

RIVOLUZIONE BIOTECNOLOGICA E DOMANDA BIOETICA

Mauro Cozzoli

Questa riflessione vuol essere uno sguardo etico di carattere generale sulla concezione, sulla ricerca e sulla prassi medica oggi, caratterizzate e provocate dalla rivoluzione biotecnologica. Dire etica è dire attenzione all'uomo: alla persona. Perché l'etica è premura, tutela e promozione dell'*umano*, che è il valore centrale nell'universo creato. Un valore che rispecchia la dignità stessa di Dio, che crea l'essere umano, uomo e donna, a sua "immagine e somiglianza" (*Gen 1,26*).

In un mondo di persone non sono in gioco, per l'intelligenza e la libertà, soltanto oggetti, strumenti e risultati ma anche soggetti, valori e fini. Sui primi ha competenza la razionalità scientifica. Sui secondi la razionalità etica. Entrambe insieme: nel rispetto della legittime autonomie e nella sinergia delle relazioni.

1. I sintomi di un cambiamento

Morale e medicina hanno sempre avuto un rapporto armonico, ovvio e ap problematico. L'etica non ha mai rappresentato una sfida per la medicina. Perché la scienza medica ha sempre conservato e coltivato il suo carattere sapienziale, delineato dalla sua centratura antropologica: centratura sull'uomo. Sull'uomo in una particolare condizione di vita: la malattia. L'uomo, il paziente, al centro.

C'è "una storia della medicina, scritta da figure straordinarie, che hanno aperto la strada a numerosissime e meravigliose scoperte. All'origine e al centro di questa storia c'è sempre stata la figura del *paziente*, la persona umana sofferente, su cui "doveva convergere tutta l'attenzione e l'attività del medico". Per ciò stesso la medicina aveva una sua anima etica: questa le era consostanziale. La dimostrazione, la prova di fatto? Il Giuramento di Ippocrate, in cui la comunità medica si è sempre unanimemente riconosciuta. Esso "ha costituito per secoli la radice morale della deontologia medica, cioè del codice di norme che devono guidare il comportamento di ogni medico"¹.

¹ Cfr A. Serra, *Medicina "biotecnologica" o medicina "umana"?* in *La Civiltà Cattolica* CLI/3597 (2000) vol. II, p.227. Nella prima parte di questa riflessione sono debitore, per la documentazione, a questo articolo di A.Serra.

Qualcosa è cambiato nell'ultimo quarantennio, segnato dalla "rivoluzione biotecnologica": dal trapasso alla medicina "biotecnologica". I sintomi del cambiamento e delle preoccupazioni che suscitano sono tanti. Ne rileviamo alcuni, diagnosticati da due attenti e acuti osservatori del mondo e della prassi medica negli Stati Uniti. Il primo, Paul R. McHugh, Direttore del Dipartimento di Psichiatria e Scienze del Comportamento delle *Johns Hopkins Medical Institutions*. Il secondo, Richard McCormick, noto studioso di etica, aperto ai contributi più avanzati del progresso in campo medico.

La denuncia di Paul R. McHugh parte dall'osservazione e dall'analisi delle modifiche via via apportate al giuramento di Ippocrate nelle due celebri scuole di medicina degli Stati Uniti: la *Harward* e la *Johns Hopkins*. Egli scrive: "Negli anni recenti, assistendo alla cerimonia dei nuovi laureati alle scuole di medicina della *Johns Hopkins* e della *Harward*, ho notato che la versione del giuramento di Ippocrate da essi recitata andava cambiando, e col passare degli anni le prescrizioni etiche erano espresse in modo sempre meno preciso e più vaghe. Che gli *standard* etici dei medici stessero diventando sempre più nebulosi mentre gli *standard* clinici stanno diventando sempre più stabili e precisi, mi parve una evoluzione strana e ironica". Dopo varie osservazioni Paul McHugh conclude: "Questo giuramento è un passo falso e nello stesso tempo grandemente vulnerabile per la medicina: in un tempo quando altri, come i *manager* della sanità e i legislatori, sono pronti a definire con chiarezza ciò che il medico deve fare... Gli studenti di medicina non dovrebbero più fare e, tanto meno, scrivere giuramenti. Essi farebbero meglio a proseguire nel servizio del malato e così scoprire nello sforzo di farlo bene, gl'ideali che sottendono la pratica medica. In questo sforzo... comprenderanno anche come si deve resistere a molte forze fuori della professione medica – commerciali, burocratiche, ideologiche – al fine di proteggere la vita e il morale del malato oggi"².

Richard A. McCormick invece, in un articolo dal titolo significativo "Bioethics. A Moral Vacuum?", denuncia il *vuoto morale* che si sta aprendo nel campo della medicina. Egli considera cinque fattori che concorrono a scavare e allargare questo vuoto morale. Il primo consiste nell'*assolutizzazione dell'autonomia* della scienza e relativa tecnica, che taglia fuori "dalla considerazione quei beni e valori che rendono le scelte giuste o sbagliate". Queste rispondono al criterio dell'efficacia/inefficacia: la loro bontà è misurata dal risultato. Il che vuol dire il congedo da ogni istanza etica. Il secondo fattore è la *secolarizzazione della medicina*, la quale va smarrendo il senso della sacralità della vita. La sua essenziale manifestazione "è il deteriorarsi della relazione medico-paziente... dietro cui c'è la perdita di una cultura di compassione e cura, sostituita da un *ethos* di affari". In terzo luogo, "un' *enfasi dell'etica clinica*,

² P. R. McHugh, *Hippocrates à la mode* in *Nature Medicine*, vol. II, 1996, 507.

che facilmente ignora aspetti collaterali come il bene comune, la giustizia distributiva e la spiritualità del paziente”. Una medicina riverberata e chiusa sulla razionalità e prassi clinica non si fa carico di ragioni etiche di giustizia, di solidarietà e di spiritualità. Quarto fattore: “Una *preoccupazione della legge*, che ha effettivamente eliminato dalla pubblica considerazione un’ampia gamma di coinvolgimenti morali”. Si tratta della ricaduta in campo medico del proceduralismo e del consensualismo giuridico, per cui la legge vale in ragione della sua codificazione e promulgazione formale, non dei suoi contenuti morali: conta la legge non la sua rispondenza ai valori morali. Non è un caso che non pochi medici e operatori sanitari (nonché politici ed amministratori) nascondono dietro la complicità della legge il loro disimpegno etico. Ed invocano il cambiamento della legge per approvare e consentire scelte e prassi mediche moralmente inammissibili. Quinto ed ultimo fattore: “una *preoccupazione del controllo dei costi* che punta strettamente sull’efficienza finanziaria, trascurando così i problemi etici più essenziali”. Un esempio eclatante è sotto i nostri occhi in questi giorni: la produzione e l’uso di embrioni umani, come la via più economica, alla disponibilità di cellule staminali per fini di ricerca terapeutica. Dietro queste analisi non c’è uno sguardo pessimista dell’autore, il quale riconosce le istanze di bontà presenti nel nuovo. Egli non si nasconde e dice espressamente che “ciascuno dei cinque fattori ha la sua legittimazione e importanza”. Essi però “presi insieme hanno l’effetto generale di relegare a uno stato secondario problemi etici fondamentali al cuore della medicina o anche di evitarli totalmente. Quando ciò accade la bioetica è ridotta a bioetichetta, cioè a un vuoto morale”³.

2. Influssi e condizionamenti della “terza cultura”

Sintomi e diagnosi come queste stanno a dirci del grande cambiamento in atto nella medicina, che mette a nudo la crisi dissociativa che l’attraversa. Portandoci su un orizzonte di analisi e di spiegazione più ampio e prospettico, troviamo il disorientamento provocato dalla cosiddetta “terza cultura” – cultura tecnologica – da cui la medicina è stata pienamente investita. Terza rispetto alla cultura umanistica e alla cultura scientifica in senso classico e che sta saturando oggi la società. Cultura fatta, secondo J. Brockman, “da quegli scienziati e altri pensatori del mondo tecnico che, attraverso il loro lavoro e i loro scritti, stanno prendendo il posto dell’intellettuale tradizionale rendendo visibili i significati più profondi della nostra vita,

³ R. A. McCormick, *Bioethics. A moral vacuum?* In *America* 15 (1999) 8-12

ridefinendo chi e che cosa noi siamo”⁴. Cultura dominata dai tecnocrati: come tale posta sotto il principio dell’efficienza, del risultato e del vantaggio. Cultura *marketing oriented*: “Possono gli scienziati – si domanda J.Ziman – produrre conoscenza oggettiva in un mondo dove la loro ricerca è in modo crescente diretta a far denaro o a soddisfare le necessità sociali [i desideri indotti nella gente]?”⁵. Una cultura che ostenta sicurezza ma che nasconde dubbi e perplessità, molti dei quali prima o poi esplodono nelle loro inquietanti e irrimediabili conseguenze.

Cultura – sintetizza A. Serra, analizzandola più a fondo - caratterizzata dal sistema assiomatico che ha dominato la scienza dell’ultimo cinquantennio e definibile dai seguenti quattro assiomi: “nulla esiste al di fuori dell’universo” (immanentismo ontologico); “nella scala animale non ci sono salti di qualità [così tra la vita umana e la vita animale]: tutto è un gioco di geni, anche nell’uomo” (agnosticismo assiologico); “l’etica non ha principi immutabili” (relativismo etico); “la scienza è neutra (scetticismo epistemologico)”⁶.

Questa cultura – rileva K.Kelly – “sta diventando globale e allo stesso tempo fondamentale”⁷. E “la medicina – costata A.Serra - ha subito, quasi inesorabilmente, la forte pressione di questa nuova cultura”⁸. Le ricadute su di essa sono notevoli e molteplici, evidenziate da manifestazioni diverse, concernenti orientamenti e prassi. Tra cui lo slittamento dalla *medicina dei bisogni* alla *medicina dei desideri*; il fraintendimento della “qualità della vita” come “vita di qualità”; la sottomissione alla logica del profitto; il ripiegamento e la connivenza con gli interessi forti e gridati; la sporgenza della tecnica clinica sull’approccio umano; il paziente come “caso clinico” più che “volto umano”; l’indisponibilità e l’incapacità di dare senso alla sofferenza; la medicalizzazione di disagi umani; la selezione germinale e la selezione genotipica (già in atto), in vista della selezione genica (in cantiere); il cedimento progressivo all’eutanasia; l’accanimento terapeutico; la banalizzazione dell’aborto; l’oblio e la marginalizzazione delle “vite senza valore” perché senza voce.

⁴ J. Brockman, *The third culture. Beyond the scientific revolution*, Simon and Schuster, New York 1995, 17. Cfr anche K.Kelly, *The third culture* in *Science*, 1998, vol. 279, 993

⁵ Cfr J.Ziman, *Is science losing its objectivity?* in *Nature*, 1996, vol. 382, 751-754.

⁶ Cfr A. Serra, a.c., 230.

Scrive in merito a quest’ultimo assioma J.Roblat, professore emerito di Fisica all’Università di Londra e Premio Nobel per la pace (1995): “Gli scienziati non possono più pretendere che il loro lavoro non abbia nulla a che fare con il benessere individuale e sociale... Essi dicono che obbligo dello scienziato è rendere pubblici i risultati della propria ricerca. Ciò che il pubblico ne fa è un affare suo, non dello scienziato. Questo atteggiamento amorale è, a mio parere, realmente immorale, poiché nega la responsabilità personale per le probabili conseguenze delle proprie azioni” (J.Roblat, *A hippocratic oath for scientists* in *Science* 1999, vol. 286, 1475.

⁷ K. Kelly, a.c., 993.

⁸ A. Serra, a. c., 231.

3. La domanda bioetica

Ma nonostante tutto e proprio per questo, c'è oggi una domanda crescente e ineludibile di bioetica: di una guida morale nel campo della tutela e degli interventi sulla vita. Non è mai esistita una questione bioetica in medicina, perché l'etica l'ha sempre pervasa dal di dentro. Non per nulla solo da poco, da qualche decennio, si parla di bioetica. Si ha la percezione diffusa e confusa di un vuoto, vale a dire di una prassi, per giunta sempre più complessa e conflittuale, non in grado di autodeterminarsi per *deficit* di significato, di finalità, di valore.

Di qui il bisogno di una bussola che punti l'indice del potenziale biotecnologico sull'umano. Solo che qui i problemi cominciano con il loro stesso porsi. Non basta invocare la bioetica. Occorre una condivisione etica. E questa è possibile sulla base di un'antropologia condivisa: di un comune senso dell'uomo e dei valori che lo esprimono.

Quale bioetica, allora? Nella socio-cultura odierna sono a confronto critico, e spesso contrastante, due nodali visioni bioetiche (che fanno capo a due diverse concezioni antropologiche): una bioetica personalista e una bioetica liberista, indebitamente designate e proposte come bioetica cattolica e bioetica laica. Indebitamente perché la visione personalista (che ha un profondo significato anche cristiano) non è attinta e derivata dalla rivelazione e dalla fede ma dalla natura e dall'intelligenza. Come tale ha il favore della ragione, cui essa risponde, non meno della bioetica laica. Anzi per tanti aspetti ancor più di questa, tenuto conto di certe aporie, pregiudizi e assiomi che denotano uno scivolamento laicista (e perciò ideologico) della bioetica laica.

La bioetica personalista è centrata sulla dignità singolare ed unica della persona⁹. Come tale è posta sotto il principio della *verità della vita umana*, della sua *natura personale* e perciò dei *valori* che la esprimono. Sono valori che la vita umana conserva in ogni stadio del ciclo vitale, dal concepimento al termine naturale, e non perde né sminuisce in condizione di piccolezza, di malattia, di handicap, di povertà o di stato terminale. Perché sono valori propri, costitutivi (ontologici) di una vita umana, che la contrassegnano in ragione del suo esserci (*dasein*), non del suo modo di essere (*sosein*). Tali valori consistono essenzialmente nella *totalità unificata di corpo e spirito* (ciascuna vita è uno spirito nel corpo o un corpo informato dallo spirito); nella *dignità di soggetto* (non di oggetto, di cosa); nel *significato di fine* (non di mezzo); nel *carattere sacro* (per il valore assoluto e trascendente della vita umana).

⁹ Cfr. M. Cozzoli, *La bioetica e i suoi problemi: il passaggio al terzo millennio* in *Rivista di Teologia Morale* 125/1 (2000) 39-51.

Dai valori discendono i principi primi, espressione dei nostri doveri fondamentali verso la vita in ogni individuo umano:

- Il *principio di unitotalità*, per cui non si può scindere il corpo dallo spirito, così da ridurlo a mero oggetto, né lo spirito dal corpo, così da prescindere dalle istanze di verità di cui il corpo è rivelatore. Come tale il corpo è principio e fonte di moralità: portatore di esigenze etiche. Il che trova applicazione, per esempio, nella delegittimazione delle pratiche contraccettive ovvero nella determinazione della differenza morale tra tecniche contraccettive e metodi naturali di regolazione della fertilità; come pure nella delegittimazione dell'aborto e dell'eutanasia, sulla base di dati biologici o di cui il corpo è manifestazione.

- Il *principio di indisponibilità* per cui non si può reificare e trattare la vita umana come un bene strumentale, con valore d'uso. Non ci si può servire della vita di una persona per scopi ad essa alieni. Avendo dignità di soggetto non di oggetto, la vita umana ha valore di fine non di mezzo. Sicché non è assoggettabile a pratiche valevoli nel mondo infraumano o preumano. Il che trova applicazione, per esempio, nella delegittimazione delle tecniche di procreazione artificiale sostitutive dell'atto coniugale; nella illiceità di ogni sperimentazione invasiva e lesiva della vita di un soggetto; come pure di ogni sfruttamento biologico di un individuo a vantaggio di un altro: si pensi alla clonazione di un emigello come riserva di organi o alla commercializzazione di organi da trapianto; nell'inammissibilità di ogni concezione e gestione possessiva e strumentale di embrioni e feti, così da privarli di dignità intrinseca e funzionalizzarli al volere di altri (pensiamo alla clonazione, alle pratiche eugenetiche, alle selezioni embrionali e fetali).

- Il *principio di inviolabilità* per cui non si può manomettere arbitrariamente l'integrità corporea, né sopprimere una vita innocente. Essa è un assoluto, relativo solo a Dio e a nessun altro, neppure al soggetto stesso della vita. Il che trova applicazione, per esempio, nella delegittimazione dell'aborto e dell'eutanasia, come di ogni aggressione alla vita; ma anche della sterilizzazione antiprocreativa, dell'uso di stupefacenti e dell'abuso di alcool e tabacco.

- Il *principio di terapeuticità* per cui è doveroso prendersi cura della vita propria e altrui specialmente in presenza della malattia, ma già a prevenzione di essa e in ordine alla tutela della salute e alla promozione di una "qualità di vita" consona al suo valore. Il che in ambito strettamente terapeutico può consentire la manipolazione o il sacrificio di una "parte" del corpo per il bene del "tutto".

- Il *principio di proporzionalità* per cui si è tenuti a ricorrere ad una cura quando si dà un rapporto di debita proporzione tra il suo impiego e i risultati sperati, tenuto conto delle condizioni del paziente. Ciò implica che non si deve mai rinunciare alle cure proporzionate,

mentre si può e, per non cadere nell'accanimento terapeutico, si deve rinunciare a quelle sproporzionate. Il che trova applicazione, per esempio, nel campo della chirurgia dei trapianti, in casi di terapie ancora sperimentali o eccessivamente onerose, in situazioni di coma.

- Il *principio di solidarietà e sussidiarietà* per cui ogni vita umana, inalienabile nella sua autonomia, è un bene per tutti. Come tale unisce e responsabilizza tutti nella promozione, nella tutela e nella cura, in ragione dei bisogni di ciascuno. Il che dischiude responsabilità in ambito interindividuale ma anche sociale e politico. Si pensi, ad esempio, ad una vita nascente con gravi handicap, di cui non può farsi carico da sola la gestante o la famiglia; o ad una vita anziana e malata, cui il soggetto non può far fronte da solo. La solidarietà e la sussidiarietà sono qui il primo antidoto all'aborto e all'eutanasia

Alternativa e contrapposta a questa bioetica – che abbiamo chiamato *personalista*, perché fondata sul bene centrale e singolare della persona e sui valori che essa esprime – c'è la bioetica *liberista*, così chiamata perché fa della libertà autonoma dell'individuo il principio di liceità morale. Libertà non articolata anzitutto e sempre all'intelligenza del bene oggettivo e assoluto e perciò indisponibile e inviolabile della persona e da esso illuminata e normata, ma anche e sempre più al sentire emotivo e interessato dell'individuo con le sue preferenze e le sue opportunità. E' questa una bioetica che scivola facilmente dal principio del bene e della verità della vita a quello del desiderio e del vantaggio, sollecitata e favorita dalle crescenti possibilità tecniche d'intervento sulla vita. La differenza profonda tra una bioetica d'impostazione personalista e una d'impostazione liberista è che per la prima la vita umana vale sempre in sé e per sé in ragione del suo valore assoluto. Per la seconda invece la vita umana è un bene relativo al soggetto stesso e a chiunque non le riconosce - specie in taluni stadi e condizioni del suo essere al mondo - tale valore, così da poterla piegare ai propri scopi e desideri. Nel conflitto tra la tutela di una vita e il perseguimento di un interesse, una bioetica personalista tutela sempre la vita; una bioetica liberista invece no: può posporre la vita a un interesse.

Provocati sul piano scientifico-tecnologico (da sempre nuove e inedite possibilità d'intervento sulla vita), sul piano socio-culturale (da nuove sensibilità e domande da parte della gente) e deontologico-legale (da normative da riscrivere e nuove leggi cui rispondere), spesso oggi medici e operatori sanitari, vengono a trovarsi a questo crocevia bioetico. La soluzione di questioni particolari dipende fondamentalmente dalla via intrapresa: quella del personalismo o del liberismo. Nel conflitto tra la vita e un desiderio del soggetto, una medicina d'impostazione personalista sceglie sempre la vita e il suo assoluto rispetto. Una medicina d'impostazione liberista non sceglie sempre la vita e il suo rispetto: sceglie anche e spesso, sempre più spesso, il desiderio, vale a dire l'interesse e il vantaggio. E così la medicina s'adega. C'è chi, sviando

discorso o ricorrendo all'antilingua, dice: si modernizza, diventa progressista. Ma al grave prezzo di snaturare e smentire se stessa, spostando il proprio asse d'attenzione e considerazione dalla persona al desiderio e all'interesse di chi li può far valere. Così la medicina rischia la complicità: essa aliena se stessa (la sua finalità terapeutica), prestandosi a tutti gli scopi possibili, fino a quelli ad essa estranei e persino agli antipodi della tutela e cura della vita, che è la sua ragion d'essere.

Conclusione

Riconoscere in una vita umana ancora informe o in una vita inferma e deforme un individuo umano e in un individuo umano una persona è compiere un atto di trascendenza e di fede. Di *trascendenza* perché si passa dal livello della strumentalità e utilità cosale a quello della reciprocità e gratuità interpersonale. Di *fede* perché ogni volto umano è “immagine” di Dio e nessuno più del volto sofferente rende prossimo Dio: “ero malato e mi avete curato” (Mt 25,36).

Sappiamo bene che moltissimi medici e operatori sanitari, sono animati da questo spirito nella loro missione terapeutica. Così che la loro motivata disponibilità e la loro testimonianza è la grande risorsa, vorrei dire è il “valore aggiunto”, la riserva di fiducia di cui la società e la cultura oggi dispongono per la tutela e la promozione della vita.

Ma qui abbiamo voluto volgere lo sguardo ai *trend* culturali, che soffiano forti sulle nostre coscienze, sui nostri immaginari, sul nostro habitat. Non possiamo rimuoverli e sottovalutarli. Dobbiamo assumerli e pilotarli. Anche perché non siamo responsabili solo di noi stessi e del nostro presente: della nostra deontologia e responsabilità professionale. Ma anche del nostro futuro e delle sue ricadute sociali e culturali.

Questo futuro è già cominciato e noi dobbiamo avere occhi per leggerlo, intelligenza per coglierne le sfide e un animo pieno di speranza per vincerle.

Mauro Cozzoli

*Professore di Teologia Morale
nella Pontificia Università Lateranense*

Pubblicato in “Medicina e Morale” LII, 2/2002, 1095-1104.