

Linee di Ricerca

Matteo Galletti

BIOETICA

Versione 1.0



SWIF - Sito Web Italiano per la Filosofia
Rivista elettronica di filosofia - Registrazione n. ISSN 1126-4780

Linee di Ricerca – SWIF

Coordinamento Editoriale: Gian Maria Greco
Supervisione Tecnica: Fabrizio Martina
Supervisione: Luciano Floridi
Redazione: Eva Franchino, Federica Scali.

AUTORE

Matteo Galletti [matteo.galletti@email.it] è borsista presso il CIRSIFID (Centro interdipartimentale di ricerca in sociologia e filosofia del diritto, storia del diritto e informatica giuridica) presso l'Università degli Studi di Bologna. Si occupa di bioetica, di etica normativa, teorie dell'identità personale. Ha pubblicato vari articoli di bioetica su riviste specializzate ("Bioetica. Rivista interdisciplinare", "Bioetica e società", "HEC Forum") e una monografia: *Decidere per chi non può. Approcci filosofici all'eutanasia non volontaria* (Firenze 2005).

La revisione editoriale di questo capitolo è a cura di Gian Maria Greco.

LdR è un e-book, inteso come numero speciale della rivista SWIF. È edito da Luciano Floridi con il coordinamento editoriale di Gian Maria Greco e la supervisione tecnica di Fabrizio Martina.

LdR - Linee di Ricerca è il servizio di Bibliotec@SWIF finalizzato all'aggiornamento filosofico. LdR è un e-book in progress, in cui ciascun testo è un capitolo autonomo. In esso l'autore o l'autrice, presupponendo solo un minimo di conoscenze di base, fornisce una visione panoramica e critica dei temi principali, dei problemi più importanti, delle teorie più significative e degli autori più influenti, nell'ambito di una specifica area di ricerca della filosofia contemporanea attualmente in discussione e di notevole importanza. Il fine è quello di fornire al pubblico italiano un'idea generale su quali sono gli argomenti di ricerca di maggior interesse nei vari settori della filosofia contemporanea oggi, con uno stile non-storico, accessibile ad un pubblico di filosofi non esperti nello specifico settore ma interessati ad essere aggiornati.

Tutti i testi di Linee di Ricerca sono di proprietà dei rispettivi autori. È consentita la copia per uso esclusivamente personale. Sono consentite, inoltre, le citazioni a titolo di cronaca, studio, critica o recensione, purché accompagnate dall'idoneo riferimento bibliografico. Per ogni ulteriore uso del materiale presente nel sito, è fatto divieto l'utilizzo senza il permesso del/degli autore/i.

Per quanto non incluso nel testo qui sopra, si rimanda alle più estese norme sui diritti d'autore presenti sul sito Bibliotec@SIWF, www.swif.it/biblioteca/info_copy.php.

Per citare un testo di Linee di Ricerca si consiglia di utilizzare la seguente notazione:

AUTORE, *Titolo*, in L. Floridi (a cura di), *Linee di Ricerca*, SWIF, 2006, ISSN 1126-4780, p. X, www.swif.it/biblioteca/lr.

SWIF – LINEE DI RICERCA

BIOETICA

MATTEO GALLETTI

Versione 1.0

INTRODUZIONE

Sempre più spesso sulle pagine di quotidiani e periodici e nei notiziari televisivi compaiono le cosiddette “questioni di bioetica”, che immancabilmente suscitano ampi ed accessi dibattiti nell’opinione pubblica. Basti pensare al risalto che hanno avuto, in tempi recenti, casi come quello di Terry Schiavo, una donna in stato vegetativo per cui è stata chiesta e ottenuta la sospensione dell’alimentazione e dell’idratazione artificiali, o la discussione sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Le nuove tecnologie che, a partire dagli anni ’60 e ’70 del secolo scorso, offrono una straordinaria capacità di intervenire sulla vita biologica sollevano molti interrogativi etici. In breve la riflessione critica sulla rivoluzione bio-medica tende a mettere in discussione l’astratto imperativo per cui “tutto ciò che è tecnicamente possibile è moralmente doveroso”.

La bioetica è la riflessione sull’accettabilità di pratiche vecchie e nuove, come l’eutanasia, il rifiuto di terapie, l’interruzione di trattamenti di prolungamento della vita, l’aborto, la contraccezione, i trapianti, le sperimentazioni che coinvolgono embrioni umani, la diagnosi embrionale pre-impianto, la riproduzione assistita, la clonazione, i test genetici, la terapia genica ecc. Fanno inoltre parte del dibattito la definizione stessa di bioetica, l’estensione della gamma di problemi che rientrano nella sua sfera di competenza e l’obiettivo che essa si propone. Perciò, in quanto segue, ci soffermeremo in primo luogo sulle domande epistemologiche che possono nascere in merito a questa discussione propedeutica sulla natura,

i limiti e il ruolo della bioetica e specificatamente sulla relazione tra bioetica e filosofia. Nella seconda parte passeremo a trattare il rapporto tra bioetica ed etica pubblica: è possibile raggiungere soluzioni condivise sulle questioni di vita e di morte tra individui che vivono in società moralmente pluraliste e frammentate? Nella terza parte, infine, esamineremo alcuni concetti-chiave, di natura eminentemente filosofica, che sono al centro delle discussioni sulle singole pratiche; non tratteremo singoli temi di bioetica perché anche solo dalla lista che abbiamo appena presentato, si evince che essi sono troppo numerosi per questa breve trattazione introduttiva.

1. IL *BIOS* E L'*ETHOS* DELLA BIOETICA

Preliminarmente, è opportuno specificare di quale *vita* si occupa la bioetica. La prima volta che apparve il termine “bioetica”, esso indicava una scienza della sopravvivenza dell’uomo che aveva ad oggetto i sistemi viventi in senso generale; il *bios* era quindi la natura in quanto tale, la cui integrità era stata messa in pericolo dalla rivoluzione tecno-scientifica (Potter [1971]). Sebbene oggi una definizione di tipo “globale” della bioetica sia ancora sostenuta, soprattutto in Italia, sembra prevalere l’idea che il *bios* contemplato dalla bioetica sia essenzialmente quello umano. Ciò comporta che la bioetica si debba occupare principalmente delle questioni che attengono al “nascere, curarsi e morire degli esseri umani” (Lecaldano [1999], p. 4). Questo non vuol dire che altre questioni – come il trattamento degli animali non-umani o il rapporto tra uomo e ambiente naturale – non abbiano alcuna rilevanza etica; questi problemi sono ampiamente dibattuti, pongono grandi sfide alle visioni morali che difendono un’impostazione antropocentrica, ma sembrano costituire filoni di ricerca e discussione a se stanti (per una panoramica si possono vedere Battaglia [1995]; Bartolommei [1998]).

La radice comune di questi campi della riflessione morale sembra essere la svolta che ha dominato l'etica filosofica di indirizzo anglosassone, tra gli anni '60 e gli anni '70 del secolo scorso. Dalle riflessioni sulla logica del discorso e dell'argomentazione morali, sulla natura e sulle proprietà del ragionamento e dei criteri morali si passa ad applicare le teorie etiche a problemi concreti, legati all'ambiente, al trattamento degli animali, alla guerra, alla giustizia sociale e, appunto, ai progressi della medicina e della biologia (Mori [1980]; DeMarco e Fox [1986]).

Ciò non risolve il problema di definire di quale etica si stia parlando; preso atto della svolta "pratica" in etica e del profilarsi di nuove condizioni in cui gli esseri umani nascono, si curano e muoiono, ci si può chiedere se le mutate condizioni richiedano una *nuova* etica e quale etica sia eventualmente quella più appropriata.

Tra chi sostiene che davanti alle novità portate dal progresso biotecnologico (tecniche di prolungamento della vita, riproduzione assistita, trapianti ecc.) non occorra una nuova etica ma siano sufficienti gli strumenti teorici propri della riflessione filosofico-morale occidentale, sono preminenti gli autori che difendono teorie orientate a varie forme di personalismo, ontologicamente fondate o ispirate al kantismo. Sebbene questa prospettiva non sia omogenea ma comprenda vari autori e vari tipi di teorizzazione filosofica, si possono individuare alcuni tratti comuni:

- 1) la bioetica consiste nell'applicazione di una teoria etico-antropologica ai particolari casi biomedici;
- 2) l'etica sottesa alla bioetica deve tutelare la dignità e la vita dell'essere umano dal concepimento alla morte;
- 3) la bioetica deve principalmente porsi come un argine allo sviluppo biomedico, visto come una fonte non di opportunità per estendere le libertà e incrementare la qualità della vita, ma di possibili rischi per l'integrità e la dignità umana. Non sono i progressi biomedici che devono

imporre un cambiamento all'etica, ma è l'etica che deve vincolare o frenare tali progressi (Sgreccia [1999]; Mordacci [2003], pp. 46-51, 328-379).

Il lato oscuro della tecnologia viene denunciato anche nella prospettiva di restituire alla medicina una struttura "sostenibile", che rinunci al sogno di un progresso illimitato che ingaggi una lotta senza tregua con la sofferenza e la mortalità e aspiri al controllo completo della natura. Limitare l'uso della tecnologia biomedica comporterebbe non solo una maggiore efficacia della pratica medica e una trasformazione dei valori che essa dovrebbe incorporare, ma anche un ridimensionamento dei costi economici dei sistemi sanitari (Callahan [1998]).

Sulla sponda opposta, l'esigenza di una nuova etica che riesca adeguatamente ad affrontare la casistica contemplata (soprattutto quella "di frontiera", che include casi-limite, che sono tragici e mettono a dura prova il nostro apparato concettuale e le nostre visioni del mondo) spinge a ripensare le categorie concettuali tradizionali e a fondare un nuovo approccio.

In particolare, Hans Jonas ha sottolineato che la tecnica moderna ha trasformato in modo radicale l'agire umano, i cui effetti non sono relativi al *qui* e all'*ora* ma possono estendersi in modo quasi indefinito nello spazio e nel tempo. A questa mutazione deve corrispondere un'adeguata mutazione dell'etica, che deve ispirarsi al «*novum* etico» della responsabilità, la quale implica un atteggiamento di prudenza (*in dubio pro malo*) e deve essere esercitata verso la totalità dell'umanità attuale e delle generazioni future che potrebbero essere toccate dalle conseguenze delle nostre azioni presenti (Jonas [1990]; Jonas [1997], pp. 48-54).

L'approccio di Jonas fa in modo che l'esercizio della responsabilità suffragata dall'atteggiamento prudentiale porti ad opporsi preventivamente a molte applicazioni biotecnologiche (fecondazione *in vitro*, la ricerca sugli embrioni, la clonazione ed alcuni aspetti dei trapianti d'organi), ma non tutti coloro che sostengono la necessità di una rivoluzione etica

ritengono che essa debba tradursi automaticamente in una cultura del limite. La disponibilità di nuove tecnologie applicate al dominio biologico umano si è accompagnata alla nascita di un nuovo atteggiamento culturale e ad un nuovo senso morale comune, ultime propaggini del processo di secolarizzazione della cultura, della rivoluzione scientifica e della valorizzazione dell'autodeterminazione individuale. La nuova etica si fonda sul principio del rispetto dell'autonomia delle persone, utilizza la "qualità della vita" come parametro in base al quale giudicare la bontà morale delle azioni umane e rifiuta ogni norma assoluta e ogni imperativo che sia ritenuto valido a prescindere dalle conseguenze e dalle situazioni specifiche. La vita (umana) è disponibile in tutte le sue fasi, in quanto il suo valore è determinato dall'uomo stesso e non da una divinità o dalla natura. I casi di bioetica mettono a nudo le incoerenze e i limiti della tradizionale etica della sacralità della vita e solo la nuova prospettiva può riuscire a superarli (Mori [2002]). Ciò significa che compito dell'etica non è tanto quello di individuare il "limite" oltre il quale la scienza e la tecnologia non devono spingersi, ma di specificare le «ragioni che giustificano un dato giudizio morale» (Mori [1993], p. 402), di ripensare radicalmente e rivoluzionare i nostri stessi concetti di vita e di morte, e di evitare gli abusi che possono derivare dalle nuove pratiche, tutelando al contempo le preferenze e gli interessi di persone e esseri senzienti (Singer [2000]).

Dalla veloce disamina di questi orientamenti è possibile ravvisare la qualificazione della bioetica come *impresa eminentemente filosofica* e soprattutto *etica* (Fornero [2005], pp. 7-13) e al tempo stesso la sua forte *valenza normativa*: le premesse di fondo e i metodi individuati consentono di decidere sui vari casi e di dare una risposta definitiva ai dilemmi che si presentano alla coscienza morale. Questo secondo aspetto può risultare stridente se messo a confronto con la complessità e l'apparente aporeticità dei dilemmi bioetici e con le domande che essi risvegliano (cos'è la vita? Quando ha valore? Cos'è la morte? ecc.). Perciò si possono ragionevolmente sollevare dubbi sull'idea che la filosofia (e l'etica) applicata al

dominio biomedico sia un esercizio normativo, in cui si giunge a conclusioni razionalmente giustificate. Un'impostazione maggiormente critica vede nella bioetica filosofica un momento di chiarificazione dei concetti in gioco e di problematizzazione delle nuove pratiche, al fine di individuare i nodi problematici che altrimenti rimarrebbero nascosti, seppure nella condivisione che le nuove tecnologie hanno aperto spazi di libertà e di opportunità prima inimmaginabili. Da questo punto di vista sono stati sottolineati i limiti delle teorie etiche tradizionali e di quegli approcci che, in modo eccessivamente "rigido", tendono a generare categorizzazioni strette, o troppo generalizzanti, misconoscendo la complessità dell'esperienza morale e delle relazioni e delle emozioni che sono in gioco quando si affrontano tematiche delicate come la nascita, la cura e la morte (MacLean [1993]; Botti [2000]). D'altra parte non si può eludere il fatto che la bioetica, seppure abbia una radice storico-fondativa di carattere filosofico, si presenta come il punto di intersezione tra vari saperi e varie metodologie che appartengono a discipline diverse. Per cui la discussione sui casi sarà realmente proficua – anche dal punto di vista della chiarificazione di concetti, argomentazioni e problemi – solo se potrà giovare dell'apporto di discipline diverse come il diritto, la psicologia, la sociologia, oltre naturalmente che della medicina e della biologia stesse. Anche da questo punto di vista la bioetica appare come uno sforzo collettivo di delucidazione e di approfondimento, piuttosto che di sola presentazione di argomentazioni che giungano a conclusioni normative, vincolanti per tutti gli individui in forza della loro cogenza razionale.

2. BIOETICA ED ETICA PUBBLICA

Il dibattito epistemologico sullo statuto della bioetica genera una pluralità di modi di intendere la natura di quest'ultima e di definire le caratteristiche e il compito dell'etica che la dovrebbe guidare. Tale pluralità si ritrova oggi anche nelle società democratiche occidentali, in cui la

possibilità di conciliare punti di vista diversi sulla nascita, la cura e la morte diviene altamente problematica.

Indubbiamente, i fenomeni migratori e la progressiva secolarizzazione del mondo occidentale hanno contribuito alla frammentazione etica post-moderna e quindi alla difficoltà di individuare valori capaci di vincolare tutti gli individui. Nelle attuali società multietniche e pluraliste del mondo occidentale si registrano molteplici posizioni su interrogativi cruciali che riguardano il valore della vita, i diritti e la definizione della persona o il significato della morte, cosicché su questioni pratiche come l'aborto, l'eutanasia, la sperimentazione sugli embrioni ecc. l'opinione pubblica si divide, attestandosi su posizioni talvolta antitetiche. La bioetica quindi si trova davanti alla sfida di approntare gli strumenti concettuali per regolare tale pluralismo. L'alternativa generale che si pone è tra il tentativo di tutelare le diversità etiche, preso atto dell'impossibilità di una morale vincolante universalmente, cercando al tempo stesso di individuare vincoli essenziali per la convivenza pacifica; oppure di tentare una ricomposizione più o meno debole del pluralismo, individuando una base comune condivisibile da tutti.

Molto spesso le due grandi opzioni possono sfumare tra loro, perché anche chi sceglie la prima individua nei vincoli una base comune. Tuttavia, questa scelta porta a risultati deboli, nel senso che ricerca teorie generali che abbiano un carattere quanto più possibile neutrale. In questo senso la proposta più nota è quella di H. Tristram Engchelardt, il quale sostiene che una morale comprensiva (cioè capace di vincolare tutti) non può che essere procedurale, cioè priva di un contenuto sostanziale. Essa dovrà in primo luogo tutelare le diverse comunità morali, le loro specifiche visioni del bene e della vita buona e le particolari soluzioni in ambito bioetico. All'interno di una data comunità, ad esempio, potrà essere dichiarata ammissibile l'eutanasia e quindi lecita la sua pratica e questo consenso sarà duraturo finché tutti i membri convergeranno sulle ragioni morali che generano questo giudizio. Quando però

non si incontrano “amici morali” (cioè membri di una stessa comunità morale) ma “stranieri morali” (cittadini che non condividono la stessa etica e che quindi hanno atteggiamenti diversi rispetto a date pratiche) si dovrà fare ricorso a un’etica procedurale, che si fondi soprattutto sul permesso (un’azione è moralmente lecita solo se chi la subisce ha dato il suo consenso) e sulla beneficenza, intesa nella forma particolare della regola aurea: “fai agli altri ciò che essi vorrebbero che fosse fatto loro”. Solo questi due principi possono fondare un’etica procedurale valida per agenti che non condividono la stessa idea di bene; al tempo stesso essi sono vincoli necessari perché le controversie vengano risolte con autorità ma non con forza, sono cioè i prerequisiti fondamentali perché si dia una società pacifica (Engelhardt [1996²]). Da notare che questo approccio al pluralismo (bio)morale implica anche una frammentazione del sistema sanitario di una società in sotto-sistemi, organizzati secondo la gerarchia dei valori che la comunità utente persegue (Martelli [1993]). I tratti generali della teoria di Engelhardt si avvicinano molto alle tesi liberali, per cui a livello di un’etica pubblica intersoggettiva possono essere considerate lecite tutte le azioni che non provocano un danno all’altro (Charlesworth [1993]), ma se ne distinguono nel tratto essenziale di considerare il consenso e l’autonomia degli individui non un valore ma un “vincolo collaterale”.

L’eccessivo formalismo delle teorie libertarie alla Enghelardt può portare a cercare soluzioni che non rinuncino alla ricerca di una base comune per le decisioni pubbliche in materia di bioetica; in questo caso le possibili proposte sono variegata.

La varietà è principalmente data dal senso in cui si intende il ruolo dell’etica pubblica rispetto al pluralismo (bio)morale e alla natura stessa dell’etica. Per una parte di queste teorie è ancora valido l’impianto liberale, modificato secondo le esigenze dettate dalle società pluraliste. In questo senso, al tradizionale costruttivismo politico di Rawls, si sono aggiunte varie teorie di etica pubblica; in sede bioetica sono particolarmente interessanti le proposte affini ma non identiche di Ronald Dworkin e Sebastiano Maffettone.

Secondo Dworkin, le controversie pubbliche in materia di bioetica dovrebbero rinunciare a discutere questioni metafisiche (ad esempio, la personalità dell'embrione nel caso dell'aborto), perché ciò porterebbe difficilmente ad una decisione condivisa riguardo a singole pratiche. Serve invece un appello a intuizioni condivise sul valore della vita e a principi che si fondano su diritti, in particolare modo sul diritto all'uguale considerazione e rispetto. Tali diritti e principi possono essere la base comune delle diverse teorie e posizioni proprio perché possono ricavarsi dalla carta costituzionale (Dworkin [1993]).

Al realismo morale di Dworkin si può contrapporre il costruttivismo metafisico di Maffettone, secondo il quale le grandi discussioni bioetiche non possono fare a meno della metafisica, cioè non possono non affrontare questioni di senso. Perciò occorre sviluppare una "metafisica pubblica", che consiste in un'«indagine sui principi primi che mettono insieme le nostre credenze sul mondo con quelle degli altri e sui principi primi che governano i nostri atteggiamenti reciproci e i comportamenti pratici nell'ambito di un concetto di esperienza intersoggettivamente inteso» (Maffettone [1998], p. 211). È una metafisica che non consiste nella ricerca sull'essenza delle cose ma nell'indagine che prende sul serio la dimensione linguistica e intersoggettiva della convivenza sociale, che si pone come scopo il raggiungimento di scelte collettive quanto più condivise possibili, pur riconoscendo il valore del pluralismo e dell'identità di diverse teorie etiche e diverse visioni del mondo.

Tutti questi approcci si sforzano di cercare basi comuni, formali o sostanziali, per superare il pluralismo (bio)morale, senza pretendere di annullarlo, di contro ad altre tendenze teoriche per cui l'individuazione di valori condivisi significa l'accettazione di un particolare punto di vista morale, il cui riconoscimento (ma non la sua costruzione) è preliminare rispetto alla discussione stessa tra le varie posizioni etiche. Il punto forte di questo orientamento consiste nell'idea che esista alla fine *una sola* bioetica *vera* e che il pluralismo delle bioetiche sia in realtà un problema da superare per ristabilire la *verità* etica, che tutti i cittadini

dovrebbero riconoscere grazie alla ragione. Questa specifica verità etica si basa sulla comune natura umana di tutti i partecipanti alla discussione pubblica e su valori, ontologicamente fondati, che non possono non venire riconosciuti come fondamentali (Palazzani [1996]).

La vivacità con cui il dibattito pubblico si presenta ancora oggi, soprattutto in Italia, è sintomo che si è ancora lontani dalla possibilità di costruire un'etica pubblica condivisa che possa anche servire come base per una legislazione che sappia rispettare il pluralismo (bio)morale senza rinunciare a creare le convergenze più ampie possibili su temi delicati ed essenziali.

3. TRE CONCETTI CHIAVE: PERSONA, AUTONOMIA, NATURA

Se si passa al vaglio una possibile lista dei concetti fondamentali della bioetica, ci si accorge che essi sono dopo tutto i concetti su cui la filosofia per secoli ha esercitato la sua riflessione critica; le biotecnologie hanno costretto a sviluppare un ulteriore lavoro di approfondimento e di ripensamento delle categorie tradizionali, con lo scopo di individuare nuovi significati oppure per rafforzare quelli tradizionali, minacciati fortemente dall'invasione della tecnica. L'analisi filosofica di concetti che fanno parte anche del nostro vocabolario ordinario, ma vivono oggi di nuovi (possibili) significati a causa della rivoluzione biotecnologica, è pratica essenziale. Anche nelle discussioni sui media intorno a problematiche di bioetica, l'uso di nozioni come quella di persona, libertà e natura è estremamente diffuso. Tuttavia, credere che questa diffusione sia sintomo di una convergenza tra le varie posizioni su un significato univoco di questi concetti sarebbe illusorio; uno dei compiti della filosofia in bioetica è quindi quello di analizzare la pluralità dei significati e mostrare i tratti caratteristici, i limiti e le potenzialità degli argomenti che sui concetti fondamentali si basano.

3.1. Persona

Come anticipato, uno dei termini fondamentali della bioetica è quello di “vita”, sulle cui manifestazioni la tecnica interviene pesantemente; le biotecnologie riproduttive e genetiche hanno reso visibile e scomposto le fasi iniziali dell’esistenza umana, spingendo la biologia a individuare vari stadi dello sviluppo umano prima celati all’occhio dell’osservatore scientifico. Non si parla più genericamente di embrione e di feto, ma anche di ootide, pre-embrione, zigote. Alla fine della vita si parla di morte cerebrale, morte dell’organismo, morte della persona, indicando con la prima la cessazione totale delle funzioni del cervello, con la seconda l’estinguersi dei processi vitali (anche cellulari) dell’organismo umano, con la terza la perdita irreversibile della coscienza (morte neocorticale). Come conseguenza di queste scomposizioni, è diventato ormai corrente una distinzione tra la vita biologica dell’essere umano (lo svolgimento di funzioni biologiche) e la vita biografica delle persone (avere esperienze, avere un carattere, essere autocoscienti, formare piani di vita ecc.) (Rachels [1989], p. 32; Singer [2000], pp. 184-187).

Se è possibile distinguere, per lo meno sul piano concettuale, tra queste due definizioni di vita, la domanda fondamentale risulta allora: quando un essere umano diviene (o cessa di essere) una persona? Questa domanda è fondamentale non solo perché riguarda il modo in cui noi descriviamo il mondo e gli individui (umani) che lo popolano, ma anche perché comprende questioni morali cruciali. Infatti il principio di rispetto per le persone è ormai un *leit-motiv* della bioetica, sebbene il suo significato e la sua estensione applicativa variano rispetto alla teoria che si assume. In questa sede, ci limiteremo ad una definizione generica, per cui il principio di rispetto per le persone implica che si debba garantire la massima tutela possibile alle persone. Sul piano morale la domanda fondamentale assume questa forma: quando un essere umano inizia a (o cessa di) possedere piena tutela morale? Se si sostiene la distinzione tra persona ed essere umano ritenendola una distinzione non solo concettuale ma anche reale, l’essere umano inizia a essere destinatario di tutela morale solo nel momento in

cui acquisisce nel suo sviluppo le caratteristiche proprie della persona, cioè quando diviene capace di possedere una vita mentale. La tutela morale può essere accordata in modo *progressivo*, cioè a diversi gradi di acquisizione della vita mentale corrispondono diversi gradi di tutela morale: un feto, capace soltanto di avvertire dolore, sarà oggetto di una tutela morale minore rispetto a un individuo adulto, autocosciente, razionale ecc. (Tooley [1983]). Lo stesso schema si ripete alla fine della vita; una perdita delle capacità cognitive e funzionali implica una perdita di tutela morale, che può essere progressiva, fino a giungere a identificare la morte dell'individuo con la morte della persona, cioè con la perdita definitiva e irreversibile di tali capacità (morte cerebrale neo-corticale; Green, Wikler [1980]). Sebbene non vi sia un accordo su quali caratteristiche effettivamente concorrano a definire la persona, è stata sottolineata una certa arbitrarietà nella scelta della definizione e soprattutto nel passaggio dalla descrizione empirico-metafisica a quella morale, in quanto le proprietà cognitive non possiedono alcuna valenza morale intrinseca (Beauchamp [1999]); inoltre perché limitarsi alle caratteristiche cognitive? Perché non includere anche capacità emotive e affettive? Anche esse possono esprimere interessi, piani di vita per il futuro, impegni e relazioni verso gli altri e verso se stessi. In questo modo la sfera delle persone sarebbe notevolmente ampliata, giungendo ad includere a pieno titolo i bambini piccoli o pazienti affetti da malattie neurodegenerative ma ancora coscienti.

L'obiezione fondamentale che è stata rivolta alle teorie "funzionaliste" è quella di frammentare eccessivamente la soggettività, riducendola a capacità cognitive che sono manifestazioni estrinseche e contingenti e trascurando l'essenza *reale* della persona, la sostanza che, appunto, sostiene e rende possibili tali fenomeni. Da questo punto di vista, la persona non è più un insieme di "funzioni" ma una sostanza che permane in modo unitario e continuo dal momento del concepimento o dalla formazione di un nuovo codice genetico che contiene il programma in base al quale un particolare individuo si svilupperà, fino alla morte

dell'individuo (Agazzi [1998]; Serra [2003]). Parimenti, la tutela morale non ammette alcuna gradualità: dal punto di vista morale non si possono discriminare le varie fasi della vita, accordando ad alcune un valore morale superiore rispetto ad altre (Carrasco de Paula [2004]).

I limiti di questo approccio risiedono soprattutto nell'idea che per accertarsi della presenza della persona basti guardare agli eventi biologici presenti: laddove si può accertare l'unione dei due gameti o la formazione di un nuovo DNA, vi è la persona. Ma in questo modo si nega al concetto la valenza metafisico-morale che gli è propria, riducendola ad una proprietà biologica (Lecaldano [1999], pp. 228-235); niente di diverso, in ultima istanza, da chi sostiene che si può ipotizzare la presenza della persona quando inizia l'attività neurologica con la formazione della corteccia cerebrale (Mori [1995], pp. 70-71). Inoltre, tributare una tutela morale all'essere umano in tutte le sue fasi si rivela problematico quando vi sia in gioco un conflitto di diritti, oppure quando il prolungamento dell'esistenza biologica tramite intervento medico comporti anche un peggioramento della qualità della vita dell'individuo.

Sono chiaramente possibili soluzioni “mediane”, che tendono a conferire tutela morale anche agli esseri umani che non possiedono ancora capacità cognitive superiori (ad es. embrioni, feti, neonati) o non le possiedono più (ad es. pazienti in stato vegetativo permanente, pazienti affetti da gravi malattie neurodegenerative), senza tuttavia rinunciare alla possibilità che in casi tragici e dilemmatici, in nome della dignità umana, si possa optare per soluzioni che abbrevino la vita biologica (soprattutto alla fine, quando l'esistenza si sta inequivocabilmente avviando verso la morte; Reichlin [2002]). Oppure si sceglie di posticipare l'inizio dell'individualità dal concepimento al 14° giorno, momento in cui compare nell'embrione la “stria primitiva” e si esclude la possibilità di uno sviluppo gemellare, sostenendo però che l'individuo va trattato *come una persona* fin dal concepimento (Ford [1988]). Ci si può quindi non impegnare ontologicamente, rinunciando a stabilire quando l'individuo inizia a o cessa di essere persona e sostenere, in sede etica, che esso deve

comunque essere trattato come una persona; questo tipo di trattamento potrebbe essere giustificato da ciò che l'individuo potrebbe diventare (una persona in atto) oppure da chi l'individuo è stato nel passato. Seguendo parzialmente questi suggerimenti, si può approdare ad un modello che mette in luce i limiti degli approcci più diffusi allo statuto morale degli individui: ciò che conta non è la valutazione di quali capacità o di quali proprietà l'individuo sia in grado di esprimere in una particolare fase della vita (fase embrionale, fase fetale, fase adulta, fase terminale) ma il complesso dell'esistenza stessa di quell'individuo, nei limiti in cui è possibile ricostruirla, e le relazioni che attualmente lo caratterizzano.

Quando si affrontano questioni altamente problematiche e tragiche come l'aborto o la sospensione di terapie di prolungamento della vita in un paziente in stato vegetativo permanente, si dovranno tenere in considerazione elementi che fanno riferimento non solo alle proprietà intrinseche dell'individuo (l'embrione/il comatoso è capace di provare piacere o dolore? È una persona dal punto di vista ontologico?) ma anche alla situazione concreta in cui ci si trova. E il riferimento alla situazione concreta implica anche il riferimento alle relazioni e agli affetti di cui è destinatario l'individuo, alle sue preferenze passate quando siano disponibili ecc. (Botti [2000]). La questione, se l'individuo considerato sia o non sia persona, lascia spazio in questo modello alternativo ad altre domande che riguardano il contesto più le capacità: “quali sono i sentimenti della madre rispetto all'embrione? È disposta ad accoglierlo o a rifiutarlo? Per quali motivazioni?”; “Qual era il piano di vita del paziente prima di entrare in stato vegetativo? Considerava un'esistenza meramente biologica compatibile con i suoi valori? Qual è l'atteggiamento dei suoi cari?”. La risposta a queste domande non può essere predeterminata, in base ad una lista di valori o tramite un armamentario filosofico che incaselli rigidamente lo sviluppo individuale in categorie come “persona”, “essere senziente” ecc.

È stato sollevato un altro dubbio sull'uso del concetto di persona per le questioni bioetiche. L'appello alla "persona" può in alcune discussioni rivelarsi come una mossa strategica che consista in un uso retorico del concetto, che ha il fine di chiudere le controversie piuttosto che risolverle; inoltre esso è strettamente dipendente da assunti ontologici e morali, per cui è impossibile darne una definizione neutrale, non stipulativa. Autori di orientamento molto diverso hanno sottolineato la difficoltà di usare la nozione di persona come strumento risolutivo delle controversie in bioetica e come mezzo di ricomposizione dei conflitti tra varie prospettive etiche (Hare [1975]; Dworkin [1993]).

3.2. Autonomia

L'appello al principio dell'autonomia dell'individuo è stato il punto cardine della contestazione del cosiddetto "paternalismo medico", ossia dell'atteggiamento imputato alla medicina tradizionale per cui i giudizi e le scelte di ciò che è bene per il paziente spettano esclusivamente al clinico. Con l'affermazione storica dei diritti dei pazienti di essere adeguatamente informati sui dati diagnostici e prognostici e, conseguentemente, di potere decidere se accettare o rifiutare le opzioni di cura prospettate in base ai propri valori e al proprio giudizio sulla qualità della vita risultante, si è messa in atto una rivoluzione dell'ambito del rapporto medico-paziente.

Nell'ambito clinico-medico (ma anche in quello genetico) esistono problemi specifici, legati alla definizione di quale sia il grado di competenza richiesto affinché un individuo possa essere definito autonomo; questo punto ha chiaramente delle ricadute sulla possibilità di informare il paziente sulla diagnosi, la prognosi, le possibili linee terapeutiche, oppure su conoscenze genetiche che lo riguardano acquisite tramite test e analisi, ma anche sul valore da attribuire a forme di dissenso/consenso e all'espressione di preferenze e interessi (Beauchamp e Childress [1999], pp. 139-185).

Sul piano morale l'autonomia si presta poi a fungere da spartiacque tra la categoria degli "agenti morali" (gli individui competenti, capaci di scegliere e di agire, dotati di diritti morali individuali) e i "pazienti morali" (gli individui che non possiedono tali caratteristiche, che non sono dotati di diritti ma sono comunque destinatari di doveri e protezione). La rivendicazione dell'autonomia e del rispetto delle scelte degli agenti morali si è presto estesa dall'ambito della relazione medico-paziente ad altre sfere, per cui si parla di autonomia procreativa (la libertà di scegliere se, come e quando riprodursi) e autonomia alla fine della vita (la libertà di rifiutare trattamenti salva-vita, anche tramite direttive anticipate, oppure di richiedere interventi attivi che abbreviano l'esistenza).

Affinché la vasta gamma di problemi morali che vengono evocati in questi contesti sia intelligibile, occorre avere chiaro quali possano essere il significato e il ruolo dell'autonomia. Da un punto di vista altamente formale l'autonomia è semplicemente il possesso di un diritto negativo alla non interferenza, giustificato dal fatto nella sfera personale l'individuo autonomo è il solo giudice competente e che la possibilità di scegliere e agire senza costrizioni esterne è un valore in sé; ogni intervento esterno che limiti la sua libertà di decidere sul proprio corpo, sulla propria salute, sulla propria vita è moralmente indebito (a meno che l'esercizio della libertà dell'individuo non pregiudichi la libertà altrui). Così anche la donna sola che volesse ricorrere ad un intervento di procreazione assistita è moralmente titolata a farlo, poiché è in suo potere disporre dei suoi processi riproduttivi (Charlesworth [1993]).

In un senso meno formale, l'autonomia può venire interpretata come autodeterminazione, cioè come progettualità e come capacità di formulare piani di vita che consentano di definire la propria identità e di circoscrivere ciò che importante per chi vive quella esistenza. L'autodeterminazione allora è identificabile con il possesso di interessi critici, cioè quelle preferenze in base alle quali riteniamo riuscita o degna di essere vissuta la

nostra vita (Dworkin [1993]). Le scelte individuali di avvalersi della procreazione assistita, ad esempio, o di rifiutare terapie salva-vita devono essere rispettate nella misura in cui rispecchiano il piano di vita della singola persona, informato ai suoi interessi critici.

La domanda che si pone è se questi non siano modi per assegnare valore alle preferenze e non alle persone. La prospettiva potrebbe essere ribaltata, sostenendo che si debba rispettare gli interessi proprio perché si rispettano le persone che sono portatrici di quegli interessi. Su quali criteri si fonda questo rispetto? Si devono rispettare tutte le preferenze *in quanto* preferenze espresse da persone, oppure esistono fondamenti in base ai quali si possono discriminare dal punto di vista morale quali richieste possiamo accettare e quali rifiutare? Partendo dall'idea che non tutte le scelte autonome (cioè libere da costrizioni) sono di per sé scelte moralmente giustificate, l'autonomia degli individui viene identificata con la capacità di conformare le proprie azioni ai dettami della ragione pratica, e in particolare modo dell'imperativo categorico di trattare le persone come fini in sé. Al soggettivismo liberale si contrappone quindi l'oggettivismo di ispirazione (neo)kantiana. In questo modello l'autonomia risulta limitata da considerazioni pratiche, che rendono moralmente ingiustificabili certe scelte: ad esempio, si possono rifiutare terapie salva-vita solo nei casi in cui la malattia pregiudichi la capacità di agire come un agente razionale autonomo; si rifiuta la liceità dell'eutanasia volontaria; si rifiutano forme di riproduzione artificiale, come la fecondazione eterologa o la maternità surrogata, che possono stravolgere il significato della procreazione e non tenere adeguatamente conto del benessere del nascituro (Reichlin [2002], pp. 188-208; [1999], pp. 186-193).

Tuttavia è possibile riprendere la concezione liberale dell'autonomia, nella misura in cui prescrive una divisione tra legge e morale e assegna diritti di non-interferenza, coniugandola con una concezione meno assoluta e meno razionalistica dell'essere autonomi. È la via intrapresa da recenti rivisitazioni dell'utilitarismo, in cui l'autonomia è un

«prerequisito strumentale della realizzazione del bene e del giusto», e in particolare modo della possibilità di sviluppare e realizzare il proprio sé (Lecaldano [1999], pp. 104-105). In questa prospettiva l'autonomia non è la scelta arbitraria di qualsiasi valore ma deve combinarsi con le esigenze di responsabilità verso le sofferenze, attuali o possibili, delle altre persone ed esseri senzienti. Pertanto, nelle questioni attinenti alla nascita, cura e morte degli esseri umani le scelte autonome devono essere suffragate da ragioni morali prima di essere considerate moralmente accettabili; ad esempio, il diritto di ricorrere a tecniche di fecondazione assistita trova un limite nelle conseguenze che il ricorso di queste tecniche avrà per il benessere e la qualità della vita dei nascituri (*ibidem*, pp. 168-172).

Queste teorie sono legate in modo indissolubile ad una concezione individualistica, che dipinge l'autonomia come una proprietà "inerente" al soggetto, che è presente o assente, e sulla base di tale presenza/assenza decide il valore dell'individuo. Soprattutto la bioetica femminista e la bioetica della cura hanno messo in luce quanto questa idea trascuri il fatto che la presenza/assenza dell'autonomia è una questione di processi graduali, in base ai quali tale capacità viene acquisita e perduta. Non solo il divenire autonomi dipende in larga parte dalle relazioni con gli altri e dal modo in cui si viene riconosciuti come tali dagli altri, ma l'ideale di un soggetto totalmente autonomo, nel senso difeso dalla bioetica standard, rischia di essere un'astrazione chimerica. Si può mettere in discussione che il soggetto che formalmente viene definito autonomo sia genuinamente tale, soprattutto nel caso in cui si parli del contesto medico, dove le relazioni che si instaurano determinano una condizione di "asimmetria", dove il paziente si trova in partenza in una posizione di subordinazione.

Alla visione individualistica (e razionalistica) dell'autonomia difesa da liberali, neokantiani e utilitaristi razionali viene contrapposta l'idea di un'"autonomia relazionale", che dia ampio spazio alle situazioni concrete e all'ambiente emotivo e relazionale in cui si situano le singole scelte (Marsico [1990], pp. 108-115). Sul versante negativo ciò può portare anche a

smascherare casi apparenti di autonomia; ad esempio, mettendo in luce le forme di oppressione che si nascondono nelle situazioni in cui le tecnologie sembrano conferire alla donna una maggiore libertà procreativa (Sherwin [2001]), oppure denunciando come nella scelta di rifiutare certe terapie salva-vita, venga riconosciuta all'autonomia maschile una forza moralmente normativa superiore rispetto a quella femminile, alla quale viene assegnato un onere della prova più alto per giustificare le proprie scelte (Miles e August [1990]).

Se al centro della bioetica viene posta l'esigenza di riconoscimento dell'autonomia, i casi in cui sono coinvolti pazienti morali risultano particolarmente spinosi: quali doveri hanno le persone verso gli esseri umani dotati di capacità di provare piacere/dolore ma che non sono autonomi? In questa ottica, si dovrebbero differenziare i casi in cui il paziente è stato autonomo ma adesso non lo è più (ad esempio i pazienti divenuti permanentemente incoscienti, di cui sono eventualmente disponibili direttive anticipate o testimonianze indirette sui loro interessi passati per il futuro) e casi in cui il paziente non è mai stato e non sarà mai autonomo (ad esempio neonati con gravi malattie o neonati anencefalici). Anche in questo caso la giustificazione e il peso dei doveri di beneficenza verso i pazienti morali sono diversi a seconda della teoria etica che si adotta.

Diverso il caso degli embrioni: si può ricordare che alcune autrici hanno premura di differenziare i problemi morali e sociali che sorgono nel caso in cui l'embrione sia già impiantato nel ventre materno (problemi dell'aborto, del conflitto madre-feto ecc.) e il caso in cui l'embrione si trovi all'esterno del grembo (ad esempio in laboratorio, o congelato perché soprannumerario), perché nei due casi sono in gioco relazioni diverse tra l'embrione e l'ambiente esterno (Boccia e Zuffa [1998]).

3.3. Natura

La conquista tecnologica di contesti naturali sempre più ampi sembra il tratto caratteristico della biomedicina moderna; il rapporto tra natura e artificio, natura e cultura, caso e scelta costituisce uno dei nodi problematici fondamentali. Come si è detto, la tecnologia ha profondamente cambiato (e cambierà) i modi tradizionali di nascere, curarsi e morire. Si pensi ad esempio alla riformulazione del concetto di morte: l'arresto irreversibile dell'attività cardio-polmonare costituiva il parametro per la dichiarazione di morte dell'individuo. Con la disponibilità di nuove tecnologie di prolungamento della vita si è reso necessario passare ad un modello che identifica il momento del decesso clinico con la cessazione di alcune o tutte le funzioni cerebrali (Lamb [1985]).

Chiaramente l'uso della tecnica può avere risvolti positivi, come nel caso del trapianto d'organi, e al contempo sollevare problemi morali seri, relativi in questo caso allo statuto morale e agli usi del corpo umano.

La dicotomia tra naturale e artificiale porta necessariamente con sé una differenza etica? Intorno alla possibilità di utilizzare il criterio della "naturalità" per giudicare la moralità delle tecniche si è sviluppato un ampio dibattito; quanto più la tecnica allontanerebbe l'essere umano dal carattere naturale delle pratiche che esercita, tanto più essa sarebbe soggetta a critica morale. La natura avrebbe quindi una forza normativa, perché detterebbe i valori che l'intervento umano deve rispettare soprattutto quando interviene sulla sua stessa vita biologica. L'appello alla natura si traduce in modi argomentativi diversi. Da una parte esso può significare che l'uomo deve rispettare il carattere teleologico dei processi vitali, senza intromettersi con interventi che li bloccano o li devino (ad esempio l'interruzione o la manipolazione della vita umana nascente). A questa visione si può associare una concezione della medicina come arte, il cui compito principale è sostenere e aiutare i processi naturali (Pellegrino, Thomasma [1988]). D'altra parte, l'affermazione del primato morale del naturale

sull'artificiale può anche derivare dal riconoscimento dell'unità inscindibile che si realizza tra l'essere biologico e l'essere biografico dell'uomo, intesa non in senso astratto ma come realizzazione concreta che si ritrova in tutte le pratiche umane. Nel momento in cui la tecnica interviene per sostituire o cancellare la "naturalità", scindendo l'esperienza dal dato biologico (ad esempio nella procreazione assistita), essa de-umanizza ("snatura") la pratica stessa, ne impoverisce il significato simbolico e morale e diminuisce il bene umano che in essa invece si dovrebbe realizzare (Kass [2002]).

Contro l'asserzione del carattere normativo della natura sono state mosse critiche stringenti, che si rifanno ad una tradizione di riflessione morale risalente a David Hume e John Stuart Mill. La massima che impone all'uomo di seguire la natura non ha alcuna valenza morale, perché tutte le azioni umane consistono in sé in un'alterazione della natura e perché, se gli individui imitassero molti fenomeni naturali, le loro azioni sarebbero giudicate immorali (Lecaldano [1999], pp. 147-148). La non praticabilità della via dell'appello alla natura viene difesa anche in considerazione del fatto che i confini tra natura e cultura sono in realtà molto labili. Dalla nascita alla morte gli eventi e i processi che caratterizzano la vita sono continuamente permeati da modi e organizzazione culturali, compresa la medicina stessa. Il ritorno al "buon selvaggio" e all'uomo non-manipolato è soltanto un mito non praticabile perché da sempre gli individui hanno messo in atto forme di vita che sono prodotti dell'evoluzione culturale (Scarpelli [1998], pp. 220-223).

Un modo alternativo di comprendere la dicotomia natura-artificio si ritrova negli autori che spostano l'obiettivo dell'analisi critica dal piano della valutazione diretta della moralità delle azioni a quello delle implicazioni della tecnica per l'identità del genere umano. In questo senso, la novità della logica della tecnologia biomedica consiste nella trasformazione dell'idea stessa di natura. Se nell'età pre-scientifica la natura è oggetto di osservazione, oggi è invece oggetto di manipolazione, finalizzata a stabilire il controllo da

parte dell'uomo sui processi naturali. Ciò che prima era imputabile al caso, che non può essere giudicato *moralmente* responsabile di ciò che accade, sta divenendo sempre più imputabile all'intenzionalità umana (ad esempio, la scelta di tratti genetici gli individui possono avere, di quali vite siano degne di essere vissute ecc.).

Molto spesso questi cambiamenti si trasformano nell'accusa che le biotecnologie portino l'uomo a volere fare la parte di Dio (*playing God*), secondo il sogno prometeico (e per alcuni tipico dell'atteggiamento scientifico-tecnologico moderno) di controllo e uso delle forze naturali per il bene dell'umanità. In particolare modo, come si è detto, ciò che prima era prerogativa della natura (in particolare modo nei processi di procreazione e di costituzione genetica degli individui), domani potrebbe essere, in modo crescente, oggetto della responsabilità della nostra scelta. Lo spazio di ciò che possiamo scegliere e determinare erode sempre più lo spazio di ciò che la natura, Dio o il cieco caso ci assegnano come dato non alterabile e come punto di partenza contingente delle nostre vite.

Lo spostamento del confine tra caso e scelta incide sui valori che riteniamo più importanti e che strutturano le nostre vite e le nostre società. Davanti a questa prospettiva, c'è l'opzione di rifiutare il cambiamento, dichiarando (moralmente e giuridicamente) indisponibili le basi biologiche della vita umana che rendono possibili le "autodescrizioni intuitive" che ci rendono consapevoli di cosa siamo e di come ci distinguiamo dagli altri esseri viventi, in modo da conservare il limite tradizionale tra ciò che rimane al di fuori dalla nostra responsabilità e ciò che invece ricade nel raggio delle nostre scelte possibili (Habermas [2001]). Ma la destabilizzazione della morale convenzionale provocata dallo spostamento del confine caso/scelta potrebbe essere vista non come una ragione per "tornare indietro" ma come una sfida da accettare, che implichi un ripensamento delle nostre strutture morali. Lo smarrimento che si prova quando la tecnica mette a dura prova le nostre assunzioni fondamentali sulla vita e l'etica (uno stato di "caduta libera morale") è tipico delle rivoluzioni

concettuali, che aprono momenti di incertezza; ma la scelta radicale che l'uomo deve affrontare quando si sposta così radicalmente il confine caso/scelta è tra “giocare con il fuoco” e assumersene le responsabilità o fuggire davanti a ciò che è sconosciuto. Un atteggiamento responsabile suggerisce di accettare la sfida delle biotecnologie e di rivedere le proprie strutture morali di base per sapere cogliere le opportunità e frenare i risvolti pericolosi della nuova tecnica (Dworkin [2000]).

3.3.1. Natura umana

La riflessione sui possibili mutamenti della natura umana che le biotecnologie potrebbero determinare porta a domandarsi se esista e quale sia una *vera* natura umana, che serva da paradigma normativo per stabilire l'accettabilità morale di certi interventi (Bayertz [2003]). Negli ultimi anni, soprattutto negli Stati Uniti, questo problema è stato al centro di un dibattito sulle cosiddette “tecnologie di miglioramento” (*enhancement debate*), cioè tutti gli interventi (farmacologici, genetici, chirurgici) che possono potenziare tratti, capacità e comportamenti dell'uomo (Parens [1998]).

Le preoccupazioni espresse da alcuni autori riguardano l'eventualità che tali interventi possano “de-umanizzare” le generazioni future, ossia creare persone che mancano di caratteristiche fondamentali che oggi gli esseri umani posseggono. Si concretizzerebbe così l'incubo della creazione di un *Mondo nuovo*, in cui gli abitanti sono modificati, programmati e controllati dall'inizio alla fine della loro vita, condizione incompatibile con la nozione di “dignità umana” che oggi riconosciamo (Kass [2002]; Fukuyama [2002]). Alcuni aspetti di questa degradazione sono visibili già adesso: l'uso di farmaci che modificano l'umore o il comportamento, come il Ritalin e il Prozac, mettono a repentaglio la relazione diretta con ciò che realmente siamo e con il mondo come realmente è (President's Council [2003]). In breve,

le tecnologie del miglioramento mettono a serio rischio il modo autentico in cui siamo esseri umani.

Sul versante opposto, si sottolinea che tali tecnologie hanno in realtà un valore positivo perché non solo aumentano la possibilità di scelta, ma tendono anche a migliorare la qualità della vita degli esseri umani e quella delle generazioni future. Soprattutto nell'ambito delle scelte che possono mutare il profilo genetico della prole, è moralmente obbligatorio mettere in atto tutti gli interventi che possono incrementare le prospettive di avere un bambino che possa condurre la migliore vita possibile. In nome del "Principio delle beneficenza procreativa", sono quindi moralmente obbligatori sia gli atti negativi, come la selezione embrionale, sia atti positivi di ingegneria genetica, senza fare distinzione tra geni portatori di malattie e geni che esprimono caratteristiche come il sesso o l'intelligenza (Savulescu [2001] e [2005]; Stock [2002]).

Potere incidere sulla salute, sulla durata della vita, su facoltà intellettuali, disposizioni e comportamento, migliorando e perfezionando tali caratteristiche, è del resto quello che l'umanità ha sempre fatto; l'unica differenza è la maggiore raffinatezza del mezzo. La prospettiva per cui potremmo essere capaci di trasformare noi stessi in qualcosa di "diverso" suscita preoccupazioni e paure ma esistono motivazioni ragionevoli per pensare che la generazione "post-umana" potrà godere della stessa dignità di cui godiamo noi oggi; la dignità è una nozione morale che non può essere intaccata da alcun cambiamento biologico, fisico o ambientale (Bostrom [2005]).

Ciò che distingue "bioconservatori" e "postumanisti" non è soltanto la differente concezione della natura umana – per gli uni intangibile, pena la perdita di valore morale, per gli altri aperta al cambiamento e malleabile e sostanzialmente indipendente dal valore morale degli individui – ma anche il paradigma etico di riferimento. I bioconservatori accettano il paradigma della "gratitudine", per cui ogni capacità, disposizione ecc. degli esseri umani sono

doni di Dio o della natura di cui essere grati; i postumanisti invece accettano il paradigma della “creatività”, per cui gli esseri umani hanno la responsabilità di trasformare se stessi e il mondo. Nella realtà, i due paradigmi non sono così nettamente contrapposti. Le persone spesso adottano un atteggiamento di scetticismo verso certe tecnologie o certi farmaci e un atteggiamento di accettazione verso altri interventi: molti sarebbero critici nei confronti di una pillola di “Viagra femminile”, che crei una percezione artificiale dell’intimità nelle donne per far nascere il desiderio sessuale, ma sarebbero invece favorevoli a un intervento chirurgico che consenta ad un individuo di cambiare sesso. La motivazione di questa ambivalenza è radicata nell’interazione tra l’intervento e l’idea di autenticità. Poiché una parte essenziale della auto-realizzazione autentica è l’esperienza dell’intimità con un’altra persona, la pillola renderebbe artificiale, non autentico, non vero un aspetto fondamentale della propria identità. L’intervento chirurgico invece sembrerebbe necessario affinché il soggetto riesca a sviluppare la propria autentica identità. Sembrerebbe quindi raccomandabile un approccio che valuti i singoli casi e le singole tecnologie, riconoscendo e valorizzando gli atteggiamenti ambivalenti che spingono a riconoscere dignità e apprezzabilità ad entrambi i paradigmi (Parens [2005]).

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare i referees anonimi, il cui lavoro ha migliorato di molto il presente testo sia nella forma che nel contenuto; senza i loro consigli la versione finale sarebbe stata sicuramente peggiore. Un ringraziamento particolare va a Gian Maria Greco che fin dall’inizio ha dimostrato cura, pazienza e attenzione nel seguire le varie stesure dello scritto. Chiaramente gli errori e le confusioni che nonostante ciò fossero ancora presenti sono da addebitare esclusivamente all’autore.

SCHEMA DI APPROFONDIMENTO

Per una visione d'insieme sulla bioetica si può tenere conto dell'*Encyclopaedia of Bioethics*, a cura di W.T. Reich [1995²], MacMillan, New York e P. Singer, H. Kuhse (a cura di), [1998], *A Companion to Bioethics*, Blackwell, Oxford, accompagnato dal volume antologico a cura degli stessi autori [1999], *Bioethics. An Anthology*, Blackwell, Oxford.

In italiano sono utili R. Mordacci [2003], *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano; E. Lecaldano (a cura di) [2002], *Dizionario di bioetica*, Laterza, Roma-Bari; A. Pessina [1999], *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Mondadori, Milano; F. Rufo (a cura di) [2005], *Bioetica e società complessa. Una prospettiva laica*, Ediesse, Roma; G. Ferranti, S. Maffettone (a cura di) [1992], *Introduzione alla bioetica*, Liguori, Napoli.

La letteratura in materia di bioetica è divenuta oramai sterminata e sono numerosissime le pubblicazioni dedicate a singoli temi. Per un primo approccio si possono comunque vedere: L. Preta [1999], *Nuove geometrie della mente. Psicoanalisi e bioetica*, Laterza, Roma-Bari; G. Berlinguer [2000], *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze; S. Pollo [2003], *Scegliere chi nasce. L'etica della riproduzione umana tra libertà e responsabilità*, Guerini e Associati, Milano; D. Neri [2001], *Bioetica in laboratorio*, Laterza, Roma-Bari; D. Neri [1995], *Eutanasia*, Laterza, Roma-Bari.

Sono inoltre da consultare le riviste specialistiche interamente dedicate alla bioetica. Tra di esse si segnalano: *Bioethics* (ed. Blackwell); *Hastings Center Report* (ed. Hastings Center); *Bioetica. Rivista interdisciplinare* (ed. Guerini e Associati), *Medicina e morale* (ed. Università Cattolica Sacro Cuore/Vita e Pensiero).

BIBLIOGRAFIA

- Agazzi E. (1998), *L'essere umano come persona*, in Id. (a cura di) (1998), *Bioetica e persona*, Franco Angeli, Milano.
- Battaglia L. (1998), a cura di, *Etica e animali*, Liguori, Napoli.
- Bartolommei S. (1995), *Etica e natura. Una «rivoluzione copernicana» in etica?*, Laterza, Roma-Bari.
- Bayertz K. (2003), “Human Nature: How Normative Might It Be?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 28, pp. 131-150.
- Beauchamp T.L. (1999), “The Failure of Theories of Personhood”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9, pp. 309-324.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1994⁴), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York. Tr. it. di S. Buonazia, (1999), *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze.
- Boccia M.L., Zuffa G. (1998), *L'eclissi della madre. Fecondazione artificiale, tecniche, fantasie e norme*, Milano, Pratiche.
- Bostrom N. (2005), “In Defense of Posthuman Dignity”, *Bioethics*, 19, pp. 202-214. Tr. it. (2005), “In difesa della dignità postumana”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 13, pp. 33-46.
- Botti C. (2000), *Bioetica ed etica delle donne. Relazioni, affetti, potere*, Zadig, Milano.
- Callahan D. (1998), *False Hopes*, Simon & Schuster, New York. Tr. it. di R. Rini (2000), *La medicina impossibile*, Baldini & Castoldi, Milano.
- Carrasco de Paula I. (2004), “Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista”, *Medicina e morale*, 54, pp. 265-277.
- Charlesworth M. (1993), *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, Cambridge. Tr. it. di G. Gozzini, (1996), *L'etica della vita*, Donzelli, Roma.
- DeMarco J.P., Fox R.M. (1986), a cura di, *New Directions in Ethics. The Challenge of Applied Ethics*, Routledge, New York.
- Dworkin R. (1993), *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*, Harper Collins, London. Tr. it. di C. Bagnoli, (1994), *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Dworkin R. (2000), *Playing God: Genes, Clones, and Luck*, in Id., *Sovereign Virtue. The Theory and the Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge-London, pp. 427-452.
- Engelhardt H.T., Jr. (1996²), *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York. Tr. it. di R. Rini (1999), *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano.

Ford N. (1988), *When Did I Begin? Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science*, Cambridge University Press, Cambridge. Tr. it. di R. Rini (1997), *Quando comincio io? Il concepimento nella storia, nella filosofia e nella scienza*, Baldini&Castaldi, Milano.

Fornero G. (2005), *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Bruno Mondadori, Milano.

Fukuyama F. (2002), *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, Farrar, Strauss & Giroux, New York. Tr. it. di G. Dalla Fontana (2002), *L'uomo oltre l'uomo: le conseguenze della rivoluzione biotecnologica*, A. Mondadori, Milano.

Green B.M., Wikler D. (1980), "Brain Death and Personal Identity", *Philosophy and Public Affairs*, 9, pp. 105-133.

Habermas J. (2001), *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Surkhamp, Frankfurt a.M. Tr. it. di L. Ceppa, (2002), *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Einaudi, Torino.

Hare R.M. (1975), "Abortion and the Golden Rule", *Philosophy and Public Affairs*, 4, pp. 201-222. Tr. it. di G. Ferranti, *L'aborto e la regola aurea*, in G. Ferranti, S. Maffettone (1992), a cura di, *Introduzione alla bioetica*, Liguori, Napoli.

Jonas H. (1979), *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Insel Verlag, Frankfurt am Main. Tr. it. di P.P. Portinaro, (1990), *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino.

Jonas H. (1985), *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Insel Verlag, Frankfurt am Main. Tr. it. di P. Becchi, A. Benussi, (1997), *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino.

Kass L. (2002), *Life, Liberty, and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco.

Lamb D. (1985), *Death, Brain Death and Ethics*, Croom Held, London. Tr. it. di G. Farabegoli, (1987), *Il confine della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti*, Il Mulino, Bologna.

Lecaldano E. (1999), *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari.

MacLean A. (1993), *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*, Routledge, London.

Maffettone S. (1998), *Il valore della vita*, Mondadori, Milano.

Marsico G. (2002), *Bioetica: voci di donne*, Bologna, EDB.

Martelli P. (1993), "Bioetica, pluralismo morale e futuro della cittadinanza", in Rodotà S. (a cura di) (1993), *Questioni di bioetica*, Laterza, Roma-Bari, pp. 5-17.

Miles S. H., August A. (1990), "Courts, Gender and the *Right to Die*", *Law, Medicine & Health Care*, 18, pp. 85-95.

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

Mori M. (1980), "Recenti sviluppi della filosofia pratica in lingua inglese", *Rivista di filosofia*, 71, pp. 139-156.

Mori M. (1993), "La 'novità' della bioetica", in Rodotà S. (a cura di) (1993), *Questioni di bioetica*, Laterza, Roma-Bari, pp. 397-420.

Mori M. (1995), *La fecondazione artificiale. Una nuova forma di riproduzione umana*, Laterza, Roma-Bari.

Mori M. (2002), *Bioetica. 10 temi per capire e discutere*, Bruno Mondadori, Milano.

Palazzani L. (1996), "Note per una bioetica transculturale", in D'Agostino F. (a cura di) (1996), *Pluralità delle culture e universalità dei diritti*, Giappichelli, Torino, pp. 333-340.

Parens E. (1998), a cura di, *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Georgetown University Press, Washington D.C.

Parens E. (2005), "Authenticity and Ambivalence. Toward Understanding the Enhancement Debate", *Hastings Center Report*, 35, pp. 34-41.

Pellegrino E.D., Thomasma D.C. (1988), *For the Patient's Good*, Oxford University Press, Oxford. Tr. it. di A. Cipolla, (1992), *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo.

Potter V.R. (1971), *Bioethics. A Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Tr. it di R. Ricciardi, (2000), *Bioetica, un ponte verso il futuro*, Sicania, Messina.

President's Council on Bioethics (2003), *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Regan Books, New York.

Rachels J. (1986), *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, New York. Tr. it. di P. Garavelli, (1989), *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, Sonda, Torino.

Reichlin M. (1999), *Autonomia e responsabilità nella sfera procreativa*, in Cattorini P., D'Orazio E., Pocar V. (1999), a cura di, *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano, pp. 177-195.

Reichlin M. (2002), *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino.

Savulescu J. (2001), "Procreative Beneficence: Why We Should Select the Best Children", *Bioethics*, 15, pp. 413-426.

Savulescu J. (2005), "New Breeds of Humans: The Moral Obligation to Enhance", *Reproductive Biomedicine Online*, 10, suppl. 1, pp. 40-42.

Scarpelli U. (1998), *Bioetica laica*, Baldini & Castoldi, Milano.

Serra A. (2003), *L'uomo-embrione. Il grande misconosciuto*, Cantagalli, Siena.

Sgreccia E. (1999), *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano.

Sherwin S. (2001), "Normalizing Reproductive Technologies and the Implications for Autonomy", in Tong R. et alii (2001), *Globalizing Feminist Bioethics: Crosscultural Perspectives*, Westview Press, Boulder, pp. 96-113.

Singer P. (1994), *Rethinking Life and Death*, Text Publishing, Melbourne. Tr. it. di S. Rini (2000), *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano.

Stock J. (2002), *Redesigning Humans: Choosing Our Children's Genes*, Profile Books, London. Tr. it. di E. Servalli (2004), *Riprogettare gli esseri umani. L'impatto dell'ingegneria genetica sul destino biologico della nostra specie*, Orme, Milano.

Tooley M. (1983), *Abortion and Infanticide*, Clarendon Press, Oxford.