphilosophie*, Verlag C.H. Beck, München 2004 (trad. it. *Dignità dell'uomo: un nuovo concetto-chiave*, in SEELMANN K., *Filosofia del diritto*, trad. it. di G. Stella, Guida, Napoli 2006, pp. 251-267).
- Seelmann K. (a cura di), *Menschenwürde als Rechtsbegriff*, (ARSP Beiheft, n. 101), F. Steiner, Stuttgart 2004.
- SENNETT R., *Rispetto: la dignità umana in un mondo di diseguali*, Il Mulino, Bologna 2004.

SIEGETSLEITNER A., KNÖPFFLER N., *Menschenwürde im interkulturellen Dialog*, Alber, Freiburg 2005.

SPINNER J., *Die Situation der Menschenwürde in der westlichen Kultur*, WVB Wissenschaftlicher Verlag Berlin, Berlin 2005.

Stoecker R. (a cura di), *Menschenwürde. Annäherung an einen Begriff*, öbv und hpt, Wien 2003.

TAURECK B., *Die Menschenwürde im Zeitalter ihrer Abschaffung: eine Streitschrift*, Merus Verlag, Hamburg 2006.

The President's Council on Bioethics, *Human Dignity and Bioethics: Essays commissioned by the President's Council on Bioethics*, marzo 2008 (pubblicato sul sito del President's Council on Bioethics all'indirizzo [http://www.bioethics.gov/reports/human\\_dignity/human\\_dignity\\_and\\_bioethics.pdf](http://www.bioethics.gov/reports/human_dignity/human_dignity_and_bioethics.pdf)).

THIES C., *Der Wert der Menschenwürde*, Schöningh Paderborn, Paderborn 2009.

THOMASMA D., *Proposing a New Agenda: Bioethics and International Human Rights*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 10 (2001), pp. 299-310.

TIEDEMANN P., *Was ist Menschenwürde?: eine Einführung*, WBG, Darmstadt 2006.

VIAFORA C., *Indivisibile dignità. Un'analisi delle implicanze bioetiche della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, in "La Società", 5 (2002), pp. 641-651.

VINCENTI U., *Diritti e dignità umana*, Laterza, Roma-Bari 2009.

WAH J.T., *Dignity in Long-Term Care for Older Persons: a Confucian Perspective*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 32 (2007), pp. 465-481.

WETZ F.J., *Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwerts*, Klett-Cotta, Stuttgart 2005.

WOOD A., *Kant's Ethical Thought*, Cambridge University Press, Cambridge 1999.

### 3. BIOETICA CLINICA E METODOLOGIA PER L'ANALISI ETICA DELLA PRATICA CLINICA

ARTNAK K., *A comparison of principle-based and case-based approaches to ethical analysis*, in "HEC Forum", 7/6 (1995), pp. 339-352.

BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J. F., *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 1979, 1983, 1989, 1994, 2001, 2008.

BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J. F., *Principi di etica biomedica*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze 1999 (traduzione condotta sulla 4<sup>a</sup> edizione – 1994 – del testo originale).

BEAUCHAMP T., *Methods and principles in biomedical ethics*, in "Journal of Medical Ethics", 29 (2003), pp. 269-274.

CAMPBELL A., *The virtues (and vices) of the four principles*, in "Journal of Medical Ethics", 29 (2003), pp. 292-296.

DAWSON A., GARRARD E., *In defence of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles*, in "Journal of Medical Ethics", 32 (2006), pp. 200-204.

DURANTE C., *Bioethics in a pluralistic society: bioethical methodology in lieu of moral diversity*, in "Medicine, Healthcare and Philosophy", 12 (2009), pp. 35-47.

GILLON R., *Defending 'the four principles' approach to biomedical ethics*, in "Journal of Medical Ethics", 21 (1995), pp. 323-324.

GRACIA D., *Fundamentos de bioetica*, Eudema, Madrid 1989, (tr. it., *Fondamenti di bioetica*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1993).

GRACIA D., *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid 1991.

GRACIA D., *Ethical deliberation: the role of methodologies in clinical ethics*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 4 (2001), pp. 223-232.

GRACIA D., *Ethical case deliberation and decision making*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 6 (2003), pp. 227-233.

GRACIA D., *Spanish Bioethics Comes Into Maturity: Personal Reflections*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 18 (2009), pp. 219-227.

HOLM S., *Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics*, in "Journal of Medical Ethics", 21 (1995), pp. 332-338.

JONSEN A.R., TOULMIN S., *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, University of California Press, Berkeley, CA 1988.

KOTTOW M., *Refining deliberation in bioethics*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 12 (2009), pp. 393-397.

MORDACCI R., *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone. Linee per un'analisi critica*, Prima parte in "Teologia", 20/1 (1995), pp. 75-103; seconda parte in "Teologia", 20/2 (1995), pp. 189-207.

SCOFIELD G., *Forms over substance. Response to Viafora*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 2 (1999), pp. 299-303.

STEINKAMP N., *European debates on ethical case deliberation*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 6 (2003), pp. 225-226.

STEINKAMP N., GORDJIN B., *Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods*, in "Medicine, Healthcare and Philosophy", 6 (2003), pp. 235-246.

STEINKAMP N., *Ethical deliberation in healthcare organizations. Studies on structures and methods*, Scientific Institute for Quality in Healthcare, Nijmegen 2009.

TAKALA T., *What is Wrong with Global Bioethics? On the Limitations of the Four Principles Approach*, in "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics", 10 (2001), pp. 72-77.

VIAFORA C., *L'argomentazione in Bioetica*, in Id. (a cura di), *Comitati Etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1995, pp. 135-200.

VIAFORA C., *Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 2 (1999) n. 3, pp. 283-297.

Viafora C. (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005. In particolare:

- PELLEGRINO E., *The "Telos" of Medicine and the Good of the Patient*, pp. 21-32;
- TEN HAVE H., *"A Helping and Caring Profession": Medicine as a Normative Practice*, pp. 75-97;
- MORDACCI R., *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, pp. 101-113.

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

Viafora C., Mocellin S. (a cura di), *L'argomentazione del giudizio bioetico*, FrancoAngeli, Milano 2006.



WELIE J., *Let's move beyond autonomy, beneficence and justice – a commentary to Viafora*, in "Medicine, Healthcare and Philosophy", 2 (1999), pp. 305-308.

#### 4. RIVISTE, ENCICLOPEDI E DIZIONARI

##### **4A. Enciclopedie e dizionari sulla bioetica**

Hottois G., Parizeau M.-H. (sous la direction de), *Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopedique*, De Boeck, Bruxelles 1993.

Hottois G., Missa J.-N. (sous la direction de), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie*, De Boeck, Bruxelles 2001.

LECALDANO E., *Dizionario di bioetica*, coordinamento editoriale di P. Donatelli, in collaborazione con M. Balistreri, C. Botti, S. Pollo, GLF Editori Laterza, Roma 2002.

Leone S., Privitera S. (a cura di), *Nuovo dizionario di bioetica*, Città nuova, Roma - Istituto siciliano di bioetica, Acireale 2004.

Post S.G. (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, 3<sup>rd</sup> ed., MacMillan Reference, New York 2004.

Reich W.T. (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, Free Press, New York 1978.

Reich W.T. (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, Revised edition, Simon & Schuster – Macmillan, New York 1995.

TETTAMANZI D., *Dizionario di bioetica*, a cura di M. Doldi, Piemme, Casale Monferrato 2002.

##### **4B. Riviste internazionali sulla bioetica considerate in maniera sistematica**

Bioetica. Rivista interdisciplinare (dal 1993 ad oggi)

Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (dal 1992 ad oggi)

Hastings Centre Report (dal 1983 ad oggi)

HEC Forum (dal 1989 ad oggi)

Medicina e Morale

Medicine Healthcare and Philosophy (dal 1998 ad oggi)

Journal of Medical Ethics (dal 1983 ad oggi)