Istituto Studi Bioetici
Salvatore Privitera

βio-ethos

RIVISTA DI BIOETICA
MORALE DELLA PERSONA
E MEDICAL HUMANITIES

n. 2 - 2020

www.studibioetici.it

ISSN 1972-6341

Sommario

Salvino Leone
Editoriale..... pag. 1

Roberto Garofalo
Covid-19: la guerra inattesa..... pag. 4
Considerazioni etiche al tempo della Pandemia

Giovanni Chimirri
La mercificazione della salute pag.15

Alessandro Di Trapani
Trasfusioni di sangue e testimoni di geova:
Considerazioni bioetiche pag.38

Rocco Gumina
Cinque vie per il futuro della democrazia..... pag.65

Gaia De Vecchi
Per chi (non) è suonata la campanella?
Riflessioni a caldo sulla DAD pag.69

RUBRICA BI(BLI)O-ETICA
pag.77

Pietro Cognato
Concezioni sul mondo e identità umana. Scienza, fede, morale in dialogo.

...al tempo del Coronavirus

Questa locuzione è diventata un po' il tormentone di questi tempi. Sostituendo ai puntini un sostantivo si è parlato di politica, di ecologia, di filosofia, di antropologia, di sociologia e chi più ne ha più ne metta.

Tanto che fatica comporta?

Che approfondimento ha preceduto le diverse riflessioni? Facebook ed altri social sono stati i veri dominatori. Persino la scienza è andata in tilt con le sue oggettive certezze propinando opinioni (spacciate come verità) poi contraddette da altri che parlavano sempre in nome della stessa scienza. Il grande ed eterno confitto tra doxa e aletheia ha visto vincere ancora una volta la prima, questa volta però travestita da seconda. La scienza dice… Non è vero perché domani o tra un paio d'ore dirà l'esatto contrario. Persino la grande dea dell'oggettività cioè la matematica è stata messa in crisi. Con la premessa del "sì però" è stato detto che il numero dei contagi in realtà non era quello, che la diffusione del virus in realtà era diversa, che la diffusione non era quella che è stata presentata. Anche le antiche arti del trivio hanno fatto capolino distinguendo tra i morti "da" coronavirus e quelli "per" coronavirus.

E la Bioetica in tutto questo? Poverina è stata un po' la cenerentola del dibattere. Non mi sembra che si siano affacciate all'orizzonte argomentazioni e considerazioni di carattere bioetico. Forse non sono state ritenute necessarie, inglobate, come troppo spesso si pensa, negli angusti limiti di una scienza proibitrice. Forse sono avanzate timidamente di fronte alle criticità morali del triage estremo

ISTITUTO STUDI BIOETICI "SALVATORE PRIVITERA"
Via Vittorio Emanuele, 463 - 90134 Palermo (PA)
Tel. 091 587194
Email: bioetica@fatesi.it
Web: www.studibioetici.it

nell'assegnazione dei posti in rianimazione o di fronte alle drastiche decisioni di lasciar contagiare tutti. Ma niente più. Eppure, come sappiamo, la bio-etica è etica della vita. E in questo tempo di pandemia la vita è stata al centro di ogni riflessione. Si è trattato di una vita che si è riscoperta fragile, precaria, vulnerabile; di una vita compressa dentro le pareti domestiche scrutando il mondo dietro una finestra; una vita alla quale sono stati strappati brutalmente, da un giorno all'altro, i rapporti sociali; di una vita resa incerta perché le è stato tolto il filo che la connetteva alle risorse economiche; di una vita che si è ritrovata povera o "essenziale" come hanno sottolineato i più ottimisti.

A questa vita è stata sottratta anche la Vita: niente Eucaristia e niente celebrazioni liturgiche col popolo. È stato triste, doloroso ma giusto anche se molti ne hanno tratto spunto per attaccare questi provvedimenti grazie ai quali oggi siamo qui a parlarne. Non è stata celebrata la rinascita della vita e tutti siamo stati messi in pausa dalle doppie sbarrette di un lungo, interminabile sabato santo. Strano giorno quel sabato, compresso tra il dramma del venerdì e la gloria della domenica. Giorno di silenzio, di assenza, di smarrimento. Quando anni fa sono stato in Terra santa, sul santo sepolcro ho avuto modo di ripetere quell'esperienza che avevano vissuto alcuni apostoli quasi duemila anni fa: la percezione di una tomba vuota. Anche io vivevo quello che avevano vissuto loro. Il silenzio di quella tomba, però, preludeva alla voce della Fede.

Anche noi in questi mesi abbiamo vissuto questa strana esperienza che ha colpito tutti, non solo i credenti. Quel silenzio è stato il silenzio delle vie deserte o il silenzio ieratico e dimesso di un papa che attraversava una piazza san Pietro deserta trascinando dietro di sé il mondo intero nell'abbraccio della croce anch'essa piantata in un solitario calvario urbano.

Cosa può dire la Bioetica in tutto questo? Si fa piccola piccola e si nasconde tra i giganti.
Celebra la vita ed è celebrata dalla vita, la scopre anche dove questa non si fa scoprire, tiene ferma la sua presenza. Diceva un vecchio adagio: "finché c'è vita c'è speranza". E questo lungo silenzio nonostante tutto è stata una lunga celebrazione della speranza, se no non saremmo qui per ripartire come si dice adesso.

Certo è difficile cogliere la speranza dietro una mascherina, dietro uno schermo in plexiglass, dietro un distanziamento sociale, dietro il dolore di chi non ha potuto accompagnare i propri defunti. Ma la speranza c'è e nella speranza c'è vita. Allora anche la Bioetica le si fa compagna.

Salvino Leone

CoVid-19: la guerra inattesa
Considerazioni etiche al tempo della Pandemia

L'avvento improvviso della pandemia da CoVid-19 ha avuto gli effetti di una slavina. Non a caso, la narrazione degli eventi complessivi legati alla diffusione virale, soprattutto quelli osservati a carico del sistema sanitario italiano, per la drammaticità determinata dall'effetto-sorpresa e dai numeri elevatissimi del contagio, hanno da più parti richiamato quanto già riportato in letteratura alla voce "Medicina delle Catastrofi".[1] Non sembra inopportuno: ha creato sconcerto, sbandamento, paura il dover constatare che c'erano bisogni improvvisi e in enormi quantità a cui non potevano corrispondere risposte adeguate. La Medicina delle Catastrofi o delle Grandi Emergenze nasce proprio per affrontare efficacemente gli aspetti connessi alle conseguenze di un evento improvviso e alla sua gestione già a partire dalle prime fasi, utilizzando le possibilità straordinarie di soccorso che la scienza e la tecnologia offrono.

Anche nel caso della pandemia, come in altre condizioni catastrofiche, a mandare in sofferenza l'intero impianto sanitario del Paese è stato l'improvviso squilibrio tra domanda assistenziale ed offerta di cure. La risposta fornita dai sistemi di sanità territoriale e dalle strutture ospedaliere, nei giorni tremendi della "fase 1" della crisi pandemica, ha messo in moto una macchina assistenziale che ha avuto pochissimo tempo a disposizione per avviarsi e per attivare soluzioni organizzative efficaci.

[1] Si riporta ad esempio il documento redatto a cura del Comitato Sammarinese di Bioetica: *Bioetica Delle Catastrofi*, approvato il 10 luglio 2017.

In questa sede richiameremo, in prima istanza, alcune ricadute etiche che sono scaturite dallo stato iniziale di concitazione, suscitando angosciose riflessioni, provocando spiazzamenti, imbarazzi, scelte difficili e dilemmi apparentemente senza risposte davanti a malati gravissimi e ai corpi esanimi di quelli che non ce l'hanno fatta. Quindi daremo spazio ad altre doverose considerazioni di ordine etico che riguardano una visione globale dei cambiamenti che questa pandemia sta determinando nelle nostre vite e nella programmazione del nostro futuro.

Le scelte difficili in rianimazione: il gioco delle matrioske

Le strutture sanitarie che più hanno sofferto delle criticità scatenate dal virus, com'è noto, sono stati i reparti di terapia intensiva e sub-intensiva.[2] È stato soprattutto in queste sedi che gli sviluppi clinici di un'infezione virale dai contorni sconosciuti ed inquietanti hanno richiesto gli sforzi maggiori da parte degli Operatori sanitari, tutti rivolti all'obiettivo di salvare più vite possibili, anche a costo della propria, di vita.

Una considerazione previa. Nelle malattie croniche ad andamento evolutivo possono subentrare situazioni acute che richiedono interventi intensivi; il loro superamento determina sovente il ripristino delle condizioni di partenza, ma in un numero non illimitato di volte. Giunge, infatti, il momento in cui le manovre intensive messe in atto devono lasciare spazio alle cure palliative, per il venir meno di ogni ragionevole margine di recupero e per il profilarsi dell'unica prospettiva concreta rappresentata dalla morte. Il delicato

[2] Josh Farkas, *COVID-19 - The Internet Book of Critical Care*, EMCrit, Marzo 2020.

passaggio di consegne fra questi due sistemi di cura, quello delle cure intensive e quello della palliazione, per certi aspetti in opposizione benché in continuità, è uno snodo clinico ed etico fondamentale, spesso non semplice. Decidere di *proseguire* con cure intensive, ovvero di *lasciare* che la morte sopraggiunga, sia pure con il doveroso accompagnamento offerto dalle cure palliative, senza che si raffiguri in alcun modo un exitus colposo o, peggio, perseguito con dolo, è un passaggio tecnicamente impegnativo e carico di risonanze morali. Un importante contributo del SIAARTI[3] identifica, nelle fasi *end stage* delle patologie croniche, i criteri clinici che vanno ricercati perché tale passaggio avvenga in sicurezza e secondo i protocolli scientifici più accreditati.[4]

Il sopravvento di una condizione acuta della pervasività e della violenza della pandemia da CoVid-19, al contrario, spinge ad interventi salva-vita per la maggior parte dei soggetti colpiti in assenza di malattie pregresse, mentre non può che complicare le attenzioni, le azioni e le scelte da compiere davanti ai malati affetti da multi-patologie e cronicità, per i quali la *restitutio ad integrum*, o anche il ripristino della condizione precedente al sopraggiungere dell'infezione può risultare più problematica. In un drammatico "*testa o croce*", l'ipotesi peggiore è dietro l'angolo. Un'analisi sulla complessiva, triste vicenda pandemica cui abbiamo assistito potrebbe portarci a parlare di una grottesca serie di matrioske. Infatti, se apriamo la prima grande "scatola", data dalla tragedia

[3] SIAARTI, *Grandi insufficienze d'organo 'end stage': cure intensive o cure palliative? 'Documento condiviso' per una pianificazione delle scelte di cura*, 22 aprile 2013.

[4] È bene ricordare che gli ambienti delle Rianimazioni stanno, ultimamente, ricevendo la crescente collaborazione da parte delle professionalità dei Palliativisti, a buon titolo sempre più presenti in corsia.

della malattia, nell'estensione delle sue manifestazioni, nella sua imprevedibilità, nell'andamento travolgente, nella numerosità delle vittime, vediamo che al suo interno contiene un'altra tragedia più piccola: se è vero che di CoVid-19 si può anche morire, come si muore?

Proprio i reparti di Rianimazione sono stati teatro di contesti angoscianti del morire; si è imparato a conoscere la sintomatologia riscontrata nelle battute finali di CoVid-19, caratterizzata, in vario assortimento, da dispnea, fino al soffocamento, angoscia di morte, agitazione, *delirium*. Com'è facile intuire, nelle intenzioni di chi ha operato al capezzale di questi ammalati, in queste drammatiche circostanze, ha prevalso la ferma intenzione del perseguimento della guarigione ad ogni costo. Ma eccellente perizia rianimatoria raramente si accompagna a valida competenza palliativistica. In altri termini, nei casi destinati a morte certa, l'opportunità di intervenire con manovre di cure palliative, con il controllo dei sintomi, la sedazione di quelli incoercibili, il perseguimento di non soffrire, l'accompagnamento ad un buon morire non solo in termini strettamente clinici, ma anche nella ritualità dell'umano commiato e del conforto, ha trovato, con le dovute eccezioni, una generica e diffusa impreparazione. Ecco perché si ha motivo di credere che, al di là delle buone intenzioni e delle ottime capacità professionali dei Rianimatori, in una quantità mal definibile di situazioni cliniche siffatte, il diritto al buon morire sancito, fra l'altro, dalla legge[5], in questa tragica congiuntura della pandemia sia stato sottovalutato, se non trascurato o, addirittura, omesso.

[5] Ministero della Salute, Legge 38/2010.

A ciò va aggiunto un ulteriore elemento critico. Nelle ultime fasi della vita, gli ammalati si sono trovati in ambienti di degenza ad alto tasso di tecnologia e assistiti da Operatori molto coperti dai dispositivi di protezione. Sono stati, cioè, circondati da individui scarsamente riconoscibili nei volti e nelle espressioni, e, dunque, ostacolati nel ricevere il benefico calore di una presenza umana riconoscibile. Condizioni inevitabili, si potrebbe obiettare. Certamente, ma comunque lontane dai canoni dell'umanizzazione, che appesantiscono di ulteriori dolorosi dettagli il consumarsi generale della tragedia. Se a ciò si aggiungono la negazione, anch'essa doverosa ma altrettanto struggente, dei rituali funebri e dell'accompagnamento del defunto da parte dei congiunti, il doloroso distacco di giorni prima nell'inconsapevolezza che quelli fossero gli ultimi saluti, l'accatastarsi e il trasporto nei camion in cortei spaventosi di salme nell'anonimato, pensiamo che si possa ravvedere un primo importante insieme di criticità disumanizzanti, eticamente sconcertanti, scaturite nel corso della concitata "fase 1". E senza ricercare colpevoli, data la drammatica agitazione di quei giorni, resta lo sconforto, l'impotenza e tanta rabbia gettata al vento.

Il "cattivo morire" è, dunque, una matrioska più piccola contenuta all'interno della tragedia più grande. Ma se apriamo anche questa matrioska, ne troviamo un'altra ancora più piccola al suo interno. Se la *governance* del sistema non ha saputo assicurare alle cure palliative lo spazio della loro legittimità è, evidentemente, perché alle cure palliative non si è *saputo*, o *potuto*, o *voluto* pensare. Certo, quando tutte le risorse umane e le energie disponibili si indirizzano verso l'ottenimento della guarigione per la maggior parte dei soggetti, pensare all'eventualità della loro fine è più o meno

ostacolato, sia nei fatti che nelle intenzioni. È così che, all'interno dei provvedimenti normativi che a vario livello sono stati adottati, non si è trovato che pochissimo spazio per le cure palliative e per l'applicazione sistematica dei loro paradigmi di cura; in alcuni casi si è persino assistito alla soppressione di Hospice per convertirne gli ambienti ad altri spazi di degenza.

Ed ecco la matrioska più piccola di tutte: l'impossibilità e l'incapacità di denunciare tutto questo, l'impopolarità che potrebbe rovesciarsi su chi si pronunciasse pubblicamente a favore delle cure di fine vita quando tutti guardano e sperano nella salvezza. In un silenzio assordante, nessuno parla della rilevanza fondamentale degli aspetti umani legati al morire dignitoso. La matrioska più piccola paradossalmente rappresenta l'aspetto forse più grande di tutti.

Un ulteriore elemento di riflessione, al capezzale dei letti di ammalati di CoVid-19. Le scarse conoscenze del virus e della sua azione patogena ha comportato anche il moltiplicarsi di approcci terapeutici di varia natura, oltre all'avvio rapidissimo di ricerche finalizzate alla realizzazione di un vaccino. Anche in una simile inedita condizione patologica, come in molte altre, cimentare farmaci già noti, con indicazioni cliniche approvate e collaudate, o provarne di nuovi, compresi i vaccini in via di elaborazione, richiede precisi passaggi sperimentali in protocolli di studio strettamente legati a *good clinical practice* (GCP).[6] Questo richiede una quantità difficilmente programmabile e prevedibile di tempo. Ma lo svolgersi impetuoso dell'emergenza pandemica e la spasmodica ricerca di

[6] D.L. 6 novembre 2007, n. 200 "*Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali*" in «G.U.R.I.» n. 261 del 9 novembre 2007 Supplemento ordinario n. 228.

soluzioni salvifiche hanno favorito, fra l'altro, un evidente scoordinamento tra centri di ricerca, inopportune dinamiche di competizione, dispersione di risorse, scarsa attenzione a *consenso informato* e rispetto della *privacy*. Crediamo che molte di queste sconvenienti evenienze non siano inevitabili; crediamo che anche questi elementi di ulteriore disagio vadano annoverati tra le criticità più emergenti che la pandemia ci ha presentato, quelle a cui nel prossimo futuro dovrà porsi urgente rimedio.

Pollice in alto, pollice verso: decidere per la vita o per la morte

La condizione di "Medicina delle Catastrofi" richiama intuitivamente la Medicina degli ospedali da campo, negli scenari di guerra. Come in questi ultimi, nel caso dell'attuale pandemia, davanti al rapidissimo incremento numerico di quadri clinici di varia gravità ed allo sbilanciamento tra risorse necessarie e disponibili, di cui si è già detto, si è presentato l'obbligo di stabilire una scala di priorità sull'offerta di cure. Nelle situazioni più gravi si è dovuto decidere chi salvare e chi no, urgentemente, in contesti angoscianti, spesso in solitudine.

Chi scegliere, dunque? Chi premiare, chi condannare? Secondo quali criteri?

È di quei giorni l'uscita di un altro contributo del SIAARTI[7], che specifica detti criteri di discernimento. Il documento ha fatto emergere le difficoltà di una scelta allocativa discriminante in caso

[7] SIAARTI, "*Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*", 10 marzo 2020.

di risorse limitate e ha offerto una proposta per una decisione che si vorrebbe non soggettiva. La proposta consiste nell'applicazione di un criterio utilitarista impostato sui fondamentali da *status* bellico già precedentemente richiamati: chi ha maggiori probabilità di sopravvivenza sarà privilegiato rispetto a chi lo è meno. In particolare, si è proposto di favorire chi ha più possibilità di recupero «come estensione del principio di proporzionalità delle cure […] privilegiando la maggiore speranza di vita», eventualmente ponendo «un limite di età all'ingresso in terapia intensiva». A parità di condizioni cliniche, viene detto in sostanza, si terrà conto di fattori extra-clinici, che saranno l'età e/o l'eventuale condizione di svantaggio, come co-morbilità, disabilità e menomazioni. Se, quanto alla prima parte del suo contenuto, ciò può apparire accettabile, nelle parti successive è apparso discutibile ed ha sollevato una cospicua quantità di critiche[8] ove non di accuse e condanne; l'impostazione pragmatica di matrice nord-europea – è stata l'affermazione più comune – ha cozzato con una visione mediterranea, di stampo più umanitario. Il contrasto tra posizioni è stato, così, tradotto in una discrasia tra culture, nel tentativo di una legittimazione accettabile.

Proviamo a declinare la questione alla luce dei principi della bioetica.

Innanzitutto, se è il solo medico a decidere, in quanto posto nelle descritte, concitate condizioni di disagio, sembra, di fatto, riemergere inaspettatamente il paternalismo medico a svantaggio

[8] Anche in questo caso si riporta ad esempio il parere del Comitato Sammarinese di Bioetica, *Risposta alla richiesta di parere urgente su aspetti etici legati all'uso della ventilazione assistita in pazienti di ogni età con gravi disabilità in relazione alla pandemia di covid-19*, approvato il 16 marzo 2020.

del principio di autonomia del paziente, non coinvolto apertamente nelle durissime scelte che lo riguardano, né direttamente, a causa delle condizioni precarie nelle quali versa, né indirettamente, mediante la figura di un fiduciario. Questo sembra un passo indietro rispetto agli attuali, recenti passaggi culturali e legislativi che hanno visto negli ultimi anni, al contrario, il progressivo prevalere del principio di autonomia su quello di beneficialità/non maleficenza.[9] Ma non si può che prenderne atto: in guerra capita sovente che i diritti, il rispetto della dignità, lo stesso riconoscimento dello statuto di persona, subiscano sovvertimenti e richiedano faticose ricostruzioni postume, al cessare del fuoco delle armi.

Indubbiamente, però, l'elemento che più risalta è l'interpretazione critica del *principio di giustizia*: per massimizzare i benefici dati dai trattamenti salva-vita, in condizioni cliniche di pari gravità fra più soggetti, questi vanno distribuiti a chi potrà beneficiarne di più, avendo davanti un'aspettativa di vita maggiore e una qualità accettabile, in termini oggettivi. Per bilanciare questa che sembra un'affermazione già discutibile nei contenuti e meritevole di riflessioni più concilianti, alcune voci si sono sollevate in opposizione, affermando che, al contrario, proprio le persone più anziane sarebbero le più meritevoli dei benefici dei rimedi salva-vita, in quanto artefici dei maggiori contributi proprio per la nascita e lo sviluppo dei sistemi sanitari, con il loro lavoro, i loro sacrifici, la loro vita. Ma questo non farebbe altro che spostare, per così dire, le

[9] Basti pensare alla matrice concettuale presente nella legge sulle DAT, del dicembre 2017, ultimo atto di un lungo processo culturale iniziato con l'istituzione del *consenso informato* nella pratica clinica e accompagnato dalla nascita di espressioni inedite fino a pochi decenni fa, quali "Tribunali del malato", "diritti del malato", "medicina difensiva". Tutti passaggi nella direzione della prevalenza del "principio di autonomia" su quello "di beneficialità".

ragioni del merito da un comparto ad un altro delle persone che richiedono cura, secondo una discutibile logica retributiva che mantiene inalterata una visione materialistica delle cure, della sofferenza e dell'uomo *tout court*. Anche questa impostazione, insomma, ci sembra problematica.

Va precisato che, per fortuna, dopo il picco iniziale della crisi durato alcuni giorni, ci si è accorti del calare provvidenziale dei numeri e, di conseguenza, anche dei dilemmi ad essi legati. E va anche sottolineato che le discutibili posizioni espresse, preferenziali o no del criterio dell'età o della presenza eventuale di menomazione, si è detto che andrebbero applicate a parità di situazioni cliniche; tale perfetta "parità", secondo l'esperienza di chi pratica la medicina in corsia, è davvero tanto improbabile da apparire quasi pretestuosa. In altri termini, la realtà ordinaria difficilmente pone il dilemma di dover salvare qualcuno per sacrificare qualcun altro sulla base di elementi che non siano quelli strettamente legati alle condizioni cliniche. Ma ciò non toglie che il problema delle scelte e dei criteri da adottare sia rimasto come un fotogramma destinato ad inquietare le coscienze anche nel tempo futuro, sperando che, comunque, non ci si debba mai ritrovare ad operare simili scelte e a decidere nell'angoscia.

In Italia, nel Mondo

Scelte, dunque. Giudizi sommari e condanne impietose.
Ma, anche, decisioni sul singolo caso che possono rispecchiare posizioni politiche su larga scala. Le posizioni pragmatiche che hanno dato origine e sostenuto le affermazioni del documento del SIAARTI possono, forse, essere rintracciate anche tra le pieghe delle decisioni politiche sul governo della crisi sanitaria. Ci si riferisce alle decisioni

di riconoscimento, sta piuttosto smascherando profonde convinzioni nascoste, autentiche concezioni di valori e disvalori, visioni d'amore o di indifferenza per l'uomo. Bisognerà ricordarsene; quando tutto finirà, rimarremo con un'eredità pesante e maestra. La crisi sanitaria ci avrà detto molto di noi, che non sapevamo.

E dopo tanta sofferenza e tanti lutti, ci avrà, forse, reso migliori.

Roberto Garofalo

Dirigente dell'Unità operativa per le cure palliative della ASP di Palermo, presidente del Comitato etico dell'IRCCS istituto mediterraneo per i trapianti

La mercificazione della salute

1. Bioetica del benessere e vertigine della salute[1]

L'enorme interesse odierno per la salute può essere inteso come una *laicizzazione* di quella "salute-*salvezza*" e di quella "vita beata" in cui molti ormai non credono più e senza di cui non rimane che aggrapparsi al mondo e accontentarsi del medico "taumaturgo", degli "ospedali-santuari" e di tutti i "riti" della scienza medica (dominio della tecnica che ha soppiantato ogni *valutazione metempirica del reale*). Ma l'uomo moderno non si accontenta invero della salute ordinaria ma desidera molto di più, desidera prestazioni straordinarie e un aspetto fisico da concorso estetico!

Paradossalmente, in molti oggi si "ammalano" di salute! La salute non è più, come un tempo, solo un'assenza o una sconfitta di malattie, e la medicina non deve più lottare solo contro i microbi e i traumi, ma deve paradossalmente curare il corpo e la psiche dei *sani* e trasformarsi in "medicina del *desiderio*" e "medicina *potenziativa*".

La salute va oggi esibita, costruita e sperimentata fino all'eccesso, fino alle soglie superiori della vertigine, veri e propri "orgasmi di benessere", come quando per esempio ci si sottopone a sforzi atletici, a pratiche sportive del tipo *bungee jumping*, alla chirurgia estetica, a diete rigorose, all'alimentazione salutista (= ortoressia), all'assunzione scriteriata di farmaci, ecc. Non più un apprezzabile e discreto *equilibrio psicofisico* ma una forma fisica eccezionale, una "mistica laica" per distrarci dalle nostre fragilità esistenziali e darci

[1] Rielaboro e aggiorno in questo articolo, quanto esposto in modo più ampio e documentato nel mio *Bioetica della medicina e psicologia della cura*, IF Press, Roma 2019.

l'illusione di "individui-*Super*". La salute è stata allargata così tanto da diventare un *mito contemporaneo*; cosa questa che ha portato in modo funesto all'ampliamento delle malattie (vere o presunte) contro le quali bisogna stare sempre in guardia: ormai anche tutti i sani sospettano di essere malati ("pandemie ipocondriache"!). La civiltà occidentale si è trasformata in una società interamente e industrialmente *medicalizzata* e posta sotto controllo dai sistemi politico-sanitari. Emblematico in proposito, l'ormai classico volume *Nemesi medica* di I. Illich, che si apre con uno schiaffo: «La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. La gestione professionale della malattia è diventata qualcosa di *iatrogeno*»![2]

La salute può essere intesa come *fatto* o come *valore*: nel primo caso è qualcosa di misurabile e definibile oggettivamente e statisticamente; nel secondo caso è definita da *normatività* e *idealità* in cui entrano in gioco saperi sociali, morali e filosofici (le due prospettive non sono necessariamente in contrapposizione, sebbene spesso siano confuse). Ognuno ha il dovere di fare tutto quanto è nelle sue possibilità al fine di preservare la *salute del proprio corpo*, mentre la politica ha il dovere di educare a corretti stili di vita, prevenire le malattie e responsabilizzare chi si ammala per sua diretta volontà poiché diventa un costo per la collettività (perdita di giornate lavorative, spese sanitarie, disagi famigliari, ecc.).

[2] I. Illich, *Nemesi medica*, Red, Como 2013, 10. Dove l'autore espone, oltre la "iatrogenesi clinica", anche altri due tipi di iatrogenesi: la "iatrogenesi culturale" e la "iatrogenesi sociale", in cui rivela tutte le malefatte, gli eccessi e gli abusi della medicina contemporanea. Informo che alcune citazioni potranno subire lievi adattamenti e sintesi (i riferimenti compiuti secondo la comune metodologia, consentiranno al lettore di risalire ai testi originali completi).

Scrive I. Kant: «Il nostro corpo concorre alla nostra identità e partecipa delle leggi generali della libertà, secondo cui ci sono assegnati dei doveri. Il corpo c'è stato affidato e, nei suoi confronti, è nostro dovere che lo spirito lo *disciplini e si prenda cura di esso* [...] Noi abbiamo il *dovere di prenderci cura del corpo*, cercando di promuoverne la vitalità, l'energia, l'attività, il vigore, la baldanza.

Quanto alla disciplina del corpo, noi abbiamo due doveri da osservare: la moderazione per quel che riguarda le sue reali esigenze e la temperanza per quel che riguarda i suoi piaceri [...] La perfetta disciplina del corpo consiste nel fatto che l'uomo possa vivere conformemente ai suoi propositi: il corpo va senza dubbio sottoposto a una disciplina, ma l'uomo non deve distruggere né ledere le sue forze: ciò si può ottenere temprandolo in maniera utile, cioè curandolo senza viziarlo o maltrattarlo».[3]

2. Mistificazioni e strumentalizzazioni del corpo oggi

La società occidentale contemporanea ha definitivamente superato le interpretazioni del corpo umano che tendevano a giudicarlo come qualcosa di *negativo in sé*, come in certa filosofia platonica e idealistica, oppure come in certa ascesi religiosa che ricordava all'uomo di essere nato tra feci e urina (sant'Agostino), che vedeva nel corpo solo tentazioni e peccati, che definiva infine il corpo come sacco di sterco e cibo per vermi (san Bernardo, santa Caterina da Siena). Ma se oggi il corpo è stato ampiamente rivalutato, va osservato insieme che tale rinascita del concreto e del vitale non è esente da parecchie mistificazioni. Superato l'antico dualismo corpo/anima, non si è pervenuti a una sufficiente visione

[3] I. Kant, *Lezioni di etica*, Laterza, Bari 1984, 180-181.

dell'essere umano nella sua corretta dimensione corporea e psicofisica. Il trionfo odierno sul/del corpo non è un trionfo sulla realtà e verità, perché le immagini del corpo alle quali ci si è ispirati sono per lo più artificiali, illusorie, fuorvianti, irrazionali e immorali. Esaltare o umiliare il corpo, sono due estremi della stessa patologia, perché condividono l'ambizione di asservire il corpo al loro immaginario e di farlo con la volontà ferrea dell'Io che lo vuole così come lo immagina. Questa procedura è tutt'altra cosa del *curare* e *onorare* il corpo: ci troviamo nella logica di asservirlo a mire che non gli appartengono e che gli vengono imposte dalla volontà di un *Io* narcisista e/o sadico.[4]

Assistiamo dunque a una lacerazione del corpo che, secondo l'occorrenza, è vissuto come corpo-istinto, come corpo-sensazione, come corpo-funzione, corpo-piacere, corpo-dolore, corpo-immagine, corpo-oggetto, ecc. Da un lato, c'è la grandezza del corpo e delle sue mirabili e molteplici funzioni; dall'altro lato c'è la *povertà* del corpo coi suoi limiti, bisogni, debolezze, ambiguità. Viviamo più che mai nell'epoca della "svendita" del corpo nei più svariati ambiti della società, come:[5]

- nell'*economia*, dove il corpo è ridotto a forza lavoro, con l'aggravante che, quando questo corpo è quello di uno straniero (corpo barbaro, corpo incivile, colorato, diverso, ecc.) ha un minor valore, e quindi costa meno e fa guadagnare di più;
- nella *sessualità*, dove il corpo è ridotto a oggetto erotico: occasione di piacere, desiderio voyeuristico, uso pornografico, infedeltà, meretricio, soddisfazione egoistica e anarchica, ecc.;[6]

[4] Cf. *Editoriale*, in «Tredimensioni», 2/2008, 116.
[5] Cf. U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2000, passim.
[6] Cf. il nostro *Psicologia del piacere e mistica dell'eros*, OM Edizioni, Bologna 2016.

- nella comune *pratica medica*, dove il corpo è solo una materia neutra da vivisezionare in laboratori computerizzati; dove ognuno può comprare o farsi prescrivere pillole per dormire, digerire, dimagrire, copulare, abortire, calmarsi, eccitarsi, ecc. L'individuo s'illude di padroneggiare il proprio corpo quando dovrebbe curare invece la mente e adottare stili di vita adeguati;
- nei vari sistemi *rieducativi* e *giudiziari*, dove il corpo è qualcosa che si può offendere, affamare, torturare, punire, segregare;
- nel mondo *mass-mediatico* (moda, pubblicità, spettacolo, informazione), dove il corpo è esibito e denudato senza alcun pudore per fini commerciali;[7]
- in certa *pseudo-scienza*: esistono società che surgelano il corpo del morto (tecniche d'ibernazione), assicurando i parenti che il loro caro estinto tornerà a vivere appena la scienza sarà in grado di risuscitarlo! Ecco la prospettiva del *transumano*, della superba sfida alle leggi della natura, della panacea tecnologica, della credenza nell'immortalità naturalistica dell'uomo;
- nelle comuni *relazioni sociali*, dove il corpo viene denigrato, offeso e discriminato a motivo della sua disabilità e/o configurazione antropometrica (individui alti, bassi, grassi, magri, calvi, ecc.);
- nello *sport*, dove registriamo almeno quattro livelli di strumentalizzazione: a) il corpo come macchina prestazionale (con relativo doping); b) il corpo come teatro di violenza (arti di combattimento); c) il corpo come esibizionismo muscolare (body-building); d) il corpo come spettacolarizzazione del rischio (sport estremi e pericolosi che provocano ogni anno migliaia di morti e invalidi);

[7] Cf. il nostro *Psicologia della nudità*, Bonomi Editore, Pavia 2010.

- nella risoluzione dei *problemi esistenziali personali*, dove si crede e si spera vanamente di superare i disagi della vita prendendosela proprio con il proprio corpo: digiunando (anoressia), gozzovigliando (bulimia, obesità), drogandolo (fumo, stupefacenti, alcolici, ecc.), scaricando su di esso tutti i nostri complessi, timori, problemi, desideri (questioni di medicina psicosomatica);
- in *espressioni culturali* di varia natura, come per esempio: a) in certe pratiche ascetiche, dove il corpo è un demone da combattere, una cosa da fustigare, martirizzare, annichilire; b) in certe espressioni delle popolazioni primitive, dove il corpo è sottoposto a pratiche di iniziazione dolorose; c) in certi riti adolescenziali, dove il corpo è utilizzato come uno strumento per dimostrare coraggio; d) in certi riti di aggregazione criminale (dove il corpo deve donare del sangue, o subire pestaggi e sfregi); e) in certi fenomeni artistici (corpi impiccati, corpi decapitati, deformati, macellerie umane, cadaveri plastificati, forme sado-masochistiche di body-art, ecc.);
- nella *chirurgia estetica* alla quale si ricorre per riparare ogni minima imperfezione sulla base della moda del momento (mito dell'eterna giovinezza e del bello perfetto).[8]

Ora, tutti questi usi/abusi della corporeità sono possibili grazie alla sua *multi-valenza*, per cui il corpo è qualcosa ma insieme qualcos'*altro*; è qualcosa da dominare e controllare (mortificazione del corpo) ma insieme da *liberare* (celebrazione neopagana del corpo); è qualcosa di positivo ma insieme di limitato e negativo; è

[8] Cf. M. Taussig, *La bellezza e la bestia. Il fascino perverso della chirurgia estetica*, Meltemi, Milano 2017.

qualcosa di spaziale e fuori di noi ma che insieme sentiamo interno a noi. Da un lato l'"uomo è il suo corpo" (Marcel, Mounier, Sartre) ma dall'altro si può anche dire che l'"uomo *ha* un corpo", sebbene questo "avere" non possa essere vissuto nella distanza come per tutti gli altri oggetti che l'uomo vede e possiede. Limitarsi a dire l'"uomo è il suo corpo" è pericoloso, poiché potrebbe significare che egli è propriamente e solamente un corpo (= materialismo) e non anche *altro*, cioè spirito che si differenzia e che trascende il corpo.

3. Medicalizzazione della normalità, l'impero farmacocratico, imbrogli della scienza

I discorsi fatti finora forniscono il quadro entro cui collocare il tema principale del nostro saggio. Cominciamo con l'osservare che l'industria farmaceutica finanzia il mondo della medicina (scuole, università, ospedali, riviste specializzate, operatori sanitari, centri di ricerca, manuali, convegni dove si fa parlare solo chi fa comodo) con cui si allea per trattare gli esseri umani come semplici clienti, utenti, consumatori, utilizzatori di prestazioni su cui esercitare ogni tipo di *accanimento* al fine di ricavarne moneta sonante. Eppure l'art. 30 del "Codice di Deontologia Medica" parla chiaro: «Il medico evita qualsiasi *conflitto di interessi* in cui la professione risulta subordinata a indebiti vantaggi economici o di altra natura».

Tutto è oggi rigorosamente *medicalizzato* e tutti vanno incanalati verso qualche possibile malanno o verso qualche *potenziamento psicofisico*. Non è rimasto alcun aspetto della vita quotidiana da tenere e giudicare come evento *normale* e *fisiologico*. Via libera, dunque, a pillole di stimolanti, rimedi pseudo-naturali, creatina, melatonina, integratori di ogni tipo ai sali minerali e alle vitamine (ma spesso ben poco "bio-disponibili"), energy drink, ecc. Il mercato offre

pillole per gli usi più disparati: digerire meglio, copulare meglio, dormire meglio, pensare meglio, evacuare meglio, equilibrare la flora intestinale, sentirsi di buon umore, regolare il ciclo mestruale, prevenire raffreddori, combattere qualche cefalea, invecchiare arzilli, attenuare tristezze, gestire lo stress, aiutare la prostata, combattere la menopausa, ecc. I farmaci oggi non hanno più una funzione terapeutica ma *preventiva* (o pseudo tale) al fine di rendere la vita umana altamente performante come un'automobile nuova di fabbrica!

Strano ma vero, sono state "inventate" decine di nuove malattie, solo perché qualche ricerca ben pilotata e finanziata ha stabilito fittiziamente, per esempio, esser pericoloso e/o insufficiente un certo parametro chimico nella composizione del sangue (presenza di glucosio, colesterolo, piastrine, globuli rossi/bianchi, proteine, ecc.), o nella quantità di ormoni circolanti in un'area del corpo, o nella qualità dell'urina, o nei valori della pressione, o in certi parametri caratteriali/umorali, ecc.! A centinaia di milioni di persone è stato fatto credere di essere malati e, un po' per timore di qualcosa di più grave e un po' per narcisismo, assumono per tutta la vita, molte belle pilloline colorate. Come dire: io ho "parti" del mio corpo che richiedono una sorta di "carburante specifico" per funzionare bene!

Ogni giorno si producono e inventano nuove diagnosi con cui riempire le pagine di manuali e riviste. Sfruttando in malafede e strumentalmente lo slogan "prevenire è meglio che curare", si tende sistematicamente: – ad abbassare sempre più la soglia della "salute/normalità" col preciso fine di vendere più farmaci; – si tende a compilare ricette il più possibile; – prescrivere più esami di laboratorio possibile (screening di massa e spesso invasivi, anziché su

individui selezionati); – operare chirurgicamente il più possibile; – catalogare come malattia ciò che è puramente fisiologico (*disease mongering*, commercializzazione della malattia)! Quando le multinazionali del farmaco non riescono più a curare i veri malati o vedono diminuire i loro affari, si mettono paradossalmente a *curare i sani* facendoli credere malati o prospettandogli una vita migliore!

Avverte un medico rifacendosi ad autorevoli organismi internazionali: «Molti farmaci in circolazione sono inutili e andrebbero eliminati o usati con cautela perché pericolosi. Di molti trattamenti per malattie anche gravi (tumore, artrite, asma) non ci sono studi che ne dimostrino l'efficacia e la sicurezza. L'80% delle procedure mediche non sono state testate appropriatamente. [...] I medici enfatizzano i benefici dei farmaci e minimizzano i rischi. La medicina non può essere solo un affare di statistica ma anche di buon senso e di valutazione rischio/beneficio. Le priorità delle compagnie farmaceutiche non sono i malati ma l'attenzione, la fedeltà e la gratitudine dei medici, e immettono sempre sul mercato farmaci spacciati per nuovi ma identici ai vecchi. Le ditte farmaceutiche: a) convincono se possibile; b) confondono se necessario; c) corrompono se il farmaco non funziona; d) violano regolarmente i codici di condotta sulla responsabilità sociale nella promozione dei farmaci; e) sotto l'apparenza di forum pubblici e di libere informazioni, inducono il consumatore a una maggior richiesta di farmaci. Le agenzie di controllo del farmaco chiedono alle industrie di documentare l'efficacia di un farmaco ma non hanno il mandato di verificare se esso è *realmente efficace/sicuro*: si sa, del resto, che gli studi di quelle industrie non sono corretti e trasparenti, né svolti con le dovute comparazioni. L'aggressività delle industrie è aumentata

col loro oligopolio e indirizzata non alla malattia acuta e occasionale ma a quella *cronica* (o presunta tale, dato l'arbitrario abbassamento continuo delle soglie di rischio e di certi parametri ematici e pressori) dove sono presi di mira gli anziani convinti a curarsi anche se sono in salute. Ricercatori e medici che scrivono le "Linee guida" hanno legami finanziari con l'industria farmaceutica, e quand'anche dichiarino i conflitti d'interesse, non ci sono pene per chi non li dichiara. [...] Le case farmaceutiche investono più per la commercializzazione che per la ricerca, fatta su poche centinaia di individui e per breve tempo (quando gli effetti tossici dei farmaci si rivelano su lunghi periodi), ampliando e modificando le indicazioni di un preparato, cosicché un farmaco autorizzato come antitumorale in Europa diventa una medicina per il mal di testa in Africa. [...] Oltre 600 farmaci sono stati ritirati dal commercio (e con ritardo) per la loro tossicità e pericolosità, ma l'Italia è agli ultimi posti in Europa riguardo la segnalazione/denuncia delle reazioni avverse. [...] Almeno un quarto dei farmaci è assunto per contrastare l'effetto indesiderato di altri farmaci e le linee guida elaborate dalle società mediche spingono alla medicalizzazione di soggetti sani. [...] I farmaci funzionano complessivamente solo in un terzo dei casi, e molti sono a carico dei cittadini perché risaputi inutili, o non sono dimostrati efficaci, non riducono il disturbo e non allungano la vita, e tuttavia sono prescritti dai medici, pubblicizzati dai media e molto venduti da farmacie e grandi magazzini. [...] Il mercato offre un'impressionante quantità di farmaci per la cura di una singola malattia, come per esempio l'ipertensione arteriosa: una ventina di diuretici, una quindicina di ACE-inibitori, una quindicina di beta-bloccanti, una quindicina di calcio-antagonisti, una decina di inibitori del recettore

dell'angiotensina. La cosa ancor più grave, è che i medici prescrivono troppo i farmaci più costosi e cercano poco di prevenire, ossia di curare suggerendo corretti stili di vita e di igiene alimentare [...] Non bisogna confondere semplici *fattori di rischio* con *malattie conclamate*; bisogna stabilire meglio i confini tra sano e malato; occorrono istituti indipendenti dalle case farmaceutiche per verificare l'efficacia dei farmaci e controllare gli studi scientifici; bisogna promuovere la salute e non *vendere malattie* [...] Oggi la scienza medica è controllata dalle compagnie farmaceutiche che decidono la pubblicazione delle ricerche solo se non contrastano coi loro interessi commerciali e il medico stesso è educato da una scienza distorta dal mercato; laddove, invece, il giudizio clinico e la valutazione della cura nei singoli casi richiedono solo onestà, intelligenza e altruismo».[9]

Negli ultimi dieci anni, a fronte di decine di migliaia di ricerche mediche, solo una minima parte ha riguardato l'*appropriatezza* delle prescrizioni e ancor minore è stata la raccolta di prove su persone danneggiate coi farmaci a causa dei loro mille effetti indesiderati. Scrive un altro medico: «Il modello di business delle industrie farmaceutiche è basato sull'*allargamento della sfera delle malattie*. Il suo marketing ne amplia il bacino degli utenti convincendo chi è sano a ritenersi *moderatamente malato*. La commercializzazione della malattia è l'arte di *vendere malanni* e smerciare pillole anche oltre le indicazioni prescritte dai foglietti illustrativi. Le aziende farmaceutiche operano in un ambiente pieno: i medici che scrivono ricette, i pazienti che le richiedono, i ricercatori che inventano

[9] M. Di Ieo, *Malati di farmaci*, Editori Riuniti, Roma 2004, 15-28, 48-49, 52-57, 83, 94-95, 131.

disturbi, i media che con pubblicità e "campagne di sensibilizzazione" diffondono le novità e le malattie dove non esistevano. L'inflazione diagnostica è il successo delle aziende farmaceutiche. Così persone normali vengono etichettate in modo sbagliato e sottoposte a trattamenti farmacologici inutili.

Quand'anche ci siano davvero piccoli disagi, ebbene, noi siamo anche capaci di affrontarli e di porvi rimedio, poiché il nostro organismo è programmato per lavorare bene, sebbene non lo fa sempre a perfezione. Le nostre cellule e i nostri circuiti lavorano in armonia e tutto l'individuo tende all'*omeostasi*; quando l'equilibrio si rompe ecco le malattie; eppure il nostro cervello ha energie e risorse per compensare gli squilibri e ristabilire la normalità anche senza farmaci. Il modo migliore per affrontare i problemi della vita consiste nel risolverli personalmente o nell'aspettare che se ne vadano, non nel medicalizzarli o curarli con pillole».[10]

4. Le denunce di H. Healy e la questione delle linee guida

Secondo questo medico e psicofarmacologo californiano, l'industria farmaceutica, più che guarire le malattie, le crea e mantiene. Infatti, "cura terminata = farmaco invendibile", mentre "(pseudo-) malattia inguaribile = farmaco venduto-per-sempre"! Le industrie vendono più malattie che cure e fanno affari vendendo soprattutto tonnellate di analgesici, di psicofarmaci, di rimedi per diminuire il livello di colesterolo e di zuccheri nel sangue, tonnellate di pillole per diminuire problemi respiratori, regolare presunti livelli anomali della pressione o della densità ossea in eserciti di persone

[10] A. Frances, *Primo, non curare chi è normale*, Bollati Boringhieri, Torino 2013, 49-52.

sostanzialmente sane;[11] il tutto, senza badare troppo ai loro *effetti nocivi* che in tutto il mondo provocano centinaia di migliaia di morti, malati cronici, invalidi e farmacodipendenti! Finché le industrie traggono profitti dalle nostre *attese* (inculcate da loro stesse) non hanno necessità di prendersi cura dei nostri *veri bisogni*![12]

Paradossalmente, se un buon medico deve saper somministrare i farmaci correttamente, ancor meglio dovrebbe sapere quando interromperli o quando non somministrarli affatto. Molti trattamenti sono messi in atto per una *pseudo-medicina preventiva* che però non migliorano la vita, hanno risultati modesti, non guariscono nessuno, creano farmacodipendenza, aggravano la salute, sono ingiustificati.[13] Osserviamo noi con Kant, che si dovrebbe tornare agli stoici, veri anticipatori della corretta medicina preventiva, in cui le pratiche filosofiche (esercizio delle virtù) non erano semplici ausili esteriori alla medicina ma appartenevano a pieno titolo alla sostanza della stessa «*scienza della salute*: questa scienza è *filosofica* quando trova in se stessa i mezzi fisici della salute, altrimenti, quando li prende da fuori (farmacia, chirurgia, ecc.) si riduce ad arte empirica e meccanica».[14]

Le politiche delle industrie del farmaco non sono votate alla reale cura di esseri umani ma per lo più alla vendita di prodotti spesso inutili; il risultato drammatico è il seguente: «I danni causati dai farmaci sono ora la quarta causa di morte per soggetti ospedalizzati, e probabilmente la maggior causa di disabilità nel mondo sviluppato. Se i sistemi sanitari dibattono sul costo dei farmaci, invero spendono

[11] Cf. D. Healy, *Pharmageddon. Eclissi della cura e marketing della medicina*, Mimesis, Milano 2016, 22.
[12] Cf. *Ib.*, 358.
[13] Cf. *Ib.*, 29.
[14] I. Kant, *Scritti di filosofia della religione*, Mursia, Milano 1994, 296-297.

di più per il trattamento dei problemi di salute *indotti dai farmaci*, senza nessuno sforzo apparente per arrestare questa emorragia di vite e di denaro. [...] I medici sono impegnati a *persuadere* i pazienti ad assumere farmaci in forza di linee guida, (pseudo)evidenze scientifiche, sperimentazioni e articoli su riviste, convinti di offrire un buon servizio».[15]

Come già rilevato, i farmaci non sono tanto destinati ai malati, essendo per le industrie il "consumatore" primo il medico che deve prescriverli (monitorato assieme alle farmacie di quartiere); e con questi medici vanno adottati veri e propri *stili di marketing* diversi secondo i problemi che hanno. Se, per esempio, il dolore del paziente diventa per il medico un problema, allora saranno soddisfatti con analgesici sempre più potenti; se i medici sono conservatori e seguono le regole, basterà che il farmaco sia approvato dai governi; se il medico è sensibile alle novità propinate dal mercato (pitturato di scienza), basterà proporre una compressa che si scioglie in bocca anziché ingoiarla, o un farmaco con dosatore di gocce anziché in supposte, o un preparato con presunti minori effetti collaterali, ecc. Se, un tempo, gli accademici erano i depositari e i creatori della cultura medica, oggi sono una semplice risorsa che le industrie canalizzano.[16]

Vari farmaci, secondo Healy, *sembrano* funzionare solo perché la malattia passa, quando invero sarebbe passata anche senza di loro; oppure funzionano qual tanto che basta per dare un'impressione benigna ma a discapito di gravi effetti collaterali per lo più tenuti nascosti sia ai medici che ai pazienti. I farmaci *best seller* che

[15] D. Healy, *Pharmageddon*, 29-33.
[16] Cf. *Ib.*, 87.

producono benefici evidenti sono pochi. Che un farmaco *funzioni*, significa per le aziende che esso ha prodotto solo qualche cambiamento nei parametri che interessano e non che il paziente sia davvero *guarito* (tornato al lavoro, migliorato la qualità della sua vita e delle sue prestazioni, ecc.). Il bilancio finale per molti farmaci, è che essi funzionano come i placebo o che lo battano di un pelo, per cui si potrebbe dimostrare parimenti che essi *non funzionano*.

Sennonché, né i medici né i pazienti sono informati in maniera adatta a esprimere giudizi che si basino sui dati, per cui si è portati a vedere in maniera distorta ciò che i dati mostrano, e questa distorsione è aggravata dalla «pubblicazione *selettiva* dei risultati degli esperimenti condotti dalle aziende farmaceutiche, che indicano una risposta "positiva" al farmaco, e ironicamente da un sistema costruito per assicurarsi che i medici aderiscano alle *prove*».[17]

Si falsificano i dati reali degli esperimenti (una farsa legalizzata), considerando che gli enti governativi certificatori si accontentano di poco e non pretendono di avere in mano tutti i *dati grezzi* degli esperimenti ma solo quelli già elaborati con algoritmi di comodo dalle aziende che devono farsi dare le licenze di commercializzazione. Quando a partire dagli anni '60 del secolo scorso le aziende farmaceutiche si sono viste ridurre i finanziamenti per le loro ricerche, hanno astutamente intrapreso collaborazioni con le facoltà di medicina e farmacia per far sviluppare direttamente a queste (coi soldi dei contribuenti) le ricerche di base per lo sviluppo di nuovi rimedi. Bastava circuire qualche giovane e ambizioso ricercatore che si adattava ai loro interessi, fornendogli protocolli preconfezionati e criteri di trattamento, ma soprattutto

[17] *Ib.*, 125.

bastava distribuire le ricerche su più centri sparsi per il mondo, così da avere sempre il *monopolio* della raccolta dei dati grezzi per poi rielaborarli secondo scopi prefissati non dalle direzioni scientifiche delle aziende ma dai loro uffici marketing![18]

I medici, alla fine, non conoscevano più tutti i pazienti e non avevano più accesso alla documentazione completa degli esperimenti ma solo a sintesi finali e senza dunque la possibilità di supervisionare nulla. Ora, del resto, le aziende non dovevano più produrre farmaci per le reali esigenze della domanda ma dovevano preoccuparsi solo del *mercato stesso* (la vendita di prodotti) limitando al massimo ogni pubblicità negativa legata ai rischi del farmaco; o camuffando per esempio l'aumento dei suicidi con aumenti di vaghe "labilità emotive", oppure, quando un paziente ha prima la nausea e poi una tendenza suicidaria per cui esce dall'esperimento, viene indicato come motivo dell'abbandono solo il primo sintomo, cioè la nausea, e si fa sparire contestualmente il secondo motivo.[19]

Il meccanismo era perfezionato dall'esternalizzazione ad agenzie specializzate in ricerche cliniche, che arruolavano individui con inserzioni pubblicitarie anziché con pazienti inviati dai medici (e talvolta senza neppure individui in carne e ossa ma inventati: qualche caso fu scoperto e i responsabili finirono in prigione); e sempre più spesso arruolando individui in paesi asiatici e africani (dove potevano pagarli una miseria); ed era altresì perfezionato con la produzione di articoli a cura di scrittori che sapevano a priori come compilare un articolo affinché venisse accettato dalle riviste

[18] Cf. *Ib.*, 140 ss.
[19] Cf. *Ib.*, 140-142, 145-146.

mediche,[20] e a cura di altre agenzie che sanno diffondere al grande pubblico qualsivoglia notizia medica finalizzata all'acquisto di farmaci e organizzare ogni sorta di evento finalizzato a creare il consenso intorno a un nuovo rimedio.[21] Così, se nel passato un professore illustrava in un congresso i dati di una *sua sperimentazione* (dove aveva seguito di persona le cose), ora si espongono i dati di sperimentazioni fatti da agenzie private, dove i *dati grezzi* delle cartelle cliniche e di altri studi sono codificati in voci e rielaborati in *tabelle* (le uniche rese pubbliche), cosicché a eventuali obiezioni il relatore può solo rinviare alle tabelle, cosa non diversa da "un cieco che guida un altro cieco"!

Allora, di quali "sperimentazioni scientifiche controllate" stiamo parlando, se chi «prende la parola per illustrarne i risultati, si rifiuta di rendere disponibili i *dati grezzi*, che è appunto quello che le aziende farmaceutiche fanno regolarmente?».[22] In dispregio della correttezza scientifica, molti attori coinvolti nelle ricerche promosse dalle industrie farmaceutiche «non hanno invero accesso ai *dati grezzi originali*, per cui nessuno potrà dire se un dato articolo scientifico rappresenti la realtà. [...] Si tratta come sempre di un processo sistematico mirato a eliminare o superare i *risultati scomodi* mediante la manipolazione dei criteri di codifica e la selezione dei dati da impiegare. Tutto questo è l'antitesi della scienza, che riduce le pubblicazioni scientifiche allo status di *copie di inserti pubblicitari*»![23]

[20] «Non è accettabile che professori universitari firmino articoli scritti, di fatto, dalle industrie farmaceutiche», denuncia fra altro M. Di Leo, *Malati di farmaci*, 59.
[21] Cf. D. Healy, *Pharmageddon*, 142-143, 150.
[22] *Ib.*, 145, 148.
[23] *Ib.*, 160-161.

Un altro punto sul quale si abbattono le severe critiche di Healy, riguardano le "linee guida", croce e delizia degli operatori sanitari. *Delizia*, perché ne facilitano, velocizzano e standardizzano gli interventi terapeutici in forza di pratiche collaudate e accettate dalla comunità scientifica. *Croce* perché talvolta sono inefficaci a causa della diversità di ogni paziente e delle sue risposte alle terapie: il medico non può agire sempre e solo in modo *meccanico* ma può e deve agire anche sulla base delle proprie convinzioni, esperienze, decisioni, ecc., di cui egli rimane in prima persona un'autorità responsabile. Quante volte succede che per *adesione passiva* alle linee guida un paziente non guarisce e peggiora, e poi cambiando interventi e cure tutto migliora? Quante volte succede che le linee guida, anziché legittimi *strumenti* di lavoro sono trasformate in imposizioni che imbrigliano la *libertà delle cure* e dietro di cui si nasconde la mano del *marketing industriale*, cioè di aziende votate non certo alla scienza né alla salute dell'umanità ma a vendere solo pacchetti diagnostici, macchinari, dispositivi, prove di laboratorio, farmaci, protesi, ecc.?

Le linee guida svolgono certamente un ruolo politico e sono generalmente valide, sebbene siano spesso influenzate e pubblicate in base ai soli risultati forniti dalle aziende. Ma che credibilità possono avere le linee guida se chi deve prescrivere i farmaci non ha accesso ai dati reali e completi e deve fidarsi di aziende più volte condannate? La nostra legge n. 24/2017 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), con 18 articoli che spaziano in vari campi (civile, penale, amministrativo, assicurativo, comunicativo) prevede che le linee

guida siano formulate anche da *enti* e *istituzioni pubbliche* e non solo da aziende e associazioni scientifiche private; dunque le parti in gioco dovranno agire in concerto per non emanare linee guida contrastanti.

L'operatore sanitario deve avere scienza e perizia nel seguire le linee guida e le migliori pratiche cliniche in uso (delineate in un "Sistema Nazionale per le Linee Guida – SNLG" e pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità) senza cadere in *negligenze* e *imprudenze*. Ma poi, come sappiamo, non bisogna divinizzare le norme, magari per nascondersi dietro a esse e delegare al "sistema/struttura" ogni responsabilità e risarcimento, del resto limitati dalla legge citata (art. 6) all'omicidio colposo e alle lesioni colpose qualora dimostrabili nella loro dinamica di causa/effetto da consulenti/periti previsti dall'art. 15.

Si dice che le aziende farmaceutiche abbiano minacciato il governo inglese di abbandonare l'isola se i loro nuovi prodotti (non migliori dei vecchi in nulla) non fossero stati incorporati nelle linee guida prodotte dall'"Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica".[24] In uno stato degli USA furono "inventate" delle linee guida (col concorso delle associazioni mediche) che permettevano in sostanza di imbottire di psicofarmaci migliaia di ragazzini delle scuole medie a cui era stato fatto compilare un questionario con domande trabocchetto al fine appunto di diagnosticare gravi disturbi mentali inesistenti, col risultato che parecchi di questi ragazzini, invero sani e con voglia di vivere, si ammalarono, ingrassarono, morirono o si uccisero.[25]

[24] *Ib.*, 205.
[25] Cf. *Ib.*, 200 ss.

Quando i partecipanti a un convegno sono d'accordo sul fatto che una linea guida debba essere basata sull'evidenza scientifica ottenuta grazie a un esperimento clinico, le linee guida sono già pronte ancora prima che i partecipanti siedano attorno a un tavolo: «L'*appropriazione* delle linee guida avviene tramite abili strategie di pubblicazione e mediante esperimenti rivolti al trattamento di malattie per le quali non siano stati eseguiti altri esperimenti, come nel caso della sindrome delle gambe senza riposo, della disfunzione sessuale femminile o dell'osteoporosi. In tal modo, le aziende possono attirare l'attenzione su queste malattie, imbastire un'apparenza di comparazione di efficacia, reclutare ricercatori per sostenere le proprie scelte di cura. In questo modo riescono a diventare capaci di controllare il contenuto delle linee guida e trasformarle in un'estensione dei dipartimenti aziendali di marketing [...] I medici in tutto il mondo si trovano sempre più a confrontarsi coi loro dirigenti che esaminano con attenzione la loro *adesione alle linee guida* e quindi trovarsi nella condizione di poter essere licenziati in caso di deviazione, contestazione, critica scientifica. Molti credono che i nuovi farmaci, sebbene più costosi, siano più efficaci e quindi si potrà nel tempo risparmiare con la guarigione dei malati. Invero, le linee guida dovrebbero solo *orientare* e non *dettare*, ma la prassi impone che nelle cartelle cliniche ogni deviazione sia giustificata, mentre, seguendole, *tutto è già giustificato*! Quindi sono pochi i medici che deviano, poiché percepiscono immediatamente di trovarsi in una situazione rischiosa, laddove, invece, di tutti i pazienti che si aggravano e muoiono per aver ricevute cure e farmaci *secondo le linee guida*, nessuno ha da dire e nessuno ha colpa! Il vero punto della faccenda, non è tanto o solo la *libertà* del medico,

ma l'*efficacia* del farmaco, che se fosse tale chiuderebbe il discorso e il medico seguirebbe meccanicamente le linee guida come uno scrupoloso burocrate, ben contento di guarire pazienti».[26]

Nel paese che più di altri fa uso di linee guida, come negli USA, *la salute non è migliore e l'aspettativa di vita è inferiore*! Nel 2000 l'OMS ha collocato gli USA al 72° posto nella classifica delle prestazioni e dei successi sanitari e al 24° tra 200 nazioni in termini di salute complessiva; mentre il Commonwelt Found nel 2008 poneva gli USA agli ultimi posti (fra i paesi sviluppati) per la qualità dell'assistenza medica! Così, davanti all'evidenza, i difensori delle linee guida si arrampicano sugli specchi affermando che le terapie possono non funzionare qualora non somministrate all'inizio della malattia o per altri fattori indipendenti dall'*efficacia* delle cure (è il singolo paziente che non risponde a esse, che non le segue bene, che non collabora!).

Se c'è una malattia, ci sarà pure un farmaco per curarla. Ma le malattie vanno *ricercate* ancor prima che esistano e si manifestino, e perciò le industrie inventano apparecchiature progettate e tarate per "accalappiare fantasmi"! Non c'è parametro fisiologico che oggi non si possa *misurare col computer*, per cui via libera ad apparecchi che stabiliscono con precisione millimetrica il flusso del respiro, la quantità di una sostanza nel sangue, la densità ossea, ecc.; e via libera a inalatori, diffusori, tutori, motorini elettrici sottopelle, amplificatori nel cranio, rotule di titanio, ecc. Da quando i medici dispongono di spirometri, le diagnosi d'asma si sono centuplicate e con queste i farmaci da somministrare, il tutto per intrappolarci in *circoli di cure*. Risultato: invece di prendersi davvero *cura* delle

[26] *Ib.*, 218-222.

persone, ci si limita a *misurarle*, appoggiandosi a pseudo-scientifiche tabelle standard e dimenticando la classica *osservazione clinica diretta sul corpo del paziente*, fatta di palpazione, auscultazione, percezione del colore della pelle, degli occhi, dell'alito, ecc.[27]

Rimanga chiaro, che non è qui in gioco la bontà del *progresso medico-scientifico* in se stesso, altrimenti saremmo rimasti alla medicina antica dove si usavano per esempio sanguisughe, olio di serpente e conchiglie triturate ma è in gioco: – l'abuso dei sistemi di misurazione e la loro scorretta applicazione; – l'essere ormai ostaggio di industrie disinteressate alla salute; – l'uso fanatico di protocolli massimizzanti e rigide procedure che mal si adattano alla singolarità dei pazienti e all'esperienza clinica dei singoli medici; – il potere seducente di tutte le scale di valutazione e finanche delle bilance pesapersone; – il rapporto sempre più scarso tra medico e paziente, in cui il paziente vede numerosi specialisti senza una figura di riferimento che lo segua dall'inizio alla fine, vittima di un sistema sanitario che guarda solo all'efficienza delle procedure più che alla salute delle persone.

La cosa più drammatica di tutta questa *mania di misurazioni* (con relative terapie) è che per una moltitudine di presunte malattie o di presunti fattori di rischio stabiliti dalle industrie attraverso i suoi tentacoli, i trattamenti diventano *illimitati* poiché non si danno criteri finali di valutazione tranne la morte! L'uomo d'oggi è stato convinto che il vivere stesso è in sé un grosso rischio medico che può essere controllato mangiando medicine a colazione, pranzo e cena per tutta la vita, fino appunto all'ultimo respiro.[28] Siamo dominati

[27] Cf. *Ib.*, 232-233.
[28] Cf. *Ib.*, 252.

dall'impero delle *scale di valutazione*, dalle *checklist*, dal *mercato dei numeri* e dai *criteri diagnostici*: ma tutto ciò non indica ancora e per forza che Tizio sia davvero malato e bisognoso di cure![29]

L'eventuale *discrezionalità* del medico nel somministrare queste "terapie *croniche*" (paradossalmente, non è più la malattia a essere cronica – visto che il più delle volte non c'è – ma la stessa cura farmaceutica) o peggio la sua eventuale ritrosia, è poco gradita dai colleghi medici che si sentono messi in discussione; è vista in *modo sospetto* dagli amanti dei numeri e delle linee guida; è vista come un *ritorno al passato* quando la medicina era "artigianale" (ma faceva magari meno danni) e il medico conosceva tutta la vita del paziente e gli effetti indesiderati dei farmaci, quando oggi di rado ne viene a conoscenza o non ne prende debita nota.[30] Molti medici «hanno accettato il *potere di prescrizione* come un *diritto divino* ricevuto per gestire il monopolio della somministrazione di farmaci nelle persone che si trovano nei momenti di maggiore disperazione e vulnerabilità, e hanno trasformato questo diritto in qualcosa di diverso dal dover fare qualcosa riguardo ai rischi derivanti da un farmaco. I medici sono divenuti un braccio della catena di distribuzione dei farmaci, piuttosto che persone che si assumono (come facevano un tempo) la *responsabilità di gestire le cure*».[31]

Giovanni Chimirri
Segretario nazionale dell
Associazione docenti italiani di filosofia,
collaboratore in riviste scientifiche e istituti di ricerca

[29] Cf. *Ib.*, 255 ss.
[30] Cf. *Ib.*, 270, 312.
[31] *Ib.*, 296-297, 314.

Trasfusioni di sangue e Testimoni di Geova: considerazioni bioetiche

Introduzione

Per il presente articolo ho seguito il seguente schema: in primo luogo ho sviluppato lo *status quaestionis* della tematica qui riportata, in un secondo momento ho affrontato le ragioni del perché i Testimoni di Geova (TdG) rifiutano le trasfusioni di sangue, cercando di capire cosa ha spinto i responsabili di questa organizzazione, a un certo punto della loro storia, ad assumere una posizione contraria riguardo alla pratica dell'emotrasfusione che è e rimane una caratteristica tipica di questa organizzazione religiosa. Infine, in un terzo momento, ho individuato in che modo questo rifiuto delle trasfusioni di sangue, apporti delle conseguenze molto discutibili, su cui la bioetica deve interrogarsi.

1. Il caso dei Testimoni di Geova: lo *status quaestionis*

Prima di addentrarci sullo *status quaestionis* è bene capire chi sono i Testimoni di Geova. All'interno del loro sito ufficiale[1] i Testimoni di Geova si presentano in questo modo:

> «Proveniamo da centinaia di realtà etniche e linguistiche, ma siamo uniti perché abbiamo obiettivi comuni. Ciò che desideriamo di più è onorare Geova, il Dio di cui parla la Bibbia, il Creatore di ogni cosa. Ci sforziamo di imitare Gesù Cristo e per noi essere cristiani è un onore. Ciascuno di noi dedica del tempo a insegnare la Bibbia e a parlare del Regno di Dio. La nostra è un'opera di testimonianza con la quale facciamo

[1] https://www.jw.org/it/ [consultato in data: 08/12/2016].

> conoscere Geova Dio e il suo Regno, e per questo ci chiamiamo Testimoni di Geova».

I testimoni di Geova si definiscono come una Congregazione Cristiana[2] fondata da Charles T. Russell. Le altre due figure fondamentali per i TdG restano Joseph Franklin Rutherford, che fu il secondo presidente della rivista Torre di Guardia e che reinterpretò tutte quelle Scritture che servivano a rafforzare la sua posizione all'interno dell'organizzazione e le adattò ai suoi schemi. L'altra figura è il terzo presidente, ovvero Nathan Homer Knorr, che creerà un comitato al quale da allora in poi spetterà il compito di provvedere direttive all'intera organizzazione, e che tutt'oggi, conosciuto come Corpo Direttivo, ha il compito di far fluire le verità divine all'intera associazione mondiale dei Testimoni, e a nessun altro. Il corpo Direttivo ha il compito di vigilare e di dettare quelle regole importanti che serviranno a regolare la vita morale di un TdG.

Come Congregazione hanno un regime molto rigido nel seguire molte regole:

> «Fumare è una trasgressione proibita, che merita la scomunica; la ricreazione fisica compreso il ballare e il bere bevande alcoliche, devono essere goduti con molta moderazione. Molte delle malattie gravi non sono attribuite alla disobbedienza personale, ma agli inevitabili effetti dovuti al vivere in un universo corrotto e imperfetto, che sarà presto purificato da un Cristo trionfante».[3]

I TdG non possono essere ritenuti cristiani in quanto:

[2] Anche se si definiscono Congregazione Cristiana, i TdG non possono essere definiti in tal modo in quanto rifiutano la Trinità, negano la divinità di Cristo, dello Spirito Santo, negano la resurrezione fisica e corporea di Gesù Cristo dai morti.

[3] G. Russo, *Bioetica – Manuale per teologi*, Ed LAS , 2005, 307.

1. negano il mistero trinitario di Dio, si tratterebbe di una dottrina babilonese;
2. negano la divinità di Gesù Cristo, facendone una persona angelica;
3. negano la divinità dello Spirito Santo, riducendolo a una forza impersonale;
4. non ammettono diversi sacramenti;
5. negano l'immortalità dell'anima.

Per quanto concerne la vita morale dei singoli, i TdG hanno delle regole ben precise e molto rigide, e il loro codice si può sintetizzare nei seguenti punti:

1. il comandamento principale è la dedizione a Geova e la Predicazione del suo messaggio,
2. rinuncia ad attività politiche e mercantili perché "bisogna mantenersi immacolati da questo mondo";
3. non esercitare il diritto di voto né attivo, né passivo;
4. rifiuto del giuramento alla bandiera; negazione del servizio militare o altro servizio sostitutivo perché dicono: "l'attività di predicazione che i servi di Geova esercitano li autorizza a pretendere l'esenzione dal servizio militare";
5. obbedienza alle leggi civili che non contraddicano le leggi di Dio come essi le intendono;
6. il matrimonio è santo e indissolubile; il divorzio è giustificato solo in caso di adulterio;
7. proibizione di mangiare carne col sangue;
8. proibizione del tabacco.

Fatte queste brevi ma necessarie premesse, per poter comprendere il percorso di un TdG, entriamo adesso nello *status quaestionis*.

La più criticata e controversa credenza dei Testimoni di Geova[4] è certamente la proibizione delle trasfusioni di sangue, anche quando queste fossero assolutamente essenziali per la sopravvivenza. Per i TdG, accettare il sangue per salvare la vita equivale a rinnegare la fede, incorrere nella disapprovazione divina e disprezzare il provvedimento per la salvezza eterna che Dio ha disposto, cioè il prezioso sangue di Cristo. Questa dottrina viene insegnata nelle loro assemblee, adunanze e spesso questo argomento viene ripetuto nelle loro pubblicazioni.

[4] Per approfondire la tematica in questione segnaliamo alcuni testi: M. Introvigne, I Testimoni di Geova. Chi sono, come cambiano, Cantagalli, Siena 2015; B. Blandre, La storia dei Testimoni di Geova, Paoline, Torino 1989; J. A. Beckford, The Trumpet of Prophecy. A Sociological Study of Jehovah's Witnesses, John Wiley & Sons, New York 1975; R. Stark – L. R. Iannaccone, Why the Jehovah's Witnesses grow so rapidly: a theoretical application, in «Journal of Contemporary Religion», 12/1997, 133-157; G. D. Chryssides, Jehovah's Witnesses. Continuity and Change, Ashgate, Farnham 2016; P.Piccioli, Il prezzo della diversità. Una minoranza a confronto con la storia religiosa in Italia negli scorsi cento anni, Jovene, Napoli 2010; G. di Scorzè, Piccola Enciclopedia Storica sui Testimoni di Geova in Italia, Azzurra7 Editrice, Venezia 2013-2016 (7 voll. sin qui pubblicati); I Testimoni di Geova in Italia nel periodo repubblicano, Azzurra7 Editrice, Venezia (1 vol. sin qui pubblicato). Fra le pubblicazioni in lingua italiana dei Testimoni di Geova di carattere apologetico-dottrinale vanno ricordate: La verità che conduce alla vita eterna, Watch Tower Bible and Tract Society of New York, Brooklyn 1968; Potete vivere per sempre su una terra paradisiaca, Watch Tower Bible and Tract Society of New York, Brooklyn 1982; Ragioniamo facendo uso delle Scritture, Watch Tower Bible and Tract Society of New York, Brooklyn 1985; Congregazione Cristiana dei Testimoni di Geova, Perspicacia nello studio delle Scritture, Roma 1990; Congregazione Cristiana dei Testimoni di Geova, I testimoni di Geova in Italia: dossier, Roma 1998; di taglio più storico sono: I testimoni di Geova, proclamatori del Regno di Dio, Roma 1993; Congregazione Cristiana dei Testimoni di Geova, Intolleranza religiosa alle soglie del Duemila, a cura della Associazione europea dei Testimoni di Geova per la tutela della libertà religiosa, Fusa editrice, Roma 1990. Sui Testimoni di Geova durante il periodo nazifascista: S. Graffard – L. Tristan, I Bibelforscher e il nazismo (1933-1945), Tyresias, Parigi 1994; G. Canonici, Les témoins de Jéhovah face à Hitler, Albin Michel, Parigi 1998; G. Rochat, Regime fascista e Chiese evangeliche, Claudiana, Torino 1990.

Tale questione appare controversa, in quanto la Congregazione dei TdG non ha avuto sempre lo stesso atteggiamento critico circa le trasfusioni di sangue.

Per poterne comprenderne il senso dobbiamo analizzare alcune loro pubblicazioni. Nella *Torre di Guardia* del 15 febbraio del 1939 viene menzionato l'argomento sangue; chi scrive è J.F. Rutherford che teneva la rubrica delle domande dei lettori, che si intitolava semplicemente *Lettere*. In essa, a pagina 62 egli risponde ad una questione, il cui testo non viene riportato, circa il dubbio se sia appropriato che un cristiano possa mangiare carne di maiale. Ed ecco la risposta che a quel tempo fu data:

> «Lev. 22:3, 8, 9 [...] specifica che una bestia che muoia di morte naturale o uccisa da un'altra non dovrebbe essere mangiata, per il chiaro motivo che il suo sangue non è stato versato. La ragione su cui si basa l'argomento è che la vita è nel sangue e che il sangue non dev'essere mangiato».

Come possiamo notare qui la Torre di Guardia ribadisce che un cristiano non dovrebbe "mangiare" sangue ed è significativa l'omissione di qualunque riferimento alle trasfusioni, che pure a quel tempo erano già comunemente praticate, e che i Testimoni accettavano senza alcuna difficoltà.

Di conseguenza, fino al 1939 la Società non riteneva che vi fosse alcun collegamento tra le Scritture appena citate e le trasfusioni di sangue. Alla fine del 1940 essa esprime ufficialmente approvazione nei confronti delle trasfusioni di sangue. In un articolo apparso su *Consolazione* del 25 dicembre 1940 si narra di una donna che «si era ferita accidentalmente» e di un «medico che le diede un quarto del suo sangue per una trasfusione; oggi quella donna vive e sorride gioiosamente pensando a ciò che le è accaduto nei ventitré minuti

più cruciali della sua esistenza». Questa prassi è andata in vigore fino al 1961 anno in cui la norma sulle trasfusioni cambia, infatti, in quell'anno, *La Torre di Guardia* del 15 luglio, alle pp. 446-448, rispondendo alla domanda se accettare una trasfusione comportasse la disassociazione,[5] affermò:

> «Le ispirate Sacre Scritture rispondono di sì [...] Questa è una violazione dei comandi di Dio, la cui serietà non dovrebbe essere sminuita da nessun atto di leggerezza, pensando che sia una questione facoltativa su cui l'individuo possa prendere la decisione secondo coscienza. Secondo la legge di Mosè, [...] chi riceve la trasfusione del sangue dev'essere stroncato dal popolo di Dio mediante la scomunica o disassociazione. In ogni modo, se egli rifiuta di osservare la necessaria norma cristiana mostra di opporsi deliberatamente alle esigenze di Dio. Quale ribelle oppositore ed infedele esempio per i conservi della congregazione cristiana, egli deve essere stroncato da essa mediante la disassociazione».

Questo naturalmente comportò un rifiuto radicale nelle trasfusioni di sangue.

Le domande che ci poniamo sono come si possa giustificare questo rifiuto e come la loro dottrina sia cambiata nel corso degli anni. Nicola Tornese[6] dà alcune motivazioni:

[5] Per disassociazione si intende quando un testimone di Geova battezzato viene disassociato (espulso) cioè quando commette un peccato grave e non si pente, e viene allontanato dalla Congregazione. Nel mese di aprile del 2000 il Corpo Direttivo ha modificato la sua posizione in merito alla proibizione delle trasfusioni di sangue: ora chi accetta una trasfusione non viene più disassociato, come avveniva in precedenza ma si "dissocia" automaticamente dall'Organizzazione. I portavoce dell'Organizzazione hanno rilasciato dichiarazioni alla stampa nelle quali si parla di una "modifica procedurale" consistente nel fatto che se ora un TdG acconsente volontariamente ad una trasfusione, con tale gesto si estromette da solo dalla congregazione. Se poi il "peccatore" cambia idea e si pente può essere riammesso nel gruppo. Essere espulsi o dissociarsi da sé non cambia in nulla la realtà in cui viene a trovarsi l'ex Testimone. Ai "dissociati" infatti viene riservato lo stesso trattamento inferto agli espulsi: ostracismo rigoroso e drastica alterazione nei rapporti familiari.

[6] N. Tornese, I testimoni di Geova, Piccola Collana, Napoli 1975, 5-6.

1. Soprattutto per motivi religiosi. Essi pretendono di leggere nella Bibbia una formale proibizione delle trasfusioni del sangue. Hanno scritto: "La posizione assunta dai testimoni di Geova è soprattutto religiosa; è un atteggiamento che si basa su ciò che dice la Bibbia".
2. Tuttavia, contrariamente a questa loro dichiarazione, preferiscono attardarsi nel vano tentativo di convincere che la scienza medica sarebbe piuttosto contraria alla trasfusione del sangue e che le trasfusioni siano di per sé nocive. Dimenticano la loro professione di sacerdoti di Geova per esercitare quella di sacerdoti di Esculapio.

Approfondiamo ancora di più: secondo Lv 17,10-14 e Dt 12,23 è severamente vietato "mangiare il sangue". In questi e in altri testi si parla sempre del sangue di animali uccisi: non si dovevano mangiare carni se non fossero state dissanguate.

Questa norma era in funzione dell'idea che nell'ambiente biblico-giudaico si aveva del sangue. Esso era considerato la sede della vita – visto che, perdendo il sangue, la vita se ne va – e solo Dio è il Signore della vita.

Dissanguare gli animali prima di mangiarne la carne era quindi un segno con cui si riconosceva questo dominio di Dio su ogni vita; inoltre con tale norma si intendevano proibire pratiche pagane legate all'uso del sangue.

In altre culture e civiltà, come quella greco-romana, non esisteva questo concetto della sacralità del sangue. San Paolo, per esempio, che era ebreo e ottimo conoscitore della Bibbia, quando parla ai Corinzi delle carni sacrificate agli idoli e poi distribuite o portate a casa per la consumazione, non dice una parola sul fatto che queste

carni debbano essere dissanguate o meno (1Cor 8). Il libro degli Atti (15,29) vi accenna per facilitare il pasto in comune nelle comunità cristiane miste, composte cioè da cristiani provenienti dal paganesimo e cristiani provenienti dal giudaismo. Questi ultimi mantenevano un'antica e istintiva repulsione per il sangue e quindi si chiedeva di comprendere e rispettare questa sensibilità.

Per i TdG la trasfusione di sangue equivale a "mangiare sangue", cioè a introdurre del sangue estraneo nel proprio organismo e il "versare sangue" corrisponde all'estrazione del sangue dal donatore.

A parte il fatto che nella trasfusione non è evidentemente in questione il sangue degli animali, si deve sottolineare soprattutto che il dono di qualche decilitro di sangue non significa certo "versare sangue", o uccidere il donatore, ma di donare a chi non ha una possibilità di aiuto.

I TdG, secondo gli ordini del corpo direttivo, ne hanno fatto uno dei punti centrali del loro credo e del loro comportamento morale, comportamento che ancora oggi crea problemi etici e giuridici, quando essi devono utilizzare le strutture sanitarie pubbliche degli stati in cui vivono.

Le trasfusioni di sangue per i TdG quindi rimangono un peccato che comporta l'espulsione dalla Congregazione.

In una prima conclusione si può affermare che:

1. la proibizione delle trasfusioni di sangue, operate con le moderne tecniche, non ha alcun fondamento nella Bibbia;
2. rifiutare il dono del sangue significa rifiutare il dono della vita; e questa è un'autentica offesa a Dio, sia perché così si stravolge

la sua parola attribuendogli un significato contrario a ciò che egli ha inteso dire con le disposizioni relative al sangue;

3. questo comportamento attuato in tale disciplina dai TdG ha causato e continua a causare problemi in ambito bioetico, in quanto molti uomini decidono di perdere la propria vita e aumentano i casi in cui i responsabili (genitori o tutori TdG) decidono per i minorenni.

2. Il rifiuto dell'emotrasfusione

Il nodo principale della questione del rifiuto da parte dei TdG dell'emotrasfusione è da rintracciare nei testi Biblici. Qui non vogliamo entrare nel merito di studi esegetici, non essendo l'intento del nostro lavoro, ma per capire il rifiuto dell'emotrasfusione da parte dei TdG dobbiamo prendere visione del dato Biblico, fonte su cui si fonda in modo del tutto assoluto la loro decisione morale di non usufruire di una trasfusione di sangue, in quanto non è gradita agli occhi di Geova. Questa intransigente sicurezza manifestata dai TdG fa sorgere alcuni basilari interrogativi:

1. Perché la Bibbia vieta l'uso del sangue?
2. Siamo certi che i divieti relativi al *mangiare* il sangue, contenuti nella Bibbia, siano da ritenersi vincolanti anche se si è in pericolo di vita? Dio richiede proprio questo?
3. È possibile dimostrare, con certezza, che i passi biblici che vietano l'uso *alimentare* del sangue, si applichino anche al suo impiego *terapeutico*?
4. Potrebbe essere consentito *scegliere*, in armonia con la propria coscienza, la condotta che si ritiene più opportuna, in base alle circostanze?

Nicola Tornese ci dice che: «*La Bibbia non proibisce la cura medica delle trasfusioni del sangue. Semmai le giustifica! (1 Giovanni 3,16)*».[7] I TdG si servono della Bibbia traendo da essa brevi frasi o qualche versetto isolato, sia che vogliano sostenere le loro idee sia che cerchino di mettere in dubbio e poi negare qualche verità della fede cristiana.

Essi non fanno il discorso sulla storicità della Bibbia e quindi sulla progressività della rivelazione di Dio e sulla verità che si deve cercare nella Bibbia. Se talvolta parlano di progressività della rivelazione, usano questa parola per togliersi d'imbarazzo quando devono cambiare le loro interpretazioni della Bibbia.

La "rivelazione" infatti per i TdG, più che la parola di Dio, è l'interpretazione che essi ne danno e che è monopolio del loro corpo direttivo, un gruppo di "esperti" poco noti tra i veri studiosi delle scienze bibliche. Basti anche pensare che il loro testo sacro non è la Bibbia ma è chiamata Traduzione del nuovo Mondo.

Più che conoscere la Bibbia, i TdG conoscono frasi della Bibbia, anche molte, che usano per i loro scopi e per di più interpretata al di fuori di ogni contesto storico e religioso in cui sono state scritte. Essi sono i tipici rappresentanti di una lettura della Bibbia che si potrebbe chiamare a "versetto selvaggio", che nessun serio biblista e nessun vero credente in Dio e nella sua rivelazione può prendere in considerazione.

Consideriamo, quindi, perché la Bibbia vieta l'uso del sangue.

Genesi 9,4 è l'unico testo, in tutto il Vecchio Testamento, al quale la Torre di Guardia può fare riferimento per sostenere la sua tesi, poiché tutte le altre appartengono alle norme del codice

[7] Ib., 6.

sacerdotale. Un attento esame di questo versetto che tanta importanza assume per i Testimoni di Geova mostra che esso, a stretto rigore di termini, non proibisce il mangiare sangue, ma, piuttosto, il mangiare carne con il sangue al suo interno. Quasi tutte le traduzioni di Genesi concordano su ciò. Esse infatti dicono: «*Non mangerai la carne con la vita ancora in essa, cioè con il suo sangue*».

Un esame rigoroso del testo, quindi, mostra che ciò che qui è espressamente proibito non è il mangiare il sangue, ma la carne con il sangue ancora al suo interno. In poche parole sarebbe proibito anche mangiare la carne, quando essa non è ancora stata dissanguata. È la combinazione dei due elementi che reca con sé la proibizione, non il mangiarli singolarmente. Ma non è possibile che sia proibito mangiare la carne, dopo che nel versetto 3 è stato esplicitamente consentito nutrirsene. Pertanto è ovvio concluderne che il divieto non riguarda nessuno dei due elementi, di per sé, ma ciò che essi simboleggiavano una volta associati insieme.

È quindi chiaro il reale significato di Genesi 9,4. Dio, nel concedere al genere umano di nutrirsi della carne degli animali, impone che ci si assicuri che prima di essere mangiato l'animale sia morto. E ciò allo scopo di assicurarsi che gli uomini non si nutrano di animali ancora vivi, e ciò, ovviamente, per mostrare il dovuto rispetto per la vita, oltre che per una forma di umanità nei loro confronti. Per migliaia di anni gli uomini avevano mangiato gli animali ancora vivi, ed era questa una crudeltà che qui si intendeva prevenire. Possiamo concludere che la proibizione di Genesi 9,4 era finalizzata a prevenire abusi del genere.

Nel Nuovo Testamento si parla dell'argomento del sangue: in At 15,20-29 e At 21,25, in aggiunta alla richiesta di "astenersi" dal

sangue, si comanda altresì ai cristiani di «astenersi dalle cose sacrificate agli idoli».

Quello che però va evidenziato è come la dottrina su tale questione sia stata cambiata. Scrive, infatti, Leoni: «Il dott. Giuseppe Ferrari, segretario nazionale del GRIS, ha ripercorso la storia della trasfusione presso i TG e precisa che, stando ai documenti, solo nel 1961 Geova ha reso obbligatoria l'astensione dal sangue (dopo ben 80 anni di geovismo). Ora se, come insegna il CD, agli occhi di Dio "mangiare" il sangue è un affronto paragonabile all'idolatria, come spiegare il silenzio di Geova nel non aver insegnato per tanti anni al suo popolo questa dottrina essenziale, tollerando dai suoi devoti una pratica per Lui ripugnante?».[8]

Il sangue è considerato come fonte della vita, infatti per i TdG la vita o anima è nel sangue, il cui consumo alimentare è vietato da Dio (Gn 9,4; Lv 17,11-14; Dt12,23-27; At 15,28). In base a questo divieto "divino" essi giustificano il divieto delle emotrasfusioni. Accanto a questa giustificazione "teologica" essi aggiungono una motivazione mutuata dalla scienza medica, ossia essi si rifanno alla diffusione del virus HIV attribuita allo scambio di sangue infetto. I TdG, a causa del pericolo della perdita della salvezza nel caso della violazione della legge di Dio, preferiscono morire o, peggio, far morire, che praticare l'emotrasfusione. Molti infatti sono stati i casi di persone decedute (anche minori) a causa di un netto rifiuto della trasfusione. Uno dei casi più famosi, e allo stesso tempo drammatici, di rifiuto dell'emotrasfusione è stato quello riguardante i coniugi sardi Oneda,

[8] S. Leoni, *Testimoni di Geova e trasfusioni di sangue: molte illogicità*, in http://www.infotdgeova.it/sangue/leoni.php [consultato in data 07/12/2016].

la cui figlia primogenita era affetta da una grave forma di morbo di Cooley, comunemente conosciuto come anemia mediterranea.

Nel 1980, i coniugi rifiutarono la trasfusione di sangue per la propria figlia, né si attivarono quando essa fu resa coatta dal Tribunale di Cagliari. La bambina morì il 2 luglio del 1980 nonostante abbia avuto una trasfusione d'urgenza. Il rifiuto dell'emotrasfusione da parte dei TdG per sé e per i propri figli ha determinato una serie di iniziative giudiziarie contro i TdG, soprattutto in seguito alla morte di minori che sarebbero stati salvati dalla trasfusione di sangue. Si ribadisce che il divieto dell'emotrasfusione non è dettato da motivi medici ma è motivato da un dettame puramente teologico in base ad una lettura letterale e fondamentalista della Bibbia.

I testi biblici reinterpretati da questa Congregazione, non possono essere presi in considerazione per giustificare il non permettere una emotrasfusione, a causa dell'uomo stesso e in molti casi di minori che non hanno scelto.

Gli errori dei TdG derivano da una lettura sbagliata della Bibbia, spesso fatta in malafede ed essi si presentano come gli unici e veri studiosi della Bibbia e ciò con molta presunzione. Nelle loro mani la Bibbia è manipolata, anzi diventa strumento di divisione, di lotta, di rivalità, mentre tutte le confessioni cristiane la ritengono Parola di Dio che affratella e unisce.

Euolo Tarullo scrive a tal proposito:

> «Perciò:
>
> A. *Non la traducono bene*, perché la loro "Traduzione del Nuovo Mondo delle Scritture" non si rifà alle lingue originali (ebraico, greco, aramaico), ma ad una traduzione inglese. Inoltre non accettano 7 libri dell'antico Testamento: Tobia, Giuditta, Siracide, Baruc, 1 e 2 Maccabei e Sapienza (nemmeno il canone ebraico

riconosce questi 7 libri per il fatto di non essere scritti in lingua ebraica, o di non essere stati scritti nel loro territorio o scritti in un'epoca in cui non c'erano più profeti).

B. *Non la interpretano bene*, perché non potendo riferirsi ai testi originali, né alle traduzioni della Chiesa, la loro Bibbia è un testo muto che essi fanno parlare come loro sembra meglio, addomesticandolo, adattandolo e manipolandolo.

C. *Non la usano bene*, perché sono "fondamentalisti", cioè prendono la Bibbia alla lettera con le conseguenze che tutti conosciamo. Non si curano del contesto della frase, dei generi letterari, della storia, della geografia, dell'archeologia, del simbolismo dei numeri, delle scoperte della scienza e dello studio delle lingue.

D. *Il testo è letto e interpretato* non in funzione di ciò che la Bibbia dice, ma di quello che i TdG vogliono dire e propagandare nel mondo. Perciò imparano a memoria alcuni versetti o brani della *loro* Bibbia e con essi vanno all'assalto della gente debole e digiuna delle più elementari conoscenze della religione cristiana.

E. *Il loro modo di leggere la Bibbia* manca completamente di base scientifico-letteraria e di contenuto teologico.

F. *La Parola di Dio* viene ridotta a frammenti di citazioni slegate dal contesto, con le conseguenze che si possono ben immaginare».[9]

3. Considerazioni bioetiche

Per poter comprendere la problematica dell'emotrasfusione in chi si professa TdG dobbiamo necessariamente fare delle premesse in ambito bioetico, questo ci permetterà di avere maggiori strumenti per poter esprimere un giudizio etico su tale questione. Nel considerare il caso emotrasfusioni nei TdG dobbiamo innanzitutto comprendere la difficoltà di fondo che intercorre tra il principio di

[9] Cf. E. Tarullo, *Breve introduzione alla storia delle religioni*, *pro manuscripto* in http://www.diocesisulmona-valva.it/dmdocuments/Breve%20Introduzione%20alla%20Storia%20delle%20Religioni.pdf [consultato in data 10/12/2016].

autonomia (o rispetto della persona) e il principio di beneficenza (o beneficialità). Analizzeremo questi due principi e poi entreremo nel merito della questione.

3.1. Principio di autonomia (o di rispetto della persona)

Per il principio di autonomia, la persona ha il diritto, in tutte le età e le fasi della vita, di disporre di sé stessa nella misura consentita dalle evidenze etiche e dalla legge, scegliendo se accogliere o rifiutare l'aiuto offerto dall'esterno.

Quando è consapevole e responsabile, l'uomo può decidere le proprie azioni, non in modo assoluto, ma seguendo alcuni criteri: evitando l'accettazione acritica del desiderio dell'altro; superando l'individualismo che potrebbe ledere la libertà altrui e offuscare il calcolo delle conseguenze negative; tralasciando azioni immorali. Quello di autonomia, è il principio basilare nella cura, che potremmo riassumere nella frase: onora le libere scelte del tuo paziente evitando indebiti paternalismi. Ma il coinvolgimento del paziente nelle decisioni può attuarsi unicamente di fronte ad una precisa e dettagliata informazione che gli permetta di offrire un responsabile consenso informato e di scegliere quali azioni diagnostiche e pratiche terapeutiche accettare o rifiutare.

Il malato, quindi, deve avere l'opportunità di decidere responsabilmente in base ai benefici e agli oneri di ogni trattamento. Un caso particolare è il paziente terminale.

Il più delle volte, solo lui, comprende pienamente i valori in gioco e il suo campo di responsabilità, oltrepassando la situazione particolare della malattia. E qui, si apre, il complesso dilemma della comunicazione della verità.

Scrive J. F. Malherbe: «Dire la verità all'interessato è una regola morale che dovrebbe reggere tutti i rapporti umani. La verità non è sempre comoda, ma, se non la si dice occorre tacerla con tutti. Dirla a tutti, tranne che all'interessato, è il peggio che si possa fare».[10]

Il principio di autonomia, inoltre, non può essere ridotto ad un'acritica accettazione da parte del medico delle scelte del paziente. «Significa piuttosto avvertire un valore, una condizione di eticità potremmo dire, nella volontà che si esercita con cognizione (di sé, della realtà e degli altri), in coerenza con i propri principi e con le verità in cui crede e nella libertà da intrusivi condizionamenti esterni».[11]

In questo contesto, si inserisce la tematica del rifiuto delle cure, con due visioni antitetiche ed una "via di mezzo".

1. Per alcuni, il medico non può accettare passivamente il rifiuto del paziente alle terapie proposte.
2. Per altri, il rifiuto deve sempre essere rispettato, ma ciò riduce il medico ad un semplice esecutore dei desideri del paziente.

P. Cattorini propone una terza via: la decisione del paziente può essere accolta se accompagnata da alcune condizioni.

1. La decisione deve essere: "libera; informata; presa con *competence* (cioè capacità di intenderla e volerla);
2. Non lesiva dell'interesse di terzi; rispettosa della dignità professionale e morale del medico; non autolesiva.[12]

[10] J.F. Malherbe, *Per un'etica della medicina,* Ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 174.
[11] R. Pieratoni, *Frammento & integrità*, in P.donghi – L. Preta, *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Roma-Bari 1995, 97.
[12] Cf. P. Cattorini, *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. Cattorini – R. Mordacci – M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica,* Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, 122.

L'attenta osservanza delle condizioni riportate, afferma Cattorini, rende la scelta del paziente vincolante per il medico che è liberato in coscienza da ogni responsabilità morale per quanto potrà accadere.[13] Il modello si presenta con vari limiti, tra cui l'ineguaglianza nelle conoscenze e nell'esperienza delle due parti e la "commercializzazione" della cura: il medico è il fornitore che agisce da tecnico, il paziente il cliente, la medicina la merce.

In conclusione, possiamo osservare che la decisione del paziente va rispettata, ma anche la coscienza del medico non può essere costretta a compiere azioni che non condivide, essendosi impegnato con il "Giuramento di Ippocrate", all'inizio dell'esercizio della sua professione, ad agire sempre per il maggior interesse del paziente. Quindi, il diritto di autonomia del malato, in alcuni casi, potrebbe interferire anche con l'essenza della professione medica.

In queste situazioni, il medico, può rifiutarsi di compiere ciò che contraddice i suoi valori di riferimento, i principi etici e gli standard comportamentali della corporazione professionale.

3.2. Principio di beneficenza (o beneficialità)

È il vertice dei principi etici in sanità e racchiude il fine primario di ogni professione socio-sanitaria. Il dovere della medicina, e di conseguenza di ogni operatore sanitario, è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni. Per questo, ogni medico, "giura", «di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza» cui ispirerà «con responsabilità

[13] Cf. *Ib.*, 123.

e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale».[14]

Motivo fondante della beneficialità nel settore sanitario, non è la pura filantropia, ma la reciprocità del "dare e del ricevere", che struttura ogni relazione umana, impegnando i singoli ad un'alleanza coinvolgente ed irriducibile anche in termini di contratto societario.

La beneficialità, osservata da un'ottica normativa, pone l'interrogativo sul *significato* di "bene dell'altro" che potrebbe interferire con l'autonomia. Ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero, qual è il "bene dell'altro", trovandosi di fronte ad un adepto dei "Testimoni di Geova" che necessita con urgenza di una trasfusione perché affetto da anemia gravissima, ma la rifiuta in nome della sua fede religiosa? Ricordiamo che il principio esige di oltrepassare l'immediato per rispondere ai bisogni di lungo termine.

L'autentica beneficialità deve trasformarsi in *com-passione*, intesa non come sentimentalismo o superficiale intenerimento per il dolore di molti, ma come capacità di soffrire con l'altro le afflizioni, le paure, le tentazioni e la vulnerabilità che ogni difficoltà comporta.

La vera com-passione, permettendo di comprendere il momento esistenziale vissuto dal fratello, sollecita alla disponibilità e all'aiuto concreto, non badando al sacrificio richiesto.

3.3. Aspetti Bioetici

Nel caso di emotrasfusione nei TdG i due principi si scontrano, e si pone il problema del consenso informato. Già la giurisprudenza sul consenso informato è, ormai, molto numerosa e sotto molti punti di vista, consolidata alla luce dei principi fondamentali stabiliti dalla

[14] Giuramento di Ippocrate, testo attuale.

Suprema Corte circa la rilevanza del dovere del medico di informare adeguatamente chi chiede la sua consulenza o il suo intervento e della volontà dell'interessato rispetto alle scelte sulle cure che intende effettuare nel caso concreto.

Questo rifiuto ha comportato, soprattutto in passato, di norma, un conflitto con i medici curanti che spesso hanno rivendicato il loro potere di intervenire a salvaguardia del bene salute e del bene vita del malato da loro assistito. In alcune situazioni il conflitto ha trovato una soluzione all'interno della relazione medico-paziente, mentre in altre è sfociato in giudizi penali e, recentemente, anche civili. È opportuno sottolineare, peraltro, che in alcuni casi i medici che hanno rispettato il rifiuto alla trasfusione opposto dal Testimone di Geova sono stati sottoposti a procedimento penale per omicidio colposo per non essere intervenuti per impedire l'evento morte, poi verificatosi a causa dell'omissione del trattamento in oggetto.

Sul dissenso alla trasfusione, previsto dalla vigente normativa, vi è diversità di orientamento in giurisprudenza a seconda che si consideri preminente la tutela della vita, nel cui nome è lecito superare anche il dissenso del paziente alla trasfusione, o la tutela della capacità di autodeterminazione del paziente maggiorenne, per cui non sussiste un obbligo di cura da parte del medico di fronte ad un dissenso libero e consapevole del paziente.

Il problema è stato affrontato in relazione ai pazienti Testimoni di Geova e risolto, prevalentemente, con l'affermazione che anche il sanitario è tenuto a rispettare la volontà consapevole del paziente maggiorenne che, in questo caso per motivi religiosi, rifiuta la trasfusione.

Diversa è invece la situazione qualora il paziente interessato alla trasfusione sia un minorenne, il cui diritto alla salute deve essere tutelato, eventualmente anche contro la volontà dei genitori. La legge per tale questione si pone in favore del minore. Eccone una breve sintesi:

1. sussiste dissenso tra i genitori sulla opportunità di far trasfondere il figlio: come previsto dall'art. 4 del D.M. 1/9/1995 del Ministero della Sanità, il consenso deve essere richiesto al giudice tutelare;
2. entrambi i genitori o il tutore rifiutano di sottoporre il minore al trattamento sanitario proposto: se il neonato versa in condizioni di urgenza relativa, tale da non configurare uno stato di necessità, ai sensi dell'art. 333 del codice civile è fatto obbligo al medico di ricorrere all'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni ovvero al giudice tutelare), rendendola edotta del dissenso dei genitori all'intervento nonché delle ragioni che lo rendono necessario, così da ottenere l'autorizzazione a praticare le cure necessarie.

In questa sede, senza soffermarsi sui casi giuridici, si tratta di capire se da un punto di vista etico, sia giusto o meno rifiutare da parte del paziente in questo caso TdG un trattamento come le trasfusioni di sangue, e dall'altra se il medico è obbligato a sostenere questa scelta. Salvino Leone scrive: «L'ambito casistico va differenziato in base al soggetto che deve essere sottoposto ad emotrasfusione. Le problematiche infatti sono diverse nel caso di un adulto o di un minore (sottoposto ad altrui potestà) o di un incapace (sottoposto ad altrui tutela)».[15]

[15] S. Leone, *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma 2004, 244.

3.3.1. Il rifiuto da parte di un adulto TdG

In generale, presupposto essenziale di qualsiasi atto medico, dal punto di vista etico (prima che deontologico e giuridico), è rappresentato da una appropriata informazione cui segue il consenso del paziente al piano di trattamento proposto. La fondazione etica dell'obbligo di richiedere l'adesione del paziente si radica sul riconoscimento della dignità personale dell'individuo, alla quale si coordina il "principio di autonomia", secondo il quale al soggetto capace di intendere e di volere si deve riconoscere – entro i limiti deontologici rappresentati dal bene-vita e dal bene-qualità della vita – il diritto a scelte libere e consapevoli. Il consenso informato (CI) rappresenta, dunque, una espressione emblematica della relazione fra curante e fruitore della cura, un processo attraverso il quale una persona accetta o rifiuta motivatamente di sottoporsi ad una procedura diagnostica o ad una terapia.[16]

L'adulto TdG che rifiuta una trasfusione di sangue nel pieno delle sue facoltà e in piena coscienza è consapevole che andrà incontro ad una sicura morte. Da un punto di vista morale si pongono alcune domande: il medico deve accettare la scelta del paziente? Fino a che punto è lecito per un TdG rifiutare un trattamento medico che può salvargli la vita? Il TdG rifiuta seguendo la propria coscienza e in nome della propria fede sceglie di non aderire ad una cura, mentre il medico di fronte a tale scelta si trova in uno stato di impotenza.

Qui il rapporto tra medico e paziente si trova nettamente in conflitto, se da una parte il paziente rifiuta ogni tipo di cura che va

[16] D. Sacchini et al., Etica e medicina trasfusionale, in http://www.regione.toscana.it/documents/10180/70876/Etica+e+medicina+trasfusionale/64b3128b-1939-4867-94ad-d70bfd7a3fed?version=1.0. [consultato in data 10/12/2016].

contro la sua fede, dall'altra il medico deve svolgere i suoi doveri da medico, cioè di salvare la vita umana. Se il paziente è ben consapevole della sua "non scelta", il medico ha il dovere di informare con molta chiarezza i rischi a cui il paziente incorre nel rifiutare una trasfusione.

Bisogna anche dire, ad onor del vero, che quando il medico spiega l'importanza di una trasfusione e del rischio in cui incorre, il paziente cambia idea, consapevole che questo comporterà un'automatica espulsione dalla Congregazione. Spesso i casi di cronaca portano alla luce casi in cui il medico agisce per salvare la vita del paziente con una trasfusione e il paziente dopo l'avvenuta guarigione denuncia medici e ospedale per non aver rispettato la propria obiezione di coscienza dettata dalla propria fede.

Risulta molto importante non solo l'informazione che il medico deve fornire pienamente al paziente ma anche la possibilità di sensibilizzare la sua coscienza nonché il suo senso di responsabilità personale circa la propria esistenza.

Per Salvino Leone:

> «Il conflitto si pone tra i suoi doveri di medico e i doveri che ha il paziente di fronte alla propria coscienza. Nessuno può essere costretto ad agire contro la propria coscienza. Questo non esclude, anzi obbliga, che il medico faccia tutto il possibile per responsabilizzare il suo paziente, ma in caso di ostinato rifiuto deve ritenersi esonerato da qualunque responsabilità etica per non aver impedito la sua morte. Certamente si tratta di un'evenienza che lascia impotenti e irritati al tempo stesso. Ma nessuno deve sentirsi in colpa per un male che in ogni modo aveva cercato di evitare».[17]

[17] S. Leone, *Nuovo manuale di bioetica*, 246.

Anche per Giovanni Russo il medico nel miglior modo possibile deve rispettare la volontà del paziente, ma deve in tutti i modi avvisare il paziente dei rischi che avrà nel rifiutare una trasfusione e i benefici nell'accettarla. Aggiunge inoltre:

> «Tali avvisi al paziente è conveniente che vengano formalizzati per iscritto o davanti dei testimoni (nell'eventualità di risvolti penali). Non si tratta di un trattamento "coattivo", poiché il paziente come pure i familiari, sono stati informati, delle intenzioni dei medici. Si tratta piuttosto, di un obbligo morale e professionale del medico. Non è autentico rispetto della libertà accondiscendere a richieste lesive per il malato stesso (così ad esempio nessun medico può prestare – per rispettare la libertà del paziente – aiuto al suicidio, in quanto richiesta lesiva del malato stesso)».[18]

3.3.2. Il rifiuto nei confronti di un minore

In questo caso il problema morale ancor di più si evidenzia maggiormente nella figura dei genitori verso il loro figlio.

La domanda che si pone è se i genitori in nome della propria fede possano decidere per il figlio, e quindi se possano negare una trasfusione di sangue che può salvargli la vita. Nella normalità degli eventi i genitori in situazioni del genere, chiedono al medico di salvare a tutti i costi la vita del figlio, ma qui si chiede al medico di non fare nulla per salvarlo. Ci troviamo in un paradosso, che comunque i testimoni di Geova giustificano sereni in coscienza perché in nome di un Dio che li ricompenserà. Oltre ad essere un problema morale, la questione è anche di tipo sociale, infatti molti sono i casi che avvengono nel mondo e molte sono le morti di bambini a causa della scelta dei propri genitori.

[18] G. Russo, *Bioetica – Manuale per teologi*, 308.

Le loro riflessioni circa tale questione sono molto chiare: «Mentre la maggioranza dei pazienti sopravvive alle trasfusioni di sangue, molti s'ammalano in conseguenza d'esse e migliaia ne muoiono come loro diretto risultato».[19]

Allo stesso tempo superano facilmente i giudizi dei medici:

> «Come sapete ci sono molti pazienti che si rimettono in buona salute nonostante le predizioni contrarie del medico". Purtroppo, l'opposizione dei geovisti alle trasfusioni è fideistica. "Che dire se a un cristiano si chiedesse di rinunciare alla sua fede in Cristo prima d'essere curato? La domanda che i testimoni di Geova accettino il sangue prima d'essere curati è ancora più importante nella loro vita". Perciò non fa meraviglia che essi rivendichino ai genitori geovisti il diritto di rifiutare trasfusioni di sangue per i loro bambini in qualunque circostanza. Ma a questo punto, com'è ovvio, il geovista entra in urto col sistema giuridico e politico della società civile».[20]

Salvino Leone pone la questione bioetica partendo da tre ordini di considerazione:

1. La natura del consenso rifiutato dai familiari:
2. Il conflitto dei doveri;
3. Il problema che si pone tra il dovere del medico e quello dei genitori.[21]

Nel primo caso, nel momento in cui i genitori sono debitamente informati della possibilità di sicura morte da parte del figlio, i genitori sono responsabili moralmente della morte del figlio. Nessuno può chiedere ad un medico (e quindi anche i genitori) di lasciar morire una vita, in quanto la vita è un bene ed è un diritto inalienabile. Ci si

[19] E. Innocenti, *Temi di apologetica*, Biblioteca Edizioni, Roma 2004, 280-281.
[20] *Ib*.
[21] Cf. S. Leone, *Nuovo manuale di bioetica*, 244-245.

pone anche una domanda: i genitori TdG sono realmente liberi di decidere o sono plagiati da un'idea religiosa?

Nel secondo caso il medico si trova in un grande conflitto: salvare la vita del bambino e quindi non tenere in considerazione il dissenso dei parenti o rispettare il dissenso dei parenti negando quindi la trasfusione? Il medico ha il dovere di salvare la vita dei propri pazienti, vita umana che ha e deve avere un valore, e inoltre il medico ha il mandato, in quanto medico, di curare la malattia. In ultima analisi sia per il medico, sia per i genitori subentra il ruolo della coscienza. Il medico vorrà in tutti i modi salvare la vita del bambino, mentre i genitori seguendo la propria coscienza, in nome della propria fede, non vorranno che nessun medico intervenga per l'emotrasfusione. In questo enorme contrasto di coscienza, quello che deve prevalere è il bene del bambino, che non ha la possibilità di scegliere (come può fare un adulto). Deve diventare prioritaria la vita del bambino e il medico deve fare tutto il possibile.

Il medico deve intervenire nonostante il rifiuto dei genitori, perché bisogna tutelare il minore o inabile nel suo diritto alla sua salute e alla sua vita.

Scrive G. Russo: «I diritti personali dei soggetti indifesi sono affidati alla Stato, qualora per proprie convinzioni i tutori rifiutino un trattamento terapeutico. Non può essere considerato un sequestro dello Stato sottrarre un minore o inabile da situazioni che compromettono la salute o la sua stessa vita».[22]

La vita del bambino è prevalente su una motivazione di fede religiosa, confutabile col solo buon senso. I principi religiosi devono

[22] G. Russo, *Bioetica – Manuale per teologi*, 308-309.

essere tutti a favore dell'uomo. Qualora si presentassero contro il bene dell'uomo non sarebbero principi di un'autentica religione.

Conclusioni

Il problema delle trasfusioni di sangue nel contesto dei TdG è molto complicato, soprattutto – come abbiamo visto – nel comportamento che deve assumere il medico sia nel caso di un adulto consenziente, sia nel caso di un minore. Spesso il medico si trova davanti un vicolo cieco: tra libertà religiosa e il salvare la vita umana.

Come ha appropriatamente evidenziato A.G. Spagnolo,

> «chi è coinvolto nella decisione clinica ha indubbiamente una responsabilità maggiore del bioeticista accademico, in quanto la sua interrelazione personale col paziente, i suoi valori, il suo stile di ragionamento modulano in modo significativo la decisione: messe da parte le argomentazioni, è lui che deve convivere con la decisione, portarla a compimento, affrontarla in casi analoghi nel futuro».[23]

Ogni decisione del medico va giustificata al paziente, perciò ad ogni medico si impone l'esigenza di una maggiore conoscenza dell'analisi etica dei singoli casi: i valori implicati e le conseguenze possibili. Il problema principale è come valutare se l'obiezione posta dal paziente a un certo trattamento medico e/o chirurgico sia effettivamente espressione di una libera volontà. Questo tipo di problema nei TdG è molto radicato, infatti, la stretta relazione tra medico e paziente viene indebolita quando le decisioni vengono prese in un processo che coinvolge pesantemente il gruppo di appartenenza, che è ben consolidato nei suoi ideali. Il TdG dipende totalmente dalle decisioni del Corpo Direttivo, che in qualsiasi

[23] A.G. Spagnolo, *Bioetica clinica: l'etica al letto del paziente*, in «Leadership Medica», 5/2001, 5.

momento può modificare le regole del loro comportamento morale, regole che poi vengono puntualmente rese note nelle loro pubblicazioni.

Questo modo di fare non fa altro che andare a discapito dei fedeli che seguono alla lettera ogni tipo di imposizione dettata da un Corpo Direttivo, che con il suo *modus operandi* causa la morte di molte vite innocenti in nome di un Dio che non ammette eccezioni.

Il sangue, certo, è una realtà preziosissima per l'organismo. Tuttavia la sede della vita dell'uomo non sta nel sangue, ma in ciò che anima il sangue e tutto il resto del corpo umano, e cioè nell'anima. Pertanto come sono leciti i trapianti di organi, è lecita la trasfusione di sangue.

Quando ai medici capita talvolta di imbattersi in persone che chiedono cure sanitarie e nello stesso tempo rifiutano la trasfusione di sangue per motivi religiosi, il medico dovrebbe rispettare la volontà del paziente ricordando però che egli può rifiutarsi di prestare le cure là dove, negata la possibilità di ricorrere alla trasfusione, può essere compromesso l'esito delle cure e della salute stessa del paziente.

Alessandro Di Trapani
Dottore in teologia, master in bioetica,
docente di religione presso le scuole statali di Palermo

Cinque vie per il futuro della democrazia

Ben prima dell'emergenza causata dal Covid-19, studiosi, analisti, politici e cittadini si interrogavano sulle fragilità delle democrazie occidentali e sul loro possibile futuro. La pandemia pare aver accelerato la questione tanto da spingere qualcuno ad interrogarsi sulla possibilità che i sistemi democratici abbiano o meno un futuro.

Per affrontare il tema della democrazia oggi, lungi dal sostenere pericoli al momento privi di fondamenta ma non del tutto inverosimili, è opportuno partire dal constatare che le istituzioni democratiche vivono di dinamiche complesse e variabili che hanno bisogno continuamente di essere riviste, difese, sostenute, custodite e rafforzate.

Questo impegno costituisce una vera e propria responsabilità tanto per i rappresentanti istituzionali e politici quanto per i cittadini che – da singoli o da associati – non sono semplici fruitori di servizi erogati bensì veri e propri protagonisti di processi a sostegno della partecipazione alla vita democratica. Si tratta di un'autentica opera di manutenzione continua capace di scorgere limiti e possibilità alla luce di una cultura della democrazia la quale va trasmessa soprattutto alle nuove generazioni.

Il coinvolgimento dei giovani rappresenta l'asse portante per il futuro delle democrazie perché proprio le nuove generazioni hanno ereditato dalla storia il compito di elaborare un pensiero forte in grado di superare i vecchi schemi della destra e della sinistra al fine di costruire percorsi generativi capaci di mettere insieme la tutela dell'uomo e dell'ambiente, il riconoscimento delle diversità e la ricerca della giustizia sociale.

Oltre all'impegno, alla forza e alla capacità generativa dei giovani, le democrazie hanno bisogno di una visione per riconoscere le priorità dalle quali avviare processi. Con l'enciclica *Laudato si'*, di cui quest'anno ricorre il quinto anniversario dalla pubblicazione, Papa Francesco ha riletto il messaggio cristiano alla luce delle grandi sfide politiche, sociali, economiche e culturali del XXI secolo.

Proprio in questo testo da alcuni definito come la *Rerum novarum* dei nostri tempi, Bergoglio delinea molteplici spunti per superare la crisi delle odierne democrazie e per garantire il futuro ad un sistema non perfetto ma per sua natura in continua evoluzione e, quindi, perfettibile. Infatti, nel rileggere il testo di Francesco, possiamo scorgere almeno cinque vie per ipotizzare un cammino di riforma delle nostre democrazie.

Anzitutto, ai numeri 177 e 197 dell'enciclica, il vescovo di Roma ci ricorda la necessità di una politica che sia capace di pensare con una visione ampia che proponga un approccio integrale finalizzato a rispondere ai vari volti della crisi. Così, il papa sottolinea quanto sia importante per la politica il tempo della progettazione e del coordinamento sia per evitare di navigare a vista e in ricerca di un immediato quanto effimero consenso, sia per assicurare reale sviluppo alle comunità.

Proprio dai territori, come sottolinea Bergoglio al numero 179, possono partire quelle istanze in grado di fare la differenza nello scenario globale dove nessuno sembra assumersi responsabilità tanto verso il pianeta quanto verso le nuove generazioni. Una differenza che nasce dal senso comunitario vissuto nelle città e in quelle reti urbane dove generosità e creatività sono alla base di ogni forma attiva e matura di cittadinanza.

Altra importante questione che presenta Francesco al numero 189 dell'enciclica è quella della relazione fra politica ed economia. Secondo il pontefice, il nostro non è più il tempo nel quale l'una debba dominare l'altra bensì è ora di ritrovare un dialogo fecondo fra dimensione politica e sfera economica poiché entrambe devono porsi al servizio della vita umana e a tutela delle istituzioni democratiche.

Inoltre tramite alcuni passaggi della *Laudato sì'*, in particolare quelli presenti ai numeri 205 e 206, il vescovo di Roma pone la speranza come elemento fondamentale per rinnovare l'attuale sistema. Infatti, il papa afferma che l'uomo oltre a degradarsi sino all'estremo può anche ritornare a scegliere il bene e a rigenerarsi attraverso nuovi stili di vita finalizzati a mutare la situazione attuale. Pertanto, la speranza è un elemento importante per la democrazia dato che questa è organizzata da uomini e donne in grado di generare positività nonostante i limiti e le difficoltà della nostra civiltà.

Infine, l'intera enciclica di Bergoglio propone fra i suoi messaggi principali quello dell'urgenza del ritorno alla formazione delle coscienze. Al numero 214 viene sintetizzato il tema che – a parere del pontefice – deve interessare associazioni, partiti politici, realtà ecclesiali e laiche le quali insieme alla scuola hanno il compito di educare alla cittadinanza responsabile, alla riconoscenza verso quanto ricevuto in dono e alla cura tanto verso i soggetti fragili della società quanto per l'ambiente.

A cinque anni dalla pubblicazione della *Laudato sì'*, rileggere il testo di Francesco offre diversi spunti per ragionare sul presente e sul futuro della democrazia. Il papa avanza la visione di una politica capace di sostenere i sistemi democratici attraverso l'approccio

integrale, la progettualità, il valore delle comunità locali nel panorama internazionale, il dialogo positivo fra politica ed economia, la speranza nel cambiamento degli stili di vita e la formazione delle coscienze. Questioni che, anche in tempo di pandemia, devono far riflettere e agire per tutelare il futuro delle nostre democrazie.

Rocco Gumina
Licenziato in teologia, master in bioetica,
docente di religione presso le scuole statali di Palermo

Per chi (non) è suonata la campanella? Riflessioni a caldo sulla DAD

1. Una fine di anno (scolastico/accademico) inaspettata

La bioetica, si sa, è quella disciplina che cerca il senso della vita umana sapendo intrecciare dati biologici, culturali (in tutte le loro sfaccettature e interconnessioni), stili e prassi di vita, modelli etici di riferimento, in particolar modo relazionati alle (nuove) tecnologie.

Non dovrebbe stupire, pertanto, qualche pagina di riflessione sulla scuola in questo fascicolo: seppur raramente presente nei manuali di bioetica, anche la "scuola" può essere affrontata da un punto di vista bioetico. Tanto più se la tecnologia assume un ruolo predominante, anche solo per alcuni aspetti (ad esempio: temporali, come quelli appena terminati).

Si è appena concluso, infatti, un Anno Scolastico/Accademico sicuramente particolare. Da ricordare. Da assestare. Da meditare. Da marzo in poi, le lezioni non si sono più svolte in presenza, ma a distanza. Grazie a nuove tecnologie, impensabili fino a pochi anni fa. La DAD (Didattica A Distanza) ha (pre)occupato molti studenti, genitori, insegnanti e non solo.

L'insegnamento/apprendimento a distanza non è certo una novità: ne esistevano già diverse modalità (e-learning, blended learning, flipped-classroom, tutorial strutturati, webinar…), prima della pandemia.

Quello che, però, ha caratterizzato questa seconda parte dell'Anno Scolastico/Accademico 2019-20 è il fatto che *la DAD non è stata primariamente una scelta didattica* (piuttosto: è stata la

conseguenza di una scelta sanitaria) e *ha coinvolto tutti, contemporaneamente, dai più piccoli ai più grandi,* in ogni ordine e grado di scuola, insomma. Un *novum*, in qualche modo.

Molti siamo stati colti in contropiede, e abbiamo trascorso questi mesi tra tentativi, acquisizioni di nuove conoscenze e competenze, confronti, esperimenti, entusiasmi, delusioni… Ma, passato il momento di emergenza, non possiamo affrontare i prossimi mesi (anni) con le medesime logiche. Non possiamo più permetterci di "navigare a vista".

La DAD ha generato reazioni di vario genere; ha anche riacceso parzialmente un interesse su alcune questioni relative alla scuola, questioni che si intrecciano con quelle politiche, sociali e anche bioetiche. In questo mio primo intervento su *Bio-ethos*, vorrei semplicemente esporre, "a caldo", una serie di questioni etiche che sono emerse: alcune puntuali, altre fondamentali, non necessariamente o direttamente didattiche. Anzi. Direi che sono piuttosto "interconnesse".

Nei prossimi interventi su *Bio-ethos*, quando anche una giusta distanza dagli eventi e un confronto più articolato con colleghi e altre discipline permetteranno una visione più lucida, riprenderò alcuni dei temi che sto per esporre.

Quello che, tuttavia, vorrei emergesse fin da ora, è come anche sulla questione della DAD – o della scuola in generale – sia necessario uno sguardo che sappia cogliere la complessità e sappia proporre soluzioni non settoriali, ma interdisciplinari, se non addirittura transdisciplinari.

Potremmo anche parafrasare una delle domande cruciali della ricerca bioetica: "tutto ciò che è tecnicamente possibile, è

eticamente giusto?" in un semplice: "la DAD, (se) tecnicamente-tecnologicamente possibile, è eticamente giusta?".

2. Oltre le reazioni manichee: luci ed ombre della DAD

Salutata da alcuni come l'ultimo annuncio prima della apocalisse o inneggiata da altri come la risposta a tutti i problemi, la DAD presenta alcune caratteristiche da sottoporre a un attento discernimento.

Personalmente, al termine di questi mesi in cui mi sono reinventata come insegnante sia in una scuola secondaria di primo grado sia in ambito accademico, posso testimoniare momenti di enorme sconforto professionale e, parimenti (se non più), enormi momenti di intensa umanità.

Al di là di quelle che possono essere le reazioni emotive e umane di ciascuno, le singole esperienze, proviamo a mettere a fuoco alcune questioni etiche (e persino bioetiche) sollevate da questi mesi di DAD.

2.1. Alcune questioni puntuali.

Partiamo da alcune questioni puntuali.

a) La DAD ha messo in luce in modo chiarissimo quel fenomeno che si chiama *digital divide*, ovvero quel divario tra chi ha accesso alla Rete e chi no (o solo parzialmente). E se questo fenomeno il più delle volte nasce da squilibri sociali, evidentemente – in questo momento – non può che rafforzarli producendo esclusioni (socio-economiche, culturali) sempre più consistenti, in un circolo vizioso.

Mi pare che siano due i livelli da tenere in considerazione:

- il livello tecnologico (non tutti possiedono una rete o una rete stabile, tanto più se tutta la famiglia è connessa contemporaneamente; non tutti possiedono i medesimi devices o quelli più adatti alla DAD…);
- il livello di competenze sull'uso di queste tecnologie (non tutti gli insegnanti, ad esempio, erano pronti a questa esperienza, ma anche gli studenti hanno dovuto imparare rapidamente, e spesso da soli, l'uso di determinati programmi informatico-didattici. E i genitori hanno arrancato assieme a tutti noi).

b) A questi due livelli, già studiati da anni anche se resi quanto mai evidenti dalla pandemia, aggiungerei un terzo livello di "divario", che ho scoperto nei mesi di connessioni con i miei studenti: una possibilità differente di avere "spazi" propri per seguire le lezioni. Avevo studenti connessi dalle loro camerette (quindi in un clima raccolto, privato, propizio all'ascolto), e studenti connessi dalle cucine, dove nel frattempo i genitori stavano, a loro volta, lavorando, cucinando, gestendo altre questioni familiari... Un divario che potremmo chiamare "ambientale", non certo secondario ai fini dell'apprendimento (al di là del buon senso o dell'esperienza, le neuroscienze ci stanno mostrando come l'ambiente sia importante ai fini dell'apprendimento).

c) Mi pare evidente che questa situazione rischia, all'interno del mondo della scuola, di non includere adeguatamente tutti quegli studenti che necessitano di un supporto mirato (dai BES, ai DSA, ai diversamente abili) o i più piccoli che necessitano della presenza costante di adulti al loro fianco (es. i genitori per accendere, banalmente, il PC), rinunciando a forme di

autonomia. La cura e attenzione alle minoranze deve trovare altre forme di espressione.

d) E, forse esasperando un po' i termini, possiamo affermare che la DAD rischia di creare nuove minoranze. Si può affermare, ad esempio, che in questi mesi vi sia stata anche una nuova forma di dispersione scolastica, quasi indotta? Temo, purtroppo, che la risposta sia positiva. Così come possiamo delineare una "*nuova* dispersione scolastica" direttamente legata alla responsabilità dello studente: svariati studenti erano connessi, ma "presenti" con webcam e microfono spento.

e) La DAD ha attivato una concorrenza parossistica tra i grandi colossi dell'informatica e della telefonia. Anche questo comporta una riflessione morale consistente, su due livelli distinti ma interconnessi:
   - gli ingenti profitti e un mercato – quasi monopolizzato – da parte di alcuni colossi;
   - le modalità e i fini dell'insegnamento: l'insegnante /educatore non può essere ridotto a somministratore di video, compiti, test…

f) La DAD – grazie all'utilizzo gratuito di molte risorse – mi ha più volte ricordato una favola dei Fratelli Grimm, Tremotino, la cui morale possiamo riassumere in una frase spesso ricorrente: "Se non paghi un prodotto, allora il prodotto sei tu". Ecco allora un altro grande nodo etico: la *privacy* e la profilazione dei dati che abbiamo inserito in rete in questi mesi, da quelli personali a quelli legati ai ragazzi, spesso minorenni (registro elettronico, piattaforme didattiche, programmi di videochiamata…).

2.2. Alcune questioni fondamentali

La DAD ha, più o meno consapevolmente, toccato anche ambiti più radicali del nostro vivere, "categorie" portanti anche della riflessione bioetica. I ragazzi (davvero solo loro?) hanno introiettato "qualcosa" in questi mesi. E questo "qualcosa" non può essere generalizzato: si differenzia in funzione di molte variabili, soprattutto di età. E di altre, non indifferenti, "circostanze".

Questo "qualcosa" – che è stato introiettato – non potrà non determinare anche la nostra (di tutti noi) struttura morale e la nostra capacità di argomentazione, discernimento, decisione, operatività etica. E allora (mi) pongo alcune domande – meglio piste di indagine – seppur espresse in forma affermativa e generale: perché ciascuna genera rivoli di sotto-domande, specifiche al proprio settore, ma anche legate strettamente alla riflessione bioetica.

1. La DAD ha praticamente annullato la differenza tra "pubblico" e "privato". Ogni giorno i miei studenti entravano in casa mia e io entravo in casa loro. Non solo relativamente agli spazi, ai luoghi. Anche relativamente ai tempi: mail di richieste che arrivavano la domenica, o alle 23.00 di sera o in giorni festivi… hanno appiattito anche la differenza tra un tempo pubblico e un tempo di intimità. "Pubblico e privato" necessitano un nuovo assestamento, che sappia non gettare via il positivo acquisito ma, nel contempo, sappia mantenere degli spazi vitali.
2. La DAD ha comportato una comunicazione massiva (mail, notifiche di Classroom o piattaforme didattiche affini, gruppi WhatsApp…): una quantità che ha spesso assunto il ruolo della qualità. E, ancora una volta, ci possiamo domandare come declinare – in questo specifico settore del vivere umano – il

grande tema della comunicazione e della verità ad essa connessa.

3. Le nuove generazioni, già fin troppo abituate a vivere con scarse sicurezze (lavorative, abitative, di scelte sociali/personali…) hanno vissuto tre mesi all'insegna della insicurezza, della provvisorietà (i vari decreti del MIUR, nella loro contraddittorietà, non hanno fatto altro che acuire questa sensazione). E questo tema non può che lasciare un po' di inquietudine sulla effettiva (seppur graduale) capacità operativa di scelta di tutti, ma in particolare delle nuove generazioni.
4. Ovviamente non possono mancare anche analisi e riflessioni sul come i ragazzi hanno vissuto tutto il tema della corporeità (isolata e/o parzialmente in relazione), della vulnerabilità, della malattia, della morte, anche mediate dalla presenza (o assenza!) di DAD.
5. E infine, una domanda diretta, da sempre presente nella riflessione bioetica: la tecnologia è un fine o un mezzo, in questo caso: fine o mezzo didattico?

3. Verso una ripresa più elaborata

Ancora non sappiamo come/quando potremo riprendere le lezioni "in presenza". Troppe variabili (non didattiche) – nazionali e/o locali – sono ancora da decifrare. Ma abbiamo un po' di tempo per esaminare quanto svolto e programmare nuovi passi. È terminato, però, il tempo dell'emergenza. È arrivato il tempo di costruire e ri-costruire, con una sincera attenzione all'umano, nei "segni dei tempi" (GS 4), che non idolatri e non demonizzi il vissuto quotidiano e

l'impegno a una società che miri ad essere giusta e democratica, anche a partire dalla base, ovvero la scuola.

In questo tempo di (ri)costruzione il mondo della scuola necessita anche di un'analisi bioetica, che sappia tener conto – come detto in apertura – dei dati biologici, etici, culturali ad ampio spettro (da quelli filosofici a quelli economici, da quelli teologici a quelli politico-sociali), che non riduca tutto a tecnicismi, che aiuti a ritrovare un senso all'umano – anche (se non soprattutto!) nelle sue fasi di formazione.

"Per chi (non) è suonata la campanella?" è una domanda che non interpella solo il mondo della scuola. Ma ciascuno di noi. E soprattutto la ricerca bioetica, con il suo metodo e le sue competenze. Le sue esperienze. Le sue prospettive.

Gaia De Vecchi

Dottoressa in Teologia, docente presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, l'ISSR di Milano, l'Istituto Leone XIII. Membro del Consiglio di presidenza dell'ATISM e del Consiglio di redazione del Blog "Moralia"

di Pietro Cognato

Concezioni sul mondo e identità umana

Scienza, fede, morale in dialogo

Il duopolio scienza-fede costituisce una questione fin troppo dibattuta ma mai del tutto risolta né quanto meno sopita. Fin da quando un concetto nuovo di scienza è stato inoculato nel corso del pensiero occidentale, conquistando distanza ed egemonia rispetto al concetto di scienza di impianto aristotelico, il confronto con il mondo religioso non ha perso mai la vis polemica. E ad ondate i dibattiti si sono succeduti nella logica della sovrapponibilità di due magisteri, uno scientifico, l'altro filosofico-teologico, che nella migliore delle ipotesi hanno trovato una parvenza di soluzione richiamandosi, ciascuno a suo modo, ai loro differenti metodi, dedicato tutto ai fenomeni quello scientifico, al fondamento quello filosofico-teologico. Questa soluzione, sovente, viene salutata da certuni come una pretesa di elidere surrettiziamente l'irriducibilità della questione, che non ammetterebbe accomodamenti di nessun genere, visto che la ricerca scientifica non è orientata solo all'affermazione di fatti ma a valutazioni di carattere, per certi versi, metafisico, antropologico. Sono tanti i nodi critici abbastanza roventi che rendono il dibattito irto, spinoso, per lo più sdrucciolevole, sia per gli scienziati (non di rado scientisti) sia per i credenti (non di rado fondamentalisti). Si discute sfoderando concezioni legate alla "casualità" contro quelle basate sulla "causalità", quindi sulla finalità del mondo. La domanda di fondo è la seguente: c'è una direzionalità del mondo? E, poi, ammesso che la selezione naturale abbia agito come forza vettoriale, in merito alla specie umana ci si

riferisce ad una sola o a più specie nel corso dell'evoluzione? Ci si arrovella, altrimenti detto, sull'antitesi tra monogenismo e poligenismo, con ricadute ideologicamente costruite per dare una spallata al patrimonio della fede cristiana e si indugia sul bivio: continuità biologica della specie umana con il mondo animale o discontinuità rispetto ad esso? Ma, tra questi bipolarismi, che appaiono antiteticamente reattivi, si staglia nel fondo quello tra creazione ed evoluzione, che avanza la pretesa di contestare la creazione brandendo l'arma dell'evoluzione con l'appoggio di una lettura e comprensione dei testi biblici, quasi sempre sguarnita di una corretta ermeneutica, che permetterebbe di allentare un po' la tensione. Questo riteniamo sia il background nel quale si inserisce in modo del tutto originale il testo di Emanuele Ciancio, *L'ultima eresia. Scienza e religione nel dibattito contemporaneo*, edito da Studium, Roma nel 2016. L'originalità della proposta di Ciancio sta nel suggerire un'ipotesi provocatoria: scienza e fede (o teologia) hanno una comune eredità metodologica possibilmente rintracciabile in alcune strutture di pensiero che, a primo acchito, per una ipoteca più ideologica che rispondente a realtà, non sono mai visti come comune denominatore del pensiero scientifico e del pensiero religioso, al contrario sono percepiti come motivi più che sufficienti per perorare la causa dei detrattori del possibile dialogo tra scienza e fede. Basti pensare ai concetti di peccato, mistero, trascendenza, rivelazione, fede, da una parte, e di falsificabilità, esperienza, legge, secolarizzazione e relatività, dall'altra, per sapere se stiamo parlando un linguaggio teologico o scientifico. Ebbene, l'operazione compiuta dal nostro Autore interpretando la scienza come un'eresia cristiana ovvero nata nell'alveo della cultura cristiana la scienza ha

cercato il vero in rottura con una certa consolidata verità creduta tale. Da qui non più la sovrapponibilità tra due magisteri, quello scientifico e quello teologico, con le innumerevoli sfumature e coloriture divergenti e convergenti, ma confronto tra saperi nella emergente mentalità della contaminazione tra questi saperi. L'idea di fondo è che esiste il reale e scienza e teologia sono rappresentazioni umane di questo, alla stessa stregua della letteratura, dell'arte, della filosofia. Allora, ecco che la stessa fede può accomunare scienza e teologia, perché il giusto atteggiamento nei confronti del reale conoscibile, ma non del tutto conosciuto, è quello dell'affidamento che scientificamente si chiama intuizione, teologicamente fede. Così, il reale conoscibile ma non del tutto conosciuto comporta l'assunzione della categoria di mistero, che a sua volta illumina la categoria di rivelazione come non solo svelamento, ma anche nascondimento. Stessa logica argomentativa il nostro autore applica alla categoria di negazione (che corrisponde alla teoria della falsificabilità di Popper) secondo la quale come ogni teoria scientifica è degna di questo nome se si sobbarca del rischio di essere falsificata, dunque messa in discussione e resa inadeguata da una teoria nuova, alla stessa maniera nella religione cristiana l'identità di Dio emerge dalla falsificazione di altre idee di Dio (Ciancio fa riferimento all'identità di Gesù che si manifesta al momento in cui Egli stesso non c'è più). Nel quadro complessivo di questo andamento argomentativo, scegliamo di soffermarci, tra le 12 strutture di pensiero comuni al sapere scientifico e teologico, sulla categoria meno ipotizzabile come comune ai due saperi, la categoria di peccato. La scegliamo per due motivi: il primo è la sua immediata esclusione dal contesto scientifico perché

ritenuto emblema della sua incompatibilità metodologica di scienza e teologia; il secondo è il suo essere spia di una costruzione teorica di questo schema di contaminazione un po' forzata. Per Ciancio la riflessione biblica e teologica sul peccato ha elementi comuni al processo di scoperta scientifica perché il peccato è legato alla colpa e la colpa è il riconoscimento del proprio fallimento, che apre ad un atteggiamento di affidamento dando vita ad un processo di salvezza. La stessa creazione è segnata dal fallimento e questo potrebbe far scorgere una analoga visione tra creazionismo ed evoluzionismo senza contraddizioni e contrapposizioni. Fin qui teologia! Poi Ciancio per proseguire nell'evidenziazione dell'addentellato tra riflessione sul peccato e descrizione in termini scientifici della natura tralascia la globalità e la complessità della teologia del peccato e si concentra sul significato della parola ebraica con cui si indica il verbo peccare, precisando che significa mancare il bersaglio. Da qui descrive il modo in cui la scienza sovente procede ovvero per superamento nel suo rivelarsi erronea, riprendendo quanto aveva già spiegato a proposito della categoria di negazione (falsificabilità), concludendo che il peccato come errore è al centro del percorso della scienza. È evidente come qui Ciancio fa una scelta che è più nominalistica che contenutistica, perché per peccato non si intende strettamente un errore, ma una scelta deliberata personale verso il male.

Alla luce di questo quadro comune di eredità metodologica, Ciancio esplora alcune piste di riflessione che sanno di vere e proprie sfide per la teologia a partire dai contenuti espliciti della scienza contemporanea. Questo secondo momento della sua riflessione ci sembra più promettente e convincente del primo momento, perché

se quest'ultimo è stato di natura genealogica e di come siano andate le cose può sempre lasciare spazio a molteplici ricostruzioni, tale momento si presenta come una mappa di bordo per traversate future. Dieci sono le piste su cui ci si chiede di imbatterci: tecnologia, atemporalità, indeterminazione, olografia/informazione, multiverso, discontinuità, caso, ergodicità, irreversibilità, complessità/emergenza. La sfida sull'idea di caso ci è sembrata interessantissima e sempre attuale, calamitante la questione delle questioni:

il binomio creazione/evoluzione, che come un'intestazione attira a sé una pletora di problemi, da quelli più fondamentali a quelli più pratici: per alcuni sostenitori della scienza non ci sarebbe alcuna volontà di nessun dio in questo mondo, per il discorso religioso non vi è dubbio che la definitiva verità della nostra personalità è che l'Essere eterno e personale guida il mondo. La prima tesi è riconducibile all'idea secondo cui non c'è senso nel percorso e le conseguenze sono inevitabili: nessun progetto in questo mondo.

A corroborare tale tesi l'argomentazione della imperfezione del mondo è centrale: l'evidenza di fatti come catastrofi, terremoti, fame nel mondo, violenza e sofferenza non lasciano scampo all'esistenza di una intelligenza che guida il mondo. Il concetto di casualità che fa leggere la storia umana come un magro minuscolo detrito orbitante ai margini di una qualsiasi galassia tra le infinite che ve ne sono, scaturenti dall'esplosione cosmica, ci conduce dritti ad autori come Charles Darwin, il quale rappresenta il teorico per eccellenza dell'evoluzione dalla cui natura si esclude ogni sorta di scopo, finalità, teleologia. La liquidazione del discorso su Dio sembrerebbe il fine inevitabile sennonché Dio non è pensato come pura libertà che costituisce l'inizio. Il che non è un'idea estranea

neanche al cristianesimo. Ed è qui che Ciancio trova pertinentemente il giusto addentellato. Dio rinuncia a determinare il corso della storia a favore dell'autodeterminazione stessa dell'universo. Allora attraverso la combinazione di caso e libertà, di caso e avvenimenti e caso e kenosi ci si illumina sulla stessa essenza di Dio e sul superamento del problema tra creazionismo ed evoluzionismo. Domande classiche come: *Dio come interviene nel mondo?* possono trovare risposta se solo cominciamo a collocare l'intervento divino sul piano della libertà del mondo che si esercita attraverso gli avvenimenti ed è resa possibile da una contrazione (o svuotamento) di Dio.

Dentro questa cornice di sfida permanente alla teologia non solo la concezione del mondo è oggetto di discussione, ma anche la concezione dell'uomo che in questo mondo vive. Proviamo a formulare alcune domande: l'esperienza dell'amore consiste soltanto in connessioni sinaptiche? La sofferenza morale è solo un processo riscontrabile in una parte del cervello? L'atto religioso è solo prodotto di dinamiche neuronali? In rapporto all'ambiente il cervello umano può reagire in forza di soli processi neuronali o anche per decisione che viene da un soggetto che reagisce liberamente? La consapevolezza di un soggetto nasce grazie a processi neuronali, ma ne è solo il prodotto o non è invece la matrice di questi? Questi interrogativi spostano e focalizzano il dibattito tra scienze e fede da una prospettiva specifica, quella delle neuroscienze che sembrano oggi non più limitarsi a descrivere i processi cerebrali, ma si sobbarcano volontaristicamente del rischio di pensare che essi siano il tutto di quanto la tradizione filosofica e teologica dell'Occidente ha chiamato ora mente, ora anima, ora spirito. Di questa

intricatissima e spinosissima questione tratta il bel saggio del teologo italiano G. Canobbio dal titolo *Fine dell'eccezione umana? La sfida delle scienze all'antropologia*, edito nel 2018 da Morcelliana. Proprio da questo testo abbiamo spigolato i suddetti interrogativi sparsi qua e là dall'inizio alla fine della riflessione di Canobbio, il quale partendo dal mettere un punto interrogativo a quanto, invece, qualcuno ha posto come affermativo, inizia a riflettere sulla portata della convinzione che sembra dilagare a partire dalle neuroscienze secondo le quali gli esseri umani non manifesterebbero un *eccesso* rispetto altri esseri viventi che popolano il pianeta, per cui sarebbero degli esseri sì animali viventi come gli altri animali, ma portatori di una *eccezione d'essere* rispetto al ciclo biologico. In altre parole, se siamo solo le nostre sinapsi, che ne è di quel fenomeno della libertà e della soggettualità di ciascuno? Che ne è di quel mistero del punto di vista soggettivo che dice la singolarità dell'uomo? La sfida è enorme per la teologia, la quale ha sempre sostenuto, in forza del dettato normativo della Bibbia, la cosiddetta scalata ontologica che traduce la differenza degli esseri umani rispetto a tutti gli esseri viventi e contro la quale sembra esserci un diffuso respingimento in forza di un dilagante e sempre più prepotente approccio naturalistico ai fenomeni che mette alla porta una tradizione filosofica e teologica secolare. Si tratta di una grande e seria provocazione per la teologia e al contempo una sfida audace, perché se è vero come è vero che le neuroscienze ci offrono dati inediti rispetto a quanto invece non sapevamo quando quella tradizione ha preso forma e struttura, è altrettanto vero che questi stessi dati siano sufficienti per bollare come *depasseé* la riflessione teologica e filosofica? Di questa tradizione il tema dell'anima fa problema oggi, perché

rimanderebbe ad una questione che suscita ilarità in un contesto culturale dove le scienze pretendono di dire l'ultima parola. Canobbio si riferisce alla questione del fondamento contro cui si scagliano certi indirizzi scientifici che tendono a risolvere la questione dissolvendo lo spirito nel cervello o riconducendo il cervello al neurone o spiegando – il che è la stessa cosa – l'umano attraverso il biologico e il biologico attraverso il chimico o il meccanico. Questi indirizzi scientifici ritengono il sapere teologico senza alcuna legittimità perché partono dal presupposto che la spiegazione dei fenomeni – in questo caso del fenomeno umano – non può che essere fenomenica ovvero che la conoscenza empirica è l'unica possibile. In questa maniera si dichiara che la tradizione filosofica e teologica dei secoli passati sarebbe deficitaria della conoscenza di cui oggi noi disponiamo, pertanto sarebbe da gettare. Delimitando il sapere alle scienze empiriche, si esautora tutta la riflessione sul fondamento, che è pseudoscientifica, e ci si troverebbe finalmente in una condizione di verità. Qual è questa verità alla luce di questa impostazione epistemologica? Che l'*eccezione umana* è solo una presunzione, perché gli esseri umani appartengono alla natura, e non abbiamo bisogno di introdurre nessun principio trascendente rispetto a quanto si può osservare e riscontrare con il metodo empirico. Sono proprio le neuroscienze che in questi ultimi decenni hanno messo a soqquadro tale convinzione della tradizione filosofica e teologica. Indagando sui processi decisionali non ci sarebbe più bisogno di ricercare un principio di carattere spirituale – l'anima appunto – per spiegare l'originalità del fenomeno umano. La teologia deve prendere atto di questa provocazione e lo deve fare non rintuzzando i dati scientifici, sarebbe antiscientifico e quindi

contro la verità del reale. Semmai, assumendo la provocazione deve interrogarsi su di essa e rimodularsi come sapere sfidato che può ancora offrire un contributo per la comprensione sempre più profonda del reale. La questione – insiste Canobbio – è metodologica e non tanto contenutistica, in quanto la teologia nell'indagare sul fondamento, che non è semplicemente una causa tra le cause dentro il mondo, ma ciò che sostiene l'insieme del complesso delle cause che spiegano il mondo, ha l'occasione propizia per far notare che non si può non rilevare una contraddizione interna alla rivendicazione delle scienze come parola definitiva sull'uomo: se non esiste un fondamento o un principio del reale, come le scienze possono affermarlo con perentorietà con gli strumenti solo empirici di cui dispone? La perentorietà del "non esiste" un fondamento sembra non accordarsi bene alla dichiarazione stessa del limite del sapere che la stessa scienza paventa. La teologia, di contro, è sempre stata consapevole del limite delle sue affermazioni rispetto alla realtà, e pertanto nell'affermare che il reale non si spiega da sé, ma è necessario un rimando a un principio che non sia il mondo stesso, lavora su una supposizione, che invece la scienza – che dice che non si può trovare un principio – esclude affermando con assolutezza tale esclusione. E affermare con assolutezza – fa notare Canobbio – fa entrare in contraddizione le scienze empiriche che invece dicono che non ci sono certezze assolute. Inoltre, questo non significa per la teologia avere risolto il problema e dichiarare quindi di non avere bisogno delle acquisizioni delle scienze e di ritenersi superiore, così come non è sufficiente voltare le spalle e rivolgersi alla bibbia inoculando l'idea che o si è biblici o si è scientifici. Errore colossale a cui la teologia non

può permettersi di contribuire! La teologia così facendo si vestirebbe di presunzione e tradirebbe il suo statuto di sapere in generale. Se essa non vuole diventare presuntuosa e vuole dialogare con le scienze deve accogliere la provocazione, spiegando che se essa introduce nella spiegazione del reale un principio spirituale non lo fa alla maniera delle cause che spiegano i fenomeni ovvero in termini temporali, ma in termini ontologici vale a dire che la causa prima di cui essa parla non è quella che temporalmente ha dato avvio al processo delle cause, bensì quella che è il fondamento ontologico di tutto ciò che esiste. Interessante è annotare come seguendo la riflessione di Canobbio la teologia ha la possibilità di farsi più "modesta", di purificarsi da indebiti compiti onnicomprensivi, rischiando il conflitto con le scienze e la sconfitta per ovvii motivi di evidenza scientifica. La lezione del teologo Tommaso in tutta la sua riflessione monta fino a mostrarsi ancora valida, superando i luoghi comuni che la tradizione filosofica e teologica dei secoli passati sia ormai superata. Al contrario, assumendo non quanto siano validi i dati delle neuroscienze si può essere autorizzati a gettar via quanto invece c'è di assolutamente fondamentale: la singolarità umana. Quest'ultima è solamente neuronale? Se lo fosse, che destino farebbe la libertà? Se tutto deriva dal cervello, il soggetto non rimane soltanto un recettore passivo degli stimoli che vengono dall'ambiente? La teologia aiuta a chiarire che l'antropocentrismo, che i risultati delle neuroscienze sembrano bollare come caratteristica di un'epoca passata, è insuperabile anche quando si dice che è superato perché gli scienziati che pensano di dire la parola definitiva sembrano aver dimenticato che così ragionando si ergono sempre al di sopra degli altri esseri viventi. Questa la

conclusione di Canobbio: «La restituzione degli umani alla condizione di viventi tra i viventi nell'ecosistema libera certamente dalla antropolatria, ma rischia di privare gli stessi umani di qualsiasi responsabilità e quindi di qualsiasi senso di colpa, al limite di non poter più stabilire alcuna norma giuridica che renda possibile la convivenza» (p. 94). Per Canobbio, dunque, mentre si deve superare la inconciliabilità tra visione scientifica e visione teologica si deve pure mostrare lo statuto epistemologico della teologia in maniera corretta. E tale doppio passaggio è obbligatorio se non si vuole cadere sotto i colpi del giudizio delle neuroscienze secondo cui la teologia va relegata tra le forme di sapere prescientifico e quindi nei miti e nelle favole. Ora, se la teologia si fonda sulla Rivelazione e gli indirizzi scientifici di stampo naturalistico riduzionista suppongono la assoluta mancanza di valore di un sapere che rimanda ad una Rivelazione, è chiaro che non c'è molto spazio per il dialogo; tuttavia, per fortuna non esistono solo indirizzi di questo stampo, ma esistono indirizzi di neuroscienze che non si precludono al pensiero teologico. Con questi il dialogo va incoraggiato perché questi indirizzi scientifici si basano sul fatto che una volta fatte salve le basi fisiche dell'evoluzione biologica, poi esisterebbe il fenomeno dell'emergenza di un qualche elemento o principio che è intervenuto sul sistema stesso, facendo sì che i modi di evoluzione siano imprevedibili. Questa teoria dell'emergenza non deve essere identificata tout court con l'idea teologica di un principio spirituale, ma lo può essere. In altre parole, il problema non è se la teoria dell'emergenza apra un varco di collegamento con la teologia, perché tale elemento o principio *emerso/emergente* potrebbe rimanere a livello della constatazione empirica; piuttosto il problema

è come interpretare questa *emergenza* e su questa interpretazione giocarsi il tutto per tutto nel dialogo tra scienza e teologia. Ed è in questo punto che Canobbio insiste sulla tradizione filosofico-teologica, la quale, pur senza ovviamente conoscere la teoria dell'emergenza, già metteva l'accento sulla "superiorità" dell'essere umano, individuando nella 'mente' (razionalità, volontà, coscienza e coscienza di essere coscienti) il motivo di questa superiorità e in un principio spirituale la base non biologica di questa realtà. Tutto ciò per sostenere che se le neuroscienze provocano la teologia a non vestirsi di presunzione e a ritornare a riflettere con più precisione sul principio/fondamento, riscoprendo il proprio apofatismo (sapere di Dio ciò che non è piuttosto ciò che è e ricordare al mondo che sebbene nel mondo non c'è Dio, il mondo non può sussistere senza di Lui), dall'altra la teologia può e deve ricordare alle neuroscienze che le acquisizioni scientifiche vanno assunte non come semplici dati, ma come interpretazioni dei dati, smascherando il naturalismo riduzionista o metafisico (tale naturalismo non è semplicemente la somma dei dati acquisiti, bensì una visione del mondo). La questione è metodologica e capirlo è di fondamentale importanza: se ci si limita a descrivere i fenomeni come dicono di fare le neuroscienze, rinunciare a domandarsi se la realtà che si descrive è così per un motivo, significa trasbordare dal proprio intento negando ad altri saperi di farlo. Il problema è pertanto di carattere epistemologico: chi può stabilire i limiti del proprio sapere? Il fatto che gli esseri umani si pongano interrogativi è perché il loro cervello è fatto così? Certamente! Ma perché è fatto così? Allora, la mente, che non è semplicemente il nostro cervello (Canobbio mostra la lezione della Bibbia attraverso alcuni concetti come *nefeš* e *basar*, il primo

indicante la dimensione desiderante, il secondo la dimensione di fragilità), diventa l'elemento distintivo degli esseri umani e difenderla significa difendere l'originalità dell'essere umano. E il tradizionale discorso sull'anima svolge tale funzione di difesa e di rivendicazione di una traccia non biologica, che ha come riferimento normativo la proposta biblica e come approfondimento concettuale la riflessione filosofico-teologica della tradizione. La teologia, dunque, non può lasciarsi imporre percorsi che dimenticano che in gioco c'è il destino degli esseri umani: sono destinati a perire definitivamente come tutti gli altri esseri viventi oppure si deve mantenere la loro singolarità pur morendo come gli altri viventi? Sembra chiaro che nel riflettere sulle neuroscienze dalla prospettiva teologica, si è giunti a scoprire la dimensione escatologica dell'antropologia.

Questo mio tentativo di mettere in rapporto alcune delle pubblicazioni che ci aiutano ad inoltrarci nella selva oscura di questo dibattito intricante e fascinoso delle neuroscienze e che, in ultima analisi, ripropongono l'interrogativo ultimo sulla identità dell'essere umano, ha voluto offrire una possibile cornice dentro la quale porre il problema dell'agire morale. L'etica, filosofica e teologica, sembra minacciata dal campo conquistato dalla libertà cosiddetta biologica. Leonardo Paris nel suo *Teologia e neuroscienze. Una sfida possibile,* Queriniana 2017, lo pone come interrogativo: «Cosa significa agire ed essere responsabili se siamo così legati alla terra?» (p. 95). Tale collegamento allude all'ampio spettro di relazioni che come un fascio ci costituisce, illuminando la libertà come limite-possibilità della propria identità, del proprio volto morale.

Pietro Cognato
Docente di teologia morale e bioetica
presso la Pontificia Facoltà Teologica di Palermo,
direttore responsabile di Bio-ethos

Pubblicazione quadrimestrale
Registrazione del Tribunale di Palermo n. 21del 9 luglio 2007
Iscritto al ROC (Registro Operatori della Comunicazione) al n. 16501

Direttore responsabile: Salvino Leone

Direttore: Pietro Cognato

Comitato di Redazione:

Filippo Arena, Adele Di Trapani, Alessandro Di Trapani, Rocco Gumina, Salvatore Trapani

Segreteria di Redazione: Giusy Cannatella

Comitato Scientifico:

Eleonora Ajello, Mariella Lombardi Ricci, Francesco Bellino, Roberto Garofalo, Maurizio Soldini, Antonella Argo, Paolo Cattorini, Milena Lo Giudice, Fabio Mazzocchio, Renzo Pegoraro, Alessandro Rovello, Gianni Russo, Luciano Sesta, Raffaele Sinno, Angelo Vecchio, Pietro Virgadamo

Impostazione grafica e web editing: Giuseppe Ferlauto

Direzione e Amministrazione:

Via Vittorio Emanuele, 463 □90134 Palermo
Tel.: 091-587194
E-mail: bioetica@fatesi.it
Sito web: www.studibioetici.it

La rivista, in versione esclusivamente digitale, viene inviata *gratuitamente* a docenti, allievi, ex allievi dell□Istituto di Studi Bioetici, ai Centri di Bioetica italiani ed altre istituzioni similari e a tutti coloro che ne facciano richiesta inviando una mail all□indirizzo sopra riportato.

Realizzazione grafica : Giuseppe Ferlauto

ISSN 1972-6341