



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia (Università degli Studi di Padova)

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN FILOSOFIA

INDIRIZZO FILOSOFIA TEORETICA E PRATICA

CICLO XXIII

***Il principio di beneficenza. Ripresa e attualizzazione  
di un principio cardine dell'etica medica e della bioetica***

**Direttore della Scuola:** Ch.mo Prof. Giovanni Fiaschi

**Coordinatore d'indirizzo:** Ch.ma Prof.ssa Francesca Menegoni

**Supervisore:** Ch.mo Prof. Antonio Da Re

**Dottoranda:** Francesca Marin

# INDICE

Introduzione.....	5
-------------------	---

## CAPITOLO 1

### Verso una chiarificazione concettuale del principio di beneficenza

1.1 Perché una riflessione di carattere metaetico sul principio di beneficenza? .....	11
1.2 Alcune precisazioni terminologiche.....	13
1.2.1 Le diverse traduzioni del termine inglese “ <i>beneficence</i> ” .....	14
1.2.2 Le principali caratteristiche della benevolenza.....	19
1.2.3 Sulla distinzione tra beneficenza e benevolenza.....	23
1.3 L'analisi del linguaggio morale e l'autonomia dell'ambito etico.....	27
1.3.1 Moore e il bene come concetto cardine dell'etica .....	31
1.3.2 La fallacia naturalistica.....	38
1.3.3 L'influsso del positivismo logico e l'uso significativo del linguaggio.....	44
1.4 Le principali critiche alla distinzione fatti-valori e il ritorno del naturalismo.....	47
1.5 Sulla nozione di bene del paziente.....	50

## CAPITOLO 2

### Il carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza

2.1 L'indagine sul dovere di beneficenza.....	55
2.2 La naturale disposizione a compiere atti benefici.....	56
2.3 La reciprocità nell'amicizia e nel rapporto genitori-figli.....	60
2.4 Beneficenza: dovere o ideale morale?.....	64
2.5 Il principio di beneficenza allargata.....	67
2.6 Sui doveri di non maleficenza e di beneficenza .....	76
2.7 Il principio del duplice effetto .....	83
2.8 La felicità altrui come fine dell'agire umano .....	90
2.9 Verso una tesi moderata della beneficenza.....	98

## CAPITOLO 3

### Dal dovere al principio di beneficenza

3.1 Il monito ad agire per il bene del paziente: una presenza costante nell'etica medica.....	103
3.2 La tradizione ippocratica .....	105
3.3 L'inserimento della concezione ippocratica nella tradizione ebraica.....	114
3.4 L'evoluzione dell' <i>ethos</i> medico nella tradizione cristiana .....	117
3.5 La fase di burocratizzazione della professione medica .....	120
3.6 Il primo <i>Code of Medical Ethics</i> (AMA, 1847).....	125
3.7 Il movimento dell'eugenetica .....	127
3.8 Il ruolo dei medici nel progetto di sterminio nazista .....	129
3.9 I principali codici deontologici del XX secolo .....	133
3.10 Lo sviluppo dell'approccio basato sui principi .....	138

## CAPITOLO 4

### Il conflitto tra principi in bioetica

4.1 Il <i>Belmont Report</i> .....	147
4.2 I principi dell'etica biomedica.....	152
4.3 Le principali critiche all'approccio basato sui principi.....	162
4.4 Per una risoluzione dei conflitti tra principi: la strategia mista di Robert Veatch ..	165
4.5 Alcune difficoltà legate alla strategia mista.....	171
4.6 Il conflitto tra i principi di beneficenza e di autonomia .....	173
4.6.1 Il paternalismo e i suoi limiti .....	177
4.6.2 Il modello dell'autonomia e i suoi limiti.....	182
4.7 Una possibile fondazione dei principi per la risoluzione del conflitto.....	189
4.8 Verso una riformulazione del principio di beneficenza.....	192

## CAPITOLO 5

### Il modello normativo della *beneficence-in-trust*

5.1 La necessità di una filosofia della medicina.....	195
5.2 Filosofia-medicina: quale modello filosofico?.....	198
5.3 L'approccio fenomenologico .....	202
5.4 Gli aspetti peculiari dell'interazione clinica.....	210
5.4.1 L'esperienza di malattia .....	211
5.4.1.1 Giobbe e la sofferenza umana .....	213
5.4.2 L'atto di professione .....	219
5.4.3 L'atto della medicina.....	222
5.5 <i>Modes</i> : le caratteristiche dell'interazione clinica.....	225
5.6 Il giudizio clinico .....	229
5.7 Le principali caratteristiche del modello proposto.....	233
5.8 I quattro significati di bene del paziente .....	238
5.9 Lo schema metaetico e lo schema procedurale per la risoluzione dei conflitti .....	244

## CAPITOLO 6

### Ritorno al passato?

6.1 La “beneficenza-nella-fiducia” e la realtà medica contemporanea.....	251
6.2 Il rapporto duale medico-paziente.....	256
6.3 L'esercizio delle virtù .....	259
6.4 La tesi dell'integrità della professione medica.....	270
6.5 Le finalità della pratica medica.....	274
6.6 Sulla distinzione tra gli <i>ends</i> e i <i>goals</i> della medicina .....	277

Conclusioni.....	283
------------------	-----

Bibliografia.....	293
-------------------	-----

## Introduzione

Il presente lavoro di ricerca intende saggiare il valore teorico e la forza normativo-applicativa del principio di beneficenza, esaminando la centralità che il monito ad agire per il bene del paziente assume nell'etica medica e nella bioetica. Ci si propone inoltre di riprendere e aggiornare il medesimo principio per giustificarlo e collocarlo all'interno del contesto pluralistico della nostra società contemporanea.

Congiunto al dovere di non arrecare danno o ingiustizia al malato (*primum non nocere*), questo monito ha guidato la prassi della medicina sin dalla sua nascita, costituendo l'obbligazione primaria dell'assistenza sanitaria. Da sempre infatti la pratica medica ha richiesto a coloro che la esercitano un impegno nella promozione e realizzazione del bene del malato: il dovere di agire negli interessi di quest'ultimo compare già all'interno del celeberrimo *Giuramento* ippocratico, dove il medico si impegna solennemente a prescrivere soltanto quei rimedi che procureranno beneficio all'assistito e ad astenersi dall'arrecargli danno e ingiustizia. L'obbligo a compiere azioni benefiche è inoltre presente nelle successive fasi della storia dell'etica medica ed è ribadita anche in diversi documenti deontologici. Intorno agli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, il dovere di promuovere il bene del paziente assume nuovi connotati nell'approccio basato sui principi, ovvero sia all'interno del paradigma di ricerca etico-normativo che caratterizza le prime fasi di sviluppo della bioetica. In questa impostazione teorica infatti il dovere, o più precisamente il principio, di beneficenza inizia ad essere affiancato ai principi di autonomia e di giustizia e tende a divenire una generica linea-guida per la deliberazione e l'agire umano, nel peggiore dei casi manchevole di una teoria etica di fondo capace di dargli fondamento e giustificazione.

Ad un primo sguardo, ci si potrebbe interrogare circa la necessità di una ripresa e aggiornamento del principio di beneficenza. Il monito ad agire per il bene del paziente potrebbe sembrare infatti un'obbligazione così scontata, se non addirittura già chiaramente delineata, da non richiedere alcuna riflessione di carattere filosofico. Il fatto cioè che ogni medico sia "ovviamente" chiamato ad operare in ogni contesto clinico nel migliore interesse del malato sembrerebbe in primo luogo non implicare la

necessità di una discussione sul dovere di beneficenza e sul suo fondamento. In secondo luogo, potremmo essere condotti a ritenere tale dovere un'obbligazione capace di fornire all'agente precisi criteri normativi di deliberazione e d'azione all'interno della pratica clinica.

Queste impressioni sembrano venir confermate a livello scientifico dalla letteratura sull'argomento: fino ad oggi, un solo testo ha particolarmente evidenziato la complessità del principio di beneficenza e ne ha offerto un'indagine di carattere storico-filosofico. Si tratta di uno scritto, purtroppo non ancora tradotto in italiano, dal titolo *Beneficence and Health Care*, curato da Earl E. Shelp e pubblicato nel 1982.

Ciononostante, un'analisi del principio di beneficenza è tutt'altro che scontata: proprio il continuo richiamo ad esso sia nei documenti di deontologia medica sia nell'esercizio della professione sanitaria non può essere considerato privo di significato dall'analisi filosofica. Un'indagine critica su questo principio è a mio avviso necessaria poiché solleva diversi nodi problematici a livello terminologico, contenutistico e normativo.

Per quanto concerne l'aspetto lessicale, una prima difficoltà si verifica all'interno del dibattito bioetico italiano nel momento in cui ci si proponga di ricercare una traduzione del termine inglese "*beneficence*". Tale ricerca risulta necessaria poiché la bioetica ha avuto origine nel contesto nordamericano e la locuzione "*principle of beneficence*" è stata impiegata in uno dei suoi più importanti paradigmi di ricerca, ossia l'approccio basato sui principi. Portando questo modello teorico nel nostro Paese, non è stata trovata un'univoca traduzione di quell'espressione: essa infatti non viene sempre tradotta letteralmente con "principio di beneficenza" (per evitare gli equivoci derivanti dal significato comune del vocabolo "beneficenza"), ma anche utilizzando neologismi, quali "beneficità" e "beneficialità". Da qui l'esigenza di giustificare una traduzione rispetto alle altre e di indagare più in profondità il significato del termine prescelto.

Quando si afferma che il medico nell'esercizio della sua professione agisce per il bene del paziente e si indica tale intervento attivo e concreto con la parola "beneficenza", occorre pertanto motivare questa scelta linguistica, comprendere appieno il significato di tale espressione e specificare i termini da essa evocati. Relativamente a quest'ultimo aspetto, mi riferisco alla necessità di precisare cosa si intenda con la locuzione "bene del paziente", ma ancor prima a cosa alluda lo stesso termine "bene". Inoltre, se si sostiene che il medico è chiamato a compiere atti benefici verso il malato, vi è un inevitabile

rinvio ai doveri di colui che esercita la professione medica e al carattere di giustezza delle sue azioni nei confronti dell'assistito. In questo quadro, un'indagine sul principio di beneficenza all'interno della pratica clinica, oltre a richiedere un lavoro di analisi concettuale delle espressioni poc'anzi menzionate, necessita anche di un esame di altri importanti termini morali, quali “dovere” e “giusto”. Viene così inevitabilmente chiamata in causa la natura della moralità e delle parole in essa impiegate, aspetti questi che costituiscono una parte del ricco ventaglio di riflessioni che caratterizza l'ambito metaetico.

Esaminando poi la forza normativa del dovere di beneficenza, emerge un altro nodo problematico, stavolta a livello contenutistico: questa obbligazione infatti difficilmente trova delle indiscusse e pacifiche caratterizzazioni sia in ambito clinico sia nell'esperienza morale quotidiana. Anche nel caso in cui si riesca davvero a dimostrare che ognuno di noi è chiamato ad agire per il bene altrui, occorre indagare il fondamento di tale obbligazione, determinare con precisione gli obblighi chiamati in causa da questo dovere e delineare le azioni necessarie al suo adempimento. Nel caso in cui potesse poi sembrare addirittura scontato che il medico nell'esercizio della sua professione è chiamato a compiere atti benefici, non credo si possa facilmente convenire sulla giustificazione e sull'ampiezza di questo dovere. Mi riferisco cioè al problema di identificare il fondamento e di puntualizzare i limiti, qualora essi esistano, dell'obbligazione in questione, stabilendo pertanto perché e fino a che punto un medico sia obbligato ad agire per il bene del paziente.

Si delinea così un lavoro di chiarificazione linguistica e contenutistica del principio di beneficenza. Ritengo infatti che la mancanza di chiarezza sul significato dei termini che lo costituiscono e sul carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza rischi di rendere fallimentare sia l'esame dello stesso principio sia la proposta di un modello normativo che lo coinvolga. Per questo, mentre il primo capitolo intraprende un'indagine concettuale del principio di beneficenza, il secondo si interroga sul fondamento del dovere ad agire per il bene altrui tanto nella pratica medica, quanto nell'esperienza morale in generale.

A mio avviso, in seguito a questo tipo di analisi sul dovere di beneficenza, è possibile rilevare, ma soprattutto approfondire, la costante presenza del monito ad agire per il bene del paziente nella lunga storia dell'etica medica. In tal modo, infatti, l'*excursus*

storico di questo dovere si porrà i seguenti interrogativi: l'obbligazione a compiere atti benefici all'interno dei contesti clinici ha sempre ricevuto la medesima giustificazione? In altre parole, nelle principali fasi della storia dell'etica medica, su quali ragioni si è giustificato un tale dovere? Qual è stato il suo fondamento? E ancora: quali altre obbligazioni sono state poste a fianco al dovere di beneficenza e che peso hanno avuto su quest'ultimo?

Ritengo che il tentativo di fornire una risposta a tali quesiti faciliti la chiarificazione del principio di beneficenza: ripercorrere i momenti più significativi dello sviluppo dell'etica medica consente di riprendere e approfondire aspetti già emersi nel corso dell'analisi linguistica e contenutistica dello stesso principio. Vengono cioè maggiormente evidenziati la complessità dei termini chiamati in causa dal dovere a compiere atti benefici e la diversa forza normativa che tale obbligazione assume in seguito alla giustificazione assegnatagli.

Credo inoltre che un'analisi esclusivamente storica del monito ad agire per il bene del paziente rischi di dar adito a quella visione superficiale del dovere di beneficenza poc'anzi menzionata. Riscontrando ad esempio la continua sottolineatura di tale monito nei codici deontologici, si potrebbe considerare l'obbligazione ad agire per il bene del paziente un'istanza normativa "ovvia" proprio perché supportata dalla sua costante presenza nella storia dell'etica medica. L'analisi del diverso fondamento del dovere di beneficenza si mostra invece decisiva per comprendere il valore che esso ha avuto nelle varie fasi storiche e che continua ad avere nella realtà medica contemporanea.

Attraverso un esame storico così inteso dell'obbligazione a compiere atti benefici in ambito clinico, il terzo capitolo completa la chiarificazione linguistica e contenutistica del principio di beneficenza sviluppata nei primi due. A mio avviso, solo in questo modo si può davvero esaminare la centralità del monito ad agire per il bene del paziente nell'etica medica e nella bioetica. Inoltre, da questo tipo di analisi, si possono vagliare le differenti istanze normative chiamate in causa nell'esercizio della professione sanitaria così come i diversi connotati che esse assumono nell'approccio basato sui principi, che costituisce uno dei più importanti paradigmi di ricerca sviluppatosi in ambito bioetico.

Il quarto capitolo conclude così quell'indagine normativa del principio di beneficenza già precedentemente avviata poiché cerca di comprendere quale valenza esso abbia

accanto agli altri principi dell'etica biomedica (autonomia, non-maleficenza e giustizia). Si intende così esaminare la forza normativa di questi principi e valutare, in situazioni di conflitto tra di essi, su quali basi si possa giustificare la priorità conferita a uno rispetto agli altri. Ci si chiede poi se, all'interno di quell'impostazione teorica, il principio di beneficenza abbia ancora quel ruolo cardine che gli è sempre stato riconosciuto dall'etica medica o se necessiti invece di una riformulazione. Qualora quest'ultima si riveli indispensabile, come delineare un modello normativo che metta in rilievo il principio di beneficenza, tenendo tuttavia presenti anche gli altri principi dell'etica biomedica ed evitandone eventuali contrapposizioni?

Forse, come suggerito da Edmund Pellegrino e David Thomasma, un approccio fenomenologico alla pratica medica, che prenda le mosse da un'analisi dell'interazione clinica, può riprendere e attualizzare il principio di beneficenza. Nella loro prospettiva, sia quest'ultimo sia gli altri principi dell'etica biomedica necessitano di essere *ridefiniti* e *fondati* all'interno del rapporto medico-paziente. Analizzando questa particolare relazione interpersonale, Pellegrino e Thomasma propongono il modello normativo della "beneficenza-nella-fiducia" (*beneficence-in-trust*): a parere degli studiosi, mediante tale paradigma è possibile cogliere l'essenza della medicina e della pratica medica, e ritrovare proprio nell'agire per il bene del paziente il loro fine interno (*telos*).

Dopo aver analizzato questo paradigma all'interno del quinto capitolo, rimane tuttavia da verificare se esso riesca davvero a dialogare con la realtà medica contemporanea e a trovare applicazione nel contesto pluralistico della nostra società. Inoltre, ci si può chiedere se esso risulti pertinente a un ambito medico diverso dall'attuale, se non addirittura del passato, come ad esempio quello della tradizione ippocratica. Particolarmente focalizzato sull'interazione clinica e quindi sul rapporto duale medico-paziente, l'approccio proposto da Pellegrino e Thomasma sembra infatti non prendere del tutto in considerazione alcuni importanti aspetti: in primo luogo, il contesto sociale all'interno del quale si verifica l'esercizio della pratica medica, nonché le strutture sanitarie e l'*équipe* di specialisti che in esse operano; in secondo luogo, gli inevitabili mutamenti che la medicina può subire sulla base delle esigenze espresse da se stessa o dalla società.

Il capitolo conclusivo intende quindi domandarsi se questi aspetti vengano o meno analizzati nel modello della *beneficence-in-trust*. Tale indagine risulta a mio avviso

necessaria poiché, qualora il paradigma proposto risultasse davvero non applicabile al contesto della pratica medica contemporanea, anche la riformulazione del principio di beneficenza tracciata in queste pagine rischierebbe di rivelarsi inadatta, se non addirittura inutile. In questo modo non si potrebbe parlare di una vera e propria ripresa e attualizzazione di un principio cardine dell'etica medica e della bioetica.

# CAPITOLO 1

## Verso una chiarificazione concettuale del principio di beneficenza

### *1.1 Perché una riflessione di carattere metaetico sul principio di beneficenza?*

Congiunto al dovere di non arrecare danno o ingiustizia al malato (*primum non nocere*), il monito ad agire per il bene del paziente ha guidato la prassi della medicina sin dalla sua nascita, costituendo l'obbligazione primaria dell'assistenza sanitaria. L'esercizio della pratica medica ha sempre richiesto un impegno costante nella promozione del bene del paziente: infatti, già all'interno del celeberrimo *Giuramento* ippocratico viene esplicitato come il medico abbia il dovere di agire nell'interesse del malato. Più precisamente, colui che intraprende l'esercizio della pratica medica si impegna solennemente a prescrivere soltanto quei rimedi che procureranno beneficio all'assistito e ad astenersi dall'arrecargli danno e ingiustizia<sup>1</sup>.

Constatando come il monito ad agire per il bene del paziente abbia da sempre caratterizzato la prassi della medicina, si potrebbe ritenere tale dovere un'obbligazione così scontata, se non addirittura già chiaramente delineata, da non richiedere alcuna riflessione di carattere filosofico. Il fatto cioè che il medico sia "ovviamente" chiamato ad operare in ogni contesto clinico nel migliore interesse del malato potrebbe condurci a ritenere l'agire per il bene del paziente un assodato principio guida. Si potrebbe per di più ritenerlo capace di fornire precisi criteri di deliberazione e d'azione all'interno della pratica clinica.

A mio avviso, invece, un'indagine filosofica che intenda saggiare il valore teorico e la forza normativa del principio di beneficenza non troverà affatto delle indiscusse e pacifiche caratterizzazioni dello stesso. Le difficoltà legate a un lavoro di chiarificazione di questo principio emergono sin dalle sue prime battute: qualora potesse sembrare addirittura scontato che il medico nell'esercizio della sua professione è chiamato ad agire per il bene del paziente, non credo si possa giungere a un indubbio e

---

<sup>1</sup> Cfr. *Giuramento*, in M. Vegetti (a cura di), *Opere di Ippocrate*, UTET, Torino 1965, p. 393.

immediato consenso relativamente sia al significato dei termini richiamati da tale principio, sia al carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza.

Riguardo alla complessità che inerisce alla definizione delle nozioni contenute o implicate dal principio di beneficenza, basti pensare alle difficoltà che emergono nel momento in cui si tenti di precisare che cosa si intenda con l'espressione "bene del paziente", ma ancor prima a cosa alluda lo stesso termine "bene". Inoltre, il monito ad agire per il bene del paziente, chiedendo un intervento attivo e concreto da parte del soggetto agente, rinvia ai doveri del medico e al carattere di giustizia delle sue azioni nei confronti dell'assistito. Un lavoro di analisi concettuale del principio di beneficenza non potrà quindi limitarsi al termine "bene" e alla locuzione "bene del paziente", ma richiederà anche l'esame di altri importanti termini etici, quali "dovere" e "giusto". In tal modo, viene inevitabilmente chiamata in causa la natura della moralità e delle nozioni in essa impiegate; questi aspetti, come avrò modo di precisare in seguito, costituiscono una parte del ricco ventaglio di riflessioni che caratterizza la riflessione metaetica e che non permettono di considerare quest'ultima come limitata a un'indagine puramente linguistica dei termini morali.

Per quanto concerne la difficoltà di definire il carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza in ambito clinico, mi riferisco al problema di identificare il fondamento e di puntualizzare i limiti, qualora essi esistano, dell'obbligazione in questione, stabilendo pertanto *perché e fino a che punto* un medico sia obbligato ad agire per il bene del paziente. Altrettanto problematico risulta precisare gli obblighi chiamati in causa dal dovere di beneficenza, nonché definire le azioni necessarie al suo adempimento.

Un'indagine di carattere filosofico sul principio di beneficenza solleva quindi diversi nodi problematici a livello linguistico, contenutistico e normativo: dopo aver precisato e spiegato i termini richiamati da questo principio, vanno indagate la giustificazione e l'ampiezza del dovere di beneficenza, così come la sua forza normativa. Si delinea perciò un lavoro di analisi del linguaggio morale e di chiarificazione concettuale del principio di beneficenza: la mancanza di chiarezza sul significato e sulla natura dei termini che lo costituiscono, così come sul carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza, renderebbe infatti fallimentare sia l'analisi del principio stesso e del suo rapporto, spesso conflittuale, con gli altri principi dell'etica biomedica

(autonomia, non maleficenza e giustizia), sia la possibile delineazione di un modello normativo. Si rende pertanto necessario un preliminare approfondimento di carattere metaetico del principio di beneficenza, ossia un'analisi dello stesso e dei termini che lo costituiscono, qualora un lavoro di ricerca intenda, come il presente, non solo indagare il valore teorico di tale principio, bensì avanzare una proposta normativa che lo coinvolga.

Come opportunamente sostiene Roberto Mordacci, se è possibile svolgere un'indagine di carattere metaetico senza impegnarsi in alcuna tesi normativa, nel caso opposto il legame con la metaetica appare imprescindibile, nonostante non esista in generale alcuna necessaria connessione tra una specifica teoria normativa e una determinata metaetica<sup>2</sup>. Una riflessione metaetica sull'indagine etica e sui termini in essa impiegati non implica infatti necessariamente una determinata concezione normativa, cioè la delineazione di criteri di giudizio e di azione morali. Al contrario, l'elaborazione di un modello normativo presuppone una o più tesi metaetiche relative alla natura della moralità e al significato del linguaggio morale e dei suoi termini, tesi queste che vanno a costituire appunto i presupposti o le premesse della teoria normativa stessa e che pertanto meritano di essere prese in esame per comprendere appieno lo schema normativo proposto.

Dinnanzi a queste considerazioni, ritengo necessario dedicare i primi due capitoli di questo lavoro a una riflessione preliminare di carattere metaetico sul principio di beneficenza. Mentre in questo capitolo, dopo alcune precisazioni terminologiche, verranno prese in esame le nozioni etiche chiamate in causa dallo stesso principio, il successivo indagherà il carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza.

## *1.2 Alcune precisazioni terminologiche*

La locuzione “*principle of beneficence*” è stata impiegata negli Stati Uniti verso la fine degli anni Settanta del secolo scorso all'interno di uno dei più importanti paradigmi di ricerca della bioetica, ossia l'approccio basato sui principi<sup>3</sup>. Riprendendo in Italia questo modello teorico, non è stata scelta (per i motivi che sottolineerò nel prossimo paragrafo)

---

<sup>2</sup> Cfr. R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 21.

<sup>3</sup> Rimando al quarto capitolo di questo elaborato l'analisi di tale paradigma di ricerca, dei suoi protagonisti e dell'influsso che essi hanno avuto nello sviluppo della bioetica.

un'univoca traduzione di quell'espressione: essa infatti non viene sempre tradotta alla lettera con "principio di beneficenza", ma si ricorre a neologismi, quali "beneficità" e "beneficialità".

Dal titolo di questo elaborato e dalle righe precedenti è già esplicitamente emerso l'utilizzo della traduzione letterale della locuzione "*principle of beneficence*"; prima di dare avvio all'indagine di carattere metaetico sul principio di beneficenza, ritengo quindi opportuno soffermarmi sulle ragioni che hanno determinato questa scelta terminologica. A mio avviso, tali precisazioni si rendono necessarie non solo per rigore metodologico, ma anche perché l'adozione del termine "beneficenza" è spesso oggetto di critiche da parte di diverse voci nel dibattito bioetico contemporaneo.

Precisare i motivi che hanno contribuito ad adottare in questo scritto il termine "beneficenza" permetterà di soffermarsi sul significato originario espresso dalla parola "*beneficence*", giungendo per di più a distinguerlo da quello suggerito dall'espressione "*benevolence*" (benevolenza). Al fine di tracciare la distinzione tra beneficenza e benevolenza e di precisare come essa non sia di carattere meramente linguistico, ma anche contenutistico, verranno riprese le principali caratteristiche della stessa benevolenza messe in luce da Aristotele all'interno dell'*Etica Nicomachea* e dell'*Etica Eudemia*. Si cercherà inoltre di evidenziare, mediante il riferimento alla trattazione filosofica di altri autori su questo tema, come, nonostante la distinzione beneficenza-benevolenza debba essere mantenuta, costituisca un errore considerare la stessa nei termini di una netta opposizione tra questi due concetti.

### 1.2.1 Le diverse traduzioni del termine inglese "*beneficence*"

Non esiste a tutt'oggi nel dibattito bioetico italiano un'univoca traduzione del termine inglese *beneficence*: molti studiosi preferiscono infatti non tradurlo letteralmente con "beneficenza", ma optano per l'utilizzo di altre espressioni, quali "beneficità"<sup>4</sup> e "beneficialità"<sup>5</sup>. Questa scelta viene compiuta e giustificata per evitare gli equivoci che

---

<sup>4</sup> Cfr. C. Viafora, *I principi della bioetica*, in «Bioetica e cultura», 2 (1993), n. 3, pp. 9-37; dello stesso autore, *L'evoluzione dell'argomentazione bioetica: un repertorio introduttivo*, in C. Viafora, S. Mocellin (a cura di), *L'argomentazione del giudizio bioetico. Teorie a confronto*, Franco Angeli, Milano 2006, pp. 13-39. Va specificato come anche la traduzione della locuzione inglese "*non maleficence*" avvenga spesso ricorrendo al neologismo "non maleficità" (cfr. *ivi*, p. 18).

<sup>5</sup> Cfr. L. Palazzani, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, in «Medicina e Morale», 42 (1992), n. 1, pp. 59-85; P. Cattorini, *I principi dell'etica biomedica e le teorie*

il significato comune di “beneficenza” potrebbe generare. Con quest’ultimo termine solitamente si allude all'erogazione di un aiuto filantropico, nella maggior parte dei casi di carattere economico, a favore di soggetti terzi che versano in condizioni di difficoltà. Questa forma di aiuto si concretizza generalmente mediante il versamento di somme di denaro a determinate associazioni finalizzate a tale scopo oppure devolvendo alle popolazioni più bisognose gli introiti ricavati dalla vendita di particolari oggetti o dalla realizzazione di determinati eventi (quali spettacoli, cene, aste o pesche di beneficenza).

Alla luce di questo significato comune, molti autori sostengono che l'utilizzo del termine “beneficenza” sia fuorviante qualora lo si impieghi per definire l'operato di un medico. A loro parere infatti, nel momento in cui si adotti la traduzione italiana letterale del termine *beneficence*, vi è il rischio di attribuire al concetto da esso espresso una valenza eccessivamente gratuita e altruistica, giungendo per di più a descrivere in maniera non corretta l'agire di colui che esercita la professione medica. Oltre a ciò, essi ritengono che, parlando di beneficenza, si travisi lo stesso atto medico e non si faccia preciso riferimento al beneficio procurato al paziente attraverso un possibile intervento diagnostico, terapeutico o chirurgico.

Questo pericolo è rilevato, ad esempio, da Francesco Demartis in una nota dell'introduzione all'edizione italiana (da egli stesso curata) del celebre *Principi di etica biomedica* di Tom L. Beauchamp e James F. Childress<sup>6</sup>, testo a cui si farà ampio riferimento in seguito. Demartis specifica come l'espressione *beneficence* presente nell'opera originale sia stata tradotta in italiano con il termine “beneficenza” solamente per rimanere coerenti all'ampia accezione di tale concetto messa in luce da Beauchamp e Childress. Per Demartis è invece da preferire l'adozione del neologismo “beneficità”

---

*etiche*, in E. Agazzi, *Quale etica per la bioetica?*, Franco Angeli, Milano 1990, pp. 67-83. Tuttavia, lo stesso autore, in un saggio dal titolo *I principi della bioetica e il personalismo* (contenuto in P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, pp. 117-135), traduce l'espressione “*principle of beneficence*” con “principio di beneficenza”, sottolineando come esso sia anche chiamato “principio di beneficità o di beneficalità”. Nel corso del suddetto saggio Cattorini interscambia l'uso di questi termini, ritenendoli appunto sinonimi. Anche Giovanni Fornero (in N. Abbagnano, *Dizionario di filosofia*, 3<sup>a</sup> edizione aggiornata e ampliata da G. Fornero, UTET, Torino 2006, p. 124) preferisce tradurre l'espressione inglese “*principle of beneficence*” con “principio di beneficalità”, sostenendo che esso indica «l'obbligo morale di fare il bene agli altri o, nel caso dei medici, di perseguire il bene dei propri pazienti, arrecando loro il minimo danno».

<sup>6</sup> Cfr. T.L. Beauchamp – J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, 1994<sup>4</sup>, (1<sup>a</sup> ed. 1979), trad. it. di S. Buonazia, Le Lettere, Firenze 1999, p. 12, nota 4. Il successo dell'opera è testimoniato dal susseguirsi di diverse edizioni della stessa (1979, 1983, 1989, 1994, 2000, 2009), oltre alla sua traduzione in varie lingue (tedesca, italiana, spagnola). Le diverse edizioni presentano modifiche e ampliamenti rispetto a quella iniziale del 1979, frutto soprattutto della disponibilità di Beauchamp e Childress a recepire e a rispondere alle critiche sollevate da diversi autori nei confronti del loro testo.

per identificare nella nostra lingua un termine che esprima sia un concetto di beneficio inteso come ogni tipo di azione fatta per il bene altrui e che includa anche il concetto di beneficio quale effetto dell'atto medico sul paziente<sup>7</sup>.

A suo avviso il termine beneficenza, oltre ad essere fuorviante, non rimanda quindi all'effetto benefico che dovrebbe caratterizzare ogni atto terapeutico: poiché impiegando quell'espressione sembra assente il riferimento al beneficio che il medico dovrebbe procurare al malato, Demartis preferisce l'adozione del termine "beneficità".

L'utilizzo di questo neologismo è condiviso anche da Sandro Spinsanti: a suo parere, infatti, bisogna

accuratamente evitare di tradurre [*beneficence*] a orecchio, con "beneficenza": il medico non fa beneficenza, ma procura al paziente il beneficio che la sua scienza gli permette di conoscere<sup>8</sup>.

Si tratta di una scelta terminologica che Spinsanti compie già agli inizi degli anni Novanta del secolo scorso: curando l'edizione italiana dell'opera di Edmund Pellegrino e David Thomasma del 1988 dal titolo *For the Patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care (Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica)*, lo studioso italiano traduce il termine inglese *beneficence* con l'espressione "beneficità"<sup>9</sup>.

A mio avviso, l'utilizzo di neologismi quali "beneficità" e "beneficialità" può forse sfuggire agli equivoci che l'accezione corrente del termine "beneficenza" potrebbe generare; tuttavia, questi possibili fraintendimenti vengono meno qualora ci si soffermi sulla natura della pratica medica e sul significato originario espresso dal vocabolo *beneficence* e si giunga inoltre a distinguerlo correttamente da ciò che l'espressione *benevolence* (benevolenza) suggerisce.

Ritengo che il ricorso ai neologismi poc'anzi menzionati non faccia adeguato

---

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> S. Spinsanti, *Quale etica per la medicina?*, in R. Bucci (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zedigroma, Roma 2006, p. 140. Dello stesso autore cfr. anche *Bioetica in sanità*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1993, pp. 43-44.

<sup>9</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica* (1988), trad. it. di A. Cipolla, Paoline, Milano 1992. Massimo Reichlin (*Il concetto di "beneficence" nella bioetica contemporanea*, in «Medicina e Morale», 45 (1995), n. 1, p. 50) osserva giustamente come la traduzione italiana del sottotitolo di tale testo si discosti dal significato presente nell'edizione originale. In quest'ultima, infatti, il sottotitolo *The Restoration of Beneficence in Medical Ethics*, tradotto appunto nell'edizione italiana con *Tradizione e innovazione nell'etica medica*, affermava chiaramente il progetto dell'opera, «quello cioè di "restaurare", ovvero di restituire alla pienezza del suo significato originario, il principio che sta da sempre alla base dell'etica medica», ossia il principio di beneficenza.

riferimento al fine intrinseco che caratterizza la pratica medica: come verrà osservato in seguito, mediante una riflessione filosofica sulla natura della medicina, il medico procura al paziente il beneficio che le sue conoscenze e competenze gli permettono di conseguire, ma è innanzitutto chiamato ad agire per il bene del paziente stesso<sup>10</sup>, dando avvio a un intervento attivo e concreto nei confronti del malato. Chi esercita la professione medica fa quindi beneficenza, non intendendo tuttavia con questo termine l'erogazione di aiuto filantropico a cui allude il significato comune della parola, bensì la promozione del bene altrui. Più precisamente, il medico “fa il bene” di una persona che, come verrà osservato nel quinto capitolo, si trova in un particolare stato esistenziale di sofferenza e di bisogno ed è costretta a rivolgersi a una figura professionale competente.

Impiegando i neologismi sopraccennati, l'attenzione è invece rivolta al beneficio che si dovrebbe procurare al malato, potremmo dire al risultato di un adeguato trattamento diagnostico, terapeutico o chirurgico, sottovalutando o addirittura tralasciando ciò che lo determina, cioè l'impegno concreto nel perseguire il bene del paziente. E' come se si ritenesse sufficiente evidenziare le *conseguenze* benefiche di un atto medico, non sottolineando le *ragioni* che hanno determinato quest'ultimo. Come avrò modo di argomentare in seguito, l'impegno attivo e concreto richiesto al medico per la promozione del bene del paziente trova le sue radici nella natura della medicina e nel fine intrinseco che la caratterizza. Di conseguenza, l'utilizzo dell'espressione “beneficenza” permette di richiamare i motivi che hanno contribuito alla realizzazione di un intervento di carattere benefico da parte del medico nei confronti di una persona che si trova in uno stato di sofferenza e di bisogno.

Inoltre, i neologismi “beneficità” e “beneficialità”, proprio in quanto impiegati per evidenziare il beneficio che il medico procura al malato, rischiano di non richiamare del tutto il significato originario contenuto nel termine *beneficence*: quest'ultimo, come ci ricorda l'etimologia della parola latina *bene-facere*, allude all'atto del beneficiare, di fare il bene. L'espressione rimanda per di più a una componente del principio fondamentale dell'agire morale individuato da Tommaso d'Aquino, ossia *bonum est faciendum et prosequendum, malum est vitandum* (il bene va compiuto e ricercato, il male deve essere evitato)<sup>11</sup>, in quanto non indica di fare il bene in generale, bensì

---

<sup>10</sup> Rimando al par. 1.5 di questo capitolo l'analisi della nozione di “bene del paziente”.

<sup>11</sup> Cfr. Tommaso d'Aquino, *Summa theologiae*, I-II, q. 94, a. 2; trad. it. *La Somma Teologica*, vol. II, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1996, p. 813. Tommaso indica con questa formula il primo

specificamente il bene degli altri<sup>12</sup>. Utilizzando il termine *beneficence*, si allude così all'intervento attivo e concreto dell'agente per la promozione e la realizzazione del bene altrui. E' proprio per questo motivo che tale termine deve essere distinto dalla "benevolenza" (dal latino *bene-volens*), che indica invece un tratto del carattere e, più precisamente, la disposizione interiore ad agire per il bene degli altri. Tale disposizione, ma potremmo anche dire questa «virtù secondo cui la persona è disposta ad amare e ama, cercando il bene dell'amato»<sup>13</sup>, non richiede necessariamente la realizzazione di un atto esterno di carattere benefico: ognuno di noi potrebbe infatti desiderare il bene altrui senza limiti e tuttavia non impegnarsi in alcun tipo di azione benefica.

Per tracciare la distinzione tra beneficenza e benevolenza, ci si potrebbe innanzitutto chiedere: quali sono le principali caratteristiche della disposizione ad agire per il bene altrui? Quando e verso chi si può dimostrare benevolenza? In che modo ci si rivela benevoli e quando si può dire di essere divenuti benefattori? Credo che Aristotele fornisca delle interessanti risposte agli interrogativi appena posti. La trattazione della benevolenza trova collocazione nelle pagine che egli dedica al tema dell'amicizia; partendo dal distinguere quest'ultima dalla benevolenza stessa, lo Stagirita mette in rilievo sia l'aspetto della non necessaria realizzazione di un'azione concreta di carattere benefico da parte di una persona benevola, sia ulteriori dettagli tali da differenziare la disposizione ad agire per il bene altrui dal promuoverlo e realizzarlo.

---

principio della ragion pratica e quello in cui trovano la loro radice i molti precetti della legge naturale (*lex naturalis*). Quest'ultima è la partecipazione della legge eterna (*lex aeterna*) nella creatura razionale (cfr. *ivi*, I-II, q. 91, a. 2) ed è pertanto un'espressione della ragione (*ratio*) divina (a noi ignota o oggetto di conoscenza necessariamente incompleta) alla quale sono assoggettate l'intera natura e tutte le creature, razionali e non. Ogni cosa partecipa quindi della legge eterna e riceve da essa le inclinazioni dei propri atti e fini. Anche l'uomo è soggetto a questa legge e anzi presenta, in quanto creatura razionale, un'inclinazione naturale nei confronti di ciò che è consono alla legge eterna. Ora, ciascun uomo ha accesso ai principi primi della legge naturale, intesa come partecipazione alla legge eterna, grazie ad un *habitus* che Tommaso definisce *sinderesi* (*synderesis*) e che esprime la tendenza innata dell'uomo verso il bene e il suo rifiuto dinnanzi al male. Mentre per la ragione speculativa il principio fondamentale, indimostrabile e tuttavia universalmente conosciuto, è quello di non-contraddizione, la *ratio* pratica, individuando nel bene ciò che tutte le cose desiderano, riconosce che bisogna fare e ricercare il bene stesso ed evitare il male.

<sup>12</sup> Cfr. R. Mordacci, voce *Beneficenza*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. II, Bompiani, Milano 2006, p. 1165.

<sup>13</sup> E' questa la definizione di benevolenza offerta da Paolo Pagani e contenuta nell'*Enciclopedia Filosofica* (op. cit., vol. II, p. 1169).

### 1.2.2 Le principali caratteristiche della benevolenza

All'interno del nono libro dell'*Etica Nicomachea*, Aristotele precisa come la benevolenza (*eunoia*) non sia identificabile con l'amicizia (*philia*), nonostante assomigli a un sentimento amichevole: non è infatti possibile essere amico di qualcuno senza prima aver iniziato a provare della benevolenza nei suoi confronti, senza avere cioè cominciato a desiderare il suo bene<sup>14</sup>. La benevolenza risulta pertanto una condizione necessaria, ma non sufficiente, per il sorgere di un'amicizia perché non si è autorizzati a sostenere che due persone benevole tra loro siano anche legate da un rapporto amichevole. Va precisato come le affermazioni appena richiamate seguano la trattazione sulla *philia* elaborata da Aristotele nell'ottavo libro dell'*Etica Nicomachea* e tale trattazione deve essere quindi menzionata, quantomeno nelle sue linee generali, per comprendere i tratti distintivi della benevolenza.

Lo Stagirita considera l'amicizia una cosa nobile e uno degli aspetti maggiormente necessari alla nostra vita: nessuno infatti, osserva Aristotele, anche se possedesse tutti gli altri beni, sceglierebbe di vivere in solitudine e senza amici, ed è inoltre ritenuto degno di lode colui che intrattiene rapporti amichevoli, la cui abbondanza è considerata una delle realtà più belle<sup>15</sup>. Il filosofo si chiede poi se vi sia una o più specie di amicizia, giungendo a sostenere che vi sono tre tipi di tale legame. Esistono due forme di amicizia che si possono definire

per accidente, in quanto l'amato non è amato perché è quello che è, ma perché gli uni ne traggono un qualche bene e gli altri un piacere<sup>16</sup>.

Poiché un'amicizia prevede sempre, a parere di Aristotele, una sorta di somiglianza tra coloro che vi prendono parte, allora i soggetti coinvolti nei due legami amichevoli sopraccennati creano tali rapporti fondandoli sul proprio utile o sul proprio piacere. Questi legami non prevedono però il carattere della stabilità e si dissolvono facilmente nel momento in cui un amico non risulti più utile o piacevole all'altro: infatti, osserva Aristotele, sia l'utile sia il piacere non rimangono sempre identici, ma mutano nel tempo e, di conseguenza, anche i rapporti basati su di essi possono modificarsi o concludersi. Quando invece la somiglianza riguarda le virtù e tra i soggetti simili in questo aspetto

---

<sup>14</sup> Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, IX, 5, 1166b 30-31 e 1167a 6-10; trad. it. di C. Natali, Laterza, Roma-Bari 2009<sup>6</sup>, pp. 373 e 375.

<sup>15</sup> Cfr. *ivi*, VIII, 1, 1155a 5 e 1155a 30; trad. it. cit., pp. 311 e 313.

<sup>16</sup> Cfr. *ivi*, VIII, 3, 1156a 17-19; trad. it. cit., p. 317.

nasce un vincolo fondato su un sincero desiderio di cercare reciprocamente l'uno il bene dell'altro, si realizza il massimo grado di amicizia, che, pur essendo di rara e difficile attuazione, una volta sorto permane più stabilmente rispetto alle due precedenti specie di legame<sup>17</sup>. Nell'amicizia perfetta, l'amico viene quindi amato per se stesso e non a causa di una sua qualche qualità in base alla quale egli risulti utile o procuri piacere. Potremmo dire che, in questo particolare legame, l'altro appare come un portatore di significato non in virtù di ciò che egli rappresenta per noi o del piacere che ci arreca, ma per come egli è.

All'interno del settimo libro dell'*Etica Eudemia*, Aristotele precisa come la benevolenza non si trovi né nel legame amichevole basato sull'utile né in quello legato al piacere, bensì compaia nell'amicizia fondata sulla virtù. La benevolenza non è infatti rivolta al soggetto stesso che la prova, ma è indirizzata alla persona il cui bene è desiderato; essa non può pertanto prender forma in un rapporto amichevole basato sull'utile, ossia in un legame in cui gli amici si amano solo in vista della propria utilità. Inoltre, qualora si sostenesse che la benevolenza si verifica anche nell'amicizia fondata sul piacere, si affermerebbe la possibilità di divenire benevoli pure nei confronti degli oggetti inanimati, situazione questa che, agli occhi di Aristotele, non può affatto realizzarsi<sup>18</sup>. Ma cosa significa quindi dire che una persona è benevola verso qualcun altro? E ancora, si può provare benevolenza solamente verso coloro a cui si è legati da un autentico rapporto d'amicizia?

Essere benevoli, per lo Stagirita, corrisponde al desiderare il bene delle persone nei confronti delle quali si prova benevolenza, senza necessariamente collaborare o darsi da fare per loro o ancora soffrire con essi dei mali che li affliggono. La benevolenza consiste perciò in un debole moto dell'anima<sup>19</sup>, che si limita a desiderare il bene altrui e non prorompe necessariamente in un'azione concreta. La mancata identificazione della benevolenza con l'amicizia è inoltre giustificata da Aristotele alla luce del fatto che la

---

<sup>17</sup> Aristotele si esprime a riguardo con queste parole: «Coloro che desiderano il bene dei propri amici per loro stessi sono amici al massimo grado, dato che hanno questo atteggiamento per essi stessi e non per accidente; quindi tale amicizia permane salda finché essi rimangono buoni, e la virtù è cosa stabile», *ivi*, VIII, 4, 1156b 9-11; trad. it. cit., p. 319.

<sup>18</sup> Aristotele, *Etica Eudemia*, VII, 7, 1241a 4-10; trad. it. di P. Donini, Laterza, Roma-Bari 2005, p. 147.

<sup>19</sup> Spinoza interpreterà invece la benevolenza come una passione dell'anima, precisamente come la cupidità che sorge dalla commiserazione. Infatti nell'*Etica* (Parte III, Proposizione 27, Corollario 3, Scolio; trad. it. di S. Giaretta, Bollati Boringhieri, Torino 1995, p. 117) Spinoza definisce la benevolenza come quella «volontà o appetito di fare il bene, che sorge dal fatto di sentire pietà per la cosa cui vogliamo recare beneficio».

prima può rimanere nascosta alla persona verso la quale si è benevoli; inoltre, desiderare il bene altrui può nascere all'improvviso e nei confronti di chi non si conosce, aspetti questi che non si può dire caratterizzino un vero rapporto amichevole. L'amicizia, infatti, nasce soltanto verso chi si conosce e si frequenta abitualmente, mentre la benevolenza può sorgere anche nei riguardi di uno sconosciuto. Relativamente a ciò, Aristotele osserva come si possa divenire benevoli verso gli atleti di una gara, facendo propri i loro desideri, come quelli della vittoria e dell'onore. Gli spettatori di gare agonistiche possono infatti provare benevolenza nei confronti di uno dei due contendenti, avendo piacere che vinca questo o quell'atleta (o squadra), ma tale simpatizzare non partecipa affatto allo sforzo degli atleti stessi e può spesso sorgere all'improvviso e nei riguardi di individui sconosciuti<sup>20</sup>.

Pur non potendo essere identificata con l'amicizia, la benevolenza sembra essere, tuttavia, il principio di quest'ultima, così come il piacere derivante dalla vista lo è per l'amore. Infatti, osserva Aristotele, nessuno ama se prima non è stato attratto dall'altro e ha quindi provato piacere per l'aspetto di quest'ultimo e, ciononostante, sarebbe un errore ritenere tale godimento una condizione necessaria e sufficiente per far scaturire il sentimento dell'amore. Come chi prova piacere per l'aspetto di una persona non necessariamente l'ama, allo stesso modo desiderare il bene altrui è condizione necessaria, ma appunto non sufficiente, per divenire amici di qualcuno.

Inoltre, come precedentemente accennato, la benevolenza non può mai avere come scopo l'utile e il piacere poiché nasce a causa della virtù: per Aristotele, si diventa infatti benevoli verso chi appare nobile, coraggioso o in possesso di qualità simili a queste, proprio come avviene dinnanzi ai partecipanti di gare agonistiche<sup>21</sup>. La benevolenza non richiede, per di più, la reciprocità tra benefattore e beneficiato; infatti, scrive lo Stagirita,

coloro che desiderano il bene altrui nel modo che abbiamo detto, quando non ricevono un uguale ricambio da parte dell'altro sono chiamati "benevoli"<sup>22</sup>.

Al contrario, nel momento in cui la benevolenza non risulti celata, bensì in atto e contraccambiata, essa è prova dell'esistenza di un rapporto amichevole tra i soggetti coinvolti e richiede l'aspetto della reciprocità<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Cfr. *Etica Nicomachea*, IX, 5, 1166b 34 – 1167a 3; trad. it. cit., p. 375.

<sup>21</sup> Cfr. *ivi*, IX, 5, 1167a 14-21; trad. it. cit., p. 375.

<sup>22</sup> *Ivi*, VIII, 2, 1155b 31-33; trad. it. cit., p. 315.

<sup>23</sup> Anche Tommaso, trattando della benevolenza in termini indubbiamente aristotelici, ritrova nella reciprocità, fondata su una qualche *communicatio* con la persona amata, un aspetto che caratterizza l'*amor*

La trattazione aristotelica della benevolenza ci ricorda quindi come la disposizione ad agire per il bene altrui vada non solo distinta dall'amicizia, nonostante ne costituisca il principio (non si può, come si diceva, stringere un legame amichevole con qualcuno senza prima aver iniziato a essere benevoli nei suoi confronti), ma anche dalla beneficenza, cioè dall'impegno concreto nel promuovere e perseguire il bene degli altri. Scrive ancora Aristotele nell'*Etica Eudemia*:

Ma proprio di chi prova benevolenza è soltanto il volere, dell'amico invece è anche tradurre in azione le cose che vuole<sup>24</sup>.

Quindi, desiderare il bene altrui non prorompe necessariamente in un'azione concreta ed è prova di ciò anche il fatto che questo moto debole dell'anima, come lo definisce il filosofo, possa rimanere nascosto al soggetto (a noi più o meno conosciuto) nei confronti del quale proviamo benevolenza. Questo spiega e giustifica il carattere illimitato della benevolenza: si può infatti, per Aristotele, essere benevoli verso tutti, persone sconosciute comprese, desiderando appunto il loro bene, e non è necessario dar prova o mostrare concretamente questa disposizione interiore. In contraddizione con quanto appena affermato sembra essere, tuttavia, la precisazione di Aristotele relativa ai beneficiari: lo Stagirita, infatti, sottolinea come la benevolenza sia un sentimento amichevole che può anche sorgere all'improvviso, ma sempre nei confronti di persone nobili, coraggiose, cioè virtuose o in possesso di qualità considerate rare e ammirabili. Relativamente a questa discordanza, non va dimenticato come Aristotele compia la trattazione della benevolenza prendendo in esame il tema della *philia* e consideri il desiderio del bene altrui la condizione necessaria, ma non sufficiente, per l'instaurarsi di

---

*amicitiae* e che lo distingue dalla benevolenza (cfr. Tommaso D'Aquino, *Summa theologiae*, II-II, q. 23, a. 1). Tommaso sottolinea inoltre come la benevolenza differisca anche dall'amore sensitivo o passionale in quanto sono in essa assenti l'impeto affettivo e la consuetudine con l'amato (cfr. *ivi*, II-II, q. 27, a.2). Questi aspetti vengono ripresi da Leibniz nella distinzione da egli operata tra *amor benevolentiae* e *amor concupiscentiae*. Mentre l'amore di benevolenza è «l'affetto per un oggetto che ci dà piacere o felicità per mezzo del suo piacere o della sua felicità», l'amore di concupiscenza si verifica nel momento in cui si prova un desiderio verso ciò che ci procura piacere, senza interessarci che a sua volta l'oggetto ne riceva. L'altro è in questo caso amato esclusivamente a causa della sua funzione, per il piacere ad esempio che la sua compagnia ci procura o per qualche altro vantaggio e, nel momento in cui non sia più in grado di soddisfarla, egli viene abbandonato a se stesso. Cfr. G.W. Leibniz, *Nuovi saggi sull'intelletto umano* (1765), trad. it. di E. Cecchi, UTET, Torino 1968, pp. 47-51.

<sup>24</sup> Aristotele, *Etica Eudemia*, VII, 7, 1241a 10-12; trad. it. cit., p. 147. Si consideri anche questo passo contenuto nella *Retorica* (II, 4, 1380b; trad. it. di M. Dorati, Mondadori, Milano 2005, p. 163): «Definiamo "essere amici" il desiderare per qualcuno ciò che si ritiene un bene, per lui e non per se stessi, ed essere pronti a realizzarlo, per quanto è possibile». Va sottolineato come in questo testo Aristotele ponga la benevolenza accanto alla saggezza (*phronesis*) e alla virtù (*aretè*), ritenendo che debbano essere possedute da un buon oratore affinché egli risulti persuasivo (cfr. *ivi*, II, 1, 1378a; trad. it. cit., p. 147).

un'amicizia basata sulla virtù.

Credo che la trattazione aristotelica della benevolenza appena richiamata ci permetta di sottolineare un ulteriore aspetto: nonostante la corretta distinzione tra beneficenza e benevolenza, sarebbe un errore considerare la stessa nei termini di una netta opposizione tra questi due concetti. La realizzazione del bene altrui potrebbe infatti presentare la disposizione rivolta al bene dell'altro, pur non potendo completamente identificarsi con tale disposizione. Forse, proprio mantenendo la distinzione tra i concetti di beneficenza e di benevolenza, ma indagando anche la possibile relazione tra di essi, potrebbero emergere ulteriori aspetti utili alla comprensione di entrambe le espressioni. La distinzione va mantenuta perché essa non è di carattere meramente linguistico, ma anche contenutistico: infatti, dall'analisi della radice etimologica dei termini "beneficenza" e "benevolenza", si è rilevato come essi alludano a due diversi, seppur non opposti, contenuti, dove con il primo si indica un intervento attivo dell'agente a realizzare il bene altrui mentre con la parola "benevolenza" si intende semplicemente la disposizione a compierlo.

Alla luce di questa distinzione, ci si potrebbe chiedere: è possibile essere benefattori senza provare benevolenza? E ancora, agire per il bene degli altri senza desiderarlo, può produrre delle ripercussioni nel beneficiario?

### *1.2.3 Sulla distinzione tra beneficenza e benevolenza*

Franz von Baader, pur argomentando a favore della distinzione tra beneficenza e benevolenza, sottolinea come la prima, completamente svuotata della seconda, non si rapporti al soggetto verso cui è rivolta l'azione benevola come a un essere autonomo e libero. Scrive infatti il filosofo tedesco all'interno di *Quaranta tesi da un'erotica religiosa*, testo del 1831 articolato appunto in quaranta brevi paragrafi redatti in forma aforistica:

solo con la beneficenza [*Wohlthun*] si può attrarre e legare a sé un cuore. Ma la benevolenza [*Wohlwollen*] resa effettiva è già di per se stessa beneficenza, anzi per principio la beneficenza è centrale, quindi la più grande che un ente personale o libero possa dimostrare ad un altro e senza di cui ogni altra azione benefica si vanifica<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> F. von Baader, *Quaranta tesi da un'erotica religiosa* (1831), § 15, in Id., *Filosofia erotica*, trad. it. di L.

La beneficenza ha quindi il potere di attrarre e legare il beneficiario al benefattore, ma se non presentasse in alcuna situazione anche i caratteri della disposizione ad agire per il bene altrui, il soggetto destinatario dell'azione benefica non potrebbe mai considerarsi autonomo e libero, bensì sempre obbligato a ricambiare il beneficio ricevuto. Qualsiasi rapporto benefattore-beneficiario risulterebbe così descrivibile al pari del legame che si instaura tra creditore-debitore, laddove quest'ultimo è chiamato a restituire la somma di denaro prestatagli entro i tempi stabiliti. Come si è potuto notare richiamando la trattazione aristotelica della benevolenza, le persone benevole sono coloro che desiderano il bene altrui e non si aspettano né esigono di ricevere un uguale ricambio da parte dell'altro. Non può tuttavia essere sostenuta la medesima cosa per quanto riguarda la beneficenza: chi compie un'azione benefica nei riguardi di qualcuno non necessariamente non esige qualcosa in cambio dell'aiuto dimostratogli.

Basti qui pensare a chi partecipa a un progetto di scambio culturale per affinare una lingua straniera e aprire il proprio orizzonte verso usi e costumi di un'altra nazione. Tale scambio è così denominato in quanto prevede una reciproca e gratuita ospitalità tra i due partecipanti all'iniziativa. Nel momento in cui un ragazzo tedesco (David) giunga, per esempio, in Italia e venga accolto in modo ottimale dalla famiglia ospitante, egli risulta il destinatario di numerose azioni benefiche: può infatti essere accompagnato a visitare la città e i dintorni, a conoscere gente nuova, a scoprire i luoghi più caratteristici e a frequentare i vari locali del posto, trascorrendo momenti indimenticabili. La disponibilità dimostrata dal ragazzo italiano (Andrea) potrebbe in realtà essere opera di un benefattore non benevolo: le azioni di carattere benefico compiute verso David potrebbero infatti avere come finalità l'aspettativa di un medesimo trattamento durante la sua futura permanenza in Germania. Al momento del ricambio del favore, David potrebbe rivelarsi ospitale soltanto perché si sente in obbligo di mostrarsi accogliente e di contraccambiare le azioni benefiche precedentemente ricevute da Andrea, risultando a sua volta un benefattore non benevolo. Ora, nel momento in cui David riservasse all'ospite un trattamento alquanto carente, Andrea potrebbe mostrarsi deluso e alterato, giungendo forse a manifestare anche verbalmente questo suo malcontento. Se Andrea avesse compiuto le azioni benefiche provando anche della benevolenza nei confronti di

---

Procesi Xella, Rusconi, Milano 1982, p. 478. La traduzione italiana qui riportata si discosta da quella proposta nel testo, laddove i termini *Wohlthun* e *Wohlwollen* vengono tradotti rispettivamente con “opera buona” e “buona volontà”.

David, cioè avesse desiderato il bene di quest'ultimo e non il proprio, non si sarebbe aspettato nulla in cambio, proprio in quanto benevolo, e non avrebbe sperimentato tale insoddisfazione.

Possono pertanto esservi dei benefattori che sono benevoli o che non lo sono, ma solamente nel primo caso il rapporto tra colui che compie l'azione benefica e chi la riceve potrà davvero definirsi libero e non caratterizzato da una necessaria reciprocità. Riallacciandosi all'esempio precedente, nel momento in cui Andrea si rivela un benefattore non benevolo, David risulta non libero poiché costretto a rispondere alle aspettative del compagno italiano. Il loro rapporto è dunque vincolato da una serie di obblighi reciproci e manchevole di spontaneità; inoltre il legame costruito su queste basi porta ciascuno dei due a pensare esclusivamente al proprio bene e ad agire in vista di esso, perché ogni singola azione benefica viene concretizzata da ciascuno per ricevere l'eguale contraccambio dall'altro. Potremmo quindi dire che la beneficenza, completamente svuotata della benevolenza, conduce il benefattore a compiere nei confronti degli altri azioni non del tutto altruistiche: egli agisce infatti per il bene altrui, ma principalmente in vista del proprio utile e, pur instaurando rapporti interpersonali, è concentrato su se stesso e quindi non aperto all'altro. La disposizione interiore ad agire per il bene degli altri risulta così una virtù capace di aprire al soggetto che ne fa esperienza un nuovo orizzonte verso la realtà che lo circonda.

Si tratta di un aspetto, questo, messo in luce in un recente approfondimento sul tema della benevolenza compiuto da Robert Spaemann. Nel testo del 1989 dal titolo *Glück und Wohlwollen (Felicità e benevolenza)*, l'autore afferma che la benevolenza ha il potere di dischiudere il reale all'individuo che la sperimenta: grazie ad essa infatti l'essere vivente esce dalla prospettiva contrassegnata dai suoi istinti e dall'agire in vista della conservazione della propria specie e

scopre come realtà se stesso e gli altri all'interno di un orizzonte comune che è per principio infinito, l'orizzonte dell'essere<sup>26</sup>.

Divenendo benevolo, l'uomo si desta a tutto ciò che lo circonda, esce dalla propria dimensione istintiva finalizzata all'autoconservazione e, entrato in possesso dell'autentica chiave di accesso alla realtà, inizia a fare esperienza del mondo intero

---

<sup>26</sup> R. Spaemann, *Felicità e benevolenza* (1989), trad. it. di M. Amori, Vita e Pensiero, Milano 1998, p. 139.

sotto una luce nuova<sup>27</sup>. La benevolenza favorisce, per Spaemann, l'universale apertura alla realtà: il soggetto benevolo coglie infatti la struttura teleologica di ogni organismo vivente così come della natura in cui abita, cioè individua in quest'ultima dei fini riconoscibili e da egli stesso assecondabili; essa, continua Spaemann,

finché rimane universale, può essere solo astratta. Laddove diventa concreta, allora la benevolenza ha cessato di essere se stessa<sup>28</sup>

perché ha dato avvio alla commensurabilità e alla relativizzazione di ciò che si incontra. Di conseguenza, fintanto che la benevolenza rimane astratta e non prorompe in un'azione concreta, essa continua, per Spaemann, a presentare i caratteri dell'universalità. Al contrario, nel momento in cui si concretizza, la benevolenza diventa attiva e pratica, cessa di essere se stessa e si tramuta in beneficenza.

Questo aspetto viene rilevato, seppure in termini diversi, da Kant nella *Metafisica dei costumi* (1797), precisamente all'interno della *Dottrina della virtù*, che è preceduta dalla *Dottrina del diritto*. Sottolineando il carattere illimitato della benevolenza (*Wohlwollen*), poiché nel desiderare il benessere e la salute degli altri si può essere benevoli verso tutti, il filosofo di Königsberg evidenzia come non possa essere detto altrettanto per la beneficenza (*Wohlthun*). Diversamente dalla benevolenza, che non suppone necessariamente un atto esterno e in base alla quale si può quindi desiderare senza limiti il bene altrui senza compierlo, la beneficenza è la *benevolenza attiva e pratica*<sup>29</sup>. La beneficenza richiede perciò il compimento di un'azione di carattere benefico e non può pertanto realizzarsi illimitatamente e verso tutti.

Inoltre, per il filosofo di Königsberg, la beneficenza assume i connotati di un vero e proprio dovere: infatti, già all'interno della *Fondazione della metafisica dei costumi* (1785), Kant afferma che, *quando si può (wo man kann), essere benefici (wohlthätig sein)* è un nostro *dovere (Pflicht)*<sup>30</sup>. Ciò significa che ognuno di noi, secondo i propri mezzi e capacità, è chiamato ad aiutare gli altri uomini per renderli felici. Non basta quindi, per Kant, desiderare il bene altrui, né si può dire che l'azione benefica abbia

---

<sup>27</sup> Cfr. *ivi*, p. 142.

<sup>28</sup> *Ivi*, p. 140.

<sup>29</sup> Cfr. I. Kant, *La metafisica dei costumi* (1797), «Dottrina degli elementi dell'etica», par. 28, trad. it. di G. Vidari, Laterza, Roma-Bari, 2004<sup>8</sup>, p. 320. Volendo qui sottolineare la distinzione tra *Wohlwollen* e *Wohlthun*, rimando al par. 2.8 del capitolo successivo la trattazione kantiana del dovere di beneficenza contenuta in quest'opera.

<sup>30</sup> Cfr. I. Kant, *Fondazione della metafisica dei costumi* (1785), trad. it. di F. Gonnelli, Laterza, Roma-Bari, 2003<sup>3</sup>, p. 25.

valore morale nel momento in cui essa sia stata compiuta per *inclinazione* (*Neigung*): qualora si partecipi attivamente alla felicità degli altri solo perché mossi da una propensione a beneficiare, l'azione che ne deriva

merita elogio e incoraggiamento, ma non ammirazione; infatti la massima manca del contenuto morale, e cioè del compiere quelle azioni non per inclinazione, ma *per dovere*<sup>31</sup>.

Immaginiamo, scrive Kant, che la propensione di un filantropo a beneficiare i bisognosi si spenga improvvisamente a causa di una forte esperienza di dolore; nel momento in cui tale persona compia di nuovo un atto benefico, ciò si verifica non più per inclinazione, bensì per dovere. A parere di Kant solo questa azione, e non le precedenti quindi, presenta un autentico valore morale: essa infatti è stata compiuta non solo in conformità al dovere, ma anche per il dovere<sup>32</sup>.

Dal desiderare il bene altrui e dal distinguerlo dalla sua effettiva realizzazione si è così giunti alla delineazione di un dovere di beneficenza, che diverrà oggetto di analisi nel capitolo successivo. Tuttavia, le precisazioni terminologiche, compiute nei primi paragrafi di questo scritto, sembrano richiederne altre, forse ancor più basilari rispetto a quelle già svolte: parlando di disposizione ad agire per il bene altrui, di impegno e addirittura di dovere nel promuoverlo e realizzarlo, si sono impiegate delle nozioni etiche quali “bene” e “dovere” che necessitano di essere prese in esame qualora un lavoro di ricerca intenda, come il presente, non solo indagare il valore teorico del principio di beneficenza, bensì avanzare una proposta normativa fondata su di esso. Ritenendo necessaria un'analisi delle espressioni contenute o richiamate da tale principio, si giunge così a soffermarsi anche sulla natura della moralità e sul suo statuto epistemologico, così come sulla funzione del linguaggio morale e sul significato dei termini in esso impiegati, aspetti questi che vanno a costituire il ricco e variegato campo d'indagine della *metaetica*.

### 1.3 L'analisi del linguaggio morale e l'autonomia dell'ambito etico

Il compito di analisi e di chiarificazione dei termini del discorso morale, pur costituendo uno dei tratti peculiari alla riflessione filosofica sin dal suo sorgere ed

---

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> Cfr. *ivi*, pp. 25-27.

essendo inoltre presente in molte delle teorie etiche del passato<sup>33</sup>, assume nuovi connotati agli inizi del secolo scorso in ambito anglosassone. Diversi autori hanno argomentato a favore dello sviluppo di tale approccio già nelle opere di Frege e nella riflessione filosofica austro-tedesca sviluppatasi tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento<sup>34</sup>. Tuttavia, sembra non sia possibile parlare di “teoria morale analitica” prima della celeberrima opera di G.E. Moore, *Principia Ethica*, pubblicata nel 1903<sup>35</sup>. Come emergerà nel paragrafo successivo, nel testo di questo filosofo inglese il compito di chiarire con precisione i termini del discorso morale assume una rilevanza del tutto speciale, al punto da dar vita a un nuovo metodo di filosofia morale. La svolta nel modo di affrontare le questioni etiche rintracciabile in quello scritto consiste nella specifica e sistematica analisi del linguaggio morale operata dallo stesso Moore, analisi questa che verrà in seguito denominata “filosofia analitica” e, relativamente alla riflessione morale, “metaetica analitica”.

Per un lungo periodo la riflessione di carattere metaetico ha costituito un'indagine peculiare, ma potremmo dire anche esclusiva, della filosofia analitica di lingua inglese. Si potrebbe affermare che tale filosofia, pur comprendendo differenti voci di pensiero anche notevolmente eterogenee tra loro, individua nell'analisi del linguaggio e della sua forma logica il metodo più adeguato per chiarire la natura e il funzionamento del nostro pensiero. Proprio a causa della centralità assegnata al linguaggio e alle sue strutture logiche nel circoscrivere e trattare i problemi filosofici, l'espressione “filosofia

---

<sup>33</sup> Basti pensare ai dialoghi platonici, dove Socrate, interrogando i suoi interlocutori su cosa significhino bene, giustizia, santità ecc, non si accontenta di un elenco di azioni buone, giuste, sante, ma invita ad un'analisi relativamente al bene, alla giustizia e alla santità in sé.

<sup>34</sup> Michael Dummett, ad esempio, nel suo testo *Alle origini della filosofia analitica* (1988, trad. it. di E. Picardi, Einaudi, Torino 2001) trova nelle opere di Frege la radice della filosofia analitica contemporanea: questo grande logico tedesco, pur non potendo essere considerato il primo filosofo analitico, ha tuttavia preparato il terreno alla cosiddetta svolta linguistica. Frege, precisa Dummett, ha infatti compiuto un passo decisivo per l'origine della filosofia analitica nel momento in cui ha avanzato una spiegazione della natura e del funzionamento del pensiero che «poggiava sul convincimento che vi fosse un parallelismo tra linguaggio e pensiero» (ivi, p. 144). Su questo punto cfr. C. Penco, *Vie della scrittura. Frege e la svolta linguistica*, Franco Angeli, Milano 1994; M. Santambrogio (a cura di), *Introduzione alla filosofia analitica del linguaggio*, Laterza, Roma-Bari 1992.

<sup>35</sup> Cfr. P. Donatelli, *Introduzione. La teoria morale analitica: un bilancio degli ultimi venticinque anni*, in Id., E. Lecaldano (a cura di), *Etica analitica. Analisi, teorie, applicazioni*, LED, Milano 1996. Anche Lecaldano, in un testo dedicato all'analisi del linguaggio morale, in particolare dei termini “buono” e “dovere” (*Le analisi del linguaggio morale*, Edizioni dell'Ateneo, Roma 1970), ritiene più che giustificato iniziare tale indagine esaminando i *Principia Ethica* di Moore. Lecaldano sottolinea come altri tre scritti di etica potrebbero forse costituire l'inizio della sua analisi, ossia *Utilitarismo* di J. Stuart Mill, *I Metodi dell'Etica* di H. Sidgwick ed *Ethical Studies* di F.H. Bradley. Tuttavia, «laddove in queste opere l'esame dei termini *buono* e *dovere* e del loro significato è svolto in modo del tutto rapsodico, invece esso diventa primario e sistematico nei *Principia*» (ivi, p. 7).

analitica” è stata spesso impiegata come sinonimo di “filosofia del linguaggio”, nonostante non vi sia sempre una totale coincidenza tra le due denominazioni. Non si può tuttavia riconoscere come, grazie allo studio del linguaggio, ritenuto espressione dei contenuti del pensiero e oggetto privilegiato d'indagine della filosofia analitica di lingua inglese, quest'ultima abbia dato avvio a un modo innovativo di concepire la ricerca filosofica<sup>36</sup>.

Va innanzitutto precisato come la *metaetica analitica*, presentandosi come un'indagine relativa al linguaggio morale di carattere prettamente logico-semantic, non possa coincidere del tutto con la *metaetica*. Quest'ultima, a differenza della “metaetica analitica”, è

la riflessione di carattere espressamente filosofico che ha per oggetto l'etica e più precisamente il significato dei termini morali, lo statuto epistemologico del sapere pratico e la possibilità o meno di una sua giustificazione razionale, la natura dei principi e dei valori morali<sup>37</sup>.

La metaetica non affronta quindi questioni di carattere esclusivamente logico-semantic, ma anche epistemologico, ontologico e metafisico. La riflessione metaetica abbraccia infatti diverse aree di studio, che vanno dal definire il concetto di “morale” e i diversi termini impiegati in ambito etico, alla spiegazione della natura obbligatoria della moralità. Non da ultimo, tale riflessione intende fornire una giustificazione dei codici morali e dell'istituzione della moralità stessa, ponendosi così il seguente interrogativo: perché essere morali<sup>38</sup>? Di conseguenza, la metaetica, diversamente dall'etica normativa che si interroga su quali siano i valori morali e cosa sia moralmente obbligatorio fare o non fare, si pone delle questioni precedenti a queste ultime perché indaga la natura della moralità<sup>39</sup>.

La metaetica risulta così una riflessione critica non equiparabile a una prospettiva

---

<sup>36</sup> Per un'introduzione alla filosofia analitica e per una delucidazione relativamente ai suoi principali caratteri distintivi cfr. F. D'Agostini, *Che cosa è la filosofia analitica?*, in Id. - N. Vassallo (a cura di), *Storia della filosofia analitica*, Einaudi, Torino 2002, pp. 14-16; F. D'Agostini, *Analitici e continentali*, Cortina, Milano 1997; A. Pagnini, *Filosofia analitica*, in P. Rossi (a cura di), *La filosofia*, UTET, Torino 1995, vol. 4, pp. 147-187. Per un'indagine sull'origine e lo sviluppo della filosofia analitica di lingua inglese cfr. H.-J. Glock (ed. by), *The Rise of Analytic Philosophy*, Blackwell, Oxford 1997.

<sup>37</sup> A. Da Re, voce *Metaetica*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. VIII, Bompiani, Milano 2006, p. 7339.

<sup>38</sup> Cfr. Donatelli, *Introduzione. La teoria morale analitica: un bilancio degli ultimi venticinque anni*, op. cit., p. 20.

<sup>39</sup> La metaetica affronta così delle questioni filosofiche che hanno per oggetto l'etica stessa, il suo statuto fondativo ed epistemologico e proprio per questo motivo esse vengono spesso definite *second-order questions*. Cfr. S. Darwall, *Philosophical Ethics*, Westview Press, Boulder 1998, cap. I (in particolare p. 9).

particolare, come si potrebbe invece sostenere relativamente alla “metaetica analitica” focalizzata sull’analisi dei termini del discorso morale. L’analisi di carattere metaetico presenta infatti un ricco e variegato campo d’indagine poiché non si limita all’esplicazione logico-semantiche delle nozioni etiche, ma esamina lo statuto fondativo ed epistemologico del sapere pratico, individuandone anche il legame con gli altri ambiti conoscitivi<sup>40</sup>.

Va tuttavia evidenziato come la prima fase di sviluppo della riflessione metaetica sia stata prevalentemente caratterizzata dalla ricerca del significato di termini morali, quali “bene”, “dovere”, “giusto”, e solo in seguito siano state svolte indagini sulla natura dell’etica, dei principi e dei valori, e sul loro ruolo nell’agire individuale e collettivo. Questa fase iniziale, che verrà ripresa nei paragrafi successivi nelle sue linee generali, ha apportato un notevole contributo per quanto riguarda l’analisi delle nozioni etiche; essa ha inoltre evidenziato da un lato l’importanza di chiarire i termini impiegati nelle discussioni morali, dall’altro la necessità di divenire consapevoli del significato degli stessi prima del loro utilizzo.

Ciononostante, la metaetica analitica, completamente focalizzata su un’indagine logico-semantiche, ha ridotto il compito dell’etica all’analisi del linguaggio morale. Così facendo, la riflessione metaetica ha colto i tratti distintivi di quest’ultimo, ma ha reso l’etica una disciplina del tutto autonoma rispetto alle scienze naturali e metafisiche. Rilevando la specificità del sapere etico a partire dall’analisi dei termini morali, la metaetica analitica ha infatti sostenuto l’autonomia dell’etica rispetto agli altri ambiti conoscitivi, giungendo a una netta separazione tra i giudizi di valore e le asserzioni sui fatti, tra il piano normativo e quello descrittivo.

Di conseguenza, l’enfasi posta sull’autonomia dell’etica ha comportato, fino alla prima metà del Novecento, la radicale contrapposizione dell’etica stessa al reale, giungendo per di più a ritenere improprie tutte le precedenti elaborazioni filosofiche che avevano tentato di definire i termini etici a partire da descrizioni fattuali.

---

<sup>40</sup> Cfr. A. Miller, *An Introduction to Contemporary Metaethics*, Polity Press, Cambridge 2003.

### 1.3.1 Moore e il bene come concetto cardine dell'etica

Come già accennato nel paragrafo precedente, i *Principia Ethica* di Moore segnano una svolta decisiva nel modo di affrontare le questioni etiche e infatti, grazie a quest'opera, prende avvio un nuovo stile filosofico. Sin dalle prime righe dell'introduzione a tale testo, l'autore trova la causa dei continui dissensi e difficoltà che caratterizzano la storia dell'etica (così come gli altri ambiti della filosofia) nella mancanza di un'indagine preliminare sulla domanda a cui si vuole rispondere. Moore osserva come spesso si forniscano soluzioni a una questione etica, senza anteporre un lavoro di analisi e di distinzione della domanda di partenza, prescindendo inoltre da una riflessione sullo specifico campo d'indagine della filosofia morale<sup>41</sup>.

Da qui la necessità per Moore di una formulazione rigorosa dei principali quesiti morali e di una definizione precisa dei termini etici che in essi ricorrono. A suo avviso, gli interrogativi fondamentali del discorso morale sono due: quali specie di cose devono esistere come fini a sé? Quale specie di azioni dobbiamo compiere<sup>42</sup>? Il compito del filosofo morale consiste quindi nell'individuazione delle cose che esistono per se stesse, come fini a sé (indagine sul *valore intrinseco*) e delle azioni giuste da compiersi, stabilendo cioè che cosa si abbia il dovere di fare (*etica normativa*).

Nell'impostazione di Moore, il lavoro del filosofo non può ridursi all'analisi dei termini e dei concetti che si intendono utilizzare: tale indagine non può infatti essere considerata il fine della riflessione filosofica, ma costituisce una fase essenziale di quest'ultima. La chiarificazione linguistica e concettuale assume quindi i caratteri di uno strumento indispensabile e preliminare per affrontare qualsiasi questione filosofica. Relativamente a questa precisazione, cioè all'aver sottolineato come ogni indagine di carattere filosofico debba innanzitutto esaminare i termini e i concetti in essa impiegati, Moore è consapevole del proprio contributo innovativo: egli afferma infatti di aver chiarito i fondamenti del ragionamento pratico, presentando così «i prolegomeni a ogni etica futura che pretenda di essere scientifica»<sup>43</sup>.

Va precisato come l'intento mooriano sia quello di presentare l'etica come un sapere autonomo, cioè come una particolare disciplina filosofica con un insieme di conoscenze distinto sia da quelle empirico-fattuali delle scienze naturali sia dal sapere metafisico.

---

<sup>41</sup> Cfr. G.E. Moore, *Principia Ethica* (1903), trad. it. di G. Vattimo, Bompiani, Milano 1964, p. 35.

<sup>42</sup> *Ivi*, p. 36.

<sup>43</sup> *Ivi*, p. 37.

Egli rifiuta inoltre qualsiasi impostazione psicologista che faccia coincidere il riconoscimento del valore con uno stato mentale: i predicati morali, infatti, sono per Moore del tutto indipendenti dal soggetto che giudica e pertanto prescindono dalle situazioni psichiche individuali<sup>44</sup>. Lo studioso argomenta quindi a favore dell'irriducibilità dell'etica e dei concetti da essa impiegati ad altri ambiti conoscitivi e agli stati mentali di chi giudica, attribuendo, come vedremo, alle principali qualità etiche un'esistenza oggettiva autonoma e del tutto peculiare. Per raggiungere questo obiettivo, Moore ritiene necessario individuare il concetto cardine dell'etica, ossia ciò che è comune a tutti i giudizi etici e che al tempo stesso li contraddistingue dagli altri asserti.

Ricercando la specificità del discorso morale, il filosofo inglese sostiene che l'etica si occupa di ciò che è bene e di ciò che può essere definito come "buono": è questo infatti, a suo avviso, il concetto cardine a cui rimanda ogni interrogativo di carattere morale. L'autore si esprime a riguardo con queste parole:

Ciò che "buono" significa è in effetti, a parte il suo contrario "cattivo", il *solo* oggetto semplice di pensiero che appartenga peculiarmente all'etica. La sua definizione, di conseguenza, è il punto essenziale nella definizione dell'etica<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Il rifiuto di qualsiasi impostazione psicologista è presente anche nelle opere precedenti ai *Principia Ethica*. Esso compare già nello scritto *The Nature of Judgment* (in «Mind», 8 (1899), n. 30, pp. 176-193), uno dei testi più significativi del primo periodo della produzione filosofica mooriana. In questo scritto Moore sostiene che le idee impiegate nei nostri giudizi non sono né un prodotto delle azioni delle nostre menti né un contenuto di queste ultime. Il contenuto del pensiero e dei nostri giudizi è pertanto costituito da significati, ossia da concetti, ai quali deve essere riconosciuta un'esistenza autonoma. Emerge già da questo testo una fiducia nell'esistenza di entità non-empiriche, che non vanno confuse né con passeggero emozioni né con eventi sensibili. Sull'impostazione antipsicologista presente nella produzione antecedente ai *Principia* e sugli influssi del neo-idealismo di Bradley in Moore, cfr. E. Lecaldano, *Introduzione a Moore*, Laterza, Roma-Bari 2005<sup>3</sup>, pp. 7-36.

<sup>45</sup> Moore, *Principia Ethica*, trad. it. cit., pp. 48-49. Si tratta di una posizione che l'autore modificherà, anche in modo decisivo, nelle sue opere successive: ad esempio, nell'*Etica* (1912, ed. it. a cura di M.V. Predaval Magrini, Franco Angeli, Milano 1982) Moore precisa come, oltre al concetto di "bene", anche quelli di "dovere" e "giusto" siano altrettanto rilevanti e peculiari alla riflessione etica. La nozione di "giusto" è addirittura indicata come l'unico termine specificamente morale in un suo celebre saggio del 1922 dal titolo *La natura della filosofia morale* (contenuto in G. Preti (a cura di), *Moore. Studi filosofici*, Laterza, Bari 1971, pp. 119-148): in tale scritto, che originariamente costituì il testo di una conferenza tenuta dall'autore nel 1921 presso la *Leicester Philosophical Society*, "buono" è ritenuto un termine non-morale, del quale tuttavia l'etica filosofica è chiamata ad occuparsi. In questo testo, Moore giunge quindi a dare priorità al concetto di "dovere" rispetto a quello di "bene", sostenendo che quest'ultimo deriva dal primo o che perlomeno i due concetti sono paritetici. Si consideri il seguente passo: «tutti saranno d'accordo che questa idea [di dovere od obbligo morale] è delle più fondamentali tra le nostre idee morali, si ammetta o no che tutte le altre, per esempio le idee di bene morale, nella loro definizione implicano un riferimento a questa, oppure si sostenga che ne abbiamo alcune altre le quali sono indipendenti da questa ed ugualmente fondamentali come questa» (*ivi*, p. 122). Il mutamento di prospettiva è qui notevole in quanto l'autore non solo non riduce più la nozione di "dovere" a quella di "bene", ma afferma addirittura che per definire la seconda sia necessario un riferimento alla prima.

In mancanza di un'analisi del predicato “buono”, per Moore l’etica non riesce ad individuare ragioni sufficientemente fondate a sostegno della tesi che una determinata azione o cosa sia buona. Solo conoscendo il significato di “buono” è quindi possibile, per il filosofo inglese, dare fondamento ai nostri giudizi morali e sviluppare le adeguate tecniche argomentative richieste nei contesti etici.

Fornire una definizione soddisfacente di “buono” è perciò, a parere di Moore, indispensabile e preliminare al problema di stabilire quali azioni o cose possano essere considerate buone. Come già precedentemente ricordato, l’etica filosofica non può dare valide indicazioni normative senza prima essersi dedicata alle questioni di analisi e di chiarificazione linguistica. Tale concezione è conseguenza delle idee dello studioso relativamente al compito attribuito alla filosofia in generale: a quest’ultima, infatti, non è in primo luogo richiesta una discussione sulla verità o validità delle proposizioni, bensì sul significato dei termini che le costituiscono<sup>46</sup>.

Dopo aver indicato nel predicato “buono” il concetto cardine dell’etica a partire dal quale possono essere derivate le altre nozioni etiche, tra cui quelle di “dovere” e di “giusto”, Moore sostiene l’impossibilità di definire tale predicato. A suo avviso, è

---

<sup>46</sup> Moore a riguardo sostiene che «non è compito del filosofo il consiglio o l’esortazione morale» (*Principia Ethica*, trad. it. cit., p. 46); il suo è infatti un lavoro teoretico, di chiarimento e di analisi dei termini impiegati. Tale convinzione viene condivisa anche dalla filosofia anglosassone successiva, da A.J. Ayer a C.L. Stevenson, da R.M. Hare a S. Toulmin. Questi autori, seppur in modi diversi, ribadiscono come il filosofo morale non debba impegnarsi in un lavoro pratico di decisioni e prescrizioni, bensì in un’indagine teoretica di chiarificazione dei termini etici che caratterizzano il discorso morale. Va tuttavia sottolineato come, all’interno dei *Principia Ethica*, Moore affianchi all’indagine metaetica un’etica normativa di stampo consequenzialistico (cfr. *ivi*, cap. V, pp. 231-283): a suo avviso, infatti, la riflessione morale, pur dovendo prendere le mosse da un’analisi del linguaggio etico, deve anche affrontare domande del tipo “che cosa è giusto?”, “che cosa devo fare?”. Tali questioni rappresentano, accanto alla ricerca delle cose che sono buone in se stesse, i principali interrogativi della riflessione morale. Le risposte di Moore a queste domande di carattere normativo sono però piuttosto deludenti: a parere dell’autore infatti «“giusto” non significa e non può significare altro che “causa di buoni risultati”, e perciò si identifica con “utile”; da cui consegue che sempre il fine giustifica i mezzi, e che nessuna azione che non sia giustificata dai suoi risultati può essere giusta» (*ivi*, p. 237). Inoltre, Moore sostiene che, oltre al principio consequenzialistico (in base al quale l’azione doverosa è quella che causerà nell’universo l’esistenza di un bene maggiore rispetto a qualunque altro agire possibile), anche le sanzioni sociali possano diventare un effettivo criterio di giudizio morale del nostro comportamento. Il filosofo inglese ritiene pertanto giustificato «che si raccomandandi ai singoli di conformarsi *sempre* a regole che siano generalmente utili e generalmente praticate» (*ivi*, p. 260). Pur ammettendo casi (per Moore comunque rari) in cui una regola diversa sarebbe migliore di quella generalmente praticata nella società, l’autore invita comunque a seguire il costume stabilito, nonostante si presenti come cattivo. Giungendo a tali conclusioni, l’etica di Moore è stata accusata di conformismo: l’accettazione a livello pratico delle regole generalmente osservate nella società equivale infatti alla giustificazione dello *status quo*. A riguardo, nella prefazione all’edizione italiana già citata dei *Principia Ethica*, Nicola Abbagnano scrive: «il conformismo più stretto è l’unico insegnamento pratico dell’etica di Moore. Se questo è il risultato della “fondazione scientifica dell’etica”, che Moore si proponeva, si può ben dire che questa fondazione è stata inutile». Infatti, continua Abbagnano «un’etica scientifica che si risolve nella difesa del più stretto conformismo morale, è scientifica solo per gioco» (*ivi*, p. 29).

proprio nel tentativo di fornire una definizione descrittiva di “buono”, identificandolo con una qualche qualità o proprietà, che compare il frequente equivoco della storia della filosofia morale. Qualora si cerchi di definire il predicato “buono” in questi termini, cioè identificandolo con una determinata proprietà (per esempio, con ciò che è desiderato o è piacevole o è approvato da tutti o dalla maggior parte), sarà sempre lecito per Moore chiedersi se la proprietà stessa sia o meno buona. Si tratta del celebre *argomento della domanda aperta* (*open question argument*): sostenendo, ad esempio, che “il piacere è il bene”, solo ciò che è piacevole può essere definito “buono” (la definizione suddetta infatti non afferma una connessione tra due diverse nozioni, ma ne contiene una sola) e risulterebbe pertanto privo di senso chiedersi se la proprietà individuata (cioè il piacevole) sia veramente buona. Inoltre, l’interrogativo “il piacere, dopo tutto, è buono?” suonerebbe assurdo: ciò che è buono è veramente buono? Per Moore, ogniqualvolta si offra una definizione del predicato “buono”, rimane aperta e significativa una domanda del genere e ciò conferma come la definizione stessa sia da considerarsi insoddisfacente: non avrebbe infatti senso porre quell’interrogativo se quella data proprietà fosse veramente buona<sup>47</sup>.

Oltre a sottolineare l’indefinibilità del concetto di “buono”, Moore ne afferma anche la sua semplicità: l’impossibilità di definire il termine “bene” si fonda infatti sull’incapacità di fornirne un’analisi, cioè di scomporlo, di elencare le parti che lo costituiscono. “Buono”, precisa Moore, non è una nozione complessa, composta di parti, bensì semplice, non analizzabile e pertanto indefinibile<sup>48</sup>. Celebre è il paragone dell’autore tra la nozione semplice e, come vedremo in seguito, non naturale di “buono” e quella naturale di “giallo”: non è possibile spiegare a qualcuno che già non lo sappia che cosa sia quel colore e ciò, continua Moore, non avviene per le nozioni complesse. Posso infatti spiegare che cosa sia un cavallo anche a coloro che non ne abbiano mai visto uno nella loro vita perché mi troverei a definire una realtà complessa, composta di parti semplici e potrei pertanto enumerarle. Riuscirei persino a fornire una definizione di chimera benché non sia mai stata vista da nessuno: essa, infatti, è un oggetto complesso, composto di parti di altri animali (leonessa, capra e serpe) che ci sono familiari o che

---

<sup>47</sup> Cfr. Moore, *Principia Ethica*, trad. it. cit., pp. 61-64.

<sup>48</sup> A parere di Moore, l’unico filosofo morale che lo abbia preceduto nel riconoscere l’indefinibilità del predicato “buono” è Henry Sidgwick.

risultano comunque a loro volta definibili<sup>49</sup>.

Per Moore, “bene”, oltre ad essere semplice (e quindi indefinibile), è anche il nome di una proprietà non naturale, ossia non riducibile a ciò che può essere toccato, visto e sentito. L’aggettivo “buono” indica pertanto quella classe di oggetti o di proprietà delle cose che non esistono nel tempo e che non fanno parte della natura che ci circonda. Scrive infatti Moore:

Non la *bontà*, ma solo le cose o le qualità buone possono esistere nel tempo, avere una durata, cominciare e cessare di esistere, cioè essere oggetto di percezione<sup>50</sup>.

Va precisato come, pur affermando che la bontà, diversamente dalle cose buone, non esiste, né tanto meno inizia e cessa di esistere, Moore non stia affatto negando la realtà di tale proprietà semplice. Anche la bontà infatti, nonostante non possa essere oggetto di esperienza empirica al pari degli altri oggetti sensibili, «è in qualche modo»<sup>51</sup>: essa non va certo concepita come necessariamente collegata agli oggetti naturali, ma presenta una propria autonoma realtà, un suo specifico *status* ontologico e può, come si noterà in seguito, essere colta attraverso una modalità conoscitiva di tipo intuizionistico. La bontà, precisa il filosofo inglese,

a differenza della maggior parte degli altri predicati che attribuiamo alle cose, non è parte della cosa a cui l’attribuiamo<sup>52</sup>.

Per Moore, quindi, la bontà non esiste esclusivamente in unione con l’azione o la cosa che definiamo “buona” e, proprio affermando il non necessario collegamento tra il “bene” e l’oggetto che si giudica “buono”, l’autore può sostenere la specificità e l’autonomia del concetto cardine dell’etica e, di conseguenza, dello stesso ambito morale. Non va infatti dimenticato l’intento principale del filosofo inglese già evidenziato precedentemente, cioè costituire l’etica come un sapere autonomo, distinto sia dalle conoscenze empirico-fattuali delle scienze naturali sia dal sapere metafisico. Si tratta quindi di affermare l’irriducibilità dell’etica e delle nozioni in essa impiegate ad altri piani conoscitivi.

L’autonomia di questa specifica disciplina filosofica viene ribadita anche nel momento in cui Moore sottolinea l’insufficienza e l’inadeguatezza delle leggi scientifiche in

---

<sup>49</sup> Cfr. *ivi*, p. 51.

<sup>50</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 190.

<sup>51</sup> *Ibidem*. In tale passo, Moore precisa come anche i numeri, pur non essendo oggetto di percezione, appartengano a questo tipo di verità “universali” e possiedano un loro *status* ontologico.

<sup>52</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 207.

ambito etico: i metodi della scienza risultano incapaci sia di fornire una fondazione alla nozione centrale dell'etica (il "bene" è infatti una nozione semplice, indefinibile e non naturale) sia di suggerire giudizi pratici che indirizzino il nostro agire. Per Moore, le discipline scientifiche giungono alla formulazione di leggi ipotetiche universali, ma attraverso di esse non si riesce a cogliere il complesso contesto che si presenta ogniqualvolta siamo chiamati ad optare e realizzare un determinato corso d'azione. Scrive infatti il filosofo inglese:

i giudizi etici sugli effetti delle azioni comportano una difficoltà e una complicazione molto maggiori di quelle che si incontrano nello stabilire leggi scientifiche. Per queste ultime è necessario considerare un unico effetto; per quelle invece è essenziale considerare non solo questo, ma gli effetti di quell'effetto, e così via fin dove può arrivare il nostro sguardo sul futuro<sup>53</sup>.

In sintesi, partendo dalla ricerca del concetto cardine dell'etica per costituire quest'ultima come un sapere autonomo, Moore ritiene che ogni asserzione morale possa essere ricondotta alla nozione semplice e indefinibile di "bene", dalla quale dipendono e trovano il loro significato gli altri termini morali, quali "dovere", "giusto" o "moralmente lecito"<sup>54</sup>.

Inoltre, sempre a parere dello studioso, i giudizi etici si differenziano tra loro in quanto non si riferiscono sistematicamente al predicato "buono" allo stesso modo. Tale predicato può infatti aderire sempre alla cosa che giudichiamo essere buona e pertanto, in questo caso, siamo dinnanzi a ciò che è buono in se stesso, ossia al *valore intrinseco*<sup>55</sup>. Quest'ultimo inerisce a una cosa presa per se stessa, cioè al di fuori di ogni tipo di relazione che essa può intrattenere sia con il soggetto conoscente sia con le altre realtà esistenti. Il "valore intrinseco" potrebbe però anche rappresentare la causa o la condizione necessaria per l'esistenza di altre cose alle quali aderisce la proprietà

---

<sup>53</sup> *Ivi*, p. 72.

<sup>54</sup> All'interno del cap. V dei *Principia Ethica* Moore definisce il dovere come «quell'azione che causa nell'universo l'esistenza di un bene maggiore che qualunque altra azione possibile» e il "giusto" o "moralmente lecito" come «ciò che non causa meno bene di qualunque altra azione possibile». Pertanto, a parere del filosofo inglese, quando l'etica normativa presenta determinate azioni come doverose o moralmente lecite, essa sta affermando che tali modi d'agire produrranno sempre la massima quantità possibile di bene. Infatti, «se si dice che "non commettere omicidio" è un dovere, si dice che l'azione, quale che sia, che si chiama "omicidio", non produrrà mai, in nessuna circostanza, tanto bene nell'universo quanto l'omissione di essa» (*ivi*, p. 239).

<sup>55</sup> Nel suo celebre saggio del 1922 dal titolo *Il concetto di valore intrinseco*, contenuto in G. Preti (a cura di), *Moore. Studi filosofici*, op. cit., pp. 95-118, Moore osserva come la tematica del valore sorga in tre generi di discussioni: in primo luogo in quelle che hanno per oggetto i concetti "giusto", "ingiusto" e "dovere", in secondo luogo in quelle focalizzate sulle nozioni di "bene" e "male" e infine in quelle concernenti alcuni concetti estetici, quali "bello" e "brutto", "buono" e "cattivo".

“buono” e, in questo secondo caso, il riferimento non è a ciò che è buono in sé, bensì a ciò che è un *valore come mezzo*. Moore ritiene che esista una relazione necessaria tra le proprietà intrinseche di una cosa e il suo valore, nonostante egli non riesca a chiarire di quale necessità si tratti. Pur sostenendo che esista una relazione tra la natura di una cosa, ossia il modo in cui essa è fatta, e la presenza nella cosa stessa del valore, Moore ritiene che tale rapporto non possa essere spiegato né in termini causali né in termini logici, confessando tuttavia di non sapere quale tipo di necessità sia qui in gioco.

Ora, per il filosofo inglese, “ciò che è buono come mezzo” può essere dimostrato perché è possibile indicare le relazioni causali che lo legano al “valore intrinseco”. Infatti, ciò che si presenta in qualità di “valore come mezzo” è necessariamente collegato al “valore intrinseco” poiché è a partire da quest'ultimo che riceve il suo stesso valore. Non può tuttavia essere affermata la medesima cosa relativamente al “valore intrinseco”: in questo caso, la conoscenza del valore non può che essere di tipo intuizionistico, proprio perché di esso non può essere fornita alcuna dimostrazione.

Per Moore, i giudizi di valore risultano comunque derivabili da *certi* giudizi di verità: è infatti possibile stabilire ciò che ha un “valore intrinseco” e che è pertanto “buono in se stesso”, ma questo non avviene né ricorrendo a metodi argomentativi né facendo coincidere il riconoscimento del valore con lo stato mentale di colui che formula un giudizio etico<sup>56</sup>. Per poter cogliere l'esistenza autonoma delle qualità etiche, Moore presenta perciò una modalità conoscitiva di stampo intuizionistico, ossia il *metodo dell'isolamento assoluto*. Quest'ultimo consiste nell'esaminare quali cose potrebbero essere ancora giudicate come “buone” se esistessero per se stesse, cioè del tutto isolate dalle altre. Tale metodo, mediante l'appello a una facoltà intuitiva, permette così di cogliere a priori il “valore intrinseco”, riuscendo a isolarlo dalle cose o dagli stati di cose a cui esso inerisce<sup>57</sup>. Per Moore, attraverso il “metodo dell'isolamento assoluto”, si constata come ciò che ha “valore intrinseco”, ed è pertanto “buono in se stesso”, siano il *piacere per i rapporti umani* (quindi l'affetto per le persone) e la *fruizione degli oggetti belli* (cioè i godimenti estetici). Scrive infatti Moore:

E' solo in vista di queste cose [...] che si può giustificare il compimento di qualunque dovere privato o pubblico; sono esse la ragion d'essere della virtù, sono esse [...] che costituiscono il fine ultimo ragionevole dell'azione umana e l'unico

---

<sup>56</sup> Si ricorderà infatti il fermo rifiuto da parte di Moore verso qualsiasi impostazione psicologista.

<sup>57</sup> Cfr. Moore, *Principia Ethica*, trad. it. cit., p. 290.

criterio di progresso sociale<sup>58</sup>.

A mio parere, si può riconoscere l'astrattezza del "metodo dell'isolamento assoluto" e la sua incapacità di fornirci dei risultati controllabili relativamente a ciò che ha "valore intrinseco": la riflessione morale risulta infatti costretta a fare appello a una facoltà intuitiva e ad affidarsi alle conclusioni, inevitabilmente indimostrabili, provenienti dall'applicazione di tale metodo. Al di là dei punti deboli riscontrabili nell'oggettivismo intuizionistico proposto dal filosofo inglese, a mio avviso va riconosciuto l'importante sforzo di Moore verso una chiarificazione concettuale dei termini morali, motivato dal fatto che, in mancanza di tale analisi, ogni elaborazione normativa risulta carente e incapace di riconoscere l'autonomia dell'ambito morale e la sua peculiarità.

E' proprio guardando alle diverse teorie elaborate nella storia della filosofia morale che Moore nota come ognuna di esse non sia riuscita a riconoscere la dimensione autonoma del discorso morale e la sua specificità, cadendo in quel particolare errore definito da lui stesso "fallacia naturalistica".

### 1.3.2 La fallacia naturalistica

Le varie elaborazioni filosofiche succedutesi nel corso della storia della filosofia morale, seppure con rilevanti differenze messe in luce dallo stesso Moore, hanno preteso di definire la nozione semplice di "bene"; così facendo, esse non hanno riconosciuto, a parere del filosofo inglese, la peculiarità del predicato "buono" e dell'etica in generale e sono cadute nella cosiddetta *fallacia naturalistica* (*naturalistic fallacy*). Lo studioso rileva come alcune teorie abbiano tentato di definire il "bene" identificandolo con un oggetto di esperienza esistente nel tempo, mentre altre siano giunte ad attribuirgli caratteristiche della realtà sovrasensibile, riducendo in entrambi i casi la morale a un diverso ambito conoscitivo. La fallacia naturalistica viene solitamente definita dalla tradizione filosofica contemporanea come una fallacia di *transitus de genere ad genus*, poiché assegna a un genere di elementi, in questo caso alla proprietà "bene", delle qualità che sono peculiari a un genere diverso, quali caratteristiche naturali o sovrasensibili. La fallacia naturalistica consiste pertanto in un indebito salto logico che fa derivare ciò che è morale (il bene) da ciò che è descrivibile

---

<sup>58</sup> *Ivi*, pp. 292-293.

in termini empirici-fattuali o da ciò che appartiene alla realtà sovrasensibile. Scrive infatti Moore:

La fallacia naturalistica implica sempre che quando noi pensiamo: “questo è buono”, pensiamo che la cosa in questione sta in una relazione definita con qualche altra cosa. Ma quest’unica cosa, in riferimento alla quale si definisce il buono, può essere o quello che io chiamo un oggetto naturale [...], oppure un oggetto di cui si inferisce l’esistenza in un mondo reale sovrasensibile<sup>59</sup>.

Per il filosofo inglese, cadono quindi nella fallacia naturalistica tutte quelle elaborazioni filosofiche che pretendono di definire il predicato “buono” mediante qualche altra proprietà, sia essa naturale o non. Le teorie etiche che sono incorse in tale fallacia vengono pertanto suddivise da Moore in due gruppi: da un lato, le “etiche naturalistiche” e dall’altro, le “dottrine metafisiche”. Le prime tentano di definire i termini etici attraverso predicati naturalistici-descrittivi e presentano tali definizioni come ragioni di sostegno delle proposizioni morali. Per Moore, queste elaborazioni filosofiche identificano il “bene” con un oggetto di esperienza e, di conseguenza, giungono a sostenere che «l’etica è una scienza empirica o positiva», le cui conclusioni possono essere tratte «per mezzo dell’osservazione empirica e dell’induzione»<sup>60</sup>. Il filosofo inglese colloca tra le “etiche naturalistiche” le seguenti teorie: l’*evoluzionismo* di Herbert Spencer, che identifica il “bene” con ciò che è evoluto e ha seguito la direzione nella quale opera la natura; l’*edonismo*, in base al quale il “bene” coincide con il piacere; l’*egoismo*, che definisce il predicato “buono” nei termini di massima felicità del singolo individuo; e infine l’*utilitarismo* di Jeremy Bentham e John Stuart Mill, presentato come una variante dell’edonismo.

L’altro grande gruppo di teorie etiche del passato incorso nella fallacia naturalistica è costituito da quelle che Moore definisce “dottrine metafisiche”, come, ad esempio, quelle elaborate da Spinoza, Kant e Green. Relativamente a queste impostazioni teoriche, Moore riconosce un grande merito: esse infatti, pur definendo il predicato “buono” mediante qualità o proprietà non sensibili, rilevano come ci siano o possano

---

<sup>59</sup> Moore, *Principia Ethica*, trad. it. cit., p. 93. A partire da questo scritto mooriano, il termine “naturalismo” assume un nuovo significato: mentre nella precedente tradizione filosofica esso designava quella determinata posizione di pensiero in base alla quale i fatti devono essere spiegati esclusivamente mediante processi naturali, da Moore in poi tale termine indica un approccio che fa derivare una prescrizione o un valore da una descrizione o che definisce un concetto normativo in termini descrittivi. Si tratta pertanto dell’indebita derivazione del dover essere dall’essere, del piano valoriale e normativo da quello dei fatti.

<sup>60</sup> *Ivi*, pp. 93-94.

esistere oggetti di conoscenza non esistenti nel tempo, evidenziando inoltre come il sapere umano non sia limitato alle cose che si possono toccare, vedere o sentire. Ciononostante, per Moore tali elaborazioni filosofiche non riescono a cogliere la peculiarità delle nozioni etiche e a riconoscere l'autonomia del discorso morale.

A mio parere, va sottolineato come l'espressione "fallacia naturalistica" proposta da Moore sia spesso utilizzata per designare l'equivoco in cui cadrebbero i trasgressori della cosiddetta "legge di Hume". Nel terzo libro del *Trattato sulla natura umana* David Hume osserva come in ogni sistema di morale l'autore rivolga inizialmente la propria attenzione verso le cose umane e sviluppi osservazioni su queste ultime. Poi, però, commenta Hume:

tutto a un tratto scopro con sorpresa che al posto delle abituali copule è (*is*) e non è incontro solo proposizioni che sono collegate con un deve (*ought*) o un non deve; si tratta di un cambiamento impercettibile, ma che ha, tuttavia, la più grande importanza<sup>61</sup>.

Il passo appena richiamato è stato oggetto di innumerevoli discussioni soprattutto all'interno del panorama della filosofia analitica e, secondo l'interpretazione corrente, esso costituirebbe la formulazione di una vera e propria legge. In realtà, non sembra sia stato questo l'intento di Hume, considerato anche il carattere quasi estemporaneo del passo in questione all'interno del *Trattato*. La "legge di Hume" contenuta in quelle righe afferma comunque il divieto di dedurre il dover essere dal piano dell'essere, le prescrizioni morali dalle descrizioni fattuali. Quindi, in base ad essa, sono da considerarsi illegittimi tutti quei ragionamenti che pretendono di dedurre, a partire da asserzioni relative ai fatti, risposte a questioni pratiche e questo perché, utilizzando le parole di Patrick H. Nowell-Smith,

la conclusione di un ragionamento non può contenere niente che non sia nelle premesse ed in queste non vi sono affatto dei "si deve"<sup>62</sup>.

A mio avviso, va precisato come la "legge di Hume" e l'obiezione mooriana alla "fallacia naturalistica" costituiscano due tesi diverse sotto alcuni importanti punti di vista. Questi possono essere messi in luce partendo da un'idea che al tempo stesso accomuna e differenzia i due autori, cioè l'esigenza di affermare l'autonomia del

---

<sup>61</sup> D. Hume, *Trattato sulla natura umana*, libro III, parte I, 1, in *Opere filosofiche*, vol. I, ed. it. a c. di E. Lecaldano, Laterza, Roma-Bari 1999<sup>5</sup>, p. 496.

<sup>62</sup> P.H. Nowell-Smith, *Etica* (1954), trad. it. di E. e M. Cingoli, La Nuova Italia, Firenze 1974, pp. 36-37.

discorso morale<sup>63</sup>. Hume asserisce l'autonomia dell'etica rispetto all'attività conoscitiva e razionale dell'uomo: il filosofo infatti, fornendo una descrizione della natura umana, sostiene che la ragione, pur potendo far emergere l'infondatezza di ciò che desideriamo, non può mai contrapporsi alle passioni nella guida della volontà. Celebre a riguardo il passo del *Trattato* che individua nelle passioni stesse il vero e unico movente del nostro agire: «la ragione è, e deve solo essere, schiava delle passioni»<sup>64</sup>. La ragione è infatti per Hume quella facoltà conoscitiva capace di scoprire il vero e il falso, ma, per quanto riguarda l'agire umano, essa non riesce né ad opporsi alla forza di determinazione delle nostre passioni, né è fonte di aiuto nel distinguere ciò che è bene da ciò che è male. Per Hume, la ragione può far emergere l'infondatezza di ciò che è desiderato dalle passioni umane o scoprire i nessi causali esistenti tra queste ultime, ma sicuramente non fornisce alcuna prescrizione morale. Le distinzioni tra ciò che è bene e ciò che è male non costituiscono delle proposizioni speculative, giudicabili secondo le categorie della verità e falsità. A parere di Hume, i giudizi di valore non sono quindi derivabili da *nessun* giudizio di verità: le regole morali non costituiscono affatto le conclusioni della nostra ragione, cioè non sono, utilizzando una terminologia moderna, “proposizioni aletiche”.

Per quanto riguarda Moore invece, è stato già più volte ricordato come il suo intento sia quello di costituire l'etica come un sapere autonomo rispetto agli altri ambiti conoscitivi (quali le scienze naturali, psicologiche e la metafisica). Nell'impostazione mooriana la dimensione autonoma del discorso morale è affermata quindi non, come avviene in Hume, rispetto all'attività conoscibile e razionale dell'uomo, bensì alle altre forme di conoscenza. Moore ritiene l'etica un distinto e autonomo ambito conoscitivo: esistono infatti, a suo avviso, delle autentiche verità etiche (valore intrinseco) e i giudizi morali, potendo essere considerati degli atti conoscitivi, possono essere veri o falsi, anche se di una verità o falsità immediata, cioè colta attraverso l'intuizione. Moore non può perciò essere inserito tra quei filosofi morali che si sogliono chiamare non-cognitivisti poiché negano sia l'esistenza dei valori etici sia la possibilità di conoscerli: egli stesso si considerò un intuizionista, arrivando così a collegare la dimensione etica ad un'esperienza del tutto particolare e incomunicabile, qual è appunto l'intuizione.

Relativamente all'espressione “fallacia naturalistica”, impiegata da Moore per

---

<sup>63</sup> Su questo aspetto cfr. G. Carcaterra, *Il problema della fallacia naturalistica. La derivazione del dover essere dall'essere*, Giuffrè, Milano 1969, cap. I, pp. 3-30.

<sup>64</sup> Hume, *Trattato sulla natura umana*, libro II, parte III, 3, trad. it. cit., p. 436.

identificare l'errore in cui incappano tutte quelle elaborazioni filosofiche che tentano di definire i termini morali, è stato osservato come non sia del tutto adeguato l'impiego in essa dell'aggettivo "naturalistica". Moore addebita infatti tale errore anche a quelle teorie etiche che definiscono il predicato "buono" attraverso qualità non naturali, cioè mediante proprietà di oggetti esistenti in una realtà sovrasensibile. L'aggettivo "naturalistica" risulterebbe pertanto improprio, nonostante l'autore intendesse criticare tutte quelle teorie che hanno tentato di definire il "bene", indipendentemente quindi dalle proprietà o qualità utilizzate. E' comunque lo stesso Moore, nella *Prefazione* alla seconda edizione dei *Principia* (1922), scritta tra il 1920 e il 1921, a riconoscere di aver confuso le due differenti critiche rivolte ai gruppi di teorie precedentemente richiamati: entrambi gli approcci hanno da un lato considerato le nozioni morali dei concetti complessi, cioè analizzabili, e dall'altro hanno affermato che i termini etici denotano proprietà naturali o metafisiche. Relativamente al primo punto si potrebbe pertanto parlare di una *fallacia riduzionistica*, poiché l'errore consisterebbe nel mancato riconoscimento della semplicità e indefinibilità delle nozioni etiche e non quindi nel contenuto impiegato per definirle. Nel secondo caso, invece, si tratterebbe di una *fallacia coestensivistica*, laddove ci si illude di fornire un'adeguata definizione dei concetti morali enumerando delle proprietà naturali o non, ritenendo appunto queste ultime identiche alle nozioni da definire<sup>65</sup>. E' come se si giungesse, ad esempio, a definire le cose gialle mediante il tipo di vibrazione che esse producono nell'aria, nella convinzione che questa proprietà sia semplicemente identificabile con ciò a cui allude il termine "giallo".

Oltre a queste osservazioni di carattere prevalentemente linguistico, è stato anche notato come la "fallacia naturalistica" non sia una vera e propria fallacia, perché, qualora lo fosse, essa dovrebbe colpire tutti gli eventuali tentativi di definizione dei termini etici, compresi quelli in cui il *definiens* e il *definiendum* della stessa definizione non siano costituiti da proprietà distinte. La "fallacia naturalistica", se fosse davvero tale, dovrebbe quindi segnalare come indebita identificazione tra proprietà anche quella che si potrebbe affermare tra due qualità entrambe naturali o non naturali (ovvero tra proprietà appartenenti allo stesso genere). Questo aspetto è stato, ad esempio, rilevato

---

<sup>65</sup> Cfr. S. Cremaschi, *Naturalizzazione senza naturalismo: una prospettiva per la metaetica*, *Etica & Politica*, 9 (2002), n. 2, pp. 205-207.

da William Frankena in un suo saggio del 1939 dal titolo *The Naturalistic Fallacy*<sup>66</sup>, dove l'autore considera la fallacia naturalistica una forma di quella che egli definisce *fallacia definizionista (definist fallacy)*. Nelle prime battute di questo breve scritto, Frankena osserva come ci si appelli spesso alla fallacia naturalistica come se essa costituisse un'arma (*weapon*) per risolvere la controversia tra gli intuizionisti e i loro avversari<sup>67</sup>. I primi hanno solitamente dato notevole importanza all'asserzione di Hume relativa alla separazione tra il piano descrittivo e quello normativo, ma, a parere di Frankena, mediante l'affermazione di questa divisione, essi intendono dirci molto di più rispetto al fatto che le proposizioni etiche non possano essere dedotte da quelle non etiche. Per Frankena infatti la divisione essere-dover essere sostenuta dagli intuizionisti consta sostanzialmente di tre proposizioni:

- le proposizioni etiche non sono deducibili da quelle non etiche;
- le proprietà etiche non sono definibili in termini non etici;
- le proprietà etiche sono di un tipo diverso rispetto a quelle non etiche.

Queste tre proposizioni si implicano a vicenda e tuttavia, precisa Frankena, non conducono alla conclusione che qualsiasi proprietà etica sia indefinibile. Anzi, quest'ultima proposizione costituisce quell'implicita premessa (*suppressed premise*) necessaria per poter poi asserire che tutti coloro i quali hanno tentato di definire la bontà siano caduti nella fallacia naturalistica<sup>68</sup>. Per Frankena, la fallacia si verifica invece qualora due proprietà vengano trattate come se fossero una: la *definist fallacy* consiste pertanto in un erroneo processo argomentativo che giunge a confondere le proprietà in questione, identificando e/o sostituendo l'una con l'altra e questo indipendentemente dal fatto che la prima sia naturale o non-etica e la seconda non-naturale o etica<sup>69</sup>. Si può dunque commettere la *definist fallacy* senza necessariamente infrangere la divisione essere-dover essere, come, ad esempio, nel momento in cui si definisca il piacere attraverso il rosso (proprietà naturali non-etiche) e il bene mediante il giusto (proprietà etiche non-naturali)<sup>70</sup>.

---

<sup>66</sup> Il saggio è stato pubblicato nella rivista *Mind*, 48 (1939), pp. 464-477 e ripubblicato in K.E. Goodpaster (ed. by), *Perspectives on Morality. Essays of William K. Frankena*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 1976, pp. 1-11. Nelle righe successive si farà riferimento alla pubblicazione contenuta in quest'ultimo testo.

<sup>67</sup> Cfr. *ivi*, p. 2.

<sup>68</sup> Cfr. *ivi*, p. 3.

<sup>69</sup> Cfr. *ivi*, p. 6.

<sup>70</sup> Cfr. *ivi*, p. 8.

Inoltre, la proposizione sostenuta da Moore, in base alla quale il bene è indefinibile, risulta logicamente indipendente da quella che considera il bene come una proprietà non naturale. Dalla constatazione che il bene sia una nozione semplice non segue necessariamente la conclusione che la bontà non sia identificabile con una proprietà naturale. Di conseguenza, Moore stesso avrebbe compiuto un indebito passaggio logico dalla tesi in base alla quale non è possibile analizzare la bontà in termini di proprietà naturale a quella che asserisce come il bene consista in una proprietà non naturale.

Credo che, nonostante la fallacia naturalistica non assuma i connotati di una vera e propria fallacia e malgrado la stessa argomentazione mooriana sembri cadere in questo indebito salto logico, Moore abbia dato vita a un nuovo stile filosofico: egli ha infatti sottolineato la necessità, per qualsiasi riflessione etica, specialmente se di carattere normativo, di formulare in maniera rigorosa i fondamentali quesiti morali e di definire con precisione i termini etici che in essi ricorrono. Moore ha inoltre indicato la principale difficoltà a cui va incontro ciascun progetto riduttivista, ossia l'incapacità per quest'ultimo di fornire delle spiegazioni e delle giustificazioni relativamente alla normatività dei giudizi morali. Eppure, proprio l'esclusiva attenzione all'analisi del linguaggio morale e la conseguente sottovalutazione della ricerca di tipo normativo conducono alla divaricazione tra la dimensione etica e la realtà fattuale, fino a una pericolosa rivendicazione della completa autonomia della prima dalla seconda.

### *1.3.3 L'influsso del positivismo logico e l'uso significativo del linguaggio*

Per tutta la prima metà del secolo XX il dibattito etico in ambito anglosassone si focalizza principalmente sui temi di metaetica già affrontati da Moore relativi alla natura dei termini etici, individuando le caratteristiche peculiari ai giudizi morali per distinguere le proposizioni di valore da quelle descrittive e affermare l'autonomia dell'etica rispetto agli altri ambiti conoscitivi. Forte influenza hanno, a riguardo, le tesi sviluppate all'interno del Circolo di Vienna, che, sorto intorno agli anni Venti-Trenta del secolo scorso, è animato da illustri scienziati e filosofi, come ad esempio Rudolf Carnap, Hans Reichenbach, Ludwig Wittgenstein e Karl Popper: mediante un'indagine sull'uso significativo del linguaggio, vengono riconosciuti come enunciati sensati o significativi le tautologie e le proposizioni empiriche-fattuali, giungendo così a ritenere

tutte le altre proposizioni dei pseudo-asserti. Si sviluppa pertanto una posizione non-cognitivistica relativamente ai giudizi di valore, ritenendo questi ultimi, diversamente dalle asserzioni fattuali, incapaci di assolvere una funzione conoscitiva. In questo modo, l'approccio filosofico del *positivismo logico* (o *neopositivismo*) elaborato all'interno del Circolo aumenta ulteriormente la divisione tra essere e dover essere rintracciata già nelle pagine di Hume, rilevando come l'etica, per poter formulare delle proposizioni significative, debba rimanere empirica (o descrittiva, come una scienza sociologica) o formale (al pari della logica). In base a tale impostazione teorica, la filosofia morale non può elaborare alcun sistema normativo o fornire delle prescrizioni, poiché risulterebbero dei pseudo-asserti, cioè degli enunciati privi di senso e non rispondenti al "criterio di verificabilità". Per il positivismo logico, possono infatti essere indicate come proposizioni significative solo quegli enunciati la cui verità o falsità può essere dimostrata sulla base di un'evidenza data dall'esperienza, risultando così oggetto di verifica empirica. L'insistenza sul carattere non-cognitivo delle nozioni etiche, ovverosia sull'impossibilità per i giudizi etici di fornire una conoscenza genuina, si diffonde già prima del sorgere del Circolo di Vienna; basti qui pensare all'articolo pubblicato nel 1911 dallo svedese Axel Hägerström (successivamente tradotto in inglese con il titolo *On the truth of moral propositions*) all'interno del quale il fondatore della cosiddetta Scuola di Uppsala sostiene l'inesistenza di fatti morali e il conseguente carattere non-cognitivo dei termini etici<sup>71</sup>.

Importanti osservazioni relativamente al diverso significato espresso dai medesimi termini morali in diversi giudizi di valore provengono dalla celebre *Conferenza sull'etica* che Wittgenstein pronuncia tra il 1929 e il 1930 a Cambridge davanti all'associazione "*The Heretics*". In tale conferenza, pubblicata postuma, Wittgenstein mette in evidenza la specificità del linguaggio morale, a partire dalla distinzione tra le asserzioni di fatti e i giudizi di valore assoluto<sup>72</sup>. Pur adottando la spiegazione dei

---

<sup>71</sup> Cfr. A. Hägerström, *On the truth of moral propositions* (1911), trad. ingl. di R.T. Sadin, in Id., *Philosophy and Religion*, Allen & Unwin, Londra 1964, pp. 237-256. Una forte posizione non cognitivistica proviene anche da un altro autore collegato alla Scuola di Uppsala, ossia il danese Alf Ross, il quale pubblica agli inizi degli anni Trenta un testo dal significativo titolo *Zur Kritik der sogenannten praktischen Erkenntnis* (Levin & Munksgaard, Copenhagen 1933). Dello stesso autore cfr. *Sulla natura logica delle proposizioni valutative* (1945), trad. it. di A. Pessina e A. Febbrajo, in A. Ross, *Critica del diritto e analisi del linguaggio*, Il Mulino, Bologna 1982, pp. 178-192 e *Direttive e norme* (1968), trad. it. di M. Jori, Edizioni di Comunità, Milano 1978.

<sup>72</sup> L. Wittgenstein, *Conferenza sull'etica* (1929), in Id., *Lezioni e conversazioni sull'etica, l'estetica, la psicologia e la credenza religiosa*, ed. it. a cura di M. Ranchetti, Adelphi, Milano 1967, pp. 5-19.

termini etici proposta da Moore, Wittgenstein si distanzia innanzitutto da quest'ultimo precisando come l'etica non sia solo una ricerca generale relativa al bene, ma si adoperi anche a ricercare ciò che ha valore, quello che è davvero importante per noi e riesce quindi a dare un senso alla nostra vita, rendendola meritevole di essere vissuta. E' anche a causa dell'ampiezza di significato che assume il termine "etica" che le nozioni in essa impiegate acquisiscono, per Wittgenstein, un significato del tutto peculiare, diverso da quello richiamato dalle medesime nelle proposizioni fattuali.

All'interno della suddetta *Conferenza*, l'autore osserva come nell'affermazione "questa è una buona sedia" il termine "buono" sia impiegato nel suo *sensu relativo*, poiché dipende dallo scopo prefissato all'oggetto e infatti non la definiremmo tale se sedendoci non riuscisse a reggere il nostro peso. Lo stesso si verifica quando sosteniamo che qualcuno è un "buon pianista" in quanto intendiamo sottolineare la sua capacità di eseguire brani musicali di una certa difficoltà e non certamente il fatto che riesca a suonare qualche scala o accordo. Un termine è perciò impiegato nel suo *sensu relativo* quando indica che la cosa a cui allude ha raggiunto un certo predeterminato livello<sup>73</sup>.

Wittgenstein osserva come termini quali "buono" e "giusto" assumano un diverso senso in ambito morale poiché esprimono un *giudizio assoluto di valore*: mediante quest'ultimo, non forniamo descrizioni di qualità del mondo né tanto meno esprimiamo i nostri stati mentali, bensì ci riferiamo a ciò che ha valore e dà significato alla nostra vita. Quando descriviamo il mondo come realtà dei fatti stiamo impiegando dei giudizi relativi, ciascuno dei quali «non può mai essere, o implicare, un giudizio di valore assoluto»<sup>74</sup>: le nostre parole sono, per Wittgenstein, degli strumenti capaci di contenere e conferire senso e significato naturali e, di conseguenza, riescono ad esprimere solamente fatti. Le espressioni etiche e religiose consistono pertanto, a parere dello studioso, in un uso scorretto del nostro linguaggio: esse sembrano delle similitudini che contengono dei termini impiegati in senso allegorico, ma, osserva Wittgenstein, se dovessimo togliere la similitudine, che dovrebbe essere stata impiegata per descrivere

---

L'indagine sull'etica sviluppata in questo scritto risente indubbiamente della teoria delle proposizioni sviluppata dall'autore nel *Tractatus logico-philosophicus*, laddove Wittgenstein sostiene che «la proposizione è un'immagine della realtà» e di conseguenza possono essere ritenuti enunciati significativi o le tautologie o gli asserti relativi ai fatti.

<sup>73</sup> Cfr. Wittgenstein, *Conferenza sull'etica*, p. 9.

<sup>74</sup> *Ibidem*.

qualcosa, non vi troveremmo alcun fatto. Ciò che prima ci appariva una similitudine, precisa l'autore, ora si rivela un nonsenso<sup>75</sup> e proprio quest'ultimo si presenta come la caratteristica peculiare alle espressioni etiche e religiose. Mediante queste ultime l'uomo si spinge al di là del linguaggio significante, avventurandosi appunto contro i limiti del linguaggio stesso e pertanto, in presenza di un "giudizio di valore assoluto", la domanda circa la sua verità o falsità risulta un non senso. L'etica non potrà quindi, per Wittgenstein, aggiungere nulla alla nostra conoscenza, ma poiché sorge dal desiderio di pronunciarsi sul significato ultimo della vita, essa rimane «un documento di una tendenza dell'animo umano»<sup>76</sup>, che non può esser messa in ridicolo e nei confronti della quale lo studioso nutre profondo rispetto.

#### *1.4 Le principali critiche alla distinzione fatti-valori e il ritorno del naturalismo*

In seguito all'impostazione filosofica di Moore, l'attitudine antinaturalistica diventa predominante: i giudizi morali vengono infatti completamente distinti dalle proposizioni fattuali e solo queste ultime risultano essere dei veri e propri asserti conoscitivi. In base a tale prospettiva, i giudizi etici non costituiscono delle genuine proposizioni conoscitive poiché di essi, diversamente dagli asserti fattuali, non è possibile fornire alcuna dimostrazione empirica. Si afferma così la cosiddetta "dicotomia" o "grande divisione" tra fatti e valori, che giunge a separare in modo netto il piano descrittivo da quello normativo.

A partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, si sviluppano però diverse voci di dissenso verso l'impostazione di Moore e dei non-cognitivist, e più in generale nei confronti del diffuso antinaturalismo. Gli argomenti addotti contro la netta distinzione fatti/valori sono prevalentemente due: da un lato viene sottolineato come certi concetti contengano un inestricabile compenetrarsi di elementi valutativi e descrittivi, dall'altro si evidenzia l'infondatezza della distinzione tra analitico e sintetico.

Relativamente al primo argomento, va segnalato il contributo di Peter Geach nell'analisi del predicato "buono". Riprendendo alcune considerazioni già sviluppate da William David Ross, Geach sottolinea come "buono" e "cattivo" siano *aggettivi attributivi* (*attributive adjectives*) perché dipendono strettamente dalle qualità

---

<sup>75</sup> Cfr. *ivi*, p. 16.

<sup>76</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 18.

dell'oggetto di cui si predica la bontà o la cattiveria<sup>77</sup>. L'aggettivo attributivo è quindi connesso al sostantivo che esso qualifica e presenta un significato sia descrittivo sia valutativo. Pertanto, asserendo “x è un buon lavoratore”, l'affermazione non può essere analizzata come “x è un lavoratore ed è buono”. Al contrario, quelli che Geach definisce *aggettivi predicativi* (*predicative adjectives*) sono predicati che descrivono una proprietà e gli asseriti che li contengono possono essere analizzati. Ad esempio, affermando “questo libro è rosso”, dichiaro “questo è un libro ed è rosso”<sup>78</sup>.

Sempre a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, molti autori sottolineano come la “grande divisione” fatti/valori non valga neppure per gran parte del linguaggio morale e del linguaggio valutativo in generale. Viene infatti evidenziata la presenza di concetti etici descrittivo-valutativi, cioè di nozioni nelle quali risulta impossibile separare l'elemento descrittivo da quello valutativo. Si tratta dei cosiddetti *concetti spessi* (*thick*), quali coraggioso, generoso, crudele, scortese. Scrive a riguardo il filosofo statunitense Hilary Putnam:

Se guardiamo al vocabolario del nostro linguaggio *nel suo complesso*, e non alla minuscola parte di esso che il positivismo logico riteneva sufficiente per la descrizione dei “fatti”, troveremo un intreccio molto più profondo di fatti e valori (compresi valori etici ed estetici e ogni altro tipo di valore), persino al livello dei predicati individuali<sup>79</sup>.

I concetti spessi rivelano quindi l'intersecarsi di elementi valutativi e descrittivi già all'interno del linguaggio morale: ad esempio, se definiamo un insegnante “molto crudele”, secondo Putnam lo stiamo criticando sia come insegnante sia come uomo. Infatti, non consideriamo “buono” né l'uno né l'altro, e non necessitiamo di specificarlo in tale definizione poiché riteniamo l'elemento valutativo “non buono” già implicito nel concetto di “crudele”.

Relativamente al secondo argomento formulato contro la netta distinzione fatti/valori, vanno ricordate le critiche rivolte alla classificazione tripartita dei nostri giudizi proposta dai positivisti logici. In base a quest'ultima, i giudizi “sintetici”, cioè verificabili o falsificabili empiricamente, vanno distinti dagli “analitici”, ossia dagli

---

<sup>77</sup> P. Geach, *Good and Evil* (1956), in P. Foot (ed. by), *Theories of Ethics*, Oxford University Press, Oxford 1967, pp. 64-73.

<sup>78</sup> Geach osserva come Moore abbia invece trattato l'aggettivo attributivo “buono” al pari di quello predicativo “giallo”, poiché ha sostenuto che essi indicano delle qualità semplici e il primo si differenzia dal secondo solamente nel suo essere una qualità non-naturale. Cfr. *ivi*, p. 66.

<sup>79</sup> H. Putnam, *Fatto/Valore. Fine di una dicotomia e altri saggi* (2002), trad. it. di G. Pellegrino, Fazi Editore, Roma 2004, p. 39.

asserti veri o falsi sulla base delle sole regole logiche, così come da quelli che sono “cognitivamente insignificanti”, ovverosia dai giudizi etici, metafisici ed estetici. Questa classificazione riconosce quindi come scientificamente significanti solo le affermazioni sintetiche e analitiche. In tal modo, il “linguaggio della scienza”, oltre ad essere distinto da quello etico e metafisico, risulta a sua volta diviso in una parte “fattuale” e in una “analitica”. Tra le diverse voci che criticano le classificazioni appena enunciate, va a mio parere ricordata quella sostenuta dal logico e filosofo statunitense Willard V. Quine: in un famoso saggio del 1951 dal titolo *Due dogmi dell’empirismo*, lo studioso contesta infatti la distinzione tra analitico e sintetico, ritenendola sensata solamente all’interno dell’orizzonte empiristico e neoempiristico<sup>80</sup>. Quine sottolinea poi il carattere inevitabilmente “teorico”, cioè valutativo, di ogni asserzione empirica e quindi di ogni “fatto”: a suo avviso, anche le teorie scientifiche presuppongono giudizi di valore e pertanto una dicotomia così netta tra fatti e valori non ha più ragione di sussistere.

Tutte queste critiche argomentano quindi, seppure in modi diversi, la compenetrazione di elementi descrittivi e valutativi sia nel linguaggio morale, sia in quello scientifico. Ritenendo possibile la derivazione di criteri pratici da un insieme di fatti, si avvia così un lungo processo di riabilitazione del naturalismo, che ha come protagonisti, oltre allo stesso Geach<sup>81</sup>, autori quali Philippa Foot<sup>82</sup>, Elizabeth Anscombe<sup>83</sup> e Iris Murdoch<sup>84</sup>. Sulla base dei risultati che Wittgenstein aveva ottenuto nella seconda parte del suo pensiero<sup>85</sup>, questi studiosi rilevano gli esiti riduttivi di alcune tesi dei positivisti logici: viene infatti sottolineata l’impossibilità di considerare il linguaggio un mero insieme di parole, al quale il soggetto attinge dall’esterno in modo passivo. Si evidenziano perciò la complessità del linguaggio stesso e la sua dipendenza dall’individuo che lo utilizza e

---

<sup>80</sup> W.V. Quine, *Due dogmi dell’empirismo*, in Id., *Da un punto di vista logico: saggi logico-filosofici* (1953), trad. it. di P. Valore, Cortina, Milano 2004.

<sup>81</sup> P. Geach, *Ascriptivism*, in «Philosophical Review», 69 (1960), n. 2, pp. 221-225.

<sup>82</sup> P. Foot, *La natura del bene* (2001), trad. it. di E. Lalumera, Il Mulino, Bologna 2007.

<sup>83</sup> E. Anscombe, *Modern Moral Philosophy*, in «Philosophy», 33 (1958), n. 124, pp. 1-19; Id., *On Brute Facts*, in «Analysis», 18 (1958), n. 3, pp. 69-72.

<sup>84</sup> I. Murdoch, *Esistenzialisti e mistici. Scritti di filosofia e letteratura* (1999), ed. it. a cura di P. Conradi, Il Saggiatore, Milano 2006.

<sup>85</sup> L. Wittgenstein, *Ricerche filosofiche* (1953), trad. it. di M. Trinchero, Einaudi, Torino 2009. Diversamente dal *Tractatus logico-philosophicus* (1992), in questo testo il filosofo e logico austriaco propone una nuova teoria del linguaggio, che riconosce a quest’ultimo diverse funzioni oltre a quella puramente denotativa. Diversi e innumerevoli sono infatti i modi d’uso del linguaggio, che Wittgenstein stesso definisce “giochi linguistici”, e sono quindi i contesti in cui vengono impiegate le parole a fornire a queste ultime il loro significato.

dai contesti in cui viene impiegato. Questi autori sottolineano quindi i rischi di un'indagine impersonale delle parole, poiché queste ultime acquisiscono significati diversi a seconda di coloro che le impiegano e subiscono elaborazioni sulla base delle visioni e dei modi di vita dell'essere umano. In seguito a tali considerazioni, viene ulteriormente messa in discussione la cosiddetta dicotomia o grande divisione tra fatti e valori.

Indagando poi la peculiarità della grammatica delle nostre valutazioni, tali autori colgono uno stretto collegamento tra queste ultime e la natura umana. A loro avviso, la valutazione morale non può totalmente focalizzarsi sui termini etici, ma deve prendere in esame i *motivi* e le *intenzioni* che determinano il nostro agire, così come i *tratti del carattere* dei vari agenti in esso coinvolti. Di conseguenza, la metaetica non è più focalizzata sull'analisi logico-semantica dei termini etici, ma si interroga anche relativamente alla giustificazione dei valori e dei principi morali, indagando per di più lo statuto epistemologico della moralità. Inoltre, la riflessione etica non si concentra su un'indagine puramente formale, ma ne affianca un'altra di carattere normativo, cioè esamina anche gli aspetti contenutistici dell'etica stessa, vale a dire i costumi, le abitudini e le tradizioni che contribuiscono a dare un significato all'agire morale.

### *1.5 Sulla nozione di bene del paziente*

Il percorso compiuto in questo capitolo ha dato avvio alla chiarificazione concettuale del principio di beneficenza: se ad un primo sguardo quest'ultima era apparsa non necessaria, visto il suo rimando a un'obbligazione già delineata, sono emerse invece delle prime difficoltà persino a livello linguistico. Si è innanzitutto registrata la mancanza di un'univoca traduzione del termine inglese "*beneficence*" nel dibattito bioetico contemporaneo di lingua italiana e la conseguente necessità di giustificare una traduzione rispetto alle altre. E' inoltre emersa la complessità della natura e dei significati dei termini chiamati in causa dal principio di beneficenza, poiché le espressioni evocate dal monito ad agire per il bene del paziente si sono mostrate alquanto ambigue. Si è osservato che, qualora si possa convenire sul significato dell'espressione "beneficenza" in ambito clinico, affermando che esso indica un intervento attivo e concreto rivolto alla promozione del bene del paziente, rimane però

da precisare cosa s'intenda con la locuzione "bene del paziente", ma ancor prima a cosa alluda lo stesso termine "bene". E' stato poi necessario soffermarsi su altre importanti espressioni, quali "dovere" e "giusto": infatti, se si sostiene che il medico è chiamato a compiere atti benefici verso il malato, vi è un inevitabile rinvio ai doveri di chi esercita la professione medica e al carattere di giustezza delle sue azioni nei confronti dell'assistito. Di conseguenza, le osservazioni compiute in questo capitolo hanno inevitabilmente chiamato in causa la natura della moralità, il suo statuto epistemologico, la funzione del linguaggio morale e il significato dei termini in esso impiegati, aspetti questi che costituiscono il ricco campo d'indagine della metaetica.

Dopo aver considerato come il compito di analisi e di chiarificazione del linguaggio morale abbia assunto nuovi connotati agli inizi del secolo scorso in ambito anglosassone, ci si è soffermati sulla prima fase di sviluppo della riflessione metaetica, definita "metaetica analitica" e caratterizzata appunto dalla ricerca del significato dei termini morali. Si è poi osservato come la "metaetica analitica", completamente focalizzata su tale ricerca, abbia ridotto il compito dell'etica all'analisi del linguaggio morale e, cogliendone i suoi tratti distintivi, abbia reso l'etica stessa un ambito disciplinare del tutto autonomo rispetto alle scienze naturali e metafisiche. Rilevando la specificità del sapere etico a partire dall'analisi dei termini morali, si è giunti a una netta separazione fra i giudizi di valore e le asserzioni sui fatti, tra il piano normativo e quello descrittivo. Di conseguenza, l'enfasi posta sull'autonomia dell'etica ha comportato la sua radicale contrapposizione al reale, distinguendo nettamente le proposizioni di valore da quelle empiriche.

E' stato poi osservato come, intorno agli anni Cinquanta del secolo scorso, alcuni filosofi abbiano iniziato a polemizzare con l'impostazione di Moore e dei non-cognitivist, esercitando una funzione critica nei confronti del diffuso antinaturalismo. Autori quali Anscombe, Foot e Geach hanno messo in dubbio la cosiddetta "dicotomia o grande divisione" tra fatti e valori: oltre alla presenza di concetti che rivelano l'intersecarsi di elementi valutativi e descrittivi (i cosiddetti concetti *thick*), la problematicità della distinzione tra analitico e sintetico rimanda al carattere inevitabilmente valutativo di ogni osservazione empirica, cioè di ogni "fatto".

Giunti al termine di questo percorso di chiarificazione linguistica, credo si possa ora indagare quell'espressione ampiamente utilizzata in ambito clinico e richiamata nel

monito ad agire per il bene del malato, ossia la locuzione “bene del paziente”. Ritorna qui la problematicità emersa nell’analisi del termine morale “bene”, alla quale va aggiunta quella relativa al riferimento a un determinato individuo, il paziente appunto. A mio avviso, sarebbe riduttivo ritenere quest’ultimo l’unico soggetto che può intervenire nella delineazione e promozione del suo bene: è il medico infatti che, attraverso le sue competenze e abilità tecniche, può aiutare il paziente a comprendere le cause che hanno determinato l’evento patologico per potervi poi far fronte. Ciò non significa che il paziente sia del tutto escluso nella fase di delineazione del proprio bene poiché i suoi interessi, valori e convinzioni personali ne costituiscono una parte essenziale, senza la quale non si può affermare di aver dato luogo a un’autentica azione di cura. A sua volta, ritenere il malato l’unico soggetto che può delineare il proprio bene è irrealistico e al tempo stesso rischioso: egli si è infatti rivolto a un professionista a causa dell’improvviso vuoto di conoscenze creatosi con l’insorgere della malattia e non può che affidarsi a lui anche perché si trova in uno stato di dipendenza e vulnerabilità. Il paziente dovrà quindi instaurare un particolare rapporto interpersonale con il medico basato sulla fiducia e indirizzato al ripristino dello stato di salute interrotto dall’evento patologico. Il professionista e il malato devono così collaborare vicendevolmente per promuovere e realizzare il bene del paziente: nessuno dei due può infatti ritenersi l’esclusivo protagonista del contesto clinico.

Di conseguenza, la nozione “bene del paziente” prevede la compenetrazione di elementi *valutativi* e *descrittivi*: il bene del malato non può infatti totalmente coincidere né con il bene biomedico, stabilito esclusivamente dal professionista sulla base di parametri fisiologici, né con il bene soggettivo espresso dal malato e indice dei suoi interessi. Pertanto, senza tralasciare gli indispensabili e descrittivi dati diagnostici, il bene del paziente è raggiungibile attraverso un costante, seppur difficile, dialogo tra tutti coloro che prendono parte all’interazione clinica. Anche i valori del medico meritano quindi di essere presi in considerazione poiché egli non può divenire un mero esecutore delle volontà del malato, bensì colui che, grazie alle sue conoscenze e competenze, collabora alla promozione del bene del paziente.

La locuzione “bene del paziente” non è quindi di semplice definizione perché occorre volgere lo sguardo al *contesto clinico* nella sua globalità, così come a tutti i *soggetti in esso coinvolti*. Solo in questo modo si può davvero comprendere la compenetrazione

degli elementi descrittivi e valutativi richiamata dalla locuzione stessa. Il “bene” presente in quest’ultima non rimanda quindi a un concetto monolitico, ma va altresì considerato un insieme composito, cioè formato da diversi elementi legati l’uno all’altro, però allo stesso tempo distinti tra loro. Il bene del paziente infatti non può totalmente identificarsi con il bene biomedico, stabilito esclusivamente dal professionista, né tanto meno coincidere con il bene soggettivo espresso dal malato e indice delle sue aspettative e preferenze.

A mio parere, anche la nozione di bene del paziente ci rende quindi consapevoli della complessità del principio di beneficenza: si è osservato quanto problematico sia specificare i termini in essa richiamati e il suo contenuto. Tale problematicità emerge ulteriormente e a caratteri maggiori nel momento in cui si intenda indagare il monito ad agire per il bene del paziente, che, come è già stato sottolineato, appare un’obbligazione scontata da non necessitare alcun approfondimento filosofico. In realtà, se si afferma che il medico è chiamato ad agire per il bene del paziente e già quest’ultima locuzione è difficilmente definibile, come potremo parlare di un dovere di beneficenza in ambito clinico?



## CAPITOLO 2

### Il carattere dell'obbligazione espresso dal dovere di beneficenza

#### 2.1 *L'indagine sul dovere di beneficenza*

Nonostante si possa ragionevolmente convenire sul fatto che il dovere di beneficenza esprime l'obbligazione ad agire per il bene altrui, ci si può innanzitutto chiedere: *quali* sono gli *obblighi* chiamati in causa da questo dovere e *verso chi* devono esser compiuti? E ancora: *quali azioni* siamo chiamati a compiere per mostrarci benefici? Ma soprattutto, se davvero esiste l'obbligazione ad agire per il bene degli altri, qual è il suo *fondamento*? Da dove traggono giustificazione gli eventuali obblighi a cui rimanda il dovere di beneficenza?

L'indagine che verrà sviluppata nelle pagine seguenti si pone alla ricerca di una risposta a tali quesiti e, richiamando alcune principali teorie filosofiche che si sono occupate di questo tema, volgerà lo sguardo in primo luogo all'esperienza morale in generale e ad alcuni particolari rapporti interpersonali che ciascuno di noi instaura nel corso della propria esistenza. In secondo luogo, ponendo l'attenzione sull'interazione clinica, si cercherà di individuare il fondamento e di puntualizzare i limiti, qualora essi esistano, dell'obbligazione a compiere atti benefici all'interno di quella determinata relazione interpersonale. L'obiettivo è quello di comprendere quindi *perché e fino a che punto* un medico sia obbligato ad agire per il bene del paziente.

Nel procedere in questo lavoro di analisi sull'obbligazione ad agire per il bene altrui, ritengo necessario prendere le mosse dall'interrogativo concernente la giustificazione del dovere di beneficenza: credo infatti che il tentativo di fornire una risposta a tale quesito risulti prioritario rispetto all'indagine sulle altre questioni sopraccennate. L'eventuale individuazione di un fondamento dell'obbligazione a compiere atti benefici si rivela, a mio avviso, determinante per due ragioni: da un lato dimostrare l'effettiva esistenza di tale obbligazione, dall'altro consentire il prosieguo dell'indagine sugli obblighi chiamati in causa da questo dovere e sulle azioni necessarie al suo

adempimento. Inoltre, qualora non si riuscisse a giustificare l'esistenza del dovere di beneficenza, risulterebbe privo di senso porsi gli altri interrogativi sopraccennati e, a maggior ragione, tentare di fornirvi una risposta.

Nel corso della storia del pensiero filosofico, alcune teorie hanno tentato di fornire una giustificazione dell'obbligo a realizzare atti benefici, altre invece, pur non ammettendo esplicitamente l'esistenza di un vero e proprio dovere di beneficenza, hanno compiuto un'analisi dell'agire umano in generale e hanno constatato il suo essere naturalmente orientato alla promozione del bene altrui. Si tratta indubbiamente di due diverse impostazioni teoriche poiché, mentre la prima argomenta a favore dell'esistenza dell'obbligazione a compiere azioni benefiche e ne ricerca il fondamento, la seconda ritrova nell'essere umano una naturale inclinazione alla realizzazione del benessere dei suoi simili, ma non giunge alla delineazione di un dovere di beneficenza. E' però interessante soffermarsi anche su quest'ultimo tipo di teorie morali: esse infatti consentono, a mio avviso, d'indagare la sfera dell'agire umano e di trarre degli interessanti spunti di riflessione in vista di un'indagine che, come la presente, intende esaminare il dovere di beneficenza e il suo fondamento.

## 2.2 *La naturale disposizione a compiere atti benefici*

David Hume è uno degli autori che difende la tesi in base alla quale le persone presentano una naturale disposizione morale ad agire per il bene degli altri e questo al di là delle specifiche relazioni che esse intrattengono con i diversi membri della società. All'interno della *Ricerca sui principi della morale*, il filosofo parla infatti di una sorta di *filantropia naturale* rivolta a tutti gli uomini<sup>1</sup>, ossia di una *benevolenza generale*

---

<sup>1</sup> Cfr. D. Hume, *Ricerca sui principi della morale* (1751), trad. it. di M. Dal Pra, Laterza, Bari 1997. Si è qui in presenza di un'impostazione che subisce delle considerevoli modifiche nel corso degli anni di formazione filosofica dell'autore. Infatti, all'interno del terzo libro del *Trattato sulla natura umana* pubblicato nel 1740, Hume ritrova nella *simpatia* il principio più adeguato per spiegare la genesi dei sentimenti morali: la parte affettiva della natura dell'uomo viene così ricondotta a un unico principio, grazie al quale si giungono ad approvare le qualità utili e piacevoli per se stessi e per l'umanità in generale. Ritrovando nella simpatia la spiegazione dei diversi sentimenti umani così come dell'approvazione e della disapprovazione morale, il sistema etico riesce, a parere del filosofo, a dare carattere unitario all'esperienza della moralità. Nella *Ricerca sui principi della morale*, Hume torna a interrogarsi sulle ragioni che determinano la partecipazione dell'uomo alle emozioni altrui e, parimenti a quanto enunciato nel terzo libro del *Trattato*, egli ritiene che sia la nozione della morale ad implicare «qualche sentimento comune a tutta l'umanità, che raccomandi lo stesso oggetto all'approvazione generale e faccia che ogni uomo, o la maggior parte degli uomini, si accordi nella stessa opinione o decisione intorno ad esso» (*ivi*, p. 167). Tuttavia, nella *Ricerca* Hume non rintraccia più un unico principio a cui

presente nella natura dell'essere umano. Essa viene inoltre presentata come una delle più importanti virtù sociali (*social virtues*)<sup>2</sup> che esplica immediatamente il proprio influsso; la benevolenza è infatti espressione, scrive Hume,

d'una tendenza diretta o istinto, la quale mira principalmente al semplice oggetto che muove le passioni e non comprende progetto o sistema di sorta, né le conseguenze che risultano dall'unione, dall'imitazione o dall'esempio di altri<sup>3</sup>.

A riguardo, il filosofo prende in esame la prestazione di aiuto in due particolari rapporti interpersonali, ossia nella relazione genitori-figli e nel legame amichevole. In entrambi i casi, precisa Hume, l'agente è mosso da un affetto naturale e soccorre "immediatamente" chi versa in stato di bisogno: ciò significa che la sua azione non è preceduta da un'analisi relativa ai propri sentimenti e non si basa sulle convenzioni sociali concernenti l'atto in questione. Infatti, nel momento in cui un padre aiuta suo figlio, il primo non si sofferma a riflettere sull'affetto che nutre nei confronti del secondo, né tanto meno si chiede se altri prima di lui abbiano agito allo stesso modo. Questo, continua Hume, si verifica anche tra due amici, dove la prestazione di aiuto dell'uno verso l'altro non segue a un esame del sentimento che li lega e non costituisce neppure una mera imitazione di un atto compiuto da qualcuno che è già stato mosso da un proposito così nobile<sup>4</sup>. Quindi, in entrambi gli esempi riportati, l'azione non necessita

---

l'uomo ricorre per lodare o condannare, da un punto di vista morale, le azioni e i caratteri propri o altrui. In quest'opera il filosofo individua infatti quattro principi: la spiegazione delle qualità lodate o biasimate fa riferimento a ciò che è immediatamente *piacevole alla persona e agli altri* e a ciò che si rivela *utile per sé e per gli altri uomini*. Risulta pertanto degno di approvazione quello che si rivela giovevole e utile a se stessi e all'umanità in generale e al contrario oggetto di disapprovazione tutto ciò che appare dannoso e pericoloso a sé e agli altri uomini. Il sentimento della simpatia, emerso nelle pagine del *Trattato* e teso a ricondurre a un unico principio esplicativo la parte affettiva della natura umana, scompare per lasciare posto nella *Ricerca* a un *sentimento d'umanità* (*sentiment of humanity*), comune cioè a tutti gli uomini. Scrive infatti Hume: «Ogni condotta che si guadagna la mia approvazione, in quanto tocca il mio sentimento d'umanità, si procura del plauso di tutti gli uomini, in quanto agisce sullo stesso principio che si trova in essi; ma ciò che serve alla mia avarizia o alla mia ambizione, reca gradimento a queste passioni soltanto in me, e non tocca l'avarizia e l'ambizione del resto degli uomini. Non c'è circostanza di condotta in un uomo qualsiasi, purché abbia una tendenza benefica, che non risulti gradita al mio senso d'umanità, per quanto sia distante da me la persona in questione» (*ivi*, p. 171).

<sup>2</sup> Hume ritiene importante analizzare le virtù sociali (umanità, benevolenza, giustizia e fedeltà), poiché esse consentono di rendere conto sia delle altre virtù sia dell'esperienza morale in generale. Si legge infatti al termine della seconda sezione della *Ricerca*: «La felicità degli uomini, l'ordine della società, l'armonia delle famiglie, l'aiuto reciproco fra amici, si considerano sempre come il risultato del benigno dominio delle virtù sociali sul cuore dell'uomo» (*ivi*, p. 25).

<sup>3</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 221.

<sup>4</sup> Cfr. *ibidem*. In un altro passo della *Ricerca*, Hume ribadisce la medesima posizione con questi interrogativi: «E non desideriamo forse il benessere del nostro amico, anche se l'assenza o la morte ci dovessero impedire di prendervi parte in alcun modo? O che cosa è di solito che ci consente qualche partecipazione al benessere dell'amico, anche quando sia vivo e presente, se non il nostro affetto e la nostra considerazione per lui?» (*ivi*, p. 215).

di giustificazioni mediate poiché rappresenta l'effetto di una tendenza diretta a promuovere il bene altrui<sup>5</sup>.

Inoltre, osserva il filosofo, ogni qualvolta questa disposizione morale ad agire per il bene degli altri si concretizza in atti benefici, questi ultimi si assicurano l'approvazione (*approbation*) e il favore degli uomini (*good-will of mankind*)<sup>6</sup>:

pare che non si possa negare che nulla può conferire maggior merito ad un uomo, del sentimento di benevolenza esplicito in grado eminente; e che una parte, quanto meno, di tale merito deriva dalla tendenza che la benevolenza ha a promuovere gli interessi umani ed a recare felicità alla società<sup>7</sup>.

La benevolenza costituisce quindi la tendenza naturale dell'uomo a ricercare il bene e la felicità altrui e proprio questi aspetti si rivelano fondamentali per la deliberazione morale. A parere di Hume, infatti, noi proviamo un sentimento di approvazione verso tutto ciò che si rivela utile e giovevole all'umanità e, al contrario, disapproviamo quello che le è dannoso e pericoloso. Benessere e felicità altrui così come l'utilità che deriva dal nostro agire costituiscono quindi, per il filosofo, la fonte del nostro giudizio morale relativamente ai diversi atti umani.

---

<sup>5</sup> E' interessante osservare come Hume svolga queste considerazioni per distinguere le virtù sociali dell'umanità e della benevolenza da quelle della giustizia e della fedeltà. Diversamente dalle prime, che «hanno in vista un singolo oggetto determinato, e tendono alla sola salvezza o felicità della persona che è oggetto dell'amore e della stima» (*ibidem*), le virtù della giustizia e della fedeltà necessitano di una giustificazione mediata poiché, attraverso il loro esercizio, ciò che può risultare benefico per il singolo potrebbe in realtà rivelarsi dannoso per la collettività. Infatti, nonostante la giustizia e la fedeltà appaiano utili e necessarie al benessere dell'umanità, «il beneficio che deriva da esse non è la conseguenza di ciascun atto singolo preso nella sua individualità, ma scaturisce dall'intero piano o sistema cui collabora l'intera società o la sua maggior parte» (*ivi*, p. 223). Hume propone la metafora del muro per ribadire la differenza tra i due tipi di virtù sociali. Egli sostiene che la felicità e la prosperità degli uomini derivanti dall'esercizio della virtù della benevolenza possano essere paragonati a «un muro, costruito da più mani, il quale cresce ad ogni pietra che vi si ammucchia sopra e aumenta proporzionalmente alla diligenza ed alla cura impiegate da ognuno che vi lavora». Nel caso delle virtù sociali della giustizia e della fedeltà la felicità che da esse deriva costituisce invece ogni singola pietra, che, «da sola, cadrebbe, se l'intera struttura non fosse tenuta in piedi dal reciproco appoggio e dalla combinazione delle sue parti corrispondenti» (*ibidem*).

<sup>6</sup> Cfr. *ivi*, pp. 14-15. Va sottolineato come per Hume la ragione umana non costituisca una facoltà capace di formulare giudizi morali: essa riesce infatti a descrivere le circostanze in cui si sono verificate le nostre azioni e ad istruirci relativamente all'utilità e alla dannosità delle stesse, ma, anche qualora risulti pienamente sviluppata, non basterà da sé medesima a produrre biasimo e approvazione morale. Quindi, dinnanzi a un determinato atto e in vista di una sua deliberazione morale, per Hume la ragione si rivela insufficiente; da qui la necessità di affermare «un *sentimento*, affinché si dia una preferenza alle tendenze utili rispetto a quelle dannose. Questo sentimento non può essere che una sensibilità per la felicità degli uomini ed un risentimento nei confronti della loro infelicità, giacché questi sono i diversi fini che la virtù ed il vizio tendono a promuovere. Qui dunque la *ragione* ci insegna a che cosa tendono le azioni e il *senso di umanità* opera una distinzione in favore di quelle che sono utili e benefiche» (*ivi*, p. 191).

<sup>7</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 25. Il possesso della virtù sociale della benevolenza conferisce maggior merito all'individuo che la esercita, e questo soprattutto nel momento in cui egli rientri tra i pochi soggetti impegnati nella promozione del bene altrui. Infatti, ai nostri occhi, il valore di questo benefattore aumenta e si unisce al pregio della sua rarità. Cfr. *ivi*, p. 221.

Come precedentemente accennato, la naturale disposizione morale ad agire per il bene degli altri si esplica, per Hume, al di là delle specifiche relazioni che ognuno di noi intrattiene con i diversi membri della comunità. La vita sociale, constatata lo studioso, è caratterizzata sia da rapporti interpersonali noti o supposti sia da relazioni nascoste o sconosciute<sup>8</sup>, ma nessuna di queste viene coltivata in vista dell'interesse personale o dell'amore di sé. Infatti, per Hume, tutti questi rapporti, più o meno contrassegnati dall'aspetto della reciprocità, costituiscono una prova dell'impegno di ciascuno di noi verso il benessere e la felicità del genere umano. L'autore rifiuta quindi quelle impostazioni filosofiche che giustificano le azioni umane sulla base dell'interesse personale e che definiscono forme di ipocrisia qualsiasi opera benefica o un inganno ogni rapporto amichevole, giungendo così a risolvere i sentimenti di amicizia e di umanità nell'amore di sé. Scrive infatti Hume:

Anche all'osservatore più superficiale risulta che ci son delle disposizioni come la benevolenza e la generosità e delle affezioni come l'amore, l'amicizia, la compassione e la gratitudine. Questi sentimenti hanno le loro cause, i loro effetti, i loro oggetti e le loro operazioni, ben note al linguaggio ed all'osservazione comuni e perfettamente distinte da quelle delle passioni egoistiche<sup>9</sup>.

Leggendo le pagine della *Ricerca* di Hume, si può osservare come il filosofo parli di una naturale disposizione a compiere atti benefici, mai però di un vero e proprio dovere di beneficenza. Ritengo tuttavia che la sua impostazione filosofica consenta di soffermarci su un aspetto che si rivela importante per comprendere la successiva analisi dell'obbligazione ad agire per il bene altrui. Mi riferisco al carattere di *reciprocità* che si manifesta nei rapporti interpersonali: i soggetti in essi coinvolti appaiono vicendevolmente legati, tanto che l'agire di uno ha delle inevitabili ripercussioni sulle successive azioni dell'altro. In seguito a queste considerazioni e volgendo lo sguardo all'esperienza morale quotidiana, potremmo anche sostenere che mettere in atto azioni di carattere benefico così come sentirci obbligati a compierle trovino la loro giustificazione a partire dall'aspetto di reciprocità che caratterizza i nostri rapporti interpersonali. Il paragrafo successivo intende valutare se tale aspetto possa davvero costituire un valido fondamento al dovere di beneficenza e nel fare ciò si sofferma su due particolari relazioni che ognuno di noi sperimenta nell'arco della propria vita: amicizia e rapporto genitori-figli.

---

<sup>8</sup> Cfr. *ivi*, p. 205.

<sup>9</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 211.

### 2.3 La reciprocità nell'amicizia e nel rapporto genitori-figli

Già nel capitolo precedente, richiamando la trattazione aristotelica dell'amicizia, si è osservato come il legame amichevole richieda non solo la disposizione ad agire per il bene altrui (benevolenza), ma anche la realizzazione di azioni concrete indirizzate alla promozione e alla realizzazione del benessere dell'amico (beneficenza). Non è sufficiente infatti desiderare il bene di qualcuno per instaurare con questi un autentico rapporto d'amicizia, nonostante, come si sia già rilevato, tale disposizione costituisca una ragione necessaria (ma appunto non sufficiente) all'instaurazione e al proseguimento di tale legame. In un rapporto amichevole l'uno desidera il bene e la felicità dell'altro, ma si verifica anche una *reciproca* ricerca e realizzazione, per quanto possibile, del bene dell'amico: entrambi i soggetti coinvolti in questa relazione interpersonale si impegnano infatti in azioni di carattere benefico al fine di promuovere e attuare il bene dell'altro.

Quando si instaura un autentico rapporto amichevole con qualcuno, non solo desideriamo il suo bene, ma ci sentiamo anche in dovere di compiere atti benefici nei suoi confronti, come ad esempio telefonargli o fargli visita, sostenerlo nei momenti difficili e condividere con lui quelli felici; tuttavia, ci aspettiamo che anche l'altra persona realizzi tali azioni nei nostri riguardi e ci auguriamo che ciò avvenga non per un mero contraccambiare i benefici da noi ricevuti, ma per il desiderio di compierli, cioè per la propensione a ricercare a sua volta il nostro bene.

La reciprocità costituisce quindi un aspetto sicuramente importante per la comprensione del dovere di beneficenza che scaturisce da un rapporto amichevole; tuttavia, questo aspetto non sembra fondare del tutto tale obbligazione: in una vera amicizia sembra infatti assente quella che in ambito giuridico viene definita “clausola di reciprocità”, in base alla quale i contraenti di un accordo si impegnano a offrirsi vicendevolmente il medesimo trattamento. Per quanto risulti rilevante anche in un rapporto amichevole, la reciprocità non appare quindi in grado di render conto dell'intera gamma degli obblighi di beneficenza richiesti in tale relazione.

A mio avviso, possiamo prendere maggiore consapevolezza dell'insufficienza dell'aspetto di reciprocità per la giustificazione dei doveri di beneficenza riflettendo su un'altra relazione interpersonale che caratterizza l'esistenza di ognuno di noi, ossia il rapporto genitori-figli. Anche in tale relazione, gli obblighi di beneficenza di questi

ultimi verso i primi sembrano inizialmente trovare la loro giustificazione alla luce della nozione di reciprocità: poiché ogni genitore è obbligato a impegnarsi in vista della crescita, dell'istruzione e dell'educazione della prole<sup>10</sup>, allo stesso modo il figlio dovrebbe mostrarsi benefico nei confronti del padre e della madre, soprattutto qualora questi versino in un particolare stato di bisogno.

Se l'obbligazione parentale sembra trovare un'immediata giustificazione nel fatto di aver generato un figlio e di dover quindi farsi carico degli obblighi che derivano da tale scelta, non pare si possa, però, dire altrettanto relativamente all'obbligazione filiale. Riflettendo su quest'ultima, infatti, sembra ancora legittimo chiedersi: per quale motivo un figlio deve mostrarsi benefico nei confronti dei propri genitori, promuovendo e realizzando, per quanto possibile, il loro bene?

Ricercando una giustificazione all'obbligazione filiale, sono state proposte diverse tesi<sup>11</sup>; una di esse afferma che gli obblighi dei figli nei confronti dei propri genitori trovino fondamento nel loro essere un *corollario* dell'obbligazione parentale. In base a tale impostazione, si sostiene che, considerando come i genitori nell'arco della propria esistenza si impegnino nel promuovere il bene del figlio, quest'ultimo è tenuto a fare altrettanto, soprattutto nel momento in cui i genitori stessi, a causa ad esempio di una malattia o del sopraggiungere della vecchiaia, necessitano di particolari attenzioni o cure. Dinanzi a questo tipo di giustificazione, sono state avanzate alcune critiche: si è sottolineato come, diversamente dai genitori che scelgono di procreare e si assumono così i relativi doveri che derivano da tale decisione, i figli non vengano posti nella

---

<sup>10</sup> Così recita, ad esempio, l'articolo 147 (*Doveri verso i figli*) del nostro *Codice Civile*: «Il matrimonio impone ad ambedue i coniugi l'obbligo di mantenere, istruire ed educare la prole tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli». L'obbligo dei genitori di mantenere i figli e di provvedere alla loro istruzione ed educazione sussiste per il solo fatto di averli generati e non cessa con il raggiungimento della maggiore età da parte dei figli. Tale obbligazione perdura infatti immutata nel tempo fin tanto che un genitore, accusato di cessazione di adempimento nel mantenere la prole, non dimostri che il figlio ha raggiunto l'indipendenza economica, cioè che quest'ultimo è stato posto nelle concrete condizioni per essere autosufficiente, ma continua a trarne utilmente profitto per sua colpa (ad esempio per trascuratezza o per libera, ma discutibile, scelta delle opportunità offertegli dal genitore). Inoltre, come specifica l'articolo successivo del medesimo *Codice (Concorso negli oneri)*, l'adempimento dell'obbligazione a mantenere, istruire ed educare la prole deve avvenire in proporzione ai mezzi e alle capacità possedute da entrambi i coniugi. Qualora questi mezzi si rivelino insufficienti, «gli altri ascendenti legittimi o naturali, in ordine di prossimità, sono tenuti a fornire ai genitori stessi i mezzi necessari affinché possano adempiere i loro doveri nei confronti dei figli». Per una visione critica degli articoli qui richiamati, cfr. P. Cendon, A. Baldassari (a cura di), *Codice civile annotato con la giurisprudenza*, UTET giuridica, Milano 2007, pp. 228-237.

<sup>11</sup> Cfr. S. Keller, *Four Theories of Filial Duty*, in «The Philosophical Quarterly», 56 (2006), n. 223, pp. 254-274; D. Callahan, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with "A Response to my Critics"*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995<sup>2</sup>, pp. 82-114.

condizione di scegliere quando e con chi dare avvio a quello specifico rapporto interpersonale. E' come se i genitori deliberassero volontariamente sulla nascita di un figlio e sull'instaurarsi della relazione che si verifica appunto da quella scelta, ma non possa essere affermata la medesima cosa per quanto riguarda la prole. A mio parere, tale aspetto è confermato anche dall'esperienza personale di ciascuno di noi: possiamo infatti avere o meno dei figli, ma *tutti* abbiamo o abbiamo avuto dei genitori ed è pertanto inevitabile che si instauri un rapporto con questi ultimi. Tuttavia, come giustamente sottolinea Daniel Callahan, i genitori scelgono di avere *un* bambino, ma non optano per *quel* determinato figlio. Quindi, nonostante essi decidano di procreare, si tratta pur sempre di una deliberazione parziale: i genitori infatti non possono scegliere esattamente con chi saranno chiamati ad espletare i loro doveri parentali<sup>12</sup>.

Vista l'impossibilità di trovare una giustificazione esaustiva dell'obbligazione filiale quale corollario dell'obbligazione parentale, si potrebbe sostenere che la prima si basa sulla *gratitudine* che i figli sono chiamati a mostrare per tutto ciò che ricevono o hanno ricevuto dai loro genitori: basti pensare al dono della vita, ma anche all'amore, al supporto e alla sussistenza materiale che vengono forniti alla prole durante la loro esistenza. Senza i genitori, si afferma, i figli non sarebbero riusciti a divenire ciò che sono<sup>13</sup>. Tuttavia, quantificare tutto quello che ci viene donato dai nostri genitori e agire poi nei loro riguardi per contraccambiare i benefici ricevuti appare non solo impossibile (come si può infatti calcolare l'amore di una madre o di un padre verso il proprio figlio e sdebitarsi di conseguenza?), ma, a mio parere, anche pericoloso. Tale impostazione sminuisce infatti il rapporto interpersonale in questione, riducendolo a un accordo, più o meno tacito, dove le azioni di carattere benefico vengono messe in atto da ognuna delle parti in causa per sdebitarsi dei benefici ottenuti dall'altra o per esigerne dei nuovi. Una lettura di questo tipo giunge per di più a giustificare, sempre sulla base della reciprocità, atteggiamenti malvagi da parte dei figli come conseguenza di comportamenti altrettanto scorretti compiuti dai genitori<sup>14</sup>.

Interpretare poi il rapporto genitori-figli al pari di un legame amichevole, come fanno ad esempio Jane English<sup>15</sup> e Nicholas Dixon<sup>16</sup>, non sembra giustificare del tutto

---

<sup>12</sup> Callahan, *Setting Limits*, cit., p. 91.

<sup>13</sup> Cfr. S.C. Miller, *Filial Obligation, Kant's Duty of Beneficence, and Need*, in J.M. Humber, R.F. Almeder, *Care of the Aged*, Humana Press, Totowa – New Jersey 2003, pp. 172-174.

<sup>14</sup> Cfr. *ivi*, p. 174.

<sup>15</sup> Cfr. J. English, *What Do Grow Children Owe Their Parents?*, in N.S. Jecker (ed. by), *Aging and Ethics*,

l'obbligazione filiale e i doveri di beneficenza da questa richiamati. Tale giustificazione si rivela infatti non esaustiva principalmente per due motivi: da una parte, per il fatto che il rapporto genitori-figli non è sempre descrivibile nei termini di una relazione tra amici, dall'altra, se anche fosse corretta tale identificazione, si ritornerebbe alle difficoltà precedentemente evidenziate nella trattazione dell'amicizia. Il rimando sarebbe infatti nuovamente alla nozione di reciprocità, che, come è già stato sottolineato, costituisce un elemento necessario all'instaurarsi e al proseguimento di un autentico rapporto di amicizia e, tuttavia, si rivela non sufficiente per dare fondamento agli obblighi di beneficenza chiamati in causa da questo legame particolare.

Dinnanzi alle considerazioni sinora svolte, si può, a mio avviso, giungere alla seguente conclusione: anche se la reciprocità è un aspetto inevitabilmente presente nel rapporto genitori-figli, essa non è capace di render conto dell'intera gamma degli obblighi di beneficenza richiesti in tale legame e questo neppure per quanto riguarda l'obbligazione parentale. Non si può, infatti, giustificare l'amorevole cura della prole esclusivamente in termini di reciprocità: un genitore non si sente cioè obbligato a mantenere, a educare, a promuovere e realizzare il bene del figlio solo sulla base dei benefici che potrebbe ricevere in futuro da quest'ultimo. A sua volta, neppure i doveri di beneficenza del figlio nei confronti della propria madre o del proprio padre appaiono del tutto giustificabili in termini di gratitudine e di reciprocità a causa delle due ragioni precedentemente ricordate, ovverosia l'impossibilità di quantificare i benefici ricevuti dai genitori per ricambiarli di conseguenza e il pericolo di impoverimento dello stesso rapporto interpersonale in questione.

Credo che già l'analisi del legame di amicizia e del rapporto genitori-figli abbia messo in luce la difficoltà di trovare un fondamento al dovere di beneficenza; tale problematicità è per di più emersa dall'esame di specifiche relazioni interpersonali che ognuno di noi sperimenta nell'arco della propria vita e all'interno delle quali la promozione e la realizzazione di atti benefici avviene verso persone a cui siamo particolarmente legati. Se già in questi rapporti che caratterizzano la nostra esperienza quotidiana ci risulta problematico trovare il fondamento al dovere di beneficenza, come giustificare allora le azioni benefiche verso gli altri in generale? Ma soprattutto, si può

---

The Humana Press, Totowa – New Jersey 1992, pp. 147-154 (in particolare, pp. 151-154).

<sup>16</sup> Cfr. N. Dixon, *The Friendship Model of Filial Obligations*, in «Journal of Applied Philosophy», 12 (1995), n. 1, pp. 77-87.

dire che tali atti corrispondano all'adempimento di un dovere? Infatti, qualora non si riesca a giustificare un'obbligazione ad agire per il bene altrui neppure in rapporti specifici, come quelli che sorgono tra amici e fra genitori e figli, ci si potrebbe chiedere: ha ancora senso parlare della beneficenza come di un dovere?

#### 2.4 Beneficenza: dovere o ideale morale?

Il filosofo americano Bernard Gert sostiene che non esiste un vero e proprio dovere di beneficenza: le azioni benefiche sono infatti espressione di un lodevole ideale, ma non possono essere ritenute l'adempimento di *regole morali (moral rules)*<sup>17</sup>. Queste ultime, diversamente dagli *ideali morali (moral ideals)*, contengono proibizioni e ne sono un esempio le norme che vietano di uccidere, di causare sofferenza o danno agli altri, di privarli della loro libertà<sup>18</sup>. Tanto gli ideali morali, che includono precetti quali “Solleva dalla sofferenza”, “Previeni il danno, la perdita di libertà e la morte altrui”, quanto le regole trovano, per Gert, la loro ragion d'essere nella *moralità comune (Common Morality)*. Quest'ultima costituisce, a parere dello studioso, il punto di partenza del nostro ragionamento morale: essa si appella infatti a quei convincimenti, anche impliciti, che ci permettono di trovare soluzioni condivise ai problemi etici che caratterizzano l'esperienza quotidiana<sup>19</sup>.

Diversamente dalle regole che delineano i *limiti (limits)* entro i quali l'atto risulta legittimo, gli ideali morali indicano i *fini positivi (positive goals)* che le nostre azioni dovrebbero perseguire. Va precisato come, per Gert, il raggiungimento di un ideale possa essere solo incoraggiato, ma non richiesto come invece avviene per il rispetto di ciascuna regola morale. Inoltre, mentre quest'ultima deve essere rispettata in qualsiasi momento (*all of the time*) e in modo imparziale (*impartially*), cioè nei confronti di tutti, persone sconosciute comprese, per il filosofo americano risulta impossibile agire sulla base di ideali morali sempre e imparzialmente.

Gert chiarifica la distinzione tra regole e ideali morali mediante questo esempio: si possono rispettare le prime, senza cioè violarle, anche dormendo, poiché, trattandosi di

---

<sup>17</sup> Cfr. B. Gert, *Morality: Its Nature and Justification*, Oxford University Press, New York 2005; Id., *How Common Morality Relates to Business and the Professions*, in M. Korthals, R.J. Bogers (ed. by), *Ethics for Life Scientists*, Springer, Dordrecht 2004, pp. 129-139.

<sup>18</sup> Cfr. *ivi*, p. 133.

<sup>19</sup> Cfr. *ivi*, pp. 129-130.

proibizioni, il loro adempimento non richiede necessariamente un atto concreto da parte del soggetto. Al contrario, non vengono perseguiti gli ideali morali mentre si dorme: essi richiedono infatti un intervento attivo dell'agente, che non può però portare a termine alcuna azione proprio perché non è in stato di veglia<sup>20</sup>.

Inoltre, prosegue lo studioso, chi obbedisce alla regola morale “Non uccidere” adempie questo dovere verso tutti, cosa che non si verifica nel momento in cui si agisce sulla base di ideali morali: è infatti razionalmente impossibile promuovere sempre il bene di ciascun individuo e l'esperienza quotidiana attesta inoltre come ogni azione benefica non possa che esser compiuta nei confronti di un determinato soggetto.

La promozione e la realizzazione del bene altrui costituiscono quindi, a parere di Gert, degli ideali morali, che però possono assumere il carattere di doveri all'interno di specifici contesti o nello svolgimento di particolari ruoli professionali<sup>21</sup>. Essere genitori, ad esempio, non può ridursi all'adempimento di quelle regole morali precedentemente accennate poiché è richiesto un impegno attivo verso l'educazione, il mantenimento e la formazione della prole. L'ideale morale della promozione del bene altrui assume quindi i connotati di un dovere all'interno del contesto familiare. Allo stesso modo, essere giudici, insegnanti, medici o infermieri comporta, per Gert, la realizzazione di atti benefici nei confronti dei destinatari di tali professioni: anche in questi casi, non è sufficiente evitare di causare danno, ma occorre prodigarsi per il bene dell'assistito, dello studente o dell'ammalato.

Di conseguenza, nell'impostazione di Gert negare che esista il dovere di beneficenza non significa rifiutare l'esistenza di obblighi che richiedano la realizzazione del bene altrui: operando all'interno di determinati contesti o svolgendo particolari ruoli professionali, l'agente è infatti chiamato a rispettare norme di condotta che favoriscano il benessere delle persone verso le quali si relaziona. Tuttavia, all'infuori di questi ambiti, le obbligazioni che richiedono la realizzazione di atti benefici non rimangono tali, ma tornano ad essere ideali morali, che possono venire più o meno perseguiti.

A mio avviso, la proposta teorica di Gert rischia di dar vita a una sorta di “schizofrenia” nel soggetto agente perché a quest'ultimo potrebbe essere richiesto, in particolari circostanze, di considerare regole morali ciò che persegue in linea di

---

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> Cfr. B. Gert, C.M. Culver, K.D. Clouser, *Bioethics: A Systematic Approach*, Oxford University Press, Oxford - New York 2006<sup>2</sup>, pp. 117-120.

massima come ideali. Ciascuno di noi potrebbe così essere paragonato a un individuo che indossa un certo “abito comportamentale” all'interno dei particolari contesti esistenziali e/o professionali in cui opera e lo toglie nel momento in cui si distacca da quest'ultimi. Ritengo invece indispensabile una considerazione dell'agente morale come di un'*unità narrativa*: egli è appunto autore di una storia di vita, di una condotta, e non può perciò essere inteso atomisticamente come la fonte di singole azioni. Credo sia pericoloso sorvolare su questo aspetto poiché rischia di suddividere la vita morale di ognuno di noi in diverse fasi spazio-temporali, senza guardare al protagonista nella sua globalità.

Nonostante questi punti deboli, la riflessione offerta da Gert permette, a mio parere, di svolgere alcune importanti considerazioni relativamente alla beneficenza. Lo studioso ammette l'esistenza di obblighi che richiedono la realizzazione del bene altrui, pur non parlando di un vero e proprio dovere di beneficenza. Anche se il sollievo dalla sofferenza, la prevenzione del danno e la promozione del benessere degli altri non vengono considerati delle regole morali, esse poggiano comunque sulla moralità comune, cioè in quello “spazio” che permette alle diverse prospettive, persino in conflitto tra loro, di giungere a soluzioni condivise attraverso il riconoscimento di alcuni convincimenti etici.

Anche la beneficenza rientra quindi tra questi ultimi e, a fianco agli altri convincimenti, costituisce il punto di partenza del nostro ragionamento morale. Ciò non toglie che la beneficenza rimanga, agli occhi di Gert, un ideale morale: essa infatti non vieta determinati comportamenti né tanto meno delinea i limiti entro i quali l'agire risulta legittimo, ma indica solamente i fini positivi che le nostre azioni possono perseguire. Proprio per questo, essa non viene considerata dal filosofo americano un'obbligazione a tutti gli effetti.

Quindi, se posta a confronto con i doveri negativi o di non interferenza che proibiscono determinati atti, quali uccidere e causare danno, la beneficenza, pur richiedendo un intervento attivo da parte del soggetto agente, non specifica come e quali azioni compiere. Siamo quindi in presenza di un vero e proprio nodo problematico che, a mio avviso, si accentua particolarmente nelle pagine di Gert. Dinanzi alla sua impostazione teorica rimane infatti questo interrogativo: com'è possibile che una medesima azione costituisca in un contesto l'adempimento di un dovere e in un altro il

perseguimento di un fine positivo? La beneficenza può davvero essere al tempo stesso dovere e ideale morale?

### 2.5 Il principio di beneficenza allargata

In ambito filosofico sono state presentate alcune tesi molto forti a sostegno della beneficenza: negando che quest'ultima possa costituire un ideale morale, esse ritengono che compiere atti benefici verso gli altri sia un vero e proprio dovere. Una di queste impostazioni teoriche, proposta dal filosofo australiano Peter Singer, parte dall'idea che la sofferenza è un male, e pertanto va eliminato o quanto meno ridotto<sup>22</sup>, e giunge ad affermare che è sempre nostro dovere farvi fronte; il mancato adempimento di questa obbligazione è giustificato solamente nei casi in cui tale agire possa causare un danno o promuovere un bene morale di rilevanza analoga<sup>23</sup>. Si legge infatti all'interno del testo singeriano *Salvare una vita si può. Agire ora per cancellare la povertà*:

se vogliamo essere persone giuste dobbiamo donare agli altri fino a quando, se continuassimo a farlo, ci troveremmo a sacrificare qualcosa di altrettanto importante delle ingiustizie che la nostra donazione vorrebbe evitare<sup>24</sup>.

Di fronte alla povertà estrema che ancora caratterizza le popolazioni del terzo mondo e al crescente divario tra Paesi ricchi e non, Singer considera inaccettabile l'attuale linea di demarcazione tra dovere e carità: quando si gode di buon tenore di vita, sostiene il

---

<sup>22</sup> Per Singer (*Famine, Affluence, and Morality*, in «Philosophy and Public Affairs», 1 (1972), pp. 229-243; trad. it., *Carestia, ricchezza e morale*, in Id., *Scritti su una vita etica. Le idee che hanno messo in discussione la nostra morale*, Net, Milano 2004, pp. 127-138), la maggior parte delle persone, pur sostenendo diverse correnti di pensiero, giunge alla conclusione che «soffrire e morire di fame, freddo e malattie è un male» (*ivi*, p. 128). L'autore considera tale affermazione l'assunto iniziale della sua impostazione teorica.

<sup>23</sup> Scrive infatti Singer: «se è in nostro potere impedire un male, senza con ciò sacrificare nulla che abbia un'analoga importanza morale, allora siamo di fronte all'obbligo morale di agire. Con "senza sacrificare nulla che abbia un'analoga importanza morale" intendo: "senza causare un male di rilevanza analoga" o "senza mancare di promuovere un bene morale di rilevanza analoga al male impedito"» (*ivi*, trad. it. cit., pp. 128-129).

<sup>24</sup> P. Singer, *Salvare una vita si può. Agire ora per cancellare la povertà* (2009), trad. it. di F. Tondi, Il Saggiatore, Milano 2009, p. 141. E' interessante evidenziare i due obiettivi che hanno guidato l'autore nella stesura di questo testo: Singer intende innanzitutto sfidare il lettore a riflettere sui doveri che egli ha nei confronti delle popolazioni bisognose e, in secondo luogo, persuaderlo a devolvere parte dei guadagni personali per aiutare i poveri. Cfr. *ivi*, pp. 11-12. Questo scritto è, a mio avviso, provocatorio sia per i contenuti sia per il tono impiegato nel comunicarli e tale aspetto è spesso presente nelle opere di Singer: la maggior parte dei suoi scritti, infatti, presenta molti esempi, dati statistici o risultati di studi empirici così come varie descrizioni di situazioni ipotetiche dinanzi alle quali al lettore è richiesto di esprimere un giudizio relativamente agli atti compiuti dall'agente e/o di immedesimarsi in quest'ultimo. Chi legge è così invitato a riflettere su quale comportamento attuerebbe se fosse egli stesso protagonista di questi eventi (reali o ipotetici).

filosofo australiano, donare del denaro alle organizzazioni assistenziali non costituisce un atto caritatevole, bensì un dovere, poiché si fa fronte alla sofferenza altrui devolvendo il superfluo<sup>25</sup>. Singer argomenta quindi a favore di un vero e proprio obbligo all'assistenza<sup>26</sup>, proponendo perciò un *principio di beneficenza allargata*.

Lo studioso sottolinea inoltre come, dinnanzi al problema della fame che ancor oggi affligge molti popoli, l'etica sia chiamata ad offrire approcci normativi per farvi fronte, formulando delle teorie che riconoscano il dovere di beneficenza<sup>27</sup>. Occorre pertanto, a parere di Singer, individuare dei principi o delle regole morali che evitino le disuguaglianze sociali e prendano adeguatamente in considerazione gli interessi di tutti. Per il filosofo australiano, ogni teoria morale deve perciò rispondere all'esigenza di *universalità* e di *imparzialità*: nel momento in cui si formuli un qualsiasi giudizio morale, occorre da un lato essere disposti a prescrivere che ci si conformi ad esso in tutte le situazioni, siano esse reali o ipotetiche, dall'altro che tale giudizio preveda un superamento dell'interesse personale del dichiarante. Scrive infatti Singer:

L'etica ci chiede di andare oltre l'“io” e il “tu”, per giungere alla legge universale, al giudizio universalizzabile, al punto di vista dello spettatore imparziale, o dell'osservatore ideale, o in qualunque altro modo lo si voglia chiamare<sup>28</sup>.

Per Singer quindi, quando si formula un giudizio morale, si ammette che esso sia universalizzabile, cioè che valga per tutti e in ogni situazione. Inoltre, sempre a parere dello studioso, quando si pensa in termini morali, i propri interessi non possono contare più di quelli degli altri: il ragionamento morale ci richiede infatti di attribuire a tutti questi interessi il medesimo peso, senza privilegiare a priori nessuno di essi<sup>29</sup>. E' proprio

---

<sup>25</sup> Cfr. Singer, *Carestia, ricchezza e morale*, p. 132.

<sup>26</sup> Cfr. P. Singer, *Etica pratica* (1979), trad. it. di G. Ferranti della I ed., Liguori Editore, Napoli 1989, pp. 169-181.

<sup>27</sup> A parere di Singer, l'etica non può limitarsi allo studio del linguaggio morale o all'analisi di problemi concernenti il suo statuto epistemologico. Essa è piuttosto chiamata a impegnarsi attivamente da un punto di vista normativo, formulando quindi delle teorie che ci forniscano una guida all'azione. L'etica, precisa lo studioso, deve innanzitutto valutare la sostenibilità e la validità delle nostre credenze morali, sostituendole qualora esse si rivelino razionalmente ingiustificate. Singer infatti evidenzia come la coerenza di una teoria morale alle nostre intuizioni e credenze morali non costituisca affatto un valido criterio per considerarla accettabile. Anzi, il sentirci così sicuri relativamente a quegli asserti, al punto da non metterli in discussione, può perpetuare alcuni pregiudizi e impedire l'esercizio della nostra riflessione critica.

<sup>28</sup> Singer, *Etica pratica*, trad. it. cit., p. 22. Forte è qui l'influsso del pensiero di Richard Mervyn Hare, di cui Singer è stato allievo a Oxford.

<sup>29</sup> Per giungere all'eguale considerazione degli interessi di tutti, occorre assumere quello che Singer, riprendendo un'espressione di Henry Sidwick (*I metodi dell'etica* (1874), trad. it. di M. Mori, Il Saggiatore, Milano 1995, p. 414), definisce il “punto di vista dell'universo”. Il filosofo australiano lo considera il punto di vista legittimo per la giustificazione etica ed afferma come esso possa essere assunto

l'elemento formale dell'imparzialità, indispensabile per chi si ponga a formulare un giudizio da un punto di vista morale, a richiedere questa rigorosa uguaglianza nella considerazione degli interessi<sup>30</sup>.

Nella prospettiva di Singer, la teoria normativa dell'*utilitarismo delle preferenze*, che egli stesso abbraccia, è capace di rispondere adeguatamente alle esigenze di universalità e di imparzialità derivanti dalla natura stessa dell'impresa morale. Questa particolare forma di utilitarismo conferisce, infatti, il medesimo valore a tutte le preferenze dei vari soggetti coinvolti in un'azione, senza operare quindi una distinzione tra le preferenze stesse in superiori e inferiori o in accettabili e inaccettabili.

Tuttavia, come giustamente sottolinea Massimo Reichlin, il solo calcolo degli interessi propri e altrui non determina, neppure per lo stesso Singer, la giustezza di un corso d'azione: l'impersonale massimizzazione dell'utilità non può che volgere lo sguardo al contenuto delle preferenze ed essere accompagnato da un atteggiamento di rispetto nei confronti degli altri. Se così non fosse, osserva Reichlin, chi ha rischiato la propria vita per salvare quella di molti ebrei durante il periodo nazista non avrebbe agito in nome del valore di ogni persona umana e del rispetto che essa merita, ma sulla base di un calcolo delle preferenze,

*attribuendo agli interessi dei nazisti a sterminare il popolo ebreo lo stesso valore accordato alle preferenze degli ebrei a non essere sterminati*<sup>31</sup>.

Sebbene gli interessi dei soggetti coinvolti in un corso d'azione debbano essere presi in considerazione, l'agente non può guardare ad essi indifferentemente dal loro contenuto: egli è infatti chiamato ad interrogarsi in merito alla loro bontà e rilevanza morale, giungendo così a ritenerne alcuni prioritari rispetto ad altri. Inoltre, a mio avviso, tale analisi non può concentrarsi sugli interessi personali *tout court* perché deve innanzitutto guardare ai loro portatori, nella consapevolezza che sono questi ultimi a

---

mediante l'uso della ragione. Singer, nel suo saggio dal titolo *La vita buona* (in Id., *La vita come si dovrebbe* (1995), Il Saggiatore, Milano 2001, pp. 288-298) sostiene che è solo grazie alla ragione che l'uomo riesce ad adottare un punto di vista esterno su se stesso, riconoscendosi «un individuo tra gli altri, con interessi e desideri simili agli altri. [...] La ragione ci permette di capire che gli altri hanno un punto di vista ugualmente soggettivo e che, dal “punto di vista dell'universo”, la mia prospettiva non è migliore di quella di altri» (*ivi*, p. 291). Sulla ripresa dell'espressione “punto di vista dell'universo” già utilizzata da Sidwick, cfr. P. Singer, *Sidwick and Reflective Equilibrium*, «The Monist», 58 (1974), pp. 490-517. Per un'analisi del “punto di vista dell'universo” nell'impostazione teorica di Singer, cfr. S. Pollo, *Peter Singer: l'utilitarismo e la vita buona*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», 10 (2002), n. 3, pp. 476-486.

<sup>30</sup> Cfr. P. Singer, *One World. L'etica della globalizzazione* (2002), trad. it. di P. Cavalieri, Einaudi, Torino 2003, pp. 172-223.

<sup>31</sup> M. Reichlin, *Etica della vita. Nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008, p. 76.

conferire valore agli interessi stessi.

Singer rifiuta poi la tesi in base alla quale noi abbiamo degli obblighi speciali nei confronti di chi ci è più vicino (come ad esempio figli, coniugi, amici e compatrioti) e oltretutto prioritari rispetto a quelli verso persone a noi estranee. A suo avviso, i doveri che scaturiscono dalle nostre relazioni particolari non devono affatto prevalere su quelli che ognuno di noi è chiamato ad adempiere nei confronti di individui lontani o sconosciuti. Un'impostazione di questo tipo giunge quindi a giustificare scelte che mettono, ad esempio, a repentaglio la vita di un figlio per salvarne altre, anche di persone completamente estranee. Per Singer, qualora venisse presa una tale decisione, essa non sarebbe affatto compiuta da un padre manchevole, che rinuncia alla famiglia, non ama i propri figli e non desidera proteggerli, bensì da un agente che pone attenzione, più di quanto faccia ogni altro, ai bisogni delle persone<sup>32</sup>.

A parere del filosofo australiano, quindi, ognuno di noi ha l'obbligo di aiutare gli altri e questo indipendentemente dal rapporto che intrattiene con essi o dalla distanza fisica che lo separa da questi: il mancato adempimento del dovere di prestare soccorso non può infatti essere giustificato alla luce del fatto che non conosciamo i beneficiari o essi vivono in terre lontane dalle nostre. Vista l'esistenza di molte organizzazioni umanitarie impegnate nella lotta contro la povertà nel mondo, Singer nega la rilevanza morale della distanza, in base alla quale potremmo giustificare un nostro mancato aiuto sulla base dell'effettiva lontananza fisica del beneficiario.

A mio avviso, un'impostazione teorica così formulata rischia di non prendere in considerazione la *dimensione emotiva* che inevitabilmente entra in gioco nel nostro agire quotidiano: l'importante sfera dei rapporti affettivo-relazionali, che caratterizza l'esistenza di ognuno di noi, rende impossibile un calcolo così razionale delle preferenze proprie e altrui. Vi è inoltre, ed è questo un argomento ancor più decisivo, il pericolo di adottare, come fa lo stesso Singer, un principio dell'agire che giustifica la noncuranza dell'interesse e delle preferenze di *un* soggetto in vista del *benessere aggregato*. Ritorna quindi il mancato riconoscimento del valore della persona in quanto tale e la relativa considerazione numerica degli individui e dei loro interessi<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Cfr. Singer, *Salvare una vita si può. Agire ora per cancellare la povertà*, p. 138.

<sup>33</sup> Questo mancato riconoscimento è, a mio avviso, confermato dal fatto che l'utilitarismo della preferenza giustifica l'uccisione di tutti quegli individui incapaci di esprimere il proprio desiderio di continuare a vivere. Ciò si riferisce sia a coloro che non hanno ancora sviluppato la capacità di comunicare le proprie preferenze relativamente alla vita e alla morte, come avviene per embrioni, feti e neonati, sia a chi ha

Singer rifiuta, per di più, quell'impostazione teorica che distingue i doveri negativi (quali "Non uccidere", "Non causare danno") da quelli positivi (ad esempio "Previene il male", "Rimuovi la sofferenza"), assegnando priorità ai primi rispetto a quest'ultimi. Malgrado il senso comune ci porti a ritenere i doveri negativi più vincolanti in virtù della loro intuitività ed evidenza, lo studioso nega che essi presentino una maggiore forza normativa rispetto a quelli positivi. Nella prospettiva del filosofo australiano, una teoria normativa non può né delineare esclusivamente principi che vietino di causare agli altri danno o ingiustizia, né conferire a queste obbligazioni un'importanza tale da mettere in secondo piano quei doveri che richiedono invece la promozione e la realizzazione del bene altrui.

Giocano qui un ruolo decisivo il rifiuto della distinzione tra uccidere e lasciar morire e la conseguente tesi dell'equivalenza tra questi due atti, che Singer chiama in causa anche nella sua trattazione del tema dell'eutanasia<sup>34</sup>. Non esistendo, a parere dello studioso, differenze moralmente rilevanti tra le due azioni<sup>35</sup>, nel momento in cui non doniamo del denaro per sostenere la lotta alla fame nel mondo, ci asteniamo dal salvare vite umane. Così facendo, per Singer, lasciamo continuamente morire degli innocenti, il che equivale ad ucciderli<sup>36</sup>. A conferma di ciò, lo studioso evidenzia come l'elevata mortalità infantile annuale sia per lo più dovuta a cause evitabili e pertanto, l'atteggiamento di

---

temporaneamente o definitivamente perduto tale capacità.

<sup>34</sup> Cfr. Singer, *Etica pratica*, pp. 130-158.

<sup>35</sup> Cfr. *ivi*, pp. 163-168.

<sup>36</sup> Singer sottolinea come esistano, tutt'oggi, popolazioni che si trovano nell'impossibilità di soddisfare bisogni primari, quali cibo, acqua, alloggio, igiene, cure sanitarie e istruzione. D'altro lato, vi sono coloro che possiedono molto di più del necessario e, malgrado siano informati delle condizioni di miseria in cui versano i primi, non si adoperano per diminuire la discrepanza tra Paesi ricchi e poveri. A parere dello studioso, questa situazione corrisponde a «una tragedia di proporzioni immani» e a «una vergogna morale per un mondo così ricco come il nostro» (*ivi*, p. 10), poiché esso lascia morire persone innocenti quando in realtà avrebbe tutti gli strumenti per salvar loro la vita. Dello stesso avviso James Rachels (*Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia* (1989), trad. it. di P. Garavelli, Sonda, Casale Monferrato 2007<sup>2</sup>, pp. 162-186), che, riflettendo sulla distinzione, a suo avviso scorretta, tra uccidere e lasciar morire, ed indagando le implicazioni dell'equivalenza tra i due atti, afferma: «quasi tutti siamo nella condizione di poter salvare vite umane contribuendo con le nostre offerte alla lotta contro la fame. Se la tesi dell'equivalenza è corretta, siamo tutti, moralmente parlando, degli assassini» (*ivi*, p. 163). A parere di Rachels, noi sopravvalutiamo la malvagità di un atto omicida e al tempo stesso sottovalutiamo quella del lasciar morire le persone che vivono in Paesi poveri: a riguardo, lo studioso chiede al lettore di immaginare accanto a lui un panino di cui non ha urgente necessità, e un bambino che sta morendo di fame (cfr. *ivi*, pp. 168-169). Qualsiasi persona, sostiene Rachels, che si trovasse in questa situazione smetterebbe di leggere e porgerebbe il panino al piccolo, senza considerare tale gesto un atto supererogatorio (cioè un'azione eticamente apprezzabile per il movente solidaristico che lo ispira, ma non moralmente obbligatorio). Ciascuno di noi infatti, continua l'autore, riterrebbe doveroso soccorrere il bambino per salvargli la vita e giudicherebbe cattivo, se non addirittura un «mostro morale» (*ivi*, p. 169), colui che, in tale contesto, preferisce continuare a leggere, mostrandosi così indifferente alla morte prossima del piccolo.

indifferenza dinnanzi a tale situazione corrisponde a continui omicidi.

Esula dall'obiettivo di questo scritto addentrarsi in una distinzione così complessa come quella tra uccidere e lasciar morire. Va però sottolineato un aspetto che ritengo importante in vista della comprensione di entrambi gli atti in questione, cioè l'elemento dell'*intenzionalità* che li guida. Mentre l'agente, uccidendo, provoca intenzionalmente la morte di qualcun altro e quindi l'effetto che deriva dalla sua azione non è solo previsto, ma anche inteso, ciò non si verifica nel lasciar morire poiché esso costituisce un effetto negativo non intenzionale<sup>37</sup>. Tra questi due atti vi è poi una *differenza causale*: in tali azioni, l'agente assume un ruolo diverso a seconda del verificarsi o meno di una situazione di pericolo, non a lui imputabile (si pensi, ad esempio, a un'uccisione in caso di legittima difesa). Risultano quindi necessarie una distinzione tra la responsabilità causale e quella morale e un'attenta valutazione di quest'ultima di fronte al contesto nel quale si verifica un determinato agire. Non si può non rilevare infatti la diversa responsabilità morale dell'agente dinnanzi alle due azioni sopraccennate perché, mentre lasciar morire le popolazioni afflitte dal problema della fame comporta un intervento indiretto di ciascuno di noi, colui che uccide diviene invece il diretto responsabile della morte della vittima.

L'idea che esista un dovere morale di prestare soccorso e di aiutare coloro che si trovano in situazioni più disagiate rispetto alle nostre è, per Singer, facilmente intuibile quando vediamo i soggetti che necessitano del nostro aiuto e risuliamo i loro unici possibili benefattori. Infatti, prosegue lo studioso, se camminando in riva al lago sorprendessimo un bambino che si agita nell'acqua e non riesce ad uscirvi e, oltre ad essere gli unici spettatori della scena, ci risultasse facile e non pericoloso tuffarsi per prestargli aiuto, allora saremmo portati a ritenere un dovere questa nostra azione di soccorso<sup>38</sup>. Ci aspetteremmo inoltre che qualsiasi persona, dinnanzi a una situazione del

---

<sup>37</sup> Rimando alla trattazione del principio del duplice effetto l'analisi relativa alla differenza tra effetti previsti e intesi ed effetti previsti non intesi (si veda più avanti il paragrafo 2.7 di questo capitolo).

<sup>38</sup> In questa situazione ipotetica, già descritta in termini simili all'interno del testo *Etica Pratica* (cit., p. 169), l'agente indossa scarpe nuove, comprate qualche giorno prima, e si sta recando al lavoro; ebbene, sottolinea Singer, sarebbe grottesco che considerazioni secondarie, quali mantenere integri i propri abiti e non voler giungere in ritardo al posto di lavoro, possano avere la precedenza sul bene rappresentato dal salvare una vita umana. Scrive infatti lo studioso: «Chi mai riterrebbe che un paio di scarpe o la perdita di un paio d'ore di lavoro siano ragioni sufficienti per non salvare la vita di un bambino?» (Singer, *Salvare una vita si può*, p. 17). Tutti quindi ammetterebbero che trarre in salvo quest'ultimo costituisce il dovere dell'agente al punto che, se non curante del bambino in difficoltà, proseguisse comunque la sua camminata e arrivasse pure al lavoro puntuale, asciutto e pulito, ognuno sosterebbe che egli ha commesso un'azione moralmente sbagliata.

genere, intervenga e presti il proprio aiuto e, per di più, qualora ciò non avvenisse riterremmo immorale tale mancanza. Scrive infatti il filosofo australiano:

nelle situazioni in cui è facile prestare soccorso, il nostro intuito ci dice che sarebbe sbagliato non farlo<sup>39</sup>.

Singer osserva come non vengano compiute queste considerazioni e non si traggano le stesse conclusioni di fronte alla povertà presente nel mondo e all'elevata mortalità infantile che essa produce, nonostante la donazione di una cifra relativamente bassa di denaro aiuti un bambino e lo salvi da una morte certa. Perché, si domanda il filosofo, se riteniamo doveroso salvare il piccolo che sta affogando nel lago e consideriamo un gesto immorale l'astensione di soccorso nei suoi confronti, non compiamo le medesime considerazioni relativamente al concreto aiuto che ciascuno di noi può dare alle popolazioni povere?

Le ragioni per cui non assumiamo atteggiamenti solidali, nonostante ci risulti facile aiutare gli altri e questo non comporti dei pericoli per la nostra sopravvivenza, sono molteplici e di carattere psicologico: Singer cita, ad esempio, l'“effetto della vittima identificabile” e la conseguente “regola del soccorso”, in base alla quale

siamo disposti a spendere di più per soccorrere una vittima identificabile che non per salvare una “vita statistica”<sup>40</sup>.

Ci mostriamo pertanto meno generosi qualora non siamo in possesso di informazioni relative alla persona da aiutare o esse risultino così astratte da non consentirci di identificarla. Inoltre, continua lo studioso, doniamo cifre meno cospicue nel caso in cui non intratteniamo rapporti particolari con i soggetti che necessitano dei nostri benefici o vivono in paesi lontani dal nostro e paradossalmente ci mostriamo meno solidali quando gli individui in stato di bisogno sono più di uno<sup>41</sup>. Per di più, tanto maggiore è il numero

---

<sup>39</sup> *Ivi*, p. 33.

<sup>40</sup> *Ivi*, p. 55.

<sup>41</sup> Tutti questi aspetti vengono spiegati e giustificati da Singer alla luce degli studi condotti sul campo, i quali sottolineano la compresenza di due diversi processi che vengono messi in atto dall'uomo per comprendere la realtà e agire di conseguenza, ovvero il *sistema affettivo* e quello *deliberativo*. Mentre il primo fa leva sulle risposte emozionali a immagini o racconti e riesce ad elaborare risposte celeri relativamente ad essi, conducendo così a un atto concreto immediato, il sistema deliberativo, fondandosi sulla ragione, procede a una valutazione logica dei dati fondata sull'evidenza e, pertanto, richiede al soggetto maggior tempo prima che egli dia avvio a un certo corso d'azione. Di conseguenza, se veniamo posti dinnanzi a una situazione nella quale più individui necessitano del nostro aiuto, il sistema deliberativo si soffermerà a riflettere maggiormente su tale contesto rispetto a quanto farebbe quello affettivo e giungerà alla conclusione che aiutare due persone è da preferirsi rispetto a soccorrerne una, tre rispetto a due e così via, bloccando, o sicuramente rallentando, la nostra eventuale prestazione di soccorso. Cfr. *ivi*, pp. 56-57. La presenza di questi due processi spiega anche perché veniamo

di persone in stato di aiuto, tanto minore sarà la propensione a soccorrerle perché saremo portati a ritenere futile ogni eventuale gesto di solidarietà, considerandolo quindi una goccia nell'oceano.

Anche la cosiddetta “diffusione di responsabilità” contribuisce, per Singer, ai tempi e alle modalità d'intervento: infatti, se sappiamo che la responsabilità dell'aiuto non ricade tutta su di noi, siamo meno portati a beneficiare colui che si trova in uno stato di bisogno<sup>42</sup>. Non credo sia così difficile trovare la triste conferma di ciò in molti casi di cronaca nera riportati da giornali e *media*: spesso veniamo a conoscenza di aggressioni che avvengono in luoghi affollati, dove nessuno interviene per difendere la vittima in questione o si registrano addirittura da parte dei passanti atteggiamenti di indifferenza.

Per abbattere queste barriere psicologiche, Singer propone la creazione di una nuova “cultura del dare”, nella quale si incoraggi le persone a rendere pubblico l'ammontare delle loro donazioni (visto che, a parere dello studioso, doniamo di più quando sappiamo che anche altri lo stanno facendo), si rendano il più possibile noti i volti dei bisognosi e si giunga a una *istituzionalizzazione della pratica della beneficenza*<sup>43</sup>. Se si vuole quanto meno dimezzare la povertà globale, per Singer occorre che le persone benestanti versino annualmente in beneficenza una parte del loro reddito<sup>44</sup>. In questo modo, molte popolazioni povere non soffrirebbero più la fame, avrebbero accesso all'acqua potabile e otterrebbero un'assistenza sanitaria di base e le persone benestanti, versando una minima parte del proprio reddito, avrebbero adempiuto al loro dovere.

A mio avviso, il sostegno e la diffusione di questa “cultura del dare” potrebbero giungere a sminuire l'atto caritatevole: quest'ultimo potrebbe infatti rivelarsi svuotato di quell'intenzione moralmente buona che di solito lo accompagna e lo definisce come tale. Rendere per di più noti l'ammontare delle donazioni e i volti dei bisognosi significherebbe da un lato non prendere in considerazione il disagio che questo provoca

---

emozionalmente colpiti in maniera minore quando giungiamo a conoscenza di tragedie che non colpiscono in modo diretto il nostro Paese, mostrandoci così meno solidali verso chi è lontano e nei confronti del quale non abbiamo instaurato alcun legame particolare.

<sup>42</sup> Cfr. *ivi*, p. 61.

<sup>43</sup> Ad esempio, scrive Singer, le grandi aziende, così come gli altri datori di lavoro, potrebbero detrarre l'1% dallo stipendio di ogni dipendente, donandolo alle associazioni benefiche e interrompere tale detrazione nel momento in cui il dipendente stesso decida di partecipare al programma di una di esse. Cfr. *ivi*, p. 78.

<sup>44</sup> Singer propone di stabilire la quota del versamento annuale sulla base di un'imposta progressiva, cioè mediante un criterio che determina la somma di denaro da devolvere in beneficenza in proporzione all'ammontare del reddito: qualora quest'ultimo aumenti, deve verificarsi altrettanto per la donazione. Cfr. *ivi*, p. 144.

nei soggetti interessati, dall'altro strumentalizzare la figura del benefattore e del beneficiario per spingere altri a compiere atti benefici.

Credo inoltre, ed è questo un argomento più decisivo rispetto ai precedenti, che il principio di beneficenza allargata proposto da Singer risulti così esigente nei confronti di chi promuove il bene altrui da avanzargli continuamente delle richieste, anche nel momento in cui stia effettivamente compiendo un'azione benefica o l'abbia appena portata a termine. Si consideri un'altra versione dell'esempio del lago, proposta dallo stesso Singer: mentre cammina, un soggetto nota dieci bambini che stanno affogando e vede altri nove adulti che possono, come lui, intervenire per prestar soccorso; egli decide di tuffarsi, salva uno dei piccoli e constata come solo altri quattro adulti abbiano agito allo stesso modo. Visto che cinque bambini si trovano ancora in situazione di pericolo, secondo Singer chi ha appena prestato soccorso non può esimersi dal rituffarsi in acqua e proseguire nel salvataggio<sup>45</sup>. Il fatto cioè che altri individui, pur assistendo alla scena, non si impegnino nella realizzazione di atti benefici non giustifica il soccorritore a interrompere il suo corso d'azione. Egli infatti non può, per Singer, discolparsi dell'eventuale morte degli altri cinque bambini affermando di aver già compiuto il suo dovere, appellandosi così al “principio della giusta parte”. In base a quest'ultimo, ognuno di noi è chiamato a fare quanto gli spetta e non è perciò tenuto a sacrificarsi ulteriormente qualora veda che altri non stanno agendo alla sua stessa maniera<sup>46</sup>. Contrariamente a quanto espresso in tale principio, per Singer noi siamo

---

<sup>45</sup> Cfr. *ivi*, p. 145.

<sup>46</sup> Questo principio è sostenuto da Jonathan Cohen (*Who is Starving Whom?*, in «Theoria», 47 (1981), n. 2, pp. 65-81), che lo enuncia attraverso questo esempio: egli immagina dieci persone ricche e con molto cibo a loro disposizione, che vivono in un'isola deserta insieme ad altri dieci soggetti, i quali tuttavia si trovano in situazione di estrema povertà. Otto benestanti dividono i loro viveri con altrettanti poveri, che, in questo modo, possono continuare a vivere. A questo punto Cohen si chiede: chi è responsabile dell'eventuale morte per denutrizione degli altri due poveri? Gli otto benestanti perché non si sono ulteriormente prodigati ad aiutare gli abitanti poveri dell'isola o le due persone ricche che non hanno affatto spartito il loro cibo? Per lo studioso, la responsabilità dei possibili decessi ricade esclusivamente sui due soggetti che non hanno per nulla aiutato chi si trovava in stato di bisogno. A suo avviso, infatti, la moralità non deve esigere dall'agente più di quanto richiederebbe se ognuno adempisse ai suoi doveri. Questa clausola è condivisa anche da Liam B. Murphy (*The Demands of Beneficence*, in «Philosophy and Public Affairs», 22 (1993), n. 4, pp. 267-292), che la definisce “condizione di conformità” (*Compliance Condition*): un principio di beneficenza, che esige la promozione e la realizzazione del bene altrui, non può aumentare le sue richieste verso l'agente se diminuisce la conformità degli altri a quel principio (cfr. *ivi*, p. 278). Riprendendo l'esempio di Cohen, in base alla “condizione di conformità” appena formulata, non è possibile avanzare ulteriori pretese agli otto soggetti benestanti visto che le altre due persone ricche hanno diminuito il loro livello di conformità. Inoltre, per Murphy, la conformità può essere sia totale (*Total Compliance*) sia parziale (*Partial Compliance*): mentre la prima si verifica nel momento in cui ciascun membro dell'umanità fa ciò che gli spetta (“principio della giusta parte”), la seconda ha luogo qualora alcuni diminuiscano il loro impegno nella promozione del bene altrui. Murphy propone quindi

giustificati a fermarci nel beneficiare qualcuno solo nel momento in cui questo nostro agire potrebbe sacrificare qualcosa di altrettanto importante della vita che stiamo salvando<sup>47</sup>. A parere dello studioso, il “principio della giusta parte” non è quindi moralmente accettabile, né si può auspicare che esso regoli il nostro agire.

Concordo con Singer quando afferma che, se il “principio della giusta parte” venisse applicato nella situazione descritta dall'esempio del lago appena riportato, si rivelerebbe moralmente inaccettabile, però non per le ragioni che egli adduce: penso infatti che il benefattore non sia giustificato a interrompere il suo agire perché è qui in gioco un valore di massima rilevanza morale, ossia il *valore della vita*. Il soccorritore non può pertanto sostenere di aver già compiuto il suo dovere, mostrarsi indifferente alla morte degli altri cinque bambini e ritenere che la causa di quest'ultima sia nel mancato intervento di coloro che, come lui, assistono alla scena. Credo inoltre che ogni azione benefica non possa essere determinata e guidata da quel calcolo razionale proposto da Singer, in base al quale il benefattore interviene per salvare un solo bambino ritenendo che gli altri nove verranno soccorsi da altrettanti adulti. Tale calcolo non può cioè divenire l'elemento normativamente decisivo di qualsiasi atto benefico poiché quest'ultimo, in ogni contesto, deve essere promosso e realizzato alla luce dei valori in gioco.

Dinnanzi al principio di beneficenza allargata e alle difficoltà ad esso connesse, compiere azioni benefiche deve tornare ad essere inteso al pari di un ideale morale come sosteneva Gert o può ancora essere considerato un dovere? E se sì, in quali termini? Inoltre, promuovere il bene degli altri e non causare loro danno costituiscono, come afferma Singer, l'adempimento di una medesima obbligazione?

## 2.6 Sui doveri di non maleficenza e di beneficenza

William David Ross sviluppa, a mio avviso, un'interessante tesi relativamente ai doveri di non maleficenza e di beneficenza all'interno del testo *Il giusto e il bene*<sup>48</sup>. Per

---

una concezione della beneficenza di carattere cooperativo (*cooperative conception of beneficence*), poiché la beneficenza stessa può, a suo avviso, essere intesa come la condivisione di quell'obiettivo che si propone la promozione del bene (*shared cooperative aim*). Di conseguenza, l'atto benefico del singolo individuo va guardato alla luce di questo scopo comune; scrive infatti Murphy: «ogni agente considera se stesso come colui che *sta lavorando con altri* per promuovere il bene» (*ivi*, p. 286, trad. mia).

<sup>47</sup> Cfr. *ivi*, p. 146.

<sup>48</sup> W.D. Ross, *Il giusto e il bene* (1930), ed. e trad. it. di R. Mordacci, Bompiani, Milano 2004. Per Ross la

comprendere la formulazione di tali doveri offerta dall'autore, va innanzitutto precisato come egli abbracci la teoria morale dell'*intuizionismo etico*, in base alla quale i principi fondamentali della moralità costituiscono delle verità morali autoevidenti. Tali principi non necessitano infatti, per Ross, di alcuna dimostrazione o giustificazione poiché la loro validità può essere colta mediante l'intuizione (*intuizionismo epistemico*); essi indicano poi delle qualità reali e tuttavia non naturali, semplici e indefinibili (*realismo morale non naturalista*)<sup>49</sup>. Infine, per lo studioso, i principi morali fondamentali autoevidenti sono molti (*pluralismo normativo*)<sup>50</sup> e riescono a rendere conto di tutte le diverse forme del dovere: queste ultime, infatti, derivano direttamente da uno di essi oppure costituiscono il risultato di una composizione dei medesimi principi.

Nell'impostazione rossiana, i doveri di non maleficenza e di beneficenza rientrano tra i principi morali fondamentali e vengono definiti doveri *prima facie*. Ross precisa come l'espressione “dovere *prima facie*” suggerisca

un modo abbreviato per far riferimento alla caratteristica (piuttosto distinta da quella di essere un dovere in senso proprio) che un atto possiede in virtù del suo essere un atto di un certo tipo, di essere un atto che sarebbe un dovere, in senso proprio, se non fosse allo stesso tempo di un altro tipo moralmente significativo. Se un atto sia un dovere in senso proprio o dovere reale (*actual*) dipende da *tutti* i tipi moralmente significativi di dovere di cui è un esempio<sup>51</sup>.

Un atto può quindi, per Ross, possedere la caratteristica di essere un dovere *prima*

---

distinzione tra “buono” e “giusto” è importante e deve essere mantenuta. A suo parere, infatti, “moralmente buono” e “moralmente cattivo” non presentano lo stesso significato di “giusto” e “sbagliato”: mentre queste ultime espressioni «si riferiscono interamente alla cosa fatta», le prime rimandano invece «al motivo per cui è fatta» (*ivi*, p. 12). Ross suggerisce quindi di utilizzare il termine “atto” per la cosa fatta e quello di “azione” per indicare il compierla. Si può perciò «parlare di un atto giusto ma non di un'azione giusta, di un'azione moralmente buona ma non di un atto moralmente buono» (*ibidem*). Le distinzioni “giusto/buono” e “atto/azione” spiegano perché il compiere un atto giusto possa essere un'azione moralmente cattiva e, viceversa, un atto sbagliato rivelarsi un'azione moralmente buona (cfr. *ibidem*).

<sup>49</sup> Ritorna qui il tentativo, già presente in Moore, di formulare un'etica il cui fondamento risulti autonomo sia dalle scienze empiriche sia dalla metafisica: per Ross, i termini morali non descrivono infatti qualità naturali e metafisiche né tanto meno costituiscono delle entità immaginarie o effetti di una proiezione di nostre esigenze psicologiche o sociali sul mondo. Nonostante non siano suscettibili di una descrizione scientifica, le proprietà morali sono comunque reali e possono essere colte mediante l'intuizione e la riflessione razionale.

<sup>50</sup> A parere di Ross, non esiste infatti un solo dovere, come, ad esempio, quello espresso dalla teoria utilitaristica che prescrive di produrre il maggior bene possibile. Non è inoltre plausibile per il filosofo appellarsi a tale dovere nelle diverse situazioni conflittuali che caratterizzano la nostra esperienza morale, ritenendo cioè giusto e doveroso quell'atto che produce una maggiore realizzazione di bene rispetto agli altri. Ross constata come la teoria utilitaristica semplifichi indebitamente i rapporti tra le persone: ritenendo la relazione benefattore-beneficiario l'unica moralmente significativa, questa impostazione teorica trascura del tutto i nostri legami speciali, come quelli fra moglie e marito, genitori e figli, e tra amici. Cfr. *ivi*, pp. 26-27.

<sup>51</sup> *Ivi*, p. 27.

*facie*, ma ciò non equivale a dire che esso sia effettivamente un “mio dovere” (*actual duty*) poiché vanno presi in considerazione tutti gli aspetti e le circostanze che caratterizzano l'atto in questione. Mantenere una promessa fatta nei confronti di qualcuno ne è un'esemplificazione: questa azione viene infatti solitamente descritta come l'adempimento di un dovere, ma si possono verificare delle particolari circostanze nelle quali non viene confermato il valore *prima facie* del tener fede alla parola data. Ad esempio, se abbiamo promesso a un nostro amico di fargli visita in ospedale, ma, nel recarvisi, assistiamo a un incidente stradale e risultiamo gli unici soggetti che possono prestar soccorso, allora il valore *prima facie* del mantenere la promessa viene ad essere ridimensionato. Ciò non significa che il tener fede alla parola data non sia un dovere (*prima facie*); esso continua ad esserlo, ma in quel particolare contesto non corrisponde realmente al mio dovere (non diventa cioè “dovere reale”) poiché il mantenimento della promessa fatta all'amico potrebbe comportare un grave danno, come la morte del soggetto coinvolto nell'incidente stradale qualora non lo soccorra<sup>52</sup>.

Nelle righe successive al passo poc'anzi citato, Ross sottolinea come l'espressione “dovere *prima facie*” sia doppiamente fuorviante: in primo luogo, essa può far pensare che non si sia in presenza di un vero e proprio dovere, ma di qualcosa che presenta una particolare relazione con il dovere<sup>53</sup>. In secondo luogo, tale locuzione potrebbe farci pensare che essa stia alludendo a un dovere apparente, soggetto quindi a smentita. In realtà, precisa lo studioso, l'espressione si riferisce a

un fatto oggettivo, implicato nella natura della situazione, o più propriamente in un elemento della sua natura, benché non derivante dalla sua natura *completa*, come accade invece per il dovere in senso proprio<sup>54</sup>.

Il dovere *prima facie* indica quindi una caratteristica oggettiva della situazione, malgrado non si riferisca alla situazione stessa nel suo complesso. Per comprendere se quel dovere sia anche un nostro *dovere effettivo o reale*, occorre, per Ross, prendere in considerazione la natura completa dell'atto, cioè tutti gli aspetti e i dettagli del contesto nel quale l'azione si verifica. Un dovere *prima facie*, quindi, è e rimarrà sempre un dovere, ma, affinché esso risulti effettivamente un *mio dovere*, sarà necessario guardare

---

<sup>52</sup> L'esempio, seppure in termini diversi, è proposto dallo stesso Ross (cfr. *ivi*, p. 37). L'autore afferma inoltre come l'eventuale non mantenimento alla promessa induca «a sentire non tanto vergogna o pentimento, quanto certamente contrizione» per questo nostro agire (*ibidem*).

<sup>53</sup> Cfr., *ivi*, p. 27.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

alla natura specifica dell'atto in questione. Quest'ultimo, infatti, esemplifica spesso molti doveri diversi, ossia varie *caratteristiche moralmente rilevanti*, ognuna delle quali costituisce una *ragione morale* per compiere o meno quell'atto.

Riprendendo l'esempio sopraccennato relativo al mantenere la promessa di visitare un amico, in quella particolare circostanza il prestare soccorso a chi è stato coinvolto in un incidente stradale rappresenta una ragione morale più forte rispetto al tener fede alla parola data. Questo non significa che il dovere di mantenere una promessa non costituisca un vero e proprio dovere o lo sia solo apparentemente; esso infatti continua ad esserlo, ma nella consapevolezza che esistono altre caratteristiche moralmente rilevanti dell'atto in questione.

Per Ross, risulta quindi inevitabile il ricorso al *discernimento* da parte del soggetto agente: spetta infatti a quest'ultimo la valutazione di tutti gli aspetti che compongono la specifica situazione nella quale egli si trova ad operare. E' impossibile, osserva lo studioso, determinare a priori l'esatta dinamica delle ragioni morali che intervengono nel compimento di un atto ed è solamente attraverso la *riflessione critica* che l'agente può far fronte alla ricchezza delle situazioni particolari che gli si presentano dinnanzi<sup>55</sup>.

Introducendo i principi morali fondamentali come doveri *prima facie*<sup>56</sup>, Ross elenca innanzitutto i doveri che si basano su azioni già compiute dal soggetto, precisando come alcuni di essi derivino da una promessa (*doveri di fedeltà*), mentre gli altri dipendano da un precedente atto ingiusto (*doveri di riparazione*). Vi sono poi i *doveri di gratitudine*, che si basano sui servizi prestati da altri nei confronti dell'agente, e quelli *di giustizia*, i quali prescrivono di operare in vista di un'equa distribuzione del piacere o della felicità altrui. A questi seguono i *doveri di beneficenza* e quelli *di miglioramento di sé*: i primi riposano

sul mero fatto che esistono altri esseri nel mondo, di cui possiamo migliorare la

---

<sup>55</sup> Scrive infatti Ross: «I nostri giudizi circa i nostri doveri reali nelle situazioni concrete non possiedono affatto la certezza che si dà nel riconoscimento dei principi generali del dovere. Una proposizione è certa, vale a dire è un'espressione del sapere, solo in uno di questi due casi: quando è autoevidente, o quando è una conclusione tratta da premesse autoevidenti. Ora, i nostri giudizi sui doveri particolari non hanno alcuno di questi caratteri» (*ivi*, p. 39).

<sup>56</sup> Prima della suddivisione dei doveri, Ross precisa come essa non abbia affatto la pretesa di essere completa o definitiva; il filosofo poi ribadisce come ognuno di questi doveri sia autoevidente e di essi non possa essere fornita alcuna prova. Si legge infatti: «A me pare evidente [...] che fare una promessa crei una pretesa morale verso di noi in qualcun altro. Molti lettori diranno forse che essi *non* sanno se questo sia vero. Se è così, certamente io non posso fornir loro alcuna prova; posso soltanto chiedere loro di riflettere ancora, nella speranza che, alla fine, anch'essi concordino sul fatto che lo riconoscono per vero» (*ivi*, p. 28, nota 4).

condizione per quanto riguarda la virtù, l'intelligenza o il piacere<sup>57</sup>, i secondi ci impongono di affinare sia le nostre capacità intellettuali sia le attitudini virtuose<sup>58</sup>. Questa nomenclatura termina citando i *doveri di non maleficenza*, che, comandando di non arrecare danno agli altri, sono gli unici ad essere enunciati in formula negativa<sup>59</sup>. Tali doveri si basano sul fatto che, se vi sono cose cattive in se stesse, quali uccidere e rubare, noi abbiamo il dovere *prima facie* di evitare che queste accadano agli altri<sup>60</sup>.

Dopo aver elencato i doveri *prima facie*, Ross precisa come la non maleficenza, pur potendo essere «incidentalmente»<sup>61</sup> intesa come un mancato compimento del bene, vada distinta dalla beneficenza poiché la prima presenta un carattere più stringente rispetto alla seconda. Scrive infatti il filosofo:

Il riconoscimento di questo dovere di non maleficenza è il primo passo verso il riconoscimento del dovere di beneficenza [...]. Tuttavia, anche quando siamo giunti a riconoscere il dovere di beneficenza, mi sembra che il dovere di non maleficenza sia riconosciuto come distinto e come *prima facie* più vincolante. In generale, non dovremmo considerare giustificabile uccidere una persona per tenerne in vita un'altra, o rubare a qualcuno per fare la carità ad un altro<sup>62</sup>.

Nella prospettiva rossiana, è possibile quindi riconoscere un *dovere positivo* che chiama a promuovere e realizzare il bene altrui solo dopo aver identificato il dovere più stringente di non maleficenza, che comanda di non arrecare danno<sup>63</sup>. Pensiamo, ad esempio, al dovere *prima facie* di beneficenza che chiede di mostrarci caritatevoli verso i bisognosi: per Ross, l'agente può riconoscere tale dovere in seguito al riconoscimento di quello che vieta di causare danno agli altri. Immaginiamo inoltre, come propone lo stesso studioso, che il medesimo soggetto agente abbia contratto un debito e non riesca contemporaneamente ad estinguerlo e aiutare i poveri: dinnanzi a questi due doveri, egli è chiamato a sdebitarsi con il benefattore prima di mostrarsi caritatevole verso qualcun

---

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 29.

<sup>58</sup> *Ibidem*. Per Ross è quindi l'esistenza di altri individui che giustifica e dà fondamento al dovere di beneficenza; inoltre, le virtù, l'intelligenza e il piacere, considerati dall'autore  *cose intrinsecamente buone* (cfr. *ivi*, pp. 157-165), devono essere prodotti nella maggiore quantità possibile, e questo in riferimento sia a se stessi (dovere di miglioramento di sé) sia agli altri (dovere di beneficenza).

<sup>59</sup> Va precisato come, dopo aver elencato i sette tipi di doveri *prima facie*, Ross raggruppi la giustizia, la beneficenza e il miglioramento di sé sotto il principio generale che ci richiede di produrre il maggior bene possibile, inteso però nei termini di bene intrinseco. I doveri risultano così cinque: fedeltà, riparazione, gratitudine, promozione del bene e non maleficenza. Cfr. *ivi*, p. 35.

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

<sup>61</sup> *Ivi*, p. 29.

<sup>62</sup> *Ivi*, p. 30.

<sup>63</sup> Cfr. *ivi*, p. 39.

altro<sup>64</sup>. Ciò non significa che promuovere il bene altrui non sia più un suo dovere; essere benefici è e rimane un dovere *prima facie*, ma spetta all'agente la valutazione di tutti gli aspetti della specifica situazione nella quale si trova ad operare.

In sintesi, la formulazione russiana dei doveri di non maleficenza e di beneficenza, pur riconoscendo al primo un carattere più stringente rispetto al secondo, consente di definirli come doveri *prima facie*; essi risultano quindi “doveri reali o effettivi” solo in seguito all'analisi di tutti gli elementi moralmente rilevanti dell'atto in questione. Ricorrendo al discernimento, spetta pertanto al soggetto agente vagliare le diverse ragioni morali che intervengono nella scelta di un determinato corso d'azione rispetto ad un altro.

Seppure in termini diversi, il principio di beneficenza è ritenuto un principio morale fondamentale anche da William K. Frankena<sup>65</sup>, che lo inserisce all'interno della sua teoria normativa, da egli stesso definita “deontologismo misto”. Tale teoria cerca di mediare tra etiche deontologiche e utilitaristiche poiché le ritiene entrambe insufficienti: infatti, mentre le prime

considerano seriamente le altre persone, ma non considerano abbastanza seriamente la promozione del bene<sup>66</sup>,

le seconde cadono in errore nel momento in cui ritengono che la massimizzazione del bene realizzi necessariamente una giusta distribuzione dello stesso. Scrive infatti Frankena:

Il problema è che un'azione, una pratica o una norma può massimizzare la quantità di bene nel mondo e ancora essere ingiusta nel modo in cui la distribuisce<sup>67</sup>.

Il principio di utilità, che comanda di produrre la maggior rimanenza possibile di bene sul male, risulta quindi per Frankena insufficiente poiché necessita di un principio di giustizia. Per di più, quello di utilità non può essere considerato un principio morale fondamentale perché ne presuppone un altro più basilare, cioè quello di beneficenza, che comanda di fare il bene e di prevenire o evitare il male<sup>68</sup>. Pertanto, è il principio di

---

<sup>64</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>65</sup> Cfr. W.K. Frankena, *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale* (1973), trad. it. di M. Mori, Edizioni di Comunità, Milano 1981.

<sup>66</sup> *Ivi*, p. 95.

<sup>67</sup> *Ivi*, p. 106

<sup>68</sup> Cfr. *ivi*, pp. 112-113. Scrive infatti Frankena: «Abbiamo un obbligo *prima facie* di massimizzare la rimanenza di bene su male soltanto se abbiamo un *precedente* obbligo *prima facie* di fare il bene e di

beneficenza che fonda quello di utilità e quest'ultimo non può rientrare tra i principi morali fondamentali. Essi sono quindi due: beneficenza e giustizia, che vengono anche definiti, riprendendo l'espressione russiana, doveri *prima facie*.

Per Frankena, il principio di utilità non è poi derivabile da quello di beneficenza in senso stretto: infatti, mentre il primo è espresso in termini quantitativi e presuppone la misurabilità e comparabilità di beni e mali, quello di beneficenza non nega tale misurabilità, ma neppure la implica. Ciò significa che, applicando il principio di beneficenza, i beni e i mali da esso indicati possono essere misurati e confrontati, ma non è nella natura dello stesso principio richiederlo<sup>69</sup>.

Inoltre, il principio di beneficenza non deriva, a parere di Frankena, da quello di giustizia che chiede un'equa distribuzione del bene. Scrive infatti il filosofo:

in un certo senso la beneficenza è *giusta* e il non essere benefici *sbagliato* nelle condizioni specificate, ma nego che, propriamente parlando, siano rispettivamente giusti e ingiusti. Non tutto ciò che sarebbe bene fare è giusto, né tutto ciò che è sbagliato fare è ingiusto<sup>70</sup>.

Frankena sottolinea perciò come non sia sempre rigorosamente sbagliato non realizzare un atto di beneficenza qualora lo si possa compiere: si possono infatti verificare delle situazioni in cui l'agente deve dare priorità ad altre ragioni morali previste dal corso d'azione in questione, come, ad esempio, l'equa distribuzione delle risorse.

Il filosofo individua poi all'interno del principio di beneficenza quattro elementi, posti nel seguente ordine di priorità: non infliggere male o danno, prevenire male o danno, rimuovere il male e fare o promuovere il bene<sup>71</sup>. Diversamente dall'impostazione russiana, una tale definizione del principio di beneficenza abbraccia anche quello di non maleficenza. Il primo elemento del principio di beneficenza è infatti espresso in termini passivi, cioè nel dovere di non fare direttamente del male ad un altro.

Frankena evidenzia inoltre come la beneficenza costituisca un ideale troppo esigente per essere del tutto tradotto in pratica: esso infatti presenta, almeno in parte, un carattere

---

prevenire il male» (*ivi*, p. 113).

<sup>69</sup> Si tratta di una precisazione molto importante poiché consente a Frankena di sottolineare il legame esistente tra il principio di beneficenza e quello di utilità (il primo è infatti il fondamento del secondo), confermandone tuttavia la distinzione. Scrive infatti il filosofo: «Supponete di avere due atti, A e B, e che A produca 99 unità di bene e nessun male, mentre B produce sia bene sia male ma ha una rimanenza netta di 100 unità di bene su male. In questo caso l'utilitarismo dell'atto ci richiede di dire che B è la cosa giusta da fare. Ma sicuramente alcuni di noi penserebbero che sia A l'atto giusto ed il principio di beneficenza ci permette di dirlo, anche se non lo richiede» (*ivi*, pp. 113-114).

<sup>70</sup> *Ivi*, p. 114.

<sup>71</sup> Cfr. *ivi*, p. 116.

supererogatorio poiché suggerisce azioni degne di lode, ma che non sono sempre obbligatorie in senso stretto. Dei quattro aspetti del principio di beneficenza delineati da Frankena, l'ultimo, cioè fare o promuovere il bene, ha, per lo studioso, carattere supererogatorio; di conseguenza, la beneficenza è almeno in parte un dovere imperfetto, nel senso kantiano del termine<sup>72</sup>.

In sintesi, pur non parlando del dovere, bensì del principio di beneficenza, anche Frankena, al pari di Ross, ritrova nella beneficenza uno dei principi morali fondamentali. Tuttavia, pur riconoscendo come Ross il carattere *prima facie* di tale principio, Frankena non separa la beneficenza dalla non maleficenza, poiché considera quest'ultima uno dei quattro elementi che costituiscono il principio di beneficenza.

Concludendo, credo che le impostazioni teoriche di Ross e Frankena riconoscano l'effettiva *complessità degli eventi morali* e non tralascino il *ruolo dell'agente*, soprattutto nei casi in cui si verifichino conflitti tra doveri e spetti all'agente stesso comprendere quale di essi debba diventare il suo dovere effettivo. Tale complessità si accentua nel momento in cui il soggetto si trovi a deliberare sul dare o meno avvio a un'azione che prevede l'inevitabile verificarsi, accanto agli esiti positivi, di taluni effetti negativi. Si tratta del cosiddetto "atto a duplice effetto", relativamente al quale è stato formulato un principio che giustifica il compimento del medesimo atto. Ritengo importante un'analisi di tale principio per due ragioni: da un lato cogliere i diversi elementi che compongono un evento morale, dall'altro giungere alla consapevolezza dell'importanza che ciascuno di essi ha nel processo deliberativo.

## 2.7 Il principio del duplice effetto

Il principio del duplice effetto, detto anche *principio dell'atto a duplice effetto*<sup>73</sup>, è un

---

<sup>72</sup> Cfr. *ivi*, p. 116. Rimando alle pagine seguenti la trattazione kantiana del dovere di beneficenza (paragrafo 2.8 di questo capitolo).

<sup>73</sup> A parere di Guido M. Miglietta (*Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997, p. 19), l'espressione "principio dell'atto a duplice effetto" appare semanticamente più chiara rispetto alla locuzione "principio del duplice effetto": la prima infatti, precisa lo studioso, «concentra l'attenzione non tanto sulla molteplicità degli effetti che possono scaturire da un qualsivoglia atto, ma sull'atto morale in se stesso nella sua composizione unitaria, di atto ed effetti che da esso scaturiscono e che partecipano della moralità dell'atto che viene posto». Dello stesso avviso è Andrea Viridis (*Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica*, in «Medicina e Morale», 56 (2006), n. 5, p. 955), il quale evidenzia come la dicitura "principio dell'atto a duplice effetto" concentri la sua attenzione non tanto sulla molteplicità degli effetti che possono derivare da un corso d'azione, ma sull'atto morale stesso. Quest'ultimo, precisa Viridis, «dovrà essere considerato nel suo essere composto, in

importante principio della teologia morale. Esso rientra tra i principi morali pratici<sup>74</sup> in quanto costituisce un punto di riferimento<sup>75</sup> e un criterio guida per il ragionamento e l'agire morale<sup>76</sup>: tale principio trova infatti applicazione in quelle situazioni nelle quali si ponga un atto (sia esso azione od omissione) che prevede un inevitabile verificarsi, accanto agli esiti positivi, di taluni effetti negativi. Il principio del duplice effetto descrive quindi le condizioni che si devono verificare affinché un agire volto al raggiungimento di un determinato bene comporti l'accettazione degli effetti negativi collaterali che possono derivare dalla scelta di quel bene. Una volta verificata la conformità dell'atto alle condizioni dettate dal principio, si può sostenere la liceità dell'atto morale a duplice effetto. Prima di prendere in esame le condizioni necessarie perché possa verificarsi tale atto, intendo soffermarmi brevemente sull'origine e sulla formulazione di questo principio, pur nella consapevolezza che esistono diverse opinioni a riguardo, spesso discordanti fra loro<sup>77</sup>.

Il principio del duplice effetto è stato definito per la prima volta nel 1850 dal gesuita Jean-Pierre Gury nel suo *Compendium Theologiae Moralis*, precisamente all'interno della *Trattazione sugli atti umani (Tractatus de actibus humanis)*<sup>78</sup>. Una prima fonte di questo principio, a cui fa riferimento lo stesso Gury, è tuttavia rinvenibile in un articolo della *Summa Theologiae* di Tommaso D'Aquino dedicato alla legittima difesa<sup>79</sup>. Tale azione si riferisce all'atto omicida compiuto da un soggetto verso il suo aggressore non in vista dell'uccisione di quest'ultimo, bensì della conservazione della propria vita. A parere di Tommaso, questa azione, malgrado sia intrinsecamente sbagliata, non può ritenersi illegittima poiché mediante essa si intende preservare la propria esistenza e non

---

*modo unitario*, dall'atto e dagli effetti che da esso scaturiscono e che partecipano della sua moralità» (*ibidem*, nota 16).

<sup>74</sup> Cfr. G.M. Miglietta, *Fondazione e struttura del principio del duplice effetto: dalla «tassonomia» alla «geometria» di un principio morale pratico*, in «Alpha Omega», 4 (2001), n. 2, pp. 283-313.

<sup>75</sup> Cfr. S. Privitera, voce *Principi morali tradizionali*, in *Nuovo dizionario di Teologia morale*, a cura di F. Compagnoni, G. Piana, S. Privitera, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1990, p. 989.

<sup>76</sup> Cfr. J.F. Keenan, *The Function of the Principle of Double Effect*, in «Theological Studies», 54 (1993), n. 2, pp. 294-316.

<sup>77</sup> Donald B. Marquis (*Four Versions of Double Effect*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 16 (1991), n. 5, pp. 515- 544) rintraccia quattro versioni della dottrina del duplice effetto, a suo parere, tutte difettose: due formulazioni provenienti dalla teologia morale cattolica, una revisione di queste ad opera di Joseph Boyle e infine quella offerta da Warren Quinn.

<sup>78</sup> Cfr. J.-P. Gury, *Compendium Theologiae Moralis*, tomo I, Typografia Vaticana, Roma 1887<sup>9</sup>, pp. 1-37. Laddove non diversamente specificato, in seguito si farà riferimento a questa edizione. Per un'analisi storica del principio, cfr. J.T. Mangan, *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, in «Theological Studies», 10 (1949), n. 59, pp. 41-61. Keenan trova invece la genesi del principio del duplice effetto nella casuistica del XVI secolo.

<sup>79</sup> Tommaso D'Aquino, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 7.

uccidere l'aggressore. Tuttavia, precisa Tommaso, affinché tale atto risulti lecito, occorre che esso sia *proporzionato al fine*: la violenza impiegata nei confronti dell'attentatore non deve essere maggiore rispetto a quella necessaria per difendere la propria vita da quest'ultimo, altrimenti il fine dell'azione non risulterebbe più l'autodifesa, bensì l'uccisione di colui che ci sta aggredendo. Il caso paradigmatico della legittima difesa non mette quindi in discussione il fatto che l'omicidio sia un'azione intrinsecamente sbagliata, ma sottolinea come essa risulti illecita qualora produca intenzionalmente la morte dell'aggressore (questo è il caso dell'omicidio diretto) e, viceversa, lecita nel momento in cui venga messa in atto per conservare la propria vita, difendendola così dall'attentatore. L'atto della legittima difesa non risulta tuttavia lecito qualora sussistano altre azioni (come ad esempio la fuga) che possono respingere l'attacco dell'aggressore. Di conseguenza, l'atto deve mostrarsi proporzionato sia al *fine* (salvare la propria vita) sia alle *circostanze* in cui l'aggressione si sta verificando e, come emergerà anche dalla formulazione del principio del duplice effetto, tali aspetti consentono di mettere in luce la complessità di qualsiasi azione morale, specialmente qualora essa comporti il verificarsi di effetti negativi accanto a quelli positivi.

Tornando alla formulazione del principio del duplice effetto proposta da Gury, va precisato come essa compaia in una sezione dal titolo *De voluntario indirecto* contenuta nella *Trattazione sugli atti umani*; in questo passo del *Compendium Theologiae Moralis*, l'autore prende in esame due principi, ossia quello d'imputabilità per il male compiuto e quello di non imputabilità (e anzi liceità) per il male compiuto. Il primo scaturisce da un'azione posta dalla volontà, che ha per oggetto sia l'atto sia l'effetto negativo da esso derivante e pertanto il soggetto agente prevede, per lo meno in maniera confusa (*saltem in confuso*), l'effetto negativo stesso. Il principio di non imputabilità muove, invece, da un atto che presenta due effetti posti dalla volontà, uno buono e l'altro negativo. Tuttavia, nonostante l'effetto negativo possa essere volontario indiretto o in causa (*voluntarium indirectum seu in causa*) come quello buono, il primo non rientra nelle intenzioni del soggetto agente<sup>80</sup>. Gury enuncia quindi il principio in questi termini:

E' giusto porre una causa buona o indifferente, dalla quale immediatamente consegua un effetto duplice, di cui uno buono e l'altro anche cattivo, nel caso che sia presente una causa proporzionalmente grave, ed il fine del soggetto agente sia

---

<sup>80</sup> Cfr. Gury, *Compendium Theologiae Moralis*, pp. 6-10.

un fine degno e dell'effetto evidentemente malvagio egli non abbia intenzione<sup>81</sup>.

Come si potrà notare, in questa enunciazione schematica del principio compaiono i due aspetti già messi in luce da Tommaso nella sua analisi relativa alla legittima difesa: anche Gury, infatti, sottolinea come l'atto a duplice effetto debba mostrarsi proporzionato sia al fine sia alle circostanze dell'azione e l'intenzione dell'agente non possa avere per oggetto l'effetto negativo. Tale principio, precisa Gury, ha una fondazione logica derivata dal principio di imputabilità per il male compiuto; se quest'ultimo non fosse corretto, allora il soggetto agente non avrebbe compiuto un atto moralmente corretto: egli infatti, impegnando la propria volontà verso un'azione della quale conosce l'effetto negativo, lo prevede e addirittura lo ricerca, e pertanto risulterebbe imputabile di tale atto malvagio.

Ritornando alla formulazione del principio del duplice effetto, si può rilevare come esso presenti quattro condizioni: l'*oggetto dell'atto*, l'*intenzione*, la *causa materiale* e la *ragione proporzionata*<sup>82</sup>. Fornendo la definizione del principio all'interno dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1978), William E. May pone le sopraccennate condizioni nel seguente ordine di successione:

Nella sua formulazione consueta il principio stabilisce che si può lecitamente causare del male in un atto di scelta, se sono verificate le seguenti quattro condizioni:

I – l'atto in sé, a prescindere dal male che provoca, è buono o perlomeno indifferente;

II – l'effetto buono dell'atto è direttamente inteso dall'agente, mentre l'effetto cattivo è solamente permesso;

III – l'effetto buono non si deve ottenere per mezzo dell'effetto cattivo;

IV – deve sussistere una ragione proporzionalmente grave per permettere il verificarsi dell'effetto cattivo<sup>83</sup>.

---

<sup>81</sup> Questa formulazione è contenuta nella prima edizione del *Compendium Theologiae Moralis* (Tomo I, Perisse, Lugduni – Parisiis 1850, p. 5).

<sup>82</sup> Cfr. Keenan, *The Function of the Principle of Double Effect*, p. 299. Il movimento proporzionalista, sviluppatosi nell'ambito della teologia morale Cattolica intorno agli anni Sessanta del secolo scorso, sostiene che le quattro condizioni del principio dell'atto a duplice effetto sarebbero in realtà tutte riducibili alla quarta, ovvero a quella della ragione proporzionata. Relativamente a questo aspetto, cfr. J. Berkman, *How Important is the Doctrine of Double Effect for Moral Theology? Contextualizing the Controversy*, in «Christian Bioethics», 3 (1997), n. 2, pp. 89-114. In realtà, come si rileverà anche in seguito, tutte le condizioni formulate risultano costitutive al principio e indispensabili per una sua corretta lettura.

<sup>83</sup> W.E. May, voce *Double Effect*, in *Encyclopedia of Bioethics*, cit., vol. II, p. 316. Nella nona edizione

L'atto a duplice effetto costituisce quindi un particolare atto umano e, come tale, esso presenta le fonti comuni a qualsiasi azione morale dell'uomo, ossia l'oggetto dell'atto, l'intenzione dell'agente e le circostanze concrete in cui l'atto stesso si compie. Ogni condizione del principio in questione presenta ovviamente una motivazione (*ratio*): si richiede innanzitutto che l'atto sia buono (*causa bona*) o perlomeno indifferente poiché, in caso contrario, da un lato esso risulterebbe imputabile, cioè oggetto di reato, dall'altro sarebbe moralmente ingiustificabile. Un'azione intrinsecamente immorale non potrebbe mai essere giustificata sulla base dei beni che da essa si attendono, per quanto innumerevoli essi possano essere<sup>84</sup>. L'analisi dell'oggetto morale dell'azione diviene quindi particolarmente importante dinanzi a un atto dal quale possono scaturire effetti sia positivi sia negativi.

Il soggetto agente non deve poi orientare la propria intenzione verso l'effetto negativo altrimenti quest'ultimo risulterebbe volontario; di conseguenza, il fine dell'atto deve essere sempre buono (*finis bonus*). Relativamente alla condizione della causalità materiale, si richiede che l'effetto buono faccia subito seguito alla causa, cioè sia il prodotto immediato dell'azione, poiché, in caso contrario, esso risulterebbe conseguito mediante l'effetto cattivo e, come già osservato, l'ottenimento del bene mediante un'opera malvagia, per quanto limitata essa sia, è sempre illegittimo. L'effetto cattivo risulta quindi un carattere indiretto nel senso che esso non rappresenta il fine dell'azione né tanto meno costituisce il mezzo per il raggiungimento del fine medesimo. L'effetto negativo è infatti l'ineluttabile conseguenza e non una possibilità positivamente ricercata. Infine, si richiede che sussista una ragione proporzionalmente grave per proporre quella causa perché siamo sempre obbligati a evitare il male e a prevenire ciò che è di danno al prossimo.

Il principio dell'atto a duplice effetto trova un vasto campo d'applicazione all'interno della pratica medica, soprattutto per quanto riguarda le situazioni di inizio e fine vita.

---

del suo *Compendium Theologiae Moralis* (cit., p. 8), Gury formula le quattro condizioni in questi termini e secondo il seguente ordine di successione: «1) che sia degno il fine del soggetto agente; 2) che si tratti di una buona causa; 3) che l'effetto buono sia immediato; 4) che sussista un motivo grave per porre la causa, e che non sia tenuto il soggetto agente per giustizia, o in ragione del suo ufficio, o per la carità a rinunciare ad essa». Per Gury, la prima condizione del principio è perciò quella dell'intenzione dell'agente, che viene invece solitamente ritenuta la seconda delle quattro. Lo studioso considera infatti la presenza di un fine degno (*honestus finis*) dell'azione, quindi l'intenzione del soggetto agente, la condizione preliminare a tutto il ragionamento.

<sup>84</sup> Cfr. D. Tettamanzi, voce *Duplici effetto*, in *Dizionario di bioetica*, a cura di M. Doldi, Piemme, Casale Monferrato 2002, p. 162.

Per quanto concerne le prime, basti pensare all'isterectomia, attraverso la quale si procede all'asportazione dell'utero canceroso al fine di salvare la vita della donna incinta (atto in sé buono), nonostante il raggiungimento di questo effetto positivo preveda il verificarsi di effetti negativi collaterali, quindi non intenzionali, come ad esempio la morte del feto. Altra situazione di inizio vita nella quale il principio del duplice effetto può trovare applicazione riguarda la gravidanza ectopica: la prosecuzione di quest'ultima mette a repentaglio non solo la vita del feto, ma anche quella della madre e, in questa particolare situazione, il trattamento medico sembra contenere un preciso contenuto intenzionale, ovverosia la salvezza della madre, visto che lasciarla morire comporterebbe inevitabilmente anche la morte del feto stesso<sup>85</sup>.

Per quanto concerne le situazioni di fine vita, il principio dell'atto a duplice effetto trova applicazione, ad esempio, nel contesto dell'alleviamento al dolore nei confronti di pazienti in fase terminale<sup>86</sup>: la somministrazione degli analgesici (che deve essere ovviamente graduale e rispettosa delle linee guida per il controllo dei sintomi del dolore) viene effettuata per lenire le sofferenze del malato (atto in sé buono) e prevede il verificarsi di effetti negativi non intenzionali, come l'accelerazione (comunque involontaria) della morte del paziente<sup>87</sup>.

Il principio del duplice effetto chiama quindi in causa la distinzione tra gli effetti previsti, ma non intesi, e quelli che il soggetto agente prevede e che vanno inoltre a costituire l'oggetto della sua intenzione. Tale distinzione costituisce il presupposto essenziale dello stesso principio perché è solo grazie ad essa che si può affermare sia l'esistenza di un atto a più effetti, alcuni dei quali negativi ma non intenzionali, sia l'intenzione (di colui che agisce) avente per oggetto solo l'ottenimento dell'effetto buono<sup>88</sup>.

---

<sup>85</sup> Cfr. M. Reichlin, *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007, pp. 32-36.

<sup>86</sup> Cfr. J. Boyle, *Medical Ethics and Double Effect: the Case of Terminal Sedation*, in «Theoretical Medicine», 25 (2004), n. 1, pp. 51-60.

<sup>87</sup> Non è mia intenzione prendere in esame le diverse voci di dissenso rivolte alla sedazione terminale e all'applicazione del principio del duplice effetto a questa particolare situazione così come al rischio di eutanasia attiva che da essi potrebbe derivare. Come precedentemente affermato, l'intento dell'analisi di questo principio consiste nel comprendere la complessità di ogni atto morale derivante dai diversi elementi che entrano in gioco, cioè oggetto dell'atto stesso, intenzione dell'agente e circostanze concrete.

<sup>88</sup> Una delle difficoltà filosofiche concernenti il principio dell'atto a duplice effetto riguarda proprio questa distinzione perché non sembra poter essere tracciata una netta soglia di demarcazione tra gli effetti intesi e quelli meramente previsti. Affermare che l'intenzione dell'agente contenga solo l'ottenimento dell'effetto buono appare pertanto problematico poiché gli effetti negativi dell'atto, anche se non intenzionali, sono comunque previsti. Ciononostante, la distinzione tra effetti intesi e previsti deve essere mantenuta poiché permette al soggetto di soffermarsi sui vari effetti dell'atto e di comprendere in quali di

Il principio dell'atto a duplice effetto invita inoltre a riflettere sull'atto morale e sui diversi elementi che lo caratterizzano, in particolar modo sulla bontà dell'oggetto dell'atto stesso<sup>89</sup>. Sarebbe pertanto equivoco e per di più riduttivo ritenerlo un mero principio di giustificazione esterna dell'azione morale. Infatti, il principio del duplice effetto non verifica semplicemente la conformità dell'atto morale alle quattro condizioni poc'anzi menzionate per sostenere la liceità dell'azione in questione; esso non svolge cioè una funzione di legittimazione dell'attività morale, ma, come giustamente afferma Virdis, costituisce

uno strumento per affinare l'analisi morale dell'atto, in tutte le sue "fonti" (oggetto dell'atto, intenzione e circostanze)<sup>90</sup>.

E' solo mediante un'analisi di questo tipo che si può superare una "visione fisicista" dell'atto umano, in base alla quale quest'ultimo è descrivibile con le sole categorie fisiche, guardando così agli eventi, ai fatti e agli stati causati da un tale agire.

Come opportunamente sottolinea Martin Rhonheimer, quando indaghiamo l'oggetto dell'azione, cioè ricerchiamo il "che cosa" di un atto umano, non è sufficiente esaminare gli elementi fisici che caratterizzano tale agire (come, ad esempio, il movimento corporeo che da questo deriva) poiché esso è anche determinato dalle intenzioni che hanno comportato la scelta di quella determinata azione<sup>91</sup>. Solo in questo modo, precisa Rhonheimer, è possibile cogliere l'"a che pro?" di qualsiasi atto umano, cioè il suo significato profondo, che si colloca su due piani reciprocamente connessi: da un lato troviamo gli elementi fisici dell'azione, cioè «l'*oggetto dell'azione* in senso proprio e più stretto», dall'altro l'intenzione di tale agire, ossia «il proposito *aggiuntosi in più*, per cui viene scelta quell'azione concreta»<sup>92</sup>. E' proprio grazie a questa lettura dell'atto umano che Tommaso ammette all'interno dell'ordine morale la diversità sussistente tra due azioni identiche da un punto di vista fisico (quali l'omicidio volontario e l'uccisione per legittima difesa)<sup>93</sup> e riconosce la possibilità nel medesimo atto di un effetto intenzionale

---

essi la sua intenzione è rivolta al bene e in quali invece al male.

<sup>89</sup> Come già sottolineato nel capitolo precedente, per Tommaso l'oggetto morale dell'atto umano non può che essere il bene, il quale costituisce il fine di qualsiasi azione dell'uomo. Cfr. par. 1.2.1 del primo capitolo di questo scritto.

<sup>90</sup> Virdis, *Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica*, p. 954.

<sup>91</sup> Cfr. M. Rhonheimer, *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica* (2001), trad. it. di A. Jappe, Armando, Roma 2006<sup>2</sup>, pp. 87-91.

<sup>92</sup> *Ivi*, p. 90.

<sup>93</sup> Cfr. Tommaso D'Aquino, *Summa Theologiae*, I-II, q. 1, a. 3.

e di uno involontario<sup>94</sup>. Inoltre, da questa analisi dell'agire umano, si può davvero comprendere la complessità dell'atto morale e la conseguente necessità di prendere adeguatamente in considerazione l'oggetto dell'atto stesso, le circostanze nelle quali esso si verifica e, non da ultimo, le intenzioni del soggetto agente.

Un'azione morale non è pertanto un semplice evento naturale poiché animata dalle intenzioni dell'agente e inscritta in un contesto particolare, aspetti questi che non possono essere tralasciati in una qualsiasi analisi dell'obbligazione morale. Il conflitto tra doveri *prima facie*, già emerso nelle pagine rossiane, ne è un esempio: il soggetto è qui chiamato a comprendere quale di essi debba diventare il suo dovere effettivo e può farlo solamente ricorrendo al discernimento e prendendo in esame tutte le diverse ragioni morali dell'atto in questione.

Con l'impostazione di Ross rimane tuttavia il problema legato all'intuizionismo etico: i doveri *prima facie*, compreso quello di beneficenza, sono tutti autoevidenti e pertanto di essi non è possibile fornire alcuna prova che ne dimostri l'effettiva esistenza. L'unico suggerimento che il filosofo propone consiste infatti in una riflessione maggiore dei doveri da parte dell'agente. Malgrado Ross sottolinei come i doveri di beneficenza derivino dalla mera esistenza di altri esseri nel mondo dei quali possiamo migliorare la loro condizione (per quanto concerne la virtù, l'intelligenza e il piacere), sembra ancora assente una valida giustificazione di tali doveri *prima facie*.

A questo punto, la trattazione kantiana del dovere di beneficenza può, a mio avviso, rivelarsi proficua per due ragioni: da un lato comprendere più in profondità quest'obbligazione e il suo fondamento, dall'altro esaminare il ruolo che la riflessione critica assume dinnanzi a tale dovere.

## 2.8 La felicità altrui come fine dell'agire umano

Per Kant, la beneficenza è la *benevolenza attiva e pratica*, ossia la *massima* che consiste nel fare propri i fini leciti altrui e, più precisamente, nel proporsi la felicità e il benessere degli altri come *fine*. Per il filosofo di Königsberg, la beneficenza appartiene ai doveri etici o di virtù (*Tugendpflichten*), i quali, diversamente dai doveri di diritto (*Rechtspflichten*), non costituiscono delle leggi per le azioni, cioè non indicano

---

<sup>94</sup> Cfr. *ivi*, II-II, q. 64, a. 7.

all'agente che cosa fare (o non fare) in ogni specifica situazione<sup>95</sup>. I doveri etici, infatti, sono *leggi per le massime* delle azioni e pertanto non comandano al soggetto agente quale atto debba intraprendere in un determinato contesto, bensì gli indicano i *fini oggettivi o di ragione* che egli non possiede, ma *deve* assumere nelle proprie massime in vista del suo agire morale. Proprio per questo motivo, i doveri di virtù sono di obbligazione *larga*: l'agente può infatti «limitare la massima di un'azione doverosa con un'altra»<sup>96</sup>, mostrandosi ad esempio amoroso e benefico nei confronti dei propri genitori così come verso gli altri uomini, seppur in modo e grado diversi. La massima deve infatti trovare applicazione al caso particolare e spetta pertanto al soggetto agente valutare le circostanze concrete in cui egli si trova e individuare le modalità più opportune per adempiere al comando etico. I doveri di virtù, proprio perché non sono leggi per le azioni, ma per le massime delle azioni, lasciano perciò al libero arbitrio uno spazio (*latitudo*) nel loro adempimento: all'agente è infatti concesso un certo margine per la realizzazione concreta del suo agire morale. Tuttavia, affermare che un dovere etico sia largo non significa affatto privarlo di assolutezza, negare il suo valore universale e riconoscere all'agente il permesso, qualora lo desideri, di sottrarsi alla massima. Chi agisce moralmente è infatti pur sempre dinnanzi a un imperativo categorico che deve essere adempiuto, ma, trattandosi di un dovere di virtù, la massima che questi contiene può essere limitata da un'altra massima di azione.

I doveri etici vengono inoltre qualificati da Kant come dei doveri *imperfetti*: l'obbligatorietà da essi espressa è infatti interna al soggetto agente, cioè deriva da un'autocostrizione che egli stesso esercita su di sé. Un dovere di virtù non è perciò

---

<sup>95</sup> Per Kant, la distinzione tra i doveri di diritto e quelli di virtù trova la sua ragion d'essere nella diversa combinazione dei due elementi rintracciabili in qualsiasi tipo di legislazione, ossia una *legge*, che indica «oggettivamente come necessaria l'azione che deve esser fatta, cioè che eriga l'azione a dovere» (Kant, *La metafisica dei costumi*, «Introduzione alla metafisica dei costumi», par. III, trad. it. cit., p. 20), e un *impulso* o *movente*, il quale unisce «soggettivamente con la rappresentazione della legge il motivo che determina la volontà a questa azione» (*ibidem*). Dopo aver richiamato questi due elementi, il filosofo di Königsberg definisce *legislazione etica* quel tipo di legislazione che erige un'azione a dovere e questo stesso dovere a impulso per l'agire. Anche la legislazione giuridica presenta l'azione come un dovere, ma, diversamente dalla legislazione etica, «ammette anche un impulso diverso dall'idea del dovere stesso» (*ibidem*). Inoltre, per Kant, i doveri di diritto disciplinano la *libertà esterna* dell'uomo, che si realizza in un agire intersoggettivo osservabile fenomenicamente, e costituiscono pertanto dei doveri esterni. I doveri di virtù regolano, invece, la *libertà interna*, in base alla quale l'agente sceglie i *principi soggettivi* dell'agire, cioè le *massime*.

<sup>96</sup> *Ivi*, «Introduzione alla dottrina della virtù», par. VII, trad. it. cit., p. 240. Diversamente dai doveri etici, quelli giuridici sono di obbligazione *stretta*: essi infatti specificano sia il modo sia il grado dell'azione comandata e non lasciano all'agente alcuna possibilità di scelta.

correlato al diritto di un'altra persona di costringere colui che è soggetto al dovere<sup>97</sup>. Infine, i doveri etici sono *positivi* perché non esprimono dei divieti, ma dei comandi e, di conseguenza, non limitano, bensì "allargano" l'uso della libertà umana<sup>98</sup>.

Essendo un dovere di virtù, anche la beneficenza risulta perciò un dovere imperfetto, largo e positivo. Relativamente a questo particolare dovere etico, Kant scrive come sia impossibile determinare esattamente sin dove questo sacrificio debba spingersi. Molto dipende qui da ciò che ognuno avverte come proprio vero bisogno, secondo il suo speciale modo di sentire, ma occorre lasciare a ciascuno la cura di determinarlo<sup>99</sup>.

Al pari degli altri doveri di virtù, anche la beneficenza non specifica quindi all'agente come e quali azioni benefiche egli debba compiere: spetta all'agente stesso infatti determinare in ogni situazione particolare in cui si trova quanto e verso chi mostrarsi benefico.

Come già in parte evidenziato nelle righe precedenti, per Kant, ogni dovere etico contiene «un concetto di *fine* che di per sé non abbiamo, ma che dobbiamo proporci»<sup>100</sup>; tale fine diviene quindi l'oggetto del comando etico, cioè il suo elemento materiale. Emerge qui un'importante nozione che merita di essere presa in esame per comprendere la formulazione offerta da Kant del dovere di beneficenza: mi riferisco alla delineazione di fini che sono contenuti nelle massime delle nostre azioni e che sono quindi nello stesso tempo un dovere<sup>101</sup>. Nel terzo paragrafo dell'*Introduzione alla dottrina della virtù*, Kant definisce il fine come

un *oggetto* del libero arbitrio, la cui rappresentazione determina questo a un'azione atta a realizzarlo<sup>102</sup>.

Ora, mentre la dottrina del diritto parte dal fine e sulla base di quest'ultimo cerca la massima dell'azione conforme al dovere, l'etica non può prendere avvio dai fini che l'uomo si propone e successivamente stabilire le massime da seguire. Se così fosse, queste ultime conterrebbero infatti dei fini qualificabili come principi empirici, dai quali, precisa Kant, non può scaturire alcun concetto autentico di dovere poiché esso

---

<sup>97</sup> Tale correlazione è invece presente nei doveri di diritto, che vengono appunto definiti *perfetti*: l'obbligatorietà espressa da tali doveri viene infatti imposta al soggetto dall'esterno.

<sup>98</sup> Emerge qui un'ulteriore differenza tra la legislazione giuridica e quella etica: mentre quest'ultima, come appena sottolineato, si esprime attraverso doveri positivi, la legislazione giuridica impone doveri *negativi* poiché detta condizioni limitatrici alla libertà del soggetto agente.

<sup>99</sup> *Ivi*, «Introduzione alla dottrina della virtù», par. VIII, trad. it. cit., p. 244.

<sup>100</sup> *Ivi*, par. X, trad. it. cit., p. 248.

<sup>101</sup> Cfr. *ivi*, par. II, trad. it. cit., p. 232.

<sup>102</sup> *Ivi*, par. III, trad. it. cit., p. 234.

trova la sua radice soltanto nella ragion pura pratica. Di conseguenza, in etica è il concetto di dovere che ci guida nella formulazione dei fini e non viceversa<sup>103</sup>.

Per il filosofo di Königsberg, ogni azione dell'uomo è caratterizzata da un proprio fine e tale presenza è non solo indispensabile all'agire umano, ma costituisce un atto della libertà del soggetto agente e testimonia quindi la realtà noumenica di quest'ultimo. Tuttavia, precisa Kant, l'atto che determina il fine così inteso è un *principio pratico*, cioè esso non prescrive i mezzi mediante i quali l'agente può raggiungere lo scopo, bensì *comanda il fine stesso*. Solamente questo concetto di fine può fondare una legge per le massime delle azioni e il comando *ivi* espresso costituisce un imperativo categorico della ragion pura pratica, ovverosia

un imperativo tale che unisce a un *concetto del dovere* quello di uno scopo in generale<sup>104</sup>.

L'effettiva presenza di fini che siano al tempo stesso doveri si rende necessaria pena l'impossibilità dello stesso imperativo categorico e della libertà del soggetto morale; in assenza di questo tipo di finalità non avrebbe senso quindi parlare di una dottrina della virtù o della morale in generale e l'uomo risulterebbe una realtà esclusivamente fenomenica, sottoposta, al pari degli altri esseri viventi, alle leggi della natura.

I *fini oggettivi* (e quindi al tempo stesso doveri) individuati da Kant sono due: la propria perfezione e la felicità altrui. Si tratta di finalità che la ragione moralmente pratica impone all'uomo e che egli deve adempiere «per rendersi degno dell'umanità che risiede in lui»<sup>105</sup>. Il fine-dovere della perfezione di sé consiste nello sviluppo dell'uomo delle sue disposizioni naturali, ossia la «coltura delle proprie facoltà»<sup>106</sup>, *in primis* l'intelletto (da intendersi come la capacità di formare concetti, compreso quello di dovere) e poi la volontà (cioè la facoltà di poter adempiere ai diversi doveri). L'uomo è così chiamato a coltivare quelle facoltà che la natura ha messo in lui allo stato grezzo affinché si elevi dalla condizione animale a quella umana.

Oltre alla perfezione di sé, l'uomo *deve* proporsi come fine la felicità<sup>107</sup> altrui, cioè

---

<sup>103</sup> Cfr. *ivi*, par. II, trad. it. cit., p. 231.

<sup>104</sup> *Ibidem*.

<sup>105</sup> *Ivi*, par. V, trad. it. cit., p. 237.

<sup>106</sup> *Ivi*, p. 236. Cfr. anche par. VIII, trad. it. cit., pp. 242-244.

<sup>107</sup> Il tema della felicità appare con frequenza nelle pagine kantiane e non esclusivamente come oggetto del dovere (imperfetto) a promuovere il benessere altrui. Esso è presente ad esempio nella polemica kantiana nei confronti dell'eudemonismo come fondazione della moralità: Kant infatti contesta l'idea che il fine della propria felicità possa costituire il fondamento o la giustificazione del nostro essere agenti

elevare quest'ultima a un fine che è nello stesso tempo un dovere. Egli è chiamato quindi a promuovere il benessere fisico e morale degli altri, aiutandoli secondo i suoi mezzi nei loro bisogni per renderli felici. L'uomo ha quindi il dovere (di virtù) di essere benefico nei confronti degli altri e questo, precisa Kant, senza sperare nulla in contraccambio. Quest'ultima considerazione trova la sua ragion d'essere nell'annullamento che si verificherebbe per la massima egoistica nel momento in cui fosse elevata a legge universale. Se l'uomo adottasse come massima delle proprie azioni il non prestare soccorso agli altri nelle situazioni di bisogno, allora ognuno di noi sarebbe autorizzato a rifiutargli assistenza e aiuto nelle occasioni in cui egli stesso si trovasse in una condizione di necessità. Di conseguenza, qualora la massima dell'interesse egoistico venisse elevata a legge universale, contraddirebbe se stessa, risultando inoltre contraria al dovere.

Come è stato osservato nelle pagine precedenti<sup>108</sup>, Kant distingue la beneficenza dalla benevolenza, definendo quest'ultima come il piacere che proviamo per la felicità e il benessere degli altri, e la prima come «la massima che consiste nel proporsi questa felicità come fine»<sup>109</sup>. La benevolenza, precisa Kant, è «la più grande quanto all'estensione», poiché nel desiderare il benessere e la salute degli altri posso essere benevolo verso tutti e senza limiti, ma è «la più piccola quanto al grado» perché non consente di specificare quanto si stia prendendo parte al benessere di ciascun uomo<sup>110</sup>.

---

morali. Al termine dell'*Analitica della Critica della ragion pratica*, il filosofo di Königsberg precisa come la dottrina della felicità debba essere accuratamente distinta dalla dottrina dei costumi; scrive infatti Kant: «poiché tutti i fondamenti di determinazione della volontà, all'infuori della sola legge pratica pura della ragione (legge morale), sono tutti empirici e, come tali, appartengono al principio della felicità, tutti devono essere separati dal principio etico supremo, e mai essere incorporato in esso come condizione», *Critica della ragion pratica* (1788), trad. it. di V. Mathieu, Bompiani, Milano 2000, p. 199. La legge morale infatti non può avere come movente la felicità personale, ma semmai il *rendersi degni* di essa, altrimenti saremmo dinnanzi a un'etica materiale dal punto di vista contenutistico. Va precisato come Kant non smentisca affatto la tesi tradizionale in base alla quale l'uomo ricerca naturalmente la felicità; egli tuttavia ritiene che il perseguimento di quest'ultima non possa essere considerato il criterio per la moralità delle nostre azioni. Il tema della felicità ritorna inoltre nella trattazione del concetto di sommo bene, che, com'è noto, costituisce l'argomento centrale della *Dialettica* della seconda *Critica*. Inteso come unione di virtù e felicità, il sommo bene conduce all'antinomia della ragion pratica (ovvero il comando della ragione a promuovere il sommo bene e la constatazione da parte della stessa ragione che la virtù non venga necessariamente premiata con la felicità che le spetta) e alla formulazione dei postulati sull'immortalità dell'anima e sull'esistenza di Dio.

<sup>108</sup> Cfr. par. 1.2.3 del primo capitolo di questo scritto.

<sup>109</sup> Kant, *La metafisica dei costumi*, «Dottrina degli elementi dell'etica», par. 29, trad. it. cit., p. 321.

<sup>110</sup> *Ivi*, par. 28, trad. it. cit., p. 319. Scrive infatti Kant: «quando dico “io prendo parte al benessere di quest'uomo unicamente in virtù della filantropia universale”, l'interesse che io prendo in questo caso è in realtà il più piccolo che vi possa essere. Tutto ciò che posso dire è che non sono indifferente riguardo a quell'uomo» (*ibidem*).

Nella beneficenza invece, cioè nell'intervento attivo e concreto per promuovere e realizzare il bene altrui,

il grado può essere molto diverso secondo la differenza delle persone amate (di cui una m'interessa più da vicino di un'altra)<sup>111</sup>.

Kant osserva quindi come non si possa beneficiare tutti allo stesso modo: la nostra esistenza è infatti caratterizzata da diversi rapporti interpersonali, più o meno profondi, e spetta perciò al soggetto agente la valutazione di ogni singola circostanza per determinare come e quanto mostrarsi benefico. La benevolenza e la beneficenza, come già rilevato nelle pagine precedenti, rimandano quindi a diversi contenuti, ma si richiamano costantemente l'una all'altra. La distinzione va giocoforza mantenuta poiché il dovere di beneficenza è, per Kant, un dovere di virtù e pertanto positivo, largo e imperfetto.

Se ci chiediamo poi fino a che punto dobbiamo essere benefici, la risposta kantiana recita:

Non certo almeno fino al punto da ridursi ad aver bisogno in ultimo della beneficenza altrui<sup>112</sup>.

Ognuno di noi non può quindi mostrarsi così benefico da necessitare a sua volta di azioni benefiche da parte di altre persone. Per di più l'uomo, oltre ai doveri verso gli altri, è tenuto ad adempiere ai doveri verso se stesso: egli è infatti chiamato a impegnarsi nella perfezione di sé, migliorando le proprie disposizioni naturali e sviluppando la capacità di formare concetti (intelletto), così come la facoltà di poter adempiere ai diversi doveri (volontà).

A mio avviso, Kant svolge poi delle considerazioni interessanti relativamente alla beneficenza attuata da una persona ricca, che possono farci riflettere ulteriormente sull'agire morale dell'uomo e sul principio di beneficenza allargata proposto da Singer. Prima di richiamare le osservazioni del filosofo di Königsberg su questa tematica, ritengo però opportuno riprendere brevemente alcuni aspetti dell'impostazione singeriana per metterli poi a confronto con le indicazioni kantiane.

A parere di Singer, le popolazioni ricche, donando il superfluo, stanno "semplicemente" compiendo il loro dovere e sarebbe pertanto scorretto ritenere tale agire degno di merito. Il filosofo australiano propone, a riguardo, una nuova "cultura del

---

<sup>111</sup> *Ivi*, par. 28, trad. it. cit., p. 320.

<sup>112</sup> *Ivi*, par. 31, trad. it. cit., p. 322.

dare” che incoraggia le persone a rendere pubblico l'ammontare delle loro donazioni per incitare altri a fare altrettanto. In vista del raggiungimento del medesimo obiettivo, Singer suggerisce di rendere noti i volti dei bisognosi e di pervenire a una istituzionalizzazione della pratica della beneficenza. Inoltre, se gli atti benefici possono salvare molte vite umane, per lo studioso non occorre esaminare le ragioni che determinano il compimento di tali azioni. Scrive infatti il filosofo nel testo già citato *Salvare una vita si può*:

Non è forse più significativo che il denaro serva a una giusta causa piuttosto che sia donato per ragioni “pure”? Se poi lo squillo che accompagna simili gesti spinge altri a far lo stesso, è tanto di guadagnato<sup>113</sup>.

A mio parere, nelle pagine kantiane sembra esserci una condivisione delle premesse singeriane per quanto concerne le azioni benefiche compiute da un benestante: poiché il ricco possiede beni superiori ai suoi bisogni che possono provvedere al benessere e alla felicità altrui, per Kant ogni atto benefico realizzato da quel soggetto non può essere ritenuto l'adempimento di un «dovere meritorio»<sup>114</sup>. Tuttavia, per il filosofo di Königsberg, il ricco deve mostrarsi

come obbligato o onorato per l'accettazione dei suoi benefici, e per conseguenza deve compiere questo dovere unicamente come se si trattasse di soddisfare a un debito contratto, a meno che (come sarebbe ancor meglio) egli non trovi il modo di compiere la sua beneficenza assolutamente in segreto<sup>115</sup>.

Inoltre, per Kant, la beneficenza compiuta in assoluto silenzio acquisisce un doppio valore: mediante essa, infatti, il benefattore aiuta chi è nel bisogno, migliorandone le condizioni di vita, ma al tempo stesso aumenta la propria ricchezza morale (*opulentia moralis*). Scrive il filosofo all'interno della *Metafisica dei costumi*:

Ben maggiore è questa virtù, quando i mezzi per beneficiare sono ristretti e il benefattore è abbastanza forte da caricarsi egli stesso in silenzio i mali che risparmia agli altri: è allora che egli merita realmente di essere considerato come

---

<sup>113</sup> Singer, *Salvare una vita si può. Agire ora per cancellare la povertà*, trad. it. cit., p. 71.

<sup>114</sup> Kant, *La metafisica dei costumi*, «Dottrina degli elementi dell'etica», par. 31, trad. it. cit., p. 322. A mio avviso, è interessante anche evidenziare quanto contenuto nelle *Questioni casistiche* a conclusione della trattazione kantiana del *Dovere della beneficenza*. Kant osserva come il ricco possieda diversi beni superflui, cioè superiori ai suoi bisogni, non sempre ottenuti dal suo impegno attivo e concreto: egli gode infatti di privilegi e ha la possibilità di mostrarsi benefico verso i bisognosi anche in seguito alle ingiustizie del governo e alle disuguaglianze sociali che da queste derivano. Di conseguenza, Kant si chiede, senza fornire una risposta esplicita: «In un tale stato di cose l'assistenza che il ricco può concedere al povero merita essa ancora il nome di beneficenza in generale, di cui si va così volentieri superbi come di un merito?» (*ivi*, p. 323).

<sup>115</sup> *Ivi*, p. 322.

moralmente *ricco*<sup>116</sup>.

Credo che le posizioni di questi due autori sulla realizzazione di atti benefici ci consentano di svolgere alcune riflessioni relative all'agire umano: mentre per Singer qualsiasi azione dell'uomo è solo *produttiva* di conseguenze osservabili nel mondo e risulta pertanto superfluo interrogarsi sulle ragioni che hanno determinato l'azione stessa, per Kant l'uomo, agendo moralmente, si arricchisce e rivela la sua realtà noumenica. Di conseguenza, le sue azioni non producono semplicemente degli effetti, ma danno espressione a quella dimensione che lo definisce in quanto uomo: l'agire di quest'ultimo è quindi soprattutto *significativo*, oltre che produttivo.

A mio parere, non va poi dimenticato come l'obbligazione morale presenti un'intrinseca connotazione interpersonale: nell'adempimento di un obbligo non ci si rivela mai come soggetti singoli, ma sempre in relazione ad altri individui che, come noi, sono protagonisti di un agire significativo. Pertanto, nella promozione e nella realizzazione del bene altrui il benefattore entra in rapporto con il beneficiario e non può tralasciare le concezioni che quest'ultimo ha relativamente al suo benessere e alla sua felicità. Tale aspetto viene sottolineato anche da Kant in questi termini:

Io non posso beneficiare nessuno secondo il *mio proprio* concetto della felicità (tranne i bimbi minorenni o individui minorati e pazzi), mentre lo posso soltanto secondo le idee di *colui* che voglio beneficiare; ma non sono affatto benefico nei suoi riguardi, se un dono io glielo impongo<sup>117</sup>.

Concludendo, la trattazione kantiana della beneficenza assume nuovi connotati rispetto alle precedenti analisi sul tema: la beneficenza, oltre ad essere opportunamente distinta dalla benevolenza, risulta infatti collegata, ma al tempo stesso separata dal dovere di beneficenza, che costituisce un dovere di virtù. Per Kant, l'uomo è tenuto ad essere benefico nei confronti degli altri e la beneficenza è appunto la legge per la massima delle azioni che consiste nel proporsi la felicità altrui come un fine che è nello stesso tempo un dovere. Significativa è la precisazione del filosofo di Königsberg relativamente al fatto che l'uomo sia chiamato ad assolvere al dovere di beneficenza senza sperare nulla in contraccambio. Certamente questa affermazione trova la sua ragion d'essere nell'impossibilità di universalizzare la massima egoistica; tuttavia, a mio avviso, essa trova giustificazione anche nel fatto che l'uomo, attraverso la perfezione di

---

<sup>116</sup> *Ibidem*.

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 323.

sé e la promozione della felicità altrui, si eleva dalla condizione animale, cogliendosi come realtà noumenica oltre che fenomenica, e si rende degno dell'umanità che risiede in lui.

In sintesi, per Kant l'adempimento del dovere di beneficenza permette al benefattore di arricchirsi moralmente e di dare senso alla sua vita, comprendendo il valore dell'umanità proprio grazie alla persona nei confronti della quale si mostra benefico.

### 2.9 Verso una tesi moderata della beneficenza

Ripercorrendo l'analisi del dovere di beneficenza sinora svolta, si ricorderà come essa abbia cercato di indagare gli obblighi chiamati in causa da tale dovere, le azioni richieste per un suo adempimento e i destinatari delle medesime, ma soprattutto la giustificazione dello stesso dovere di beneficenza. Ci si è infatti chiesti se davvero esiste l'obbligazione ad agire per il bene altrui e quale sia il suo fondamento. Volgendo lo sguardo sia all'esperienza morale in generale sia ad alcuni rapporti interpersonali che caratterizzano il corso della nostra vita, sono state richiamate le principali formulazioni del dovere di beneficenza proposte da alcune teorie filosofiche. Si sono presentate molte difficoltà nella delineazione di tale dovere e si è constatato per di più come esso, oltre a rinviare a un'ampia gamma di obbligazioni, possa dar luogo a conflitti con altri doveri morali.

Credo che tale analisi abbia evidenziato la complessità dell'evento morale e degli elementi che lo costituiscono, il rischio di una sua lettura puramente consequenzialistica e l'esigenza di prendere in considerazione tutti i protagonisti coinvolti nell'evento stesso. Si è sottolineato, inoltre, come la beneficenza costituisca un ideale troppo esigente per essere del tutto tradotto in pratica ed è proprio per questo che la trattazione kantiana del dovere di beneficenza riesce, a mio avviso, a darle la giusta valenza. Kant ci ricorda infatti come il dovere di beneficenza, essendo un dovere di virtù, sia la legge per la *massima* delle azioni che consiste nel fare proprio il fine lecito della felicità altrui. Tale dovere non specifica quindi al soggetto agente quale azione benefica debba intraprendere in un determinato contesto, ma gli comanda il *fine oggettivo* della felicità altrui, in base al quale deve poi indirizzare il suo agire morale. Il dovere di beneficenza, come opportunamente rileva il filosofo di Königsberg, non può perciò essere racchiuso

all'interno di un'unica formula da applicare automaticamente in ogni contesto d'azione. Nell'adempimento di questo dovere è pertanto indispensabile il ruolo del giudizio critico poiché è mediante esso che l'agente può giungere alla valutazione delle circostanze in cui egli si trova ad operare, dando poi avvio all'azione benefica.

Alla luce dell'analisi sinora svolta, in questo paragrafo mi prefiggo di indagare l'obbligazione a compiere atti benefici all'interno della pratica medica. Verranno quindi riprese alcune impostazioni teoriche già esaminate nelle pagine precedenti per comprendere il significato del dovere di beneficenza così come del suo fondamento in ambito clinico.

Richiamando l'approccio di Gert, mi chiedo innanzitutto se all'interno della professione sanitaria la beneficenza debba essere intesa come un ideale morale o un dovere. Come si ricorderà, per il filosofo americano, la beneficenza rientra tra gli ideali morali poiché, diversamente dalle regole, non delinea i limiti entro i quali l'agire umano risulta legittimo, ma indica i fini positivi che le nostre azioni dovrebbero perseguire. Non potendo essere, al pari di una regola, rispettata in qualsiasi momento e in modo imparziale, Gert ritiene la beneficenza un ideale che può essere solo incoraggiato, ma non richiesto. Egli riconosce tuttavia come, nello svolgimento di alcuni ruoli professionali, compiere atti benefici diventi una vera e propria regola morale.

Sono già stati evidenziati i rischi connessi a tale impostazione teorica, ma vorrei qui indagarli all'interno del contesto clinico. In base a quest'approccio, solo nell'esercizio della sua professione il medico è chiamato a considerare la beneficenza una regola morale, perseguendola invece in linea di massima come un ideale all'infuori del contesto lavorativo. A mio avviso, una lettura di questo tipo è problematica perché sembra assegnare a chi esercita la professione medica il dovere di agire per il bene del paziente solamente nell'effettivo esercizio di tale professione.

Supponiamo che un medico, lasciando il luogo di lavoro per tornare a casa, assista a un incidente stradale: è chiamato a prestare soccorso al pari degli altri eventuali testimoni? E, qualora intervenga per aiutare i soggetti coinvolti nell'incidente, sta semplicemente perseguendo un ideale morale? Credo che, nella situazione appena descritta, il medico sia chiamato ad intervenire non solamente sulla base di un ideale, ma di un dovere di beneficenza che deriva dalla particolare professione che egli esercita. Il medico è tenuto, infatti, a tutelare la vita e a promuovere la salute degli altri anche al

di fuori della struttura sanitaria d'appartenenza. Con questo, non intendo affatto sostenere che chi esercita la professione medica debba adempiere a un dovere di beneficenza così esigente da non permettergli di dedicarsi a se stesso, alla sua famiglia o alla promozione dei suoi interessi. Già la trattazione kantiana dei doveri di virtù ci ricorda come ciascuno di noi sia chiamato a promuovere il benessere fisico e morale degli altri, ma debba anche impegnarsi nella perfezione di sé, migliorando le proprie disposizioni naturali. Infatti, tra i doveri di virtù, Kant colloca sia i doveri verso se stessi, che comandano di promuovere la propria perfezione fisica e morale, sia quelli verso gli altri, che si dividono, a loro volta, in doveri di amore e di rispetto. Il soggetto agente deve pertanto valutare ogni singola circostanza per determinare come, quanto e nei confronti di chi mostrarsi benefico, senza però trascurare l'adempimento dei doveri verso se stesso.

Ci potremmo poi chiedere quali azioni benefiche è tenuto a compiere un medico nell'esercizio della sua professione; forse, ad un primo sguardo, si può ritrovare nelle conseguenze delle medesime azioni la fonte più adeguata per la valutazione di ogni intervento terapeutico. In questo modo, l'attenzione è rivolta al beneficio ottenibile attraverso le cure mediche e ogni deliberazione e trattamento vengono attuati sulla base del calcolo della maggior rimanenza di bene sul male. Si verifica così una lettura della beneficenza puramente consequenzialistica, che risulta, a mio avviso, pericolosa e riduttiva: essa infatti, ricercando l'atto terapeutico che più di altri produce i maggiori effetti positivi, magari in termini solamente biomedici, trascura l'interazione clinica, tralasciando per di più la vulnerabilità e il vissuto di malattia del paziente.

Agire per il bene del malato in termini consequenzialistici significa poi guardare alle conseguenze di un'azione e ritenerla moralmente buona solo sulla base della quantità di beneficio che essa può apportare. Tuttavia, come evidenziato da Frankena, un'azione che massimizzi la quantità di bene nel mondo può comunque risultare ingiusta nel modo in cui la distribuisce. Da qui l'esigenza di una considerazione delle questioni di giustizia anche in ambito clinico: promuovere e realizzare il bene del paziente potrebbe infatti dare avvio a un'ingiusta distribuzione delle risorse sanitarie.

Inoltre, a mio parere, una lettura della beneficenza in termini puramente consequenzialistici fornisce una spiegazione parziale dell'agire umano poiché quest'ultimo viene ridotto alla mera produzione di effetti. A riguardo, credo che l'analisi

del principio dell'atto a duplice effetto abbia messo in luce la complessità dell'evento morale: sono state infatti evidenziate da un lato l'insufficiente descrizione dell'evento stesso sulla base degli esiti che produce, dall'altro la conseguente esigenza di prendere adeguatamente in considerazione tutti i diversi elementi che lo costituiscono. Tale analisi ha permesso altresì di sottolineare come ogni azione umana non possa essere descritta al pari di un evento naturale: essa infatti manifesta sempre l'interiorità della persona che la compie, nonché le intenzioni che hanno contribuito a determinarla.

Tutti questi aspetti rendono quindi unico e irripetibile anche il contesto clinico: gli agenti morali in esso coinvolti sono infatti molti (tra cui medico, paziente e familiari, staff infermieristico) e il loro interagire è determinato dalle particolari circostanze in cui si trovano ad operare. Di conseguenza, il monito ad agire per il bene del paziente non può mai essere rinchiuso all'interno di un'unica formula che indichi sempre al medico come e quali azioni benefiche compiere.

Inoltre, l'adempimento del dovere di beneficenza nella pratica medica deve, a mio parere, essere accompagnato dalla benevolenza, cioè dalla disposizione interiore ad agire per il bene altrui. Se così non fosse, credo che il rapporto interpersonale medico-paziente risulterebbe pericolosamente impoverito: l'interazione clinica potrebbe infatti mostrarsi manchevole di senso di umanità qualora il professionista giunga a compiere atti benefici prevalentemente in vista del proprio utile, puntando ad esempio a vantaggi economici e/o all'avanzamento di carriera. La promozione e la realizzazione del bene del paziente avverrebbero così senza volgere adeguatamente lo sguardo al malato come persona. Verrebbe per di più trascurato il bisogno che il paziente ha di vedere nel medico una figura competente capace di aiutarlo e assisterlo in vista del ripristino della salute, e che sappia mettere in secondo piano il perseguimento di eventuali interessi personali. L'adempimento dell'obbligazione a compiere atti benefici verso il malato richiede quindi un forte impegno da parte di coloro che esercitano la professione medica.

In seguito a queste considerazioni, si potrebbe analizzare ulteriormente il dovere di beneficenza in ambito clinico chiedendosi *perché* un medico sia chiamato a compiere atti benefici nei confronti del paziente. La costante presenza nell'etica medica del monito ad agire per il bene del malato può tuttavia condurci a ritenere inutile questa indagine: tale monito sembra infatti un tipo di obbligazione così scontata da non

necessitare alcuna riflessione di carattere filosofico relativamente al suo fondamento. Il capitolo seguente vuole invece esaminare ancor più in profondità il dovere di beneficenza da un punto di vista storico: credo infatti che un'analisi delle principali fasi di sviluppo dell'etica medica e della bioetica consenta di comprendere il valore che tale dovere ha avuto in ognuna di esse. Si potrà inoltre rilevare la differente valenza che il dovere ad agire per il bene del paziente acquisisce in seguito alla giustificazione assegnatagli.

## CAPITOLO 3

### Dal dovere al principio di beneficenza

#### *3.1 Il monito ad agire per il bene del paziente: una presenza costante nell'etica medica*

Il monito ad agire per il bene del paziente ha guidato la prassi della medicina sin dalla sua nascita, costituendo l'obbligazione primaria dell'assistenza sanitaria. Il dovere da parte del medico di procurare beneficio al malato è stato fin dalle origini congiunto a quello di non arrecare danno al proprio paziente, obbligazione quest'ultima spesso espressa nella formula *primum non nocere*<sup>1</sup>. Questo dovere consiste nel divieto di mettere in atto trattamenti diretti a ledere l'integrità del paziente, ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte ed è presente in tutta la lunga storia dell'etica medica, anche qualora non venga espresso in maniera esplicita.

Connesso al principio del rispetto per la vita umana fin dal suo concepimento, il dovere di non arrecare danno al paziente si sviluppa nella tradizione ippocratica accanto ad altri obblighi professionali, trovando poi tacita conferma nella concezione ebraico-cristiana della pratica medica così come in tutto l'arco del Medioevo. Tale dovere non viene però esplicitamente indicato nei primi codici di etica medica stilati nel XIX secolo: in questo particolare momento storico, preceduto da una lunga fase di istituzionalizzazione e burocratizzazione della medicina iniziata sul finire del Medioevo, la pratica medica diventa una vera e propria professione. Di conseguenza, questi documenti sono chiamati a delineare non solo gli obblighi che ogni medico deve adempiere nei confronti del proprio paziente, ma anche i suoi doveri nei riguardi degli altri membri dell'istituzione sanitaria di appartenenza così come verso la società in generale. Inoltre, nonostante il dovere di promuovere il bene del paziente e il divieto di arrecargli danno vengano implicitamente richiamati nei primi codici di etica medica,

---

<sup>1</sup> Non è nota l'origine di questo aforisma; Albert Jonsen (*Do no harm. Axiom of Medical Ethics*, in S.F. Spicker e H.T. Engelhardt (ed. by), *Philosophical Medical Ethics. Its Nature and Significance*, Reidel, Dordrecht 1977, pp. 27-41) la fa ad esempio risalire a una massima di Galeno, che a sua volta si riferirebbe al pensiero ippocratico. Studi recenti hanno invece mostrato che l'autore di questa espressione latina non può essere né Ippocrate né Galeno: l'aforisma farebbe la sua comparsa nella letteratura inglese solo nel XIX secolo e andrebbe attribuita al medico inglese Thomas Sydenham (1624-1689). Su questi studi, cfr. C.M. Smith, *Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm!*, in «The Journal of Clinical Pharmacology», 45 (2005), n. 4, pp. 371-377.

essi sembrano per lo più rientrare tra quelle norme di comportamento che ogni professionista è invitato a rispettare al fine di garantire la generale integrità e rispettabilità della pratica medica. E' solamente in seguito al movimento dell'eugenetica e alla trasformazione subita dalla professione medica durante il regime nazista, che i codici deontologici del XX secolo avvertono l'esigenza di ribadire il monito ad agire per il bene del paziente, così come il divieto di mettere in atto trattamenti diretti a lederne l'integrità. Inoltre, proprio alla luce degli eventi storici sopraccennati, i documenti di etica medica successivi al processo di Norimberga mettono in luce l'esigenza d'imparzialità per l'*ethos* medico da correnti ideologiche e politiche.

Intorno agli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, l'etica medica, rimasta generalmente invariata per circa 2500 anni, subisce una vera e propria metamorfosi: il costante progresso tecnologico e il conseguente sviluppo di sofisticate tecnologie mediche, la crescente parcellizzazione dell'atto medico, la forte rivendicazione dei valori dell'individualità e dell'autonomia del paziente così come il controllo dei costi e della gestione del sistema sanitario nella sua globalità costituiscono solamente alcuni dei molteplici fenomeni di tale mutamento<sup>2</sup>. A causa di queste trasformazioni, il dovere di promuovere il bene del paziente e di agire nel miglior interesse di quest'ultimo inizia ad essere affiancato ai principi di autonomia e di giustizia, che addirittura a volte lo sostituiscono del tutto. Si assiste pertanto alla costruzione di un nuovo linguaggio teorico, ossia quello offerto dall'*approccio basato sui principi*. Questo modello, sorto negli Stati Uniti come il primo paradigma di ricerca della nascente bioetica, si sviluppa a partire dalla fine degli anni Sessanta del secolo scorso come una proposta filosofica in grado di individuare *soluzioni pratiche condivise* ai problemi che il progresso medico-scientifico poneva costantemente dinnanzi. Si ritenevano infatti i cosiddetti "principi della bioetica nordamericana", di cui il principio di beneficenza è un'espressione, capaci di fornire un linguaggio comune e un terreno di incontro fra tradizioni filosofiche e culturali diverse. Alla luce di questo importante paradigma di ricerca, il dovere o, più precisamente, il principio di beneficenza assume nuovi connotati e soprattutto, affiancato ai principi di non-maleficenza, autonomia e giustizia, dà luogo a conflitti tra gli stessi, chiedendo l'elaborazione di schemi teorici capaci di farvi fronte.

Considerando tale prospettiva, molto generale, in questo capitolo intendo richiamare

---

<sup>2</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30 Year Retrospective*, in «Journal of the American Medical Association» 269 (1993), n. 9, pp. 1158-1162.

le principali fasi di sviluppo dell'etica medica in relazione all'accento posto in ciascuna di esse al dovere di beneficenza e alla sua connessione al divieto di arrecare danno al paziente. Il breve *excursus* storico che verrà tracciato nelle pagine seguenti intende indagare il diverso *fondamento* che caratterizza questa particolare obbligazione: il dovere di beneficenza, dapprima giustificato nella tradizione ippocratica alla luce del fine che caratterizza la pratica medica, trova nella concezione ebraico-cristiana la sua ragion d'essere nel principio del rispetto della vita umana e nell'obbligo che ogni uomo ha di aiutare il prossimo e di soccorrere i bisognosi. La fase di burocratizzazione della professione medica amplia in modo diverso i confini del dovere di beneficenza: il rapporto terapeutico si verifica ora all'interno di una struttura sanitaria riconosciuta a livello sociale, richiedendo così a ogni medico di agire nel miglior interesse oltre che del paziente, anche dell'istituzione sanitaria di appartenenza così come della società in generale. In seguito alle modificazioni che si verificarono nella pratica medica a causa del movimento dell'eugenetica e del regime nazista, il dovere di beneficenza ritrova il proprio fondamento nel principio del rispetto della vita umana sin dal suo concepimento e nell'impegno assunto dal medico verso la promozione della salute e il sollievo dalla sofferenza. Infine, con la nascita della bioetica e alla luce dell'esigenza di individuare soluzioni ai conflitti morali che si presentano nel campo della biomedicina, il principio di beneficenza rischia di divenire una generica linea-guida per la deliberazione e l'agire umano, nel peggiore dei casi manchevole di una teoria etica di fondo capace di dargli fondamento e giustificazione.

### 3.2 *La tradizione ippocratica*

Soffermarsi sulla tradizione ippocratica porta inevitabilmente ad approfondire la figura e il pensiero di Ippocrate, pur nella consapevolezza che la concezione del ruolo del medico a lui solitamente attribuita non può essere considerata il prodotto di un solo pensatore.

Ippocrate nasce a Kos nel 460 a.C., apprende il sapere medico dal padre e inizia a esercitare l'arte medica in Tessaglia, in Tracia e forse anche in Egitto e in Libia. Riesce a riunire a Kos un cospicuo gruppo di discepoli, creando attorno al tempio di Asclepio (dio della medicina) un vero e proprio archivio medico, nel quale vengono raccolte le

sue osservazioni cliniche e quelle dei suoi allievi. Gli scritti pervenuti sono stati probabilmente raccolti e ricopiati per la Biblioteca di Alessandria d'Egitto nel III secolo a.C. Essi costituiscono il *Corpus Hippocraticum*, che comprende circa settanta libri (il numero varia poiché alcuni manoscritti considerano, come singole, alcune opere che in realtà sono distinte e viceversa) e contiene un vastissimo numero di argomenti di anatomia, chirurgia, eziologia, deontologia e questioni metodologiche. La vasta e per molti aspetti non omogenea opera del *Corpus* non può essere considerata il risultato di un unico pensatore e maestro, quale il fondatore della scuola di Kos: buona parte dei testi che lo compongono infatti non è stata scritta da Ippocrate, ma da autori appartenenti alla sua scuola o anche a scuole diverse, e in periodi cronologicamente posteriori.

Non è mia intenzione prendere in esame la complessa questione dell'autenticità delle opere di Ippocrate che ha tenuto impegnati studiosi eminenti (quali Emile Littré, Ludwig Edelstein, Henry E. Sigerist). Mi preme tuttavia evidenziare come una corretta comprensione della tradizione ippocratica non possa limitarsi all'analisi di un singolo libro del *Corpus*, né tanto meno pretendere di svincolare tale tradizione dal quadro della cultura filosofica greca del VI e V sec. a.C.

Un esempio a conferma di quanto appena sostenuto: una delle ragioni per le quali Ippocrate è considerato il padre della medicina moderna consiste nell'aver riconosciuto la malattia come un fenomeno naturale e quindi non dipendente dalla volontà divina. Va innanzitutto ricordato come prima del processo di razionalizzazione della medicina esistesse la medicina turgico-templare, che, sviluppata per opera dei sacerdoti-medici nei templi di Asclepio, giustificava la genesi delle malattie sulla base di un diretto intervento della divinità. L'evento patologico era infatti visto come una punizione inferta all'uomo dalla divinità, per una colpa di cui egli si era macchiato. In quest'ottica, la sofferenza provata a causa della malattia rappresentava il mezzo per espiare l'errore compiuto.

Ora, occorre precisare e contestualizzare la concezione ippocratica relativa alla malattia in quanto sarebbe un travisamento ritenere il fondatore della scuola di Kos del tutto estraneo all'interpretazione dell'evento patologico sviluppata dalla medicina turgico-templare. Ippocrate infatti non sosteneva che la malattia non dipendesse dalle divinità, ma rivendicava semplicemente lo spazio naturalistico dello stesso fenomeno

malattia. Egli pertanto affermava che tutto dipende dagli dei, compresa la malattia quindi, ma negava il diretto intervento della divinità nello svilupparsi dell'evento patologico. Di conseguenza, anche se a suo avviso la catena degli eventi naturali trovava la sua origine nella divinità, egli ne evidenziava un'autonomia e una coerenza interna, che potevano diventare oggetto di conoscenza per l'uomo. L'esistenza di un mondo spiegabile in termini di causa-effetto non precludeva, ma anzi dischiudeva la possibilità della comprensione e dell'agire dell'uomo mediante le sue scienze e le sue tecniche. Il medico pertanto poteva intervenire nella concatenazione di eventi attraverso la conoscibilità e la curabilità delle malattie, ripristinando così quell'equilibrio riconosciuto come turbato nell'infermo<sup>3</sup>. Medicina laica e medicina sacerdotale continuarono quindi a coesistere anche nella tradizione ippocratica, certamente influenzate dalle impostazioni filosofiche sviluppatesi in quei secoli. Tuttavia, va riconosciuto in epoca ippocratica lo sviluppo di una concezione della malattia come di un evento complesso che, nonostante le diverse manifestazioni che esso assume nei vari individui, preserva un carattere unitario, oggetto di conoscenza empirica.

Oltre a evitare di svincolare la tradizione ippocratica dal quadro della cultura filosofica greca nella quale è sorta, bisogna mostrarsi cauti nel formulare conclusioni affrettate dinnanzi a contraddizioni contenute in un singolo testo del *Corpus Hippocraticum*. Tale cautela è d'obbligo, in particolare, nell'analisi del *Giuramento* di Ippocrate: i risultati della ricerca storica su di esso condotti da H.E. Sigerist e L. Edelstein<sup>4</sup> hanno infatti messo in crisi molti luoghi comuni riguardanti l'origine, il significato e l'utilizzo di quello scritto. La constatazione della presenza di numerose contraddizioni al suo interno ha portato gli studiosi a rintracciare l'origine del

---

<sup>3</sup> Il buon funzionamento dell'organismo dipende infatti per Ippocrate dall'equilibrio dei quattro diversi umori che governano il nostro corpo, cioè bile nera, bile gialla, flegma e sangue rosso, ai quali corrispondono altrettanti temperamenti, ossia melanconico, collerico, flemmatico e sanguigno. Questi ultimi, determinati dall'eccesso di un umore sugli altri, contribuiscono a definire il carattere così come la costituzione fisica di ogni persona (il melanconico ad esempio, presentando un'eccedenza di bile nera, risulta magro e debole, al contrario invece del rubicondo e gioviale sanguigno). Il prevalere di uno dei quattro umori provoca quindi la rottura dell'equilibrio degli stessi elementi (definito *eucrasia*), dando così avvio all'insorgere dell'evento patologico. Relativamente alla teoria umorale e alla nozione di malattia nell'epoca ippocratica con riferimento ad alcuni scritti del *Corpus Hippocraticum*, cfr. V. Di Benedetto, *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*, Einaudi, Torino 1986, pp. 3-34.

<sup>4</sup> Cfr. H.E. Sigerist, *A History of Medicine*, vol. II: *Early Greek, Hindu and Persian Medicine*, Oxford University Press, New York 1961; L. Edelstein, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*, in O. Temkin, *Ancient Medicine, Selected Papers of Ludwig Edelstein*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1967, pp. 3-63.

*Giuramento* in un contesto diverso dalla scuola di Kos, ovverosia nell'ambiente filosofico dei Pitagorici. Questa considerazione costituisce un problema d'interesse non solo per gli eruditi, ma per tutti coloro che si interrogano sul rapporto tra etica e medicina: stando a una tale interpretazione infatti il giuramento costituirebbe il prodotto dell'etica pitagorica, e pertanto di un gruppo di intellettuali riuniti in una scuola dall'aspetto marcatamente religioso.

Per poter cogliere queste contraddizioni, occorre prendere in considerazione il contenuto e la struttura del *Giuramento*:

Giuro su Apollo medico e su Asclepio e su Igea e su Panacea e su tutti gli dei e le dee, chiamandoli a testimoni, di tener fede secondo le mie forze e il mio giudizio a questo giuramento e a questo patto scritto. Riterrò chi mi ha insegnato quest'arte pari ai miei stessi genitori, e metterò i miei beni in comune con lui, e quando ne abbia bisogno lo ripagherò del mio debito e i suoi discendenti considererò alla stregua di miei fratelli, e insegnerò loro quest'arte, se desiderano apprenderla, senza compensi né impegni scritti; trasmetterò gli insegnamenti scritti e verbali e ogni altra parte del sapere ai miei figli così come ai figli del mio maestro e agli allievi che hanno sottoscritto il patto e giurato secondo l'uso medicale, ma a nessun altro. Mi varrò del regime per aiutare i malati secondo le mie forze e il mio giudizio, ma mi asterrò dal recar danno e ingiustizia.

Non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone, né mai proporrò un tale consiglio: ugualmente non darò alle donne pessari per provocare l'aborto. Preserverò pura e santa la mia vita e la mia arte. Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma lascerò il posto ad uomini esperti di questa pratica.

In quante case entrerò, andrò per aiutare i malati, astenendomi dal recar volontariamente ingiustizia e danno, e specialmente da ogni atto di libidine sui corpi di donne e uomini, liberi o schiavi. E quanto vedrò e udirò esercitando la mia professione, e anche al di fuori di essa nei miei rapporti con gli uomini, se mai non debba essere divulgato attorno, lo tacerò ritenendolo alla stregua di un sacro segreto.

Se dunque terrò fede a questo giuramento e non vi verrò meno, mi sia dato godere il meglio della vita e dell'arte, tenuto da tutti e per sempre in onore. Se invece sarò trasgressore e spergiuro, mi incolga il contrario di ciò<sup>5</sup>.

Da un punto di vista strutturale, il *Giuramento* è suddiviso in quattro parti: la prima presenta un'invocazione alle divinità, la seconda è dedicata ai doveri verso la famiglia del maestro e dei suoi discepoli, la terza indica i doveri del medico verso il paziente (ed è quindi il vero e proprio codice etico) e infine la quarta accenna alle conseguenze

---

<sup>5</sup> Tutti i passi del *Corpus Hippocraticum* riportati di seguito sono contenuti in M. Vegetti (a cura di), *Opere d'Ippocrate*, UTET, Torino 1965. Il testo del *Giuramento* appena riportato si trova alle pp. 393-394 della suddetta opera.

dell'adempienza o meno al giuramento (prestigi e onori nel primo caso, svantaggi e disonori nel secondo). Riguardo alla terza parte del *Giuramento* contenente i doveri del medico nei confronti del proprio paziente, va sottolineata una certa simmetria. Infatti, dopo aver espresso il proprio impegno nell'aiutare i malati secondo le proprie conoscenze e capacità, il medico inizia tale sezione del *Giuramento* mediante l'elenco di tre proibizioni, cioè non arrecare danno o ingiustizia al malato, non consigliare né somministrare a nessuno farmaci letali (e questo neppure su richiesta del paziente stesso) e non provocare rimedi abortivi. A queste proibizioni segue l'affermazione positiva «preserverò pura e santa la mia vita e la mia arte», seguita a sua volta da altre tre proibizioni: non praticare la chirurgia, non avere rapporti sessuali con nessun membro della famiglia del paziente e non divulgare segreti uditi nell'esercizio della professione. Va sottolineato però come, prima dell'enunciazione di questi tre divieti, venga ribadito l'impegno di aiutare i sofferenti e di non recare danno o ingiustizia. Tuttavia, potrebbe non trattarsi di una vera e propria ripetizione, visto il continuo riferimento al rischio dell'abuso di occasioni d'incontro con donne o uomini della casa.

Ora, quali sono queste vistose dissonanze che il senso critico dello storico ravvisa confrontando i nobili propositi contenuti nel *Giuramento* con la pratica della medicina nella Grecia classica? Innanzitutto la proibizione relativa all'esercizio della chirurgia: sappiamo infatti con certezza che il medico ippocratico era anche chirurgo e nel *Corpus Hippocraticum* sono presenti scritti chirurgici (come ad esempio *Sul male di capo* e *Su ossa e articolazioni*) spesso attribuiti allo stesso Ippocrate, all'interno dei quali compaiono precise indicazioni riguardanti la trapanazione del cranio e gli interventi su fratture e lussazioni. Un'altra dissonanza riguarda la clausola dell'aborto: quest'ultimo infatti era praticato in Grecia sia dalle levatrici sia dai medici e accettato dalla società. Inoltre, il divieto (anche su richiesta) di somministrazione di farmaci mortali è in contrasto con quanto sappiamo della civiltà greco-romana: Teofrasto ad esempio nella sua *Historia Plantarum* riporta di veleni preparati dai medici per il suicidio indolore. Da sottolineare poi come già lo stoicismo antico approvasse, entro certi limiti, il suicidio razionale (*eulogos exagoge*): la decisione se restare in vita o abbandonarla è sempre presa infatti dal sapiente, cioè da colui che riesce a cogliere l'appropriatezza o meno dell'atto suicida dinanzi alla natura delle circostanze<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Cfr. M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002, pp. 12-16.

Alla luce di tutte queste dissonanze, la redazione del *Giuramento* andrebbe spostata al IV secolo a.C. Secondo questa interpretazione, dovuta soprattutto agli studi compiuti da Edelstein, tale scritto troverebbe la propria origine nell'ambiente filosofico dei pitagorici e non all'interno della scuola di Kos. L'etica pitagorica infatti condannava sia l'aborto sia il suicidio, poiché considerava moralmente inaccettabile prestare la propria conoscenza e competenza per azioni che conducono alla distruzione della vita<sup>7</sup>. Fu proprio in quel contesto poi che la chirurgia iniziò a separarsi dalla medicina generica, dando così inizio alla divaricazione tra sapere "teorico" del medico e l'opera "manuale" del chirurgo. Il medico che si ispirava alla filosofia pitagorica lasciava infatti al chirurgo lo spargimento del sangue e il rischio che il malato potesse morire durante l'intervento chirurgico. In base a queste considerazioni, il *Giuramento* potrebbe esser stato redatto dai medici pitagorici, forse anche come protesta contro le pratiche mediche correnti, e attribuito solo in seguito alla figura di Ippocrate.

Nonostante l'indiscussa presenza nel testo di elementi pitagorici, sarebbe però un errore non intravedere in esso tracce di tradizione ippocratica. Un'analisi più approfondita del *Corpus Hippocraticum* rivela infatti come anche tale tradizione offra importanti spunti per l'elaborazione di un *ethos* medico indirizzato alla difesa della vita e della salute<sup>8</sup>. Si consideri ad esempio questo passo de *L'Antica Medicina*, testo da sempre ritenuto simbolo della medicina ippocratica e punto d'arrivo della teorizzazione

---

<sup>7</sup> Non è affatto semplice risalire con esattezza alle formulazioni originarie della scuola pitagorica in quanto la partecipazione a essa era riservata a pochi eletti e l'insegnamento presentava il carattere della segretezza. Tutto ciò che veniva appreso all'interno della scuola non doveva pertanto essere diffuso all'esterno, bensì rimanere accessibile solamente ai membri della stessa. Fondata da Pitagora a Crotona intorno al 530 a.C. e influenzata dalle comunità orfiche, la scuola pitagorica sosteneva la tesi dell'immortalità dell'anima e la teoria della metempsicosi (dal greco *metempsychousthai*, "passare da un corpo all'altro") in base alla quale l'anima, al momento della morte del corpo in cui è ospitata, è soggetta a una lunga trasmigrazione, incarnandosi quindi in altri corpi umani, animali, vegetali o minerali finché non abbia raggiunto uno stato di purezza interiore. Ora, la condanna del suicidio da parte della scuola pitagorica è sostanzialmente motivata da due ragioni: in primo luogo l'uomo vive in una specie di carcere, rappresentato dal proprio corpo, dal quale non può fuggire senza il permesso degli dei; sono questi ultimi infatti i veri padroni della vita degli uomini e pertanto solo un segnale divino può legittimare un atto suicida (questa tesi è ad esempio sostenuta dal pitagorico Filolao all'interno del dialogo platonico *Fedone*, 62b, in Platone, *Opere*, Laterza, Roma-Bari 1984, vol. I, p. 107). In secondo luogo, sulla base della teoria della metempsicosi, il suicidio risulterebbe contraddittorio in quanto provocherebbe un'ennesima colpa che l'anima dovrebbe espiare dopo la morte del corpo. L'etica del rispetto della vita umana promossa dalla scuola pitagorica sembra quindi assai influenzata dalla riverenza che l'uomo deve sempre mostrare dinnanzi alla divinità e ai suoi comandi. Cfr. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, op. cit., p. 8.

<sup>8</sup> Cfr. S. Spinsanti, *L'ethos ippocratico*, in «Medicina e Morale», 22 (1982), n. 2, pp. 144-159; F. Pilotto - P. Badon, *Ethos ippocratico e deontologia sanitaria*, in «Bioetica e Cultura», 12 (2003), n. 24, pp. 269-281. Relativamente all'influenza del *Giuramento* ippocratico nell'etica medica odierna, cfr. S.H. Miles, *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*, Oxford University Press, New York 2005.

sulla *technè* medica compiuta dallo stesso maestro Ippocrate:

A questa indagine ed a questa scoperta quale nome più giusto e appropriato s'imporrebbe se non "Medicina", se invero è stata scoperta in pro della salute e della salvezza e del nutrimento, in luogo di quel regime dal quale venivano dolore e malattia e morte<sup>9</sup>?

L'arte medica è stata quindi elaborata per la cura dei malati e il ripristino della loro salute. Sempre all'interno dello stesso scritto, Ippocrate riconferma il valore di tale concezione con le seguenti parole:

nessuno avrebbe ricercato la medicina se gli stessi regimi fossero convenuti tanto ai malati quanto ai sani<sup>10</sup>.

L'arte medica ha iniziato perciò a svilupparsi proprio in vista del raggiungimento degli obiettivi sopraccennati e questa sua specifica finalità le consente anche di distinguersi dalle altre pratiche umane. Curare i malati e operare per il recupero della loro salute determinano inoltre i compiti della medicina, i quali vengono così delineati nel primo libro *Le Epidemie*, altro celebre scritto del *Corpus Hippocraticum*:

Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo è il compito. Tendere nelle malattie a due scopi, giovare o non essere di danno. L'arte ha tre momenti, la malattia e il malato e il medico. Il medico è ministro dell'arte: si opponga al male il malato insieme con il medico<sup>11</sup>.

In questo passo compare la sintetica espressione già ritrovata nel *Giuramento* e contenente il mandato professionale del medico, ovverosia «giovare o non essere di danno», monito che trova il proprio fondamento e la sua giustificazione a partire dal *telos* della medicina: quest'ultima è stata, come poc'anzi detto, scoperta per il ripristino della salute e il sollievo dalla sofferenza e proprio tali finalità guidano l'operato del medico e tracciano gli obblighi che egli deve adempiere nel corso di qualsiasi azione terapeutica. A mio avviso, il passo de *Le epidemie* appena riportato risulta importante anche per un altro aspetto: esso infatti non solo ricorda i compiti della medicina a partire dal fine che la caratterizza, ma delinea per di più i tre momenti dell'*ars* medica: il *medico*, ministro dell'arte, è sì chiamato a lottare contro una delle cause dell'infelicità della condizione umana, cioè la *malattia*, ma tale obiettivo non può essere raggiunto senza un'effettiva collaborazione del *malato*. I momenti basilari della prassi medica,

---

<sup>9</sup> *L'Antica Medicina*, trad. it. cit., p. 137.

<sup>10</sup> *Ivi*, p. 138.

<sup>11</sup> *Le Epidemie*, trad. it. cit., p. 304.

ossia descrivere il passato (anamnesi), comprendere il presente (diagnosi) e prevedere il futuro (prognosi), devono avvenire a fianco del malato perché, come evidenziato nel testo *Il Prognostico*, solo in questo modo si potrà dar avvio a un buon trattamento terapeutico:

Per il medico – mi sembra – è cosa ottima praticare la previsione: prevedendo infatti e predicendo, al fianco del malato, la sua condizione presente e passata e futura, e descrivendo analiticamente quanto i sofferenti stessi hanno tralasciato, egli conquisterà maggior fiducia di poter conoscere la situazione dei malati, sicché essi oseranno affidarglisi. E potrà progettare un'eccellente terapia se avrà previsto i futuri sviluppi a partire dai mali presenti<sup>12</sup>.

Anamnesi, diagnosi e prognosi, se compiuti a fianco del malato, aumentano quindi sia la fiducia reciproca tra medico e paziente sia la possibilità della buona riuscita del percorso terapeutico intrapreso. I due aspetti sono inoltre connessi in quanto, più il paziente conquista fiducia nei confronti del proprio medico, maggiore sarà per quest'ultimo la conoscenza del malato e dei fattori che hanno contribuito all'insorgere dell'evento patologico, con un aumento così della probabilità di individuare una terapia capace di farvi fronte.

Nonostante l'invito rivolto ai soggetti coinvolti nell'interazione clinica a collaborare vicendevolmente per il ripristino della salute, la relazione medico-paziente non viene descritta nelle pagine del *Corpus Hippocraticum* come un rapporto simmetrico<sup>13</sup>. E' il medico infatti che, sulla base delle proprie capacità e competenze, prende le decisioni relative al percorso terapeutico da intraprendere, lasciando così il malato uno spettatore del tutto passivo e “paziente”, come la stessa radice etimologica del termine latino *patiens* suggerisce. L'interazione clinica presenta quindi nella tradizione ippocratica una connotazione fortemente paternalistica: come il padre agisce in modo benefico verso i figli e a tal scopo prende, se non tutte, almeno la maggior parte delle decisioni che riguardano il benessere dei suoi bambini, allo stesso modo il medico, sulla scorta delle sue conoscenze e competenze, dirige la propria azione nel procurare beneficio al malato.

---

<sup>12</sup> *Il Prognostico*, trad. it. cit., p. 209.

<sup>13</sup> Come avrò modo di precisare nel V capitolo (cfr. par. 5.4.2), l'interazione clinica è sempre descrivibile come una relazione asimmetrica. Il rapporto medico-paziente, di fronte alle evidenti differenze riguardanti non solo la diversa situazione esistenziale rinvenibile in colui che è malato rispetto a chi è professionista, ma anche la notevole disparità relativa al bagaglio conoscitivo di ciascuno dei due, non può considerarsi come una relazione tra eguali. Esiste perciò in tale rapporto un'ineguaglianza di poteri e di conoscenze tali da far sorgere in una delle due parti, precisamente nella figura del medico, degli obblighi speciali, che saranno successivamente delineati nell'analisi dei *modes* della medicina. Cfr. par. 5.5 del capitolo 5 di questo elaborato.

L'esortazione ad un rapporto collaborativo e fondato sul dialogo e sulla fiducia reciproca tra i due soggetti dell'interazione clinica scaturisce quindi principalmente dalla convinzione che questo tipo di relazione facilita la scelta e la buona riuscita del trattamento terapeutico, magari accelerando il ripristino dello stato di salute del paziente. L'invito alla collaborazione tra medico e malato non viene perciò formulato in vista di un'attiva partecipazione del secondo nel processo decisionale. Solo il medico può infatti individuare le cure più adeguate per far fronte all'evento patologico e, se il paziente non possedesse tale consapevolezza e non nutrisse fiducia nei suoi confronti, verrebbe messa in discussione la finalità di ogni atto terapeutico e risulterebbe persino assurda la sua richiesta di aiuto.

Di conseguenza, è di nuovo il fine della medicina, cioè il suo tendere al ripristino della salute e al sollievo dalla sofferenza, che accomuna coloro che partecipano all'interazione clinica e che definisce i loro ruoli: il medico dovrà infatti far sfoggio della sua competenza tecnica e il paziente, consapevole della sua incapacità di prendere le giuste decisioni in vista della propria guarigione, si mostrerà incline ad accettare i consigli ricevuti. Il processo decisionale si rivelerà quindi proficuo qualora il rapporto terapeutico sia contrassegnato dalla fiducia reciproca e dall'atteggiamento di *obbedienza* del paziente dinnanzi alle deliberazioni espresse dal medico<sup>14</sup>.

Nonostante questa concezione paternalistica, l'*ethos* ippocratico inizia a delineare la figura del medico come *vir bonus sanandi peritus*, dando vita così all'idea della medicina come di un'arte la cui conoscenza è inseparabile dalla moralità. Il medico ippocratico comincia infatti a coniugare nell'esercizio della sua professione due fondamentali qualità, ovverosia la *philantropia* e la *philotechnia*: egli è chiamato non solo ad ampliare il suo bagaglio conoscitivo e a mostrare le sue competenze in qualità di "tecnico", ma anche ad agire come un uomo virtuoso. Così ad esempio recita uno dei più famosi tra i *Precetti*: «Dove c'è *philantropia* c'è anche *philotechnia*», cioè amore per l'arte, che evidenzia l'impegno a perfezionarsi nell'*ars* medica per essere amico dell'uomo. In tutto questo non manca il riconoscimento dei limiti tecnici della pratica medica e delle fatali necessità della natura. Nel tardo scritto ippocratico *L'arte* troviamo espressa tale consapevolezza nell'enunciazione dei compiti della medicina:

in prima approssimazione, liberare i malati dalle sofferenze e contenere la

---

<sup>14</sup> Sulla relazione medico-paziente nella tradizione ippocratica e sugli obblighi di ciascuno di essi in tale rapporto, cfr. J. Jouanna, *Ippocrate* (1992), trad. it. di L. Rebaudo, SEI, Torino 1994, pp. 112-142.

violenza delle malattie, e non curare chi è ormai sopraffatto dal male, sapendo che questo non può farlo la medicina. Se infatti qualcuno pretendesse che l'arte possa fare ciò che l'arte non ha prodotto, o la natura ciò che la natura non ha generato, manifesterebbe un'insipienza che s'addice alla pazzia più che all'ignoranza. Perché di quanto possiamo padroneggiare con gli strumenti e della struttura naturale e delle arti, ci è dato esser artefici, ma del resto non ci è dato. Quando pertanto un uomo soffre di un male troppo forte per gli strumenti della medicina, non si pretenda che dalla medicina esso venga in qualche modo controllato<sup>15</sup>.

Dinnanzi a gravi e inesorabili malattie occorre quindi riconoscere i limiti dell'intervento medico (e delle pratiche umane in generale) stabiliti dalla natura; il non prendere consapevolezza di essi si addice alla pazzia più che all'ignoranza perché equivale all'empio tentativo di porre la *techne* al di sopra della *physis*.

Pertanto, concludendo questa parte dedicata alle prime fasi di sviluppo dell'*ethos* medico, potremmo dire che un'interpretazione della medicina ippocratica non può tralasciare il contesto culturale e filosofico all'interno del quale essa è sorta. Attraverso una lettura di questo tipo è possibile rilevare nella tradizione ippocratica il rispetto per la vita umana, l'attenzione verso il malato, la spiccata attitudine a osservare i segni di malattia e i fenomeni che appaiono legati alla condizione morbosa, senza mai tradurre tutto ciò in una disposizione a trattare i pazienti in modo eroico o eccessivo. Il rispetto per la vita e la difesa della salute presenti nell'etica medica tradizionale non si traducevano infatti nel dovere del medico di prolungare la vita dei propri pazienti, ma nella promozione del loro bene sempre nella consapevolezza dei limiti della pratica medica.

### 3.3 L'inserimento della concezione ippocratica nella tradizione ebraica

Nell'antica letteratura ebraica non sono presenti esplicite dichiarazioni etiche per l'esercizio della pratica medica. Le Sacre Scritture contengono tuttavia principi generali di morale che chiamano implicitamente in causa l'operare del medico: mi riferisco all'accento posto sull'essere misericordiosi, sul prestare soccorso ai più deboli e agli oppressi<sup>16</sup>. Il riconoscimento del valore di ogni vita umana, in quanto creazione di Dio,

---

<sup>15</sup> *L'Arte*, trad. it. cit. p. 445.

<sup>16</sup> Si consideri ad esempio questo passo del *Deuteronomio* (15, 7-8, in *La Sacra Bibbia*, Edizione ufficiale della C.E.I., UELCI, Roma 1996, p. 164): «Se vi sarà qualche tuo fratello bisognoso in mezzo a te in una delle città del paese che il Signore tuo Dio ti dà, non indurirai il tuo cuore e non chiuderai la mano davanti al tuo fratello bisognoso; anzi gli aprirai la mano e gli presterai quanto occorre alla necessità in cui si

conduce al rispetto della stessa e al dovere di aiutare il prossimo, specialmente qualora la sua esistenza risulti in pericolo. La vita umana è infatti affidata all'uomo e pertanto ciascuno è chiamato a rispondere della propria vita e di quella dei suoi simili. Va tuttavia precisato come la legge ebraica non consideri il prestare soccorso agli altri un dovere la cui inadempnienza coincida con un atto scorretto e punibile da Dio; tale inosservanza appare infatti giustificabile nel momento in cui, nell'aiutare il prossimo, venga messa a repentaglio la vita del benefattore. Qualora l'agente, con la sua condotta benefica, si esponga a pericoli che possono danneggiare la sua stessa esistenza, il dovere di proteggere e preservare la propria vita diventa prioritario al prestare soccorso, e tale obbligazione va riconosciuta sia dinnanzi a se stessi sia di fronte a Dio. Il dovere di beneficenza e l'obbligazione a soccorrere i bisognosi, nonostante non costituiscano nella tradizione ebraica delle mere esortazioni, ma rientrino appieno nella struttura della Legge, presentano pertanto delle limitazioni proprio alla luce del valore e del conseguente rispetto per ogni vita umana, compresa quella del benefattore.

Queste limitazioni del dovere di beneficenza risultano valide anche in considerazione dell'operato di un medico: egli è indubbiamente chiamato a soccorrere i bisognosi, a far loro visita e a confortarli dal dolore che li affligge ma, in caso di epidemie, rimane generalmente prioritario l'obbligo di proteggere e preservare la propria vita<sup>17</sup>. La figura del medico e i suoi doveri nei confronti dei malati possono essere maggiormente compresi alla luce della concezione di malattia contenuta nella letteratura ebraica: l'evento morboso è considerato un avvertimento e un'opportunità concessa dal Signore o, più precisamente, una possibilità che Dio offre all'uomo per redimersi dal peccato compiuto. Dinnanzi alla malattia non bisogna pertanto avvilitarsi, ma piuttosto chiedere l'aiuto di Dio mediante la preghiera e dare inizio a un processo di purificazione interiore ed esteriore, processo questo che può anche chiamare in causa l'intervento del medico. Si considerino a riguardo alcuni versi del libro del *Siracide* (testo databile intorno al 180 a.C.):

Figlio, non avviliti nella malattia,  
ma prega il Signore ed egli ti guarirà.  
Purificati, lavati le mani;

---

trova». Sull'evoluzione della pratica medica nella tradizione ebraica, cfr. G. Cosmacini, *Medicina e mondo ebraico: dalla Bibbia al secolo dei ghetti*, Laterza, Roma 2001.

<sup>17</sup> Cfr. R.M. Green, *Jewish Ethics and Beneficence*, in E.E. Shelp, *Beneficence and Health Care*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1982, pp. 109-125.

monda il cuore da ogni peccato.  
Offri incenso e un memoriale di fior di farina  
e sacrifici pingui secondo le tue possibilità.  
Fa' poi passare il medico  
– il Signore ha creato anche lui –  
non stia lontano da te, perché ne hai bisogno.  
Ci siano casi in cui il successo è nelle loro mani.  
Anch'essi pregano il Signore  
perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia  
e a risanarla, perché il malato ritorni alla vita.  
Chi pecca contro il proprio creatore  
cada nelle mani del medico<sup>18</sup>.

L'intervento del medico è quindi successivo a una fase iniziale di purificazione laddove l'ammalato, riconoscendosi peccatore, implora l'aiuto divino e, mediante l'offerta di sacrifici a Dio, monda il proprio cuore dalle sue colpe. Gli ultimi due versi del passo riportato sintetizzano efficacemente la concezione della malattia presente nella cultura ebraica: cade nelle mani del medico colui che ha peccato dinnanzi a Dio e, mediante le cure mediche, potrà guarire dal male fisico, ma anche spirituale, riavvicinandosi quindi al proprio Creatore<sup>19</sup>.

Con l'affacciarsi del Medioevo compaiono preghiere, dichiarazioni e giuramenti di medici ebrei, nei quali, pur con il concorso di nuove influenze, è forte il richiamo alla tradizione ippocratica. Un esempio di grande interesse è il giuramento di Asaf, che compare al termine del *Libro di Asaf il medico* e che costituisce il più antico testo medico ebraico. Asaf era un medico siriano o mesopotamico che compose questo giuramento probabilmente nel VI secolo d.C. Già leggendo le prime righe di questo scritto, si avverte la forte connessione tra il dovere del medico di procurare beneficio al malato e il divieto di mettere in atto trattamenti diretti a ledere l'integrità del paziente, ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte:

Non ucciderete nessun uomo col succo di una radice, né somministrerete alcuna pozione ad una donna in attesa di un figlio illegittimo perché abortisca; non vi perderete dietro le belle donne per commettere adulterio con loro; non rivelerete i segreti che vi sono stati affidati e non accetterete ricompense per provocare danno o uccidere; non indurirete il vostro cuore verso il povero e il bisognoso, ma li curerete; non chiamerete bene il male e male il bene; non vi comporterete come i maghi, gettando incantesimi per ammaliare e stregare, al fine di separare un uomo dalla donna del suo seno o una donna dal marito della sua giovinezza. [...] Fate

---

<sup>18</sup> *Siracide*, 38, 9-15, in *La Sacra Bibbia*, trad. it. cit., p. 693.

<sup>19</sup> Il peccato costituisce infatti una diretta conseguenza dell'allontanamento dell'uomo da Dio; pertanto, attraverso l'espiazione delle proprie colpe, è possibile riavvicinarsi al Signore.

attenzione: il Signore Dio, i suoi santi e la sua Torah vi siano testimoni che avrete timore di Lui, non deviando dai suoi comandamenti ma seguendo onestamente le sue leggi. Non abbassatevi alla cupidigia e non aiutate i malfattori a versare sangue innocente. Non preparerete veleni ad un uomo o ad una donna per uccidere il loro amico, né rivelerete mai quali radici siano velenose o le darete a qualcuno, né vi farete persuadere a fare del male. Non verserete sangue in nessun trattamento medico. Avrete cura di non causare un danno a chicchesia e di non provocare una lesione ad alcuno per la fretta di tagliare le membra con uno strumento di ferro o mediante la cauterizzazione, ma dovrete osservare più e più volte, e solo dopo emettere la vostra diagnosi<sup>20</sup>.

Il testo riprende dalla tradizione ippocratica i precetti di non provocare danno o lesione al malato e di non preparare, somministrare e consigliare a quest'ultimo alcun tipo di sostanza letale. Vengono inoltre ribadite le regole di comportamento contro l'uso di farmaci abortivi e si allerta il medico relativamente al rischio di seduzione e adulterio che la bellezza femminile può suscitargli. Rispetto al *Giuramento* ippocratico, quello di Asaf è caratterizzato da una diversa sfumatura: in esso è forte l'invito a non abbassarsi alla cupidigia e a non indurire il proprio cuore verso il povero e il bisognoso, il tutto nel rispetto delle leggi della *Torah*. Sono queste ultime infatti che guidano e danno fondamento all'operato del medico così come ai suoi doveri.

Diversamente dalla tradizione ippocratica, che derivava i compiti dell'arte medica così come gli obblighi del medico nei confronti del proprio paziente dalle finalità specifiche alla medicina, nella cultura ebraica è la legge divina e il timore di punizione in caso di deviazione da essa che determinano e giustificano l'operato del medico. Come si osserverà nel paragrafo successivo, questo diverso fondamento dei doveri del medico compare anche nella tradizione cristiana, che, alla luce del messaggio evangelico, amplia a ciascun uomo l'obbligazione a prendersi cura dei sofferenti e a promuovere il loro bene.

### 3.4 *L'evoluzione dell'ethos medico nella tradizione cristiana*

Per quanto riguarda l'inserimento della concezione ippocratica nella tradizione cristiana, va innanzitutto rilevato come il *Corpus Hippocraticum* sia divenuto noto ai primi cristiani attraverso l'opera di Claudio Galeno, medico di Pergamo vissuto nel I

---

<sup>20</sup> *Giuramento di Asaf*, in S. Spinsanti (a cura di), *Documenti di deontologia e etica medica*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1985, pp. 24-26.

sec. d.C., il quale si richiamò direttamente a quella tradizione integrandola con le acquisizioni dell'anatomia alessandrina.

La prospettiva cristiana non ebbe difficoltà nell'accettare le idee sviluppate nella scuola di Kos, quali ad esempio il rispetto verso la vita umana in ogni sua fase, la concezione sacerdotale del medico e l'atteggiamento paternalistico nei confronti del proprio paziente<sup>21</sup>. Relativamente a quest'ultimo aspetto, va rilevato come la tradizione ippocratico-galenica affianchi alle abilità tecniche del medico un particolare carisma morale, tale da obbligarlo ad essere al tempo stesso tutore e padre dei propri pazienti, ovverosia nell'impegnarlo a prendere davvero a cuore la salute e la coscienza dei malati.

In seguito alla diffusione del messaggio cristiano, la dedizione alla medicina iniziò ad essere considerata un esercizio privilegiato della virtù cristiana della carità: molti cristiani videro infatti nell'azione terapeutica un'integrazione all'intervento sanante di Dio e trovarono in Cristo l'esempio di medico per eccellenza da imitare. Alla luce del comando evangelico dell'amore verso Dio e verso il prossimo, l'impegno nei confronti degli ammalati si propagò nella Chiesa primitiva attraverso ogni ceto di persone, accentuando quell'aspetto filantropico che già andava caratterizzando la pratica medica ippocratica. Emblematica a riguardo è la parabola del buon Samaritano, dove, all'indifferenza di un sacerdote e di un levita dinnanzi a un uomo incappato nei briganti e ferito gravemente, è oggetto di elogio e di emulazione la compassione dimostrata dal samaritano:

Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi coricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui. Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più te lo rifonderò al mio ritorno. Chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?». Quegli rispose: «Chi ha avuto compassione di lui». Gesù gli disse: «Va' e anche tu fa' lo stesso»<sup>22</sup>.

Attraverso il messaggio cristiano, l'impegno alla compassione e al prendersi cura dei bisognosi diventò quindi un monito rivolto non solo al medico, ma a tutti. Inoltre, al di là del trattamento compassionevole del malato, l'interpretazione cristiana della figura

---

<sup>21</sup> Il *Giuramento* ippocratico fu ad esempio facilmente accettato nell'ambiente cristiano alla luce dell'invito alla promozione della salute e alla difesa della vita in esso contenuto. Il *Giuramento* di Ippocrate fu addirittura trascritto in lingua greca da un illuminato amanuense medievale con una disposizione grafica che forma una croce (cioè mediante il simbolo per eccellenza della Cristianità) e il manoscritto (*Urbinas 64*) è tuttora conservato nella Biblioteca Apostolica Vaticana. Sulle modificazioni del *Giuramento* e le sue riproduzioni, cfr. W.H.S. Jones, *The Doctor's Oath: an Essay in the History of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1924.

<sup>22</sup> Lc, 10, 34-37.

del medico aggiunse obblighi specifici, quali la gratuità del trattamento e, diversamente dalla cultura ebraica, il dovere di cura anche in caso di pestilenze e di gravi e inesorabili malattie. Solo in questo modo infatti trovava completa concretezza la chiamata formulata da Cristo ad essere suoi seguaci. Così infatti troviamo scritto nel *Vangelo secondo Matteo*:

Chiamati a sé i dodici discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e d'infermità<sup>23</sup>.

Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni. Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date<sup>24</sup>.

Sotto l'emblema della carità cristiana, nacquero così fondazioni organizzate per l'assistenza ai malati, il più delle volte interne agli ordini religiosi, e si ebbe un incremento della figura del medico-religioso nei monasteri, ispirato dal precetto dell'assistenza medica da prestare all'infermo come se la si prestasse a Cristo. E' ben comprensibile come in tutto questo contesto il dovere di non arrecare danno o ingiustizia al paziente sia implicito nell'impegno a prendersi cura dei sofferenti e a promuovere il loro bene, sia fisico che spirituale.

Come si sarà potuto notare, la figura del medico sinora tracciata manca di un'importante connotazione: pur essendo specificati, sia nella tradizione ippocratica sia in quella ebraico-cristiana, gli obblighi di colui che si impegna nella cura dei malati, *in primis* il dovere di procurare beneficio al paziente, risulta del tutto assente il pubblico riconoscimento del ruolo del medico. Tale mancanza è giustificata, ad esempio, nella tradizione cristiana dal fatto che l'impegno di prendersi cura dei bisognosi diventa, alla luce del comando evangelico dell'amore verso Dio e verso il prossimo, un monito rivolto non solo al medico, ma a tutti. L'assenza sinora rilevata di un riconoscimento pubblico del ruolo del medico non permette a quest'ultimo di potersi definire un vero e proprio professionista e di vedere qualificate e apprezzate le sue specifiche competenze e abilità. Egli si trova inoltre ad operare isolatamente o all'interno di piccoli gruppi, senza possedere un ufficiale documento che riconosca le proprie capacità e che gli permetta di distinguersi da maghi o cialtroni.

E' solo sul finire del Medioevo che la pratica medica si avvia a diventare una vera e propria professione: nascono infatti le prime facoltà universitarie di medicina, ma si

---

<sup>23</sup> Mt, 10, 1.

<sup>24</sup> Mt, 10, 8.

assiste anche alla creazione di ordini professionali del tutto indipendenti dalla Chiesa, dallo Stato e dalle stesse università. Come verrà sottolineato nel paragrafo successivo, l'istituzionalizzazione della classe medica e la sua burocratizzazione danno avvio non solo alla creazione per il medico di nuovi obblighi, ma anche allo sviluppo di una nuova etica professionale: l'attenzione è sempre più rivolta infatti alle buone maniere del professionista e alla definizione della sua autorità all'interno del rapporto terapeutico. Diviene inoltre prioritaria in ogni decisione clinica la salvaguardia della struttura ospedaliera di appartenenza così come il mantenimento di una generale rispettabilità nei confronti della professione medica. A causa di questa importante trasformazione, si osserverà in seguito come il dovere di beneficenza non costituisca più un tipo di obbligazione da adempiere esclusivamente nei confronti del paziente: esso infatti risulta determinante per l'agire medico in vista della delineazione del corretto comportamento che chi esercita la professione medica deve attuare sia con i suoi colleghi sia con la società in generale.

### *3.5 La fase di burocratizzazione della professione medica*

Un esempio di come l'istituzionalizzazione e la burocratizzazione della classe medica producano dei significativi mutamenti nella sua etica professionale si ritrova negli *Statutes* definiti nel 1518 dal londinese *Royal College of Physicians*, ente creato in origine da Enrico VIII per decidere chi poteva esercitare la pratica medica<sup>25</sup>. Si trattava di un'organizzazione monopolistica di diretta emanazione regale, che permise la creazione di un corpo professionale sanitario indipendente dalla Chiesa, dallo Stato e dalle università: questo tipo di associazione, sempre per autorizzazione regale, poteva darsi un proprio regolamento e concedere licenze per l'esercizio della professione medica diverse da quelle rilasciate dalle strutture universitarie. Gli *Statutes* stabilivano regole di comportamento reciproco tra i medici (come ad esempio il divieto per un professionista sanitario chiamato in consulto di denigrare l'operato del curante), ma prescrivevano anche relativamente al linguaggio da tenere, all'abbigliamento e agli ornamenti da esibire. Dall'analisi di questi *Statuti* si comprende come la medicina si stia burocratizzando, trasformandosi in una struttura monopolistica perfettamente costruita,

---

<sup>25</sup> Cfr. G. Davenport, I. McDonald, C. Moss-Gibbons (ed. by), *The Royal College of Physicians and its Collections. An Illustrated History*, James & James Publishers, London 2001.

capace di un controllo interno sull'esercizio della professione<sup>26</sup>.

Il fenomeno della burocratizzazione investe anche l'etica medica poiché essa inizia ad esser vista come un'*etichetta*, ovverosia come un ordine normativo interno alla stessa professione volto a indicare al medico la giusta condotta da adottare nei confronti dei pazienti e dei colleghi, e tutto ciò al fine di preservare l'integrità della classe d'appartenenza.

E' solo nel XIX secolo che si assiste a una chiara codificazione dei diritti e dei doveri del professionista sanitario grazie all'opera *Medical Ethics* di Thomas Percival (1740-1804), medico appartenente alla scuola di Edimburgo, poi attivo specialmente a Manchester. Nel testo *Medical Ethics*, pubblicato nel 1803<sup>27</sup>, Percival specifica i doveri e i diritti del medico nei rapporti con i *pazienti*, con gli *altri medici* e con la *società*. Non solo l'opera ebbe estesa risonanza e profonda influenza (specialmente nelle nazioni di lingua inglese), ma anche questa sua articolazione troverà conferma nei successivi codici deontologici. Va precisato come la divisione dei diritti-doveri del medico in tre parti costituisca l'inevitabile risultato del processo di burocratizzazione della professione medica: la sua istituzionalizzazione comporta infatti il riconoscimento della stessa da parte della società, ma crea al medico dei particolari obblighi del tutto sconosciuti nei secoli precedenti. In primo luogo, chi esercita la professione medica si trova ora ad operare all'interno di un'istituzione sanitaria, risultando così obbligato a rispondere dei suoi comportamenti dinnanzi a essa. In secondo luogo, avendo tale istituzione ricevuto il riconoscimento da parte della società, il medico presenta dei doveri anche nei confronti di quest'ultima e non può più quindi rispondere delle proprie azioni esclusivamente dinnanzi al paziente. Di conseguenza, l'agire per il bene del malato assume una nuova connotazione poiché il rapporto terapeutico non può più considerarsi duale (medico e paziente appunto), né tanto meno può tralasciare il contesto nel quale esso si verifica, ovverosia la struttura sanitaria e la società in generale.

---

<sup>26</sup> Cfr. *ivi*, pp. 103-107.

<sup>27</sup> Percival iniziò a lavorare alla stesura di questo testo già nel 1792, quando gli amministratori dell'ospedale di Manchester lo avevano esortato a stilare un codice di etica medica per far fronte a una disputa interna alla stessa istituzione sanitaria. Nel 1794 Percival diffuse la prima versione del testo dal titolo *Medical Jurisprudence* a una stretta cerchia di amici, non esclusivamente medici. I commenti ricevuti da questi ultimi costituirono la base per la revisione dello scritto, che fu poi pubblicato nel 1803 con il titolo *Medical Ethics*. Per un'analisi sull'origine di questo testo e sull'influsso che esso ebbe nella medicina inglese del XIX secolo cfr. J.V. Pickstone, *Thomas Percival and the Production of Medical Ethics*, in R. Baker, D. Porter, R. Porter, *Medical Ethics and Etiquette in the Eighteenth Century*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1993, pp. 161-178.

Il professionista delineato da Percival è il *medicus politicus*, cioè il medico prudente ed educato, l'uomo gentile, il *gentleman*. Egli è chiamato nell'esercizio della sua professione a seguire tre principi, ossia *honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere*, laddove il primo va applicato alle relazioni del medico con se stesso, il secondo (che coincide con il *primum non nocere*) regola il suo intervento sui malati e il terzo definisce le sue relazioni con i terzi, e quindi con i colleghi e la società. Inoltre, il medico deve essere il "ministro del malato" (*minister of the sick*), capace di infondere speranza e di dare sollievo all'ammalato, unendo nell'esercizio della sua professione dolcezza (*tenderness*) e fermezza (*steadiness*), condiscendenza (*condescension*) e autorità (*authority*), e tutto ciò al fine di ottenere gratitudine, rispetto e fiducia da parte dei propri pazienti<sup>28</sup>. Il medico non può poi tralasciare le sensazioni e le emozioni vissute dal paziente: anch'esse infatti meritano di essere indagate e conosciute al pari dei sintomi e delle cause di una malattia perché creano nel paziente stesso paura, angoscia e diffidenza nei riguardi dell'operato del medico. A quest'ultimo è pertanto richiesto l'impegno di controbattere la deprimente influenza che la malattia riversa sul vissuto personale del paziente, cercando di ravvivare il malato stesso<sup>29</sup>.

Nel testo *Medical Ethics* forte è l'accento posto sul principio di beneficenza: il medico è infatti chiamato ad agire nel migliore interesse del paziente, ma anche della classe medica in generale e della società. Si tratta tuttavia di un principio interpretato ancora in chiave paternalistica e questo aspetto è rinvenibile, ad esempio, nella trattazione di uno dei temi più assillanti per Percival, ossia il problema della comunicazione della verità al malato. Come poc'anzi ricordato, il medico è ministro di speranza e di sollievo per il malato e quindi comunicherà sempre la verità al paziente salvo in casi di prognosi

---

<sup>28</sup> Così infatti recita l'Art. 1 del *Medical Ethics*: «Medici e chirurghi dell'ospedale devono trattare l'ammalato tenendo nel debito conto l'importanza del loro ufficio; riflettendo che l'agio, la salute e la vita di coloro che loro sono affidati dipendono dalla loro abilità, attenzione e lealtà. Essi devono quindi studiarsi, nel comportamento, di unire dolcezza e fermezza, condiscendenza e autorità, così da aspirare nell'animo dei loro pazienti gratitudine, rispetto e fiducia», trad. it. contenuta in G. Mottura, *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986, pp. 77. Per l'edizione inglese, a cui si farà rimando nelle righe successive, cfr. J.H. Parker (ed. by), *Percival's Medical Ethics* (1803), Oxford 1849<sup>3</sup>, cap. I, § 1, p. 27. Per quanto concerne la condiscendenza, essa consisteva nel trattare, durante l'esercizio della professione medica, il paziente di uno *status* sociale inferiore come se non vi appartenesse, sospendendo momentaneamente quindi queste differenze di rango tra malato e medico. Anzi, maggiore era la diversità di *status* sociale tra i soggetti dell'interazione clinica, più era richiesto al medico un atteggiamento condiscendente nei confronti del proprio paziente. Cfr. *ivi*, cap. I, § 26, p. 40. Inoltre, in più punti del *Codice* Percival sottolinea l'importanza di un eguale trattamento di tutti pazienti, siano essi poveri o ricchi, mediante l'esercizio di alcune virtù, tra cui la *giustizia* e la *benevolenza*.

<sup>29</sup> Cfr. *ivi*, cap. I, § 3, p. 28.

funeste: in queste situazioni infatti la renderà nota ai parenti o agli amici dell'ammalato, che avranno poi il compito di informare quest'ultimo. A parere di Percival, la scoperta di diagnosi infauste potrebbe costituire un danno per il paziente se rivelata direttamente dal professionista; da qui il consiglio di lasciare a parenti o amici questo tipo di comunicazione<sup>30</sup>.

Dalla lettura del testo di Percival si avverte come nel XIX secolo la professione medica stia divenendo una struttura sempre più monopolistica, cioè governata al proprio interno e chiamata a rispondere della propria efficienza e integrità<sup>31</sup>. Ogni professionista è infatti responsabile e custode del proprio onore così come di tutti coloro che operano al suo fianco e pertanto, dinnanzi a un comportamento scorretto di un collega, non lo rivelerà all'esterno, ma deporrà un reclamo di fronte a una parte specializzata del corpo medico pertinente all'istituzione (i cosiddetti *gentlemen of the Faculty*), la quale prenderà poi gli adeguati provvedimenti<sup>32</sup>. I medici appartenenti all'istituzione sanitaria entrano così a far parte di un'associazione (*fraternity*) e ciascuno di loro si impegna, mediante un tacito accordo (*tacit pact*), a promuovere l'onore e l'interesse della stessa. Ogni membro dell'associazione si adopera affinché tale istituzione non leda la generale rispettabilità della professione e non metta in atto comportamenti tali da suscitare scetticismo nei confronti dell'efficacia e dell'utilità dell'arte medica<sup>33</sup>. Consapevole della possibile diversità di opinioni fra i colleghi dell'istituzione (ad esempio dinnanzi alla scelta del più adeguato trattamento terapeutico per un determinato paziente) e della conseguente controversia che questa può far sorgere tra gli stessi, il *Codice* proposto da Percival prevede l'intervento di un numero di medici o chirurghi chiamati a risolvere la disputa. Anche in questo caso va assolutamente evitata la comunicazione della controversia all'esterno dell'istituzione sanitaria, proprio per preservare l'integrità e la

---

<sup>30</sup> *Ibidem*. Sulla scorta di queste osservazioni, Diego Gracia (*Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo* (1989), trad. it. di A.J. Feliciani e S. Spinsanti, San Paolo, Cinisello Balsamo 1993, p. 116) definisce "giovanile" il paternalismo rintracciabile nelle pagine di Percival, qualificandolo infatti come una posizione intermedia tra il "paternalismo infantile" verificatosi nella tradizione ippocratica e l'"autonomismo adulto" tipico dell'epoca moderna. Percival non considera in effetti il malato al pari di un bambino, ma non lo ritiene neppure un adulto; egli è perciò «una realtà intermedia, simile a quella di un adolescente, maturo per certe cose, ma non per decidere sulle questioni fondamentali della sua vita» (*ibidem*).

<sup>31</sup> Su questo aspetto cfr. J. Berlant, *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*, University of California Press, Berkeley 1975, pp. 56-59.

<sup>32</sup> Cfr. Percival, *Medical Ethics*, cap. I, §§ 9-10, pp. 31-32.

<sup>33</sup> Cfr. *ivi*, cap. II, § 23, pp. 61-62.

rispettabilità della medesima<sup>34</sup>. L'obbligo del segreto e della riservatezza è quindi più volte evidenziato nel testo al fine di promuovere l'onore e l'interesse della categoria dei medici, difendendola da ogni discredito che possa provenire dal far trapelare dispute ed errori. La professione è così responsabile della propria efficienza e integrità e ogni medico è chiamato a collaborarvi.

A causa dell'ampia presenza, nel testo di Percival, di norme comportamentali finalizzate alla salvaguardia dell'integrità della classe medica, Chauncey Leake, curatore della seconda edizione del suddetto scritto (1827), ritiene improprio l'utilizzo dell'espressione "*Medical Ethics*": a suo avviso infatti l'autore avrebbe confuso l'etica medica con le questioni di etichetta, visto che le regole contenute nel *Codice* non possono essere ritenute dei veri e propri precetti morali<sup>35</sup>. A prova di tale confusione, va rilevata l'assenza nel testo di Percival di una teoria etica che dia fondamento alle norme di comportamento *ivi* delineate per regolare i rapporti tra i vari membri della professione medica<sup>36</sup>. Ulteriori critiche al testo di Percival provengono proprio dalla maggiore attenzione mostrata dal *Codice* verso una regolamentazione delle relazioni tra i professionisti sanitari (*interprofessional relationships*) più che tra questi ultimi e i loro pazienti (*practitioner-patient relationships*). L'accento posto sulla delineazione di tali *standard* di condotta sembra confermare l'intento conservativo di queste norme, quello cioè della costituzione di una forte struttura organizzativa capace di dar vita a un controllo monopolistico della pratica medica.

---

<sup>34</sup> Cfr. *ivi*, cap. II, § 24, p. 62.

<sup>35</sup> Cfr. C. Leake (ed. by), *Percival's Medical Ethics*, Williams and Wilkins, Baltimore 1827<sup>2</sup>, p. 2.

<sup>36</sup> Laurence B. McCullough (*Virtues, Etiquette, and Anglo-American Medical Ethics in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, in E.E. Shelp, *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht 1985, pp. 81-92), confrontando lo scritto di Percival con quello del 1772 di John Gregory dal titolo *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician* (in L.B. McCullough (ed. by), *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998, pp. 161-245), evidenzia la mancanza nel primo di un approccio comprensivo capace di dare fondamento agli obblighi del professionista e alle virtù che quest'ultimo dovrebbe esercitare nella pratica medica. Gregory invece individua, sulla scia di Hume, il fondamento dell'agire morale dell'uomo nella simpatia (*sympathy*), definendola come quel sentimento che ci permette innanzitutto di cogliere le felicità e le sofferenze altrui, e conseguentemente ci sprona, per quanto possibile, ad aumentare le prime e ad alleviare le seconde. Applicata alla professione medica, la simpatia costituisce la base morale (*moral ground*) del principio di beneficenza, in quanto dirige l'operato medico nella realizzazione del fine della medicina, ossia la ricerca e la promozione del miglior interesse del paziente. Ora, a parere di McCullough, attraverso il testo *Medical Ethics* di Percival si assiste alla dissoluzione dell'approccio comprensivo tracciato da Gregory proprio perché viene a mancare il fondamento morale che giustifica le norme di condotta del medico. Inoltre, nello scritto di Percival l'attenzione è rivolta in misura minore al benessere del paziente perché diventa importante l'individuazione di regole di comportamento tali da impedire dispute interne alla struttura sanitaria e da garantire la rispettabilità di quest'ultima da parte della società.

Relativamente a queste obiezioni, va innanzitutto ricordato come agli inizi del XIX secolo la medicina inglese sia caratterizzata dalla divisione dei professionisti sanitari in farmacisti, medici e chirurghi e come questo crei problemi di competizione, nonché dispute e divisioni all'interno della classe medica. Lo stesso Percival era stato esortato dalla *Manchester Infirmary* a stilare un codice di etica medica per risolvere una controversia interna alla stessa istituzione sanitaria. Egli era pertanto consapevole dei diverbi che caratterizzavano la classe medica del suo tempo così come della necessità di farvi fronte. Ciononostante, l'obiettivo di Percival non era esclusivamente quello di regolare i rapporti tra i professionisti sanitari né tanto meno di preservare il loro potere monopolistico. Egli si trovò ad individuare regole di condotta per il personale medico da seguire sia nei confronti di pazienti esterni all'ospedale (*private patients*) sia di quelli ricoverati presso la struttura sanitaria (*hospital patients*). Egli si impegnò quindi nell'elaborazione di un codice etico per la prima volta iscritto all'interno di un contratto sociale-professionale tale da permettere e incoraggiare una pratica medica di carattere collaborativo e regolata dai suoi stessi membri.

Nonostante Percival non precisi la fonte delle norme morali da seguire per l'esercizio della professione medica, ossia non specifichi dove esse trovino la loro giustificazione, il suo *Medical Ethics* affronta molto più che le questioni di etichetta: il monito ad agire per il bene del paziente e il divieto di mettere in atto comportamenti atti a ledere l'integrità sono ad esempio presenti nel suo testo, malgrado essi vengano ovviamente rivisti alla luce del contesto storico in cui è stato composto, cioè la fase di burocratizzazione della pratica medica<sup>37</sup>.

### 3.6 Il primo Code of Medical Ethics (AMA, 1847)

Nel primo incontro ufficiale dell'*American Medical Association* (AMA), svoltosi a Philadelphia nel 1847, si sottolineò l'esigenza di stabilire un preciso codice di etica medica e di creare dei requisiti minimi di formazione per i futuri professionisti sanitari.

---

<sup>37</sup> Cfr. R. Baker, *Deciphering Percival's Code*, in *Medical Ethics and Etiquette in the Eighteenth Century*, op. cit., pp. 179-211; E.D. Pellegrino, *Percival's Medical Ethics. The Moral Philosophy of an 18th-Century English Gentleman*, in «Archives of Internal Medicine», 146 (1986), n. 11, pp. 2265-69. Id., *The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine*, in E.E. Shelp (ed. by), *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, op. cit., pp. 237-255; C. Burns, *Reciprocity in the Development of Anglo-American Medical Ethics, 1765-1865*, in Id. (ed. by), *Legacies in Ethics and Medicine*, Science History Publications, New York 1977, pp. 300-307.

Nonostante altre associazioni (tra cui ad esempio la *Medical Society* dello stato di New York e la *Medico-Chirurgical Society* di Baltimore) avessero già provveduto alla stesura di codici di etica medica, l'AMA riprese l'impostazione di Percival ed elaborò, sempre nel 1847, il primo *Code of Medical Ethics* che a sua volta figurò come modello di molti successivi codici deontologici. Negli anni a seguire infatti, nonostante le revisioni del testo<sup>38</sup> che avevano come finalità il chiarire maggiormente le idee di base in esso contenute, il linguaggio e i concetti impiegati dal *Code* rimasero per lo più invariati.

Il *Codice* è suddiviso in quattro parti: alla sezione contenente i principi di etica medica (*The Principles of Medical Ethics*) e articolata in otto punti preceduti da un preambolo, seguono gli elementi fondamentali della relazione medico-paziente (*Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship*), che enunciano i diritti-doveri di coloro che prendono parte all'interazione clinica. Vi sono poi le opinioni correnti (*Current Opinions*), nelle quali i principi precedentemente individuati vengono applicati a più di 160 specifiche questioni morali in ambito clinico, e infine i *Reports* del *Council on Ethical and Judicial Affairs*, che forniscono un'ulteriore analisi sulle più rilevanti considerazioni etiche emerse nelle tre precedenti sezioni<sup>39</sup>.

Sin dalle sue prime righe il *Codice* afferma che la professione medica è da sempre considerata un'attività volta a promuovere il bene del paziente e tuttavia precisa come ogni membro di tale professione sia responsabile non solo nei riguardi degli stessi pazienti, ma anche di se stesso così come della società e dei colleghi. I principi adottati dall'AMA vengono definiti come degli *standard di condotta* (e non delle leggi quindi) che, se attuati nella pratica clinica, rendono il comportamento di un medico degno di onori e stima. In essi si legge che un professionista è chiamato ad assicurare al malato un trattamento medico competente sotto il segno della compassione, dell'onestà e del rispetto per la dignità umana e per i diritti del paziente e dei suoi colleghi. Per fornire un'adeguata prestazione terapeutica, il medico è invitato, poi, alla continua formazione e all'arricchimento del suo bagaglio conoscitivo, trasmettendo inoltre tale sapere anche agli altri membri dell'istituzione sanitaria di appartenenza e alla società.

Al pari del *Medical Ethics* di Percival, anche in questo primo codice di etica medica dell'AMA le questioni di etichetta sembrano a volte prevalere su quelle propriamente

---

<sup>38</sup> Le più importanti revisioni avvennero nel 1903, 1912, 1947 e 1994.

<sup>39</sup> Cfr. Council on Ethical and Judicial Affairs, *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*, AMA, Chicago 2010-2011 Edition.

etiche: al fine di preservare l'integrità della professione medica, il testo contiene infatti delle prescrizioni volte a regolare i rapporti interni all'organizzazione sanitaria più che a quelli con i singoli pazienti. Ad esempio, nonostante nei *Principi* si sottolinei come un medico debba impegnarsi nel rivelare comportamenti scorretti da parte di altri professionisti, nel *Codice* ritorna l'invito, già formulato da Percival, alla difesa della professione medica da ogni discredito che possa provenire dal diffondere all'esterno dell'organizzazione sanitaria dispute ed errori di altri colleghi.

Per quanto riguarda la figura del medico e i doveri che egli deve assolvere verso i propri pazienti, il *Codice* stilato dall'AMA, riprendendo quasi alla lettera la formulazione di Percival, descrive chi esercita la professione medica come “un ministro della speranza e del conforto per i malati”. Infatti, tra i doveri del medico nei confronti dei propri pazienti compare quello di sostenere lo spirito del morente nelle fasi terminali della malattia. Per di più, il *Codice* sottolinea come la vita del paziente possa essere accorciata non solo dagli atti, ma anche dalle parole o dai modi impiegati dal professionista. E' dovere del medico quindi prestare particolare attenzione al vissuto di malattia del paziente, evitando tutto ciò che potrebbe ulteriormente scoraggiarlo o intimidirlo. Va sottolineato come il divieto di abbreviare la vita dei malati non sia reso esplicito in questo testo. Il motivo di ciò risiede nel fatto che veniva considerato deplorabile l'atteggiamento di non sostegno, anche verbale, da parte del medico nei confronti del morente: si pensava giustamente che questo comportamento turbasse e scoraggiasse il paziente, contribuendo così ad abbreviarne la vita.

### 3.7 Il movimento dell'eugenetica

Congiunto al divieto di mettere in atto trattamenti diretti a ledere l'integrità del malato, il dovere di promuovere il bene del paziente, comparso nella tradizione ippocratica ed evolutosi nella concezione ebraico-cristiana e nella fase di burocratizzazione della medicina, inizia a subire delle considerevoli incrinature con il movimento dell'eugenetica. Interessante risulta quindi ripercorrere le origini di quest'ultimo fenomeno per mettere in luce le ripercussioni che tale movimento ebbe nella professione sanitaria e nei successivi codici di deontologia medica.

Il termine *eugenics* compare per la prima volta nel 1883 nel testo *Inquiries Into*

*Human Faculty and Its Development* di Francis Galton<sup>40</sup>, esponente della ricca e colta borghesia britannica d'età vittoriana. Cugino del noto Charles Darwin, Galton è un matematico e statistico autodidatta, nonché geografo ed esploratore. Egli concentra la propria attenzione sulle leggi di riproduzione, indagando la possibilità di un controllo sociale sui fattori che influenzano il processo ereditario della razza umana, primo fra tutti il matrimonio. Infatti, attraverso uno studio sulle genealogie d'illustri cittadini, Galton si convince del fatto che i talenti, *in primis* l'intelligenza, siano riconducibili a processi ereditari e a combinazioni matrimoniali. Scoprendone i meccanismi si può quindi dar vita a un vero e proprio *controllo sociale* sulla riproduzione dei talenti. Di conseguenza, Galton nel 1905 definisce l'*eugenics* come

lo studio dei fattori sotto controllo sociale che possono migliorare o peggiorare le qualità razziali delle future generazioni, dal punto di vista fisico o mentale<sup>41</sup>.

A parere di Galton, il controllo sociale risulta vantaggioso per due ragioni: esso permette innanzitutto di accelerare il lento processo di selezione operato dalla natura e in secondo luogo evita i metodi crudeli messi in atto dalla natura stessa per eliminare gli inadatti. Promuovendo la riproduzione dei talenti mediante il controllo sociale non si giunge infatti alla diretta eliminazione degli individui "inferiori", ma si evita che essi si riproducano.

Il movimento dell'*eugenics* si diffonde gradualmente anche in altri paesi europei: ad esempio, agli inizi del Novecento, il medico tedesco Alfred Ploetz<sup>42</sup> dà vita a Berlino a due riviste, *Archiv für Rassen- und Gesellschaftbiologie* (Archivio di Biologia della Razza e della Società, 1904) e *Gesellschaft für Rassenhygiene* (Associazione per l'Igiene della Razza, 1905), sviluppando così in Germania un movimento eugenetico che non tarderà a incontrarsi con quello galtoniano.

---

<sup>40</sup> Cfr. F. Galton, *Inquiries Into Human Faculty and Its Development*, Macmillan and Co., London 1883. In realtà Galton inizia a sviluppare l'idea di eugenetica ben prima di coniare tale termine; egli infatti pubblica sull'argomento già nel 1865 nella rivista *Macmillan's Magazine*. Nel giugno e nell'agosto di quell'anno esce un suo articolo, diviso appunto in due parti, dal titolo *Hereditary Talent and Character* (in «Macmillan's Magazine», 12 (1865), pp. 157-166 e 318-327) e successivamente ampliato all'interno del suo testo *Hereditary Genius: An Inquiry into Its Laws and Consequences* (Macmillan and Co., London 1869). Relativamente alla nascita del movimento dell'eugenetica e ai suoi successivi sviluppi, cfr. D.J. Kevles, *In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1985.

<sup>41</sup> F. Galton, *Eugenics, Its Definition, Scope and Aims*, in Id., *Sociological Papers*, Macmillan, London 1905.

<sup>42</sup> Già nel 1895, quindi, il concetto di "igiene razziale" fa la sua comparsa all'interno della medicina tedesca. Cfr. A. Ploetz, *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*, Fischer, Berlin 1895.

Queste esperienze sorgono su un comune terreno culturale contrassegnato dall'interazione di due elementi: la straordinaria popolarità della teoria darwiniana dell'evoluzionismo e la potenza esplicativa del concetto di "degenerazione"<sup>43</sup>. Leggendo l'*Origine delle specie* (1859) e accentuando le metafore di lotta, selezione, evoluzione, forza e debolezza contenute nell'opera darwiniana, Galton sviluppa l'idea di razionalizzare il processo evolutivo della specie umana mediante la selezione artificiale. Si tratta di applicare il concetto darwiniano di selezione naturale delle specie all'interno di una determinata specie, quella umana, e di selezionare in quest'ultima gli individui "migliori", promuovendone la riproduzione (*eugenetica positiva*). Questo impegno per il miglioramento qualitativo delle nascite è congiunto alla lotta contro la degenerazione dovuta all'eccessiva riproduzione delle "tare", ovverosia degli individui biologicamente sgraditi e difettosi. Da qui l'esigenza di affiancare all'eugenetica positiva un progetto di *eugenetica negativa*, indirizzato a impedire la riproduzione dei "peggiori". L'obiettivo può essere raggiunto attraverso tre modalità: la prima consiste nella proibizione dei matrimoni tra individui di diverse razze, la seconda prevede la sterilizzazione coatta degli individui "sgraditi" e infine la terza adotta l'eliminazione diretta delle "tare" mediante l'eutanasia autorizzata dallo Stato.

### 3.8 Il ruolo dei medici nel progetto di sterminio nazista

Queste tre modalità divennero purtroppo le fasi del progetto di genocidio nazista, fondato su visioni biologiche e giustificato sulla base di un necessario risanamento nazionale e razziale. Questo progetto richiese l'intervento dei medici, chiamati a mettersi a servizio dell'autorità militarizzata e ideologizzata dello Stato: ad essi fu richiesto un forte impegno nella protezione e rivitalizzazione della salute genetica del popolo (*Volk*), della razza ariana. La professione medica fu pertanto particolarmente coinvolta nel processo di riorganizzazione (*Gleichschaltung*), ossia di sincronizzazione e coordinamento, che riguardò tutte le istituzioni politiche, sociali e culturali<sup>44</sup>: ciascuna doveva infatti operare sulla base di un'idea di integrità del corpo organico del *Volk*, collaborando così alla visione del popolo come di un'unità assoluta.

---

<sup>43</sup> Cfr. C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2004, pp. 13-16.

<sup>44</sup> Sulla trasformazione e sull'organizzazione generale della professione medica sotto il regime nazista, cfr. M.H. Kater, *Doctors Under Hitler*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.

Riferito alla professione medica, questo processo di riorganizzazione chiedeva al medico di occuparsi della sanità del *Volk* più che dei singoli malati, favorendo la crescita e la riproduzione degli individui superiori e distruggendo ogni “vita indegna di vita” (*lebensunwertes Leben*). In nome della purezza del sangue tedesco, i medici si prestarono inizialmente ai progetti di sterilizzazione coatta di individui deboli e inadatti (legando ad esempio dotti spermatici o tube ovariche o persino asportando uteri). Avendo sempre come obiettivo la promozione e il perfezionamento della sanità del popolo tedesco, si giunse poi all’uccisione medica diretta degli individui deboli che danneggiavano la sanità del *Volk* (il cosiddetto “progetto eutanasia”).

Le prime vittime furono i bambini minorati ricoverati in ospedale la cui uccisione avveniva mediante somministrazione di un sedativo (compresse di luminal sciolte in un liquido) per due o tre giorni, al termine dei quali il bambino cadeva in un sonno continuo. Se questo non bastava a provocarne la morte, allora si provvedeva all’iniezione di una sostanza letale (morfina e scopolamina)<sup>45</sup>. Nel testo *I medici nazisti*, Robert Jay Lifton evidenzia come l’assurdità di questi gesti era accentuata dal fatto che

tutti procedevano *come se* quei bambini fossero effettivamente destinati a ricevere i doni della scienza medica, come se dovessero essere guariti invece che uccisi<sup>46</sup>.

Si giunse infatti al *paradosso dell’uccisione come terapia*, considerata addirittura il trattamento medico migliore e più efficace. Questa “terapia” veniva descritta in questi termini anche nelle lettere che ricevevano i genitori dei bambini deboli o con caratteri ereditari difettosi: essi dovevano dare il loro consenso al trasferimento dei figli alle istituzioni che adottavano quelle “cure” ed erano addirittura invitati a mostrare gratitudine per l’esistenza di tali strutture mediche<sup>47</sup>.

L’uccisione medica diretta coinvolse in un secondo momento anche gli adulti minorati rinchiusi negli ospedali psichiatrici, segno che essa era ormai divenuta l’espressione di una politica generale ufficiale. L’organizzazione statale fu però molto determinata nel mantenere il progetto “eutanasia” dentro canali medici, poiché in questo modo si poteva far fronte alle richieste di legalità e di responsabilità nel modo di procedere. Non fu quindi affatto casuale la scelta del dottor Karl Brandt come direttore medico del progetto. Queste le parole contenute nel decreto emanato da Hitler nel 1939:

---

<sup>45</sup> Cfr. R.J. Lifton, *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l’egida della medicina e la psicologia del genocidio*, trad. it. di L. Sosio, Rizzoli, Milano 1988, pp. 77-90.

<sup>46</sup> *Ivi*, p. 80.

<sup>47</sup> Cfr. *ivi*, p. 81.

Al capo [della cancelleria] del Reich [Philip] Bouhler e al dottor [Karl] Brandt viene affidata la responsabilità di espandere l'autorità dei medici, i quali devono essere designati per nome, perché ai pazienti considerati incurabili secondo il miglior giudizio umano disponibile (*menschlichem Ermessen*) del loro stato di salute possa essere concessa una morte pietosa (*Gnadentod*)<sup>48</sup>.

L'uccisione era così inquadrata in una visione biomedica del risanamento della razza ariana e, se inizialmente provocare la morte per mezzo del monossido di carbonio creò turbamento nello stesso Brandt (si rese conto come tale metodo richiedesse «un intero mutamento nella concezione medica»), fu poi il ricordo di una sua esperienza personale a mettergli in pace la coscienza: l'avvelenamento causato da quel gas gli aveva fatto perdere coscienza «senza sentire nulla» e quindi il monossido di carbonio rappresentava «la forma di morte più umana»<sup>49</sup>. Vista la copertura medica delle uccisioni, ogni certificato di morte doveva essere falsificato e il principio chiave usato nella scelta della fasulla causa di decesso del malato era proprio la credibilità medica. Il motivo del decesso veniva così scelto in accordo con l'antecedente stato fisico e mentale del paziente, indicando una malattia che il malato avrebbe potuto effettivamente contrarre.

Il progetto di sterminio attraverso l'uccisione medica diretta si estese poi ai campi di concentramento (in codice “programma 14f13”), all'interno dei quali i medici divennero esecutori di un programma istituzionale, ossia quello del genocidio sotto l'egida della medicina<sup>50</sup>. All'arrivo al Lager degli internati ebrei, il medico delle SS eseguiva le selezioni iniziali su vasta scala: mentre i medici<sup>51</sup> e gli adulti giovani e in buone condizioni di salute venivano lasciati, per il momento, sopravvivere, gli altri venivano spediti alle camere a gas, dove spettava al medico il controllo sulla corretta esecuzione del processo di uccisione e sull'effettivo decesso degli ebrei. Anche le successive selezioni all'ospedale del Lager venivano eseguite da medici: in questo caso si trattava di avviare alla morte coloro i quali, troppo malati o debilitati, non erano più in grado di lavorare per il *Reich*. Non da ultimo vanno ricordati i crudeli esperimenti medici condotti all'interno dei campi di concentramento: alcuni di essi venivano patrocinati dal

---

<sup>48</sup> *Ivi*, p. 91.

<sup>49</sup> *Ivi*, p. 103.

<sup>50</sup> Cfr. *ivi*, pp. 184-207.

<sup>51</sup> I medici ebrei che arrivavano al Lager venivano lasciati in vita e costituivano una speciale categoria di internati, meritevoli di “trattamento privilegiato”, cioè erano costretti a lavorare nei blocchi dell'ospedale sotto il controllo di medici SS. In realtà questo privilegio era accompagnato dal dolore e dal senso di colpa in conseguenza dell'uccisione di membri della propria famiglia, nonché dalla costante preoccupazione di diventare parte del sistema. Cfr. *ivi*, pp. 285-351.

regime in vista di un fine ideologico e militare specifico (ad esempio sterilizzazione e castrazione), altri venivano eseguiti dai singoli medici delle SS in funzione di un presunto interesse scientifico (come ad esempio i trattamenti di casi di tifo indotti sperimentalmente)<sup>52</sup>.

Il contributo dei medici nelle fasi del progetto di genocidio nazista fu quindi notevole e addirittura determinante alla “buona riuscita” dell’eccidio di massa: forte fu infatti il sostegno intellettuale di ampi settori della medicina e il coinvolgimento del sistema medico e scientifico per l’attuazione delle politiche dettate dallo Stato nazista. Ci furono ovviamente forme di resistenza da parte di alcuni medici durante la realizzazione di questo terribile progetto e sarebbe un grave errore non prenderne atto. Oltre ad alcuni medici prigionieri ebrei che, per poter sopravvivere, dipendevano sì dai medici delle SS, ma lottavano per la conservazione dei propri valori, va ricordato il gruppo di resistenza della Rosa Bianca (*Weisse Rose*). Composto per lo più da studenti di medicina dell’Università di Monaco di Baviera, questo gruppo diffuse tra il 1942 e il 1943 dei volantini che denunciavano il regime e il suo comportamento immorale, in particolare le pratiche di sterilizzazione e il programma eutanasia.

Ora, la domanda che accompagnò le ricerche di Lifton, ma che credo sorga in ognuno di noi dinnanzi al coinvolgimento medico nelle atrocità dell’Olocausto, è: come hanno potuto dei medici, cioè degli uomini impegnati per professione ad aiutare i malati e ad alleviarne le sofferenze, trasformarsi in freddi aguzzini e partecipare a un progetto tanto criminoso?

Fritz Klein, uno dei molti medici intervistati da Lifton, alla domanda di come si potessero conciliare le sue azioni all’interno del Lager con quanto espresso nel *Giuramento* ippocratico, rispose:

Ovviamente sono un medico e desidero conservare la vita. E per rispetto verso la vita umana asporterei un’appendicite incancrenita da un corpo malato. L’ebreo è l’appendicite incancrenita nel corpo dell’umanità<sup>53</sup>.

La professione medica, anch’essa coinvolta nel processo di riorganizzazione nazista

---

<sup>52</sup> Cfr. R. De Franco, *In nome di Ippocrate. Dall’“olocausto medico” nazista all’etica della sperimentazione contemporanea*, Franco Angeli, Milano 2001.

<sup>53</sup> Lifton, *I medici nazisti*, trad. it. cit., pp. 31-32. L’autore definisce i medici nazisti intervistati dei «messaggeri venuti da un altro pianeta. Essi stavano descrivendo un ambito di esperienza così estremo, così lontano dall’immaginazione di chiunque non vi fosse mai stato, da essere, letteralmente, una realtà separata [...]. Mentre una parte del sé era assorbita nella routine, un’altra parte poteva sentire l’ambiente come così distinto dalla realtà ordinaria che *qualsiasi* cosa accadesse là semplicemente non contava. Non si poteva credere a quel che si stava facendo, neppure mentre lo si faceva» (*ivi*, p. 579).

che riguardò tutte le istituzioni, collaborò alla visione del popolo tedesco come di un'unità assoluta. Si verificò pertanto una completa sostituzione dell'impegno medico rivolto al rispetto e alla cura del malato con quello della protezione e rivitalizzazione della salute genetica della razza ariana. L'agire per il bene del paziente, monito che da sempre aveva caratterizzato l'etica medica, ricevette quindi una nuova e pericolosa connotazione in quanto ogni azione medica prevedeva come fine la sanità del *Volk* e non più la promozione o il ripristino dello stato di salute del singolo malato. Tutto ciò che permetteva il raggiungimento di questo obiettivo veniva esaltato e giustificato sulla base del progetto di perfezionamento della razza umana.

In conclusione, il movimento dell'eugenetica e l'influenza che esso ebbe nel genocidio nazista provocarono una strutturale trasformazione della professione medica: questa infatti, dapprima impegnata per il controllo sociale della selezione naturale e infine completamente ideologizzata, arrivò a giustificare sterilizzazioni coatte e addirittura uccisioni mediche dirette. Questa profonda trasformazione ebbe delle inevitabili ripercussioni nei codici deontologici successivi al nazismo, i quali sentirono l'esigenza di riporre l'accento sul dovere del medico nella promozione del bene del paziente così come sul divieto di mettere in atto trattamenti diretti a ledere l'integrità del malato, ad abbreviarne la vita o a provocarne la morte. Tali codici evidenziarono inoltre l'importanza che l'*ethos* medico rimanesse autonomo da correnti ideologiche e politiche; l'assenza di tale autonomia aveva inevitabilmente contribuito a modificare in modo negativo la professione medica durante il periodo nazista.

### *3.9 I principali codici deontologici del XX secolo*

Il noto processo di Norimberga, tenutosi dal 20 novembre 1945 al 1 ottobre 1946, comprese il famoso Processo ai dottori (*Doctors' Trial*, che costituì il primo dei dodici "Processi secondari di Norimberga"). Dei ventitrè imputati, tutti dichiaratisi non colpevoli, venti erano medici. Furono accusati di aver preso parte a crimini di guerra e a crimini contro l'umanità, conducendo inoltre pseudo-esperimenti scientifici sui prigionieri dei campi di concentramento senza il loro consenso.

Questo processo mise in clamorosa evidenza i mostruosi trattamenti medici effettuati all'interno dei Lager nazisti ed ebbe un'influenza sui successivi codici deontologici,

chiamati a ridefinire i compiti della professione medica e a stabilire linee guida nella sperimentazione medica su soggetti umani. Relativamente a quest'ultimo punto, merita di essere citato il noto *Codice di Norimberga*, un documento articolato in dieci punti e contenuto nella sentenza del tribunale militare di Norimberga emessa il 19 agosto 1947. Questo *Codice* afferma che la sperimentazione su esseri umani risulta legittima solo se i suoi risultati apportano benefici alla società e se è condotta secondo determinati principi: tra questi vanno menzionati il consenso volontario e consapevole del soggetto sottoposto all'esperimento, il diritto per il soggetto stesso di interrompere in ogni momento la sua prestazione, il dovere per lo sperimentatore di mettere al riparo colui che si sottopone alla ricerca medica da possibilità anche remote di lesione, invalidità o morte. L'esperimento non dovrà infatti essere condotto qualora si preveda già in partenza il verificarsi di infermità invalidanti o addirittura il decesso dei soggetti in esso coinvolti. Inoltre, il grado di rischio inerente alla ricerca medica non dovrà mai oltrepassare quello determinato dal problema umanitario iniziale che l'esperimento vorrebbe risolvere<sup>54</sup>.

Come accennato precedentemente, i codici deontologici del secondo dopo guerra avvertirono l'esigenza di ridefinire i compiti della professione medica. Primo fra tutti la *Dichiarazione di Ginevra*, documento questo che presenta impliciti riferimenti ai crimini appena commessi nella Germania nazista. Approvato a Ginevra nel 1948 dall'assemblea generale dell'Associazione Medica Mondiale e rivisto a Sydney nel 1968 dalla medesima Associazione (XXII assemblea generale), questo documento è sostanzialmente una dichiarazione di devozione della medicina a fini umanitari:

Al momento di essere ammesso quale membro della professione medica, io mi impegno solennemente a consacrare la mia vita al servizio dell'umanità. Riserverò ai miei maestri il rispetto e la gratitudine che è loro dovuta; praticherò la mia professione con coscienza e dignità; la salute dei miei pazienti sarà la mia prima preoccupazione; rispetterò i segreti che mi verranno affidati, anche dopo la morte del paziente; custodirò con tutte le mie forze l'onore e le nobili tradizioni della professione medica; i miei colleghi saranno miei fratelli; non permetterò che considerazioni d'ordine religioso, nazionale, razziale, politico o di rango sociale si inseriscano fra il mio dovere e i miei pazienti; manterrò il massimo rispetto per la vita umana dal momento del concepimento: nemmeno sotto costrizione farò delle

---

<sup>54</sup> Cfr. S. Spinsanti (a cura di), *Documenti di deontologia e etica medica*, op. cit., p. 38. Il *Codice di Norimberga* è stato, sotto certi punti di vista, rimpiazzato dalla *Dichiarazione sulle Ricerche Biomediche*, documento redatto anch'esso dall'Associazione Medica Mondiale e approvato nel 1962. Fu successivamente modificato (Helsinki 1964) e sottoposto a revisione (Tokyo 1975, Venezia 1983, Hong Kong 1983, Sommerset West 1996). Per il testo di questa dichiarazione cfr. *ivi*, pp. 39-43.

mie conoscenze mediche un uso contrario alle leggi di umanità.  
Faccio queste promesse solennemente, liberamente e sul mio onore<sup>55</sup>.

La *Dichiarazione di Ginevra* non cita espressamente il monito ad agire per il bene del paziente e il dovere di non arrecargli danno, considerandoli tuttavia impliciti al solenne impegno del medico nel consacrare la propria esistenza a servizio dell'umanità e nel rispettare la vita umana sin dal suo concepimento. Numerosi sono i riferimenti nel testo all'esperienza nazista: il medico è infatti chiamato a dedicarsi alla salute dei propri pazienti, ad agire con coscienza e dignità e a custodire l'onore e le nobili tradizioni della sua professione, evitando quindi l'influenza di considerazioni religiose, razziali e politiche.

La medesima assemblea dell'Associazione Medica Mondiale aggiunge a questa dichiarazione solenne un *Codice Internazionale di Etica Medica*, approvato a Londra nel 1949. Questo documento stabilisce ulteriori principi generali per l'esercizio della professione medica in armonia con l'etica. All'interno dei doveri generali del medico e precisamente tra i comportamenti considerati *non* etici compare la collaborazione

a qualunque forma di servizio medico in cui il medico non sia libero nell'esercizio della professione<sup>56</sup>.

Ai doveri generali seguono i doveri del medico nei confronti del proprio paziente: vengono quindi precisati l'obbligo di preservare la vita umana fin dal suo concepimento, il dovere di mostrarsi leale verso i malati (mantenendo ad esempio il segreto professionale) e di offrire loro le risorse che la scienza medica offre. A colui che esercita la professione medica viene infine suggerito di appellarsi a un altro collega specialista qualora non si posseggano le capacità e le competenze necessarie per dare inizio a un determinato trattamento diagnostico, terapeutico o chirurgico<sup>57</sup>. Anche in questo documento il dovere di promuovere il bene del paziente e di agire nel miglior interesse di quest'ultimo così come il divieto di mettere in atto trattamenti diretti a lederne l'integrità non vengono esplicitati, in quanto ritenuti, al pari della *Dichiarazione di Ginevra*, impliciti all'obbligo del medico di preservare la vita umana sin dal suo concepimento. Tale obbligo viene ribadito dall'Assemblea Medica Mondiale anche nelle prime righe della premessa alla *Dichiarazione sulla tortura e le altre pene o*

---

<sup>55</sup> *Ivi*, p. 33.

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 34.

<sup>57</sup> Cfr. *ivi*, p. 35.

*trattamenti crudeli disumani o avviliti in relazione alla detenzione e alla carcerazione* (Tokyo 1975). In essa infatti si legge:

Il medico ha la prerogativa di esercitare la sua professione per servire l'umanità. Egli deve conservare e ristabilire la salute fisica e mentale di tutti senza discriminazione, confortare e sollevare i suoi pazienti. Il medico deve osservare il rispetto assoluto della vita umana fin dalla concezione, anche sotto la minaccia, e non farà uso delle sue conoscenze mediche contro le leggi dell'umanità<sup>58</sup>.

Dopo aver sottolineato come il medico non debba mai assistere, partecipare o ammettere atti di tortura o altre forme di trattamenti crudeli, la *Dichiarazione* al punto 4 ricorda il nobile fine della professione medica:

Il ruolo fondamentale del medico è di alleviare le sofferenze dei suoi simili e nessun motivo di ordine personale, collettivo o politico potrà prevalere contro questo nobile fine<sup>59</sup>.

Un altro importante documento dell'Assemblea Medica Mondiale approvato a Venezia nel 1983, ovverosia la *Dichiarazione sulla Fase Terminale della Malattia*, ribadisce le finalità della medicina sostenendo che la missione del medico è quella di ripristinare lo stato di salute e, nei limiti del possibile, di alleviare la sofferenza, ricercando quindi il miglior interesse del paziente anche in casi di malattia inguaribile<sup>60</sup>. Tale scritto condanna inoltre l'accorciamento della vita del malato, ma evidenzia il dovere per il medico di evitare l'accanimento terapeutico, astenendosi, in accordo con il paziente, da trattamenti che non gli arrecherebbero beneficio o che potrebbero addirittura aumentargli le sofferenze nella fase terminale della malattia. Tale astensione non esime tuttavia il professionista dall'obbligo di assistere il morente e di somministrargli i calmanti e i medicinali necessari a rendergli meno dolorosa quest'ultima fase della sua esistenza.

In tutti i codici deontologici appena analizzati è forte l'accento posto sul rispetto per la vita umana fin dal concepimento; essi inoltre evidenziano come ogni medico sia chiamato ad esercitare la propria professione nella consapevolezza dell'impegno assunto, cioè quello di conservare e ristabilire la salute fisica e mentale di ogni suo paziente e, qualora questo non sia più possibile, di assisterlo alleviandogli il dolore ed evitandogli ulteriori sofferenze inutili. In aggiunta, ogni medico non deve permettere che considerazioni di ordine religioso, nazionale, razziale, politico o di rango sociale

---

<sup>58</sup> Cfr. *ivi*, p. 46.

<sup>59</sup> *Ivi*, p. 47.

<sup>60</sup> *Ivi*, p. 51.

s'inseriscano fra i suoi doveri e i propri pazienti.

Termino l'analisi dei principali codici deontologici contemporanei richiamando nelle sue linee generali il *Codice italiano di Deontologia Medica* approvato il 16 dicembre 2006 dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Dopo avere definito l'oggetto e il campo di applicazione, il *Codice* elenca i doveri generali del medico; all'articolo 3 si legge:

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Nell'articolo successivo, dedicato alla libertà e indipendenza della professione, il rispetto della vita umana viene indicato come uno dei principi che deve sempre guidare l'esercizio della pratica medica:

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Anche il *Codice italiano di Deontologia Medica* riprende quindi i principi etici già evidenziati nei documenti contemporanei poc'anzi esaminati: come specificato all'art. 3, è dovere del medico tutelare la vita, la salute fisica e psichica di ogni persona, indipendentemente da qualsiasi considerazione di ordine religioso, politico o ideologico e dalle condizioni istituzionali o sociali in cui egli si trova a operare. Il tutto dovrà avvenire nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Un breve, ma importante, appunto sulla libertà e sulla connotazione che essa assume all'interno del nostro Codice: il medico è giustamente chiamato ad acquisire il consenso esplicito e informato del malato prima d'intraprendere qualsiasi attività diagnostica e/o terapeutica (art. 35) e a rispettare l'autodeterminazione del paziente, ma tutto questo non deve tradursi in una tacita accettazione ed esecuzione delle richieste di quest'ultimo. All'articolo 13, contenuto nella parte del codice deontologico dedicata agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti terapeutici, si legge infatti:

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i

principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La tutela della vita e della salute del paziente rimane quindi il principio guida nell'esercizio della professione medica, seppur sempre nel rispetto dell'autodeterminazione e della dignità della persona umana. Da sottolineare poi come anche il nostro *Codice* ribadisca che l'azione terapeutica non deve ostinarsi in futili trattamenti, dai quali non si possa attendere un beneficio per la salute del paziente e/o un miglioramento della sua qualità di vita<sup>61</sup>.

In conclusione, anche nel nostro *Codice di Deontologia Medica* il dovere del medico di promuovere il bene del paziente e di non arrecargli danno è congiunto al principio del rispetto per la vita umana. Tale obbligazione è fondata sull'essenziale compito della professione medica, cioè sulla tutela della vita e la promozione della salute psico-fisica del paziente. Vengono pertanto vietati i trattamenti diretti a ledere l'integrità del malato, compresi quelli finalizzati a provocarne la morte così come le azioni terapeutiche dalle quali non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del paziente.

### 3.10 Lo sviluppo dell'approccio basato sui principi

Come già accennato nel paragrafo 3.1 di questo capitolo, intorno agli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, l'etica medica, rimasta generalmente invariata per circa 2500 anni, subisce una vera e propria metamorfosi. Desidero quindi prendere in esame i principali fattori che hanno contribuito a questa profonda trasformazione e alla nascita di un nuovo ambito disciplinare, ovvero la bioetica<sup>62</sup>. Tale analisi permetterà di

---

<sup>61</sup> Si tratta dell'art. 16 dedicato appunto all'accanimento diagnostico-terapeutico. Anche l'art. 39 ritorna su questo delicato tema con queste parole: «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico». Da sottolineare come l'insorgere di prognosi infauste o pervenute alla fase terminale non possa mai giustificare alcun atto medico diretto a provare la morte del paziente; l'art. 17 del nostro Codice vieta infatti l'eutanasia con queste parole: «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte».

<sup>62</sup> Il termine "bioetica" fu introdotto dall'oncologo Van R. Potter in seguito agli studi che egli compì negli anni Sessanta del secolo scorso nel campo della sopravvivenza della specie umana; i risultati di tali studi, centrati principalmente sull'analisi dei processi cibernetici dell'evoluzione biologica, furono pubblicati dall'autore nell'autunno del 1970 nella rivista *Perspectives in Biology and Medicine* con un articolo dal titolo *Bioethics. The Science of Survival (Bioetica. La scienza della sopravvivenza*, trad. it. di F. Bellino, Levante Editore, Bari 2002). Influenzato dal pensiero di diversi studiosi, quali C.H. Waddington, M.

comprendere i motivi che stanno alla base del sorgere dell'approccio basato sui principi e della scelta di questo specifico paradigma da parte della nascente bioetica. Si rileverà inoltre come questo nuovo linguaggio teorico collochi il principio di beneficenza a fianco a quelli di non-maleficenza, autonomia e giustizia, dando luogo a conflitti tra gli stessi e chiedendo l'elaborazione di strategie capaci di farvi fronte.

A causa del costante progresso tecnologico e del conseguente sviluppo di sofisticate tecnologie mediche, l'atto terapeutico risulta sempre più segmentato: la crescente specializzazione medica comporta infatti una parcellizzazione del sapere e dei compiti del professionista. Si assiste così alla proliferazione di nuovi linguaggi e alla moltiplicazione dei settori della medicina, aspetti questi che inevitabilmente si ripercuotono sulla generale organizzazione della struttura sanitaria. Dinanzi al *tecnicismo clinico* e al conseguente *frazionamento specialistico delle competenze mediche* emerge infatti l'esigenza di un ripensamento delle modalità di erogazione e di amministrazione dei molteplici servizi sanitari offerti. Da qui la necessità del *controllo dei costi* e della gestione del sistema sanitario nella sua globalità, nonché la richiesta di criteri che permettano un'equa allocazione delle risorse. Si assiste pertanto a una *aziendalizzazione delle strutture sanitarie*, che non sempre rende pacifica la

---

Mead, T. Dobzhansky e A. Leopold, Potter constatò l'insufficienza dell'istinto di sopravvivenza quale garanzia della continuità della specie umana e della vita del nostro pianeta. Egli infatti avvertì l'esigenza di una scienza della sopravvivenza (*science of survival*), cioè di una nuova disciplina capace di mettere in collegamento le scienze bio-sperimentali con quelle etico-antropologiche al fine di promuovere e migliorare la qualità di vita dell'ecosistema. Nel 1971 Potter pubblicò il celebre testo *Bioethics: Bridge to the Future* (*Bioetica: ponte verso il futuro*, trad. it. di R. Ricciardi, Sicania, Messina 2000), nel quale la bioetica è presentata come un ambito disciplinare chiamato a gettare un "ponte" tra il sapere tecnico-scientifico e quello umanistico, avendo come obiettivi la sopravvivenza dell'umanità e il miglioramento della qualità della vita. A parere di Potter, mettendo in collegamento diversi ambiti disciplinari (quali biologia, scienze sociali e *humanities*), la bioetica permetterà lo sviluppo di quella che egli definisce "saggezza biologica" (*biological wisdom*), ossia di una saggezza capace di accordare le conoscenze scientifiche con i valori umani. Agli occhi di Potter si trattava perciò di dar inizio a una bioetica globale (*Global Bioethics*), comprendente quindi sia la bioetica medica (*Medical Bioethics*) sia quella ecologica (*Ecological Bioethics*). I progetti di ricerca avviati negli anni Settanta del secolo scorso dal *Kennedy Institute* e dall'*Hastings Center* concentrarono la loro attenzione sulle problematiche etiche relative all'ampio impiego delle biotecnologie in ambito medico. Di conseguenza, alla visione globale della bioetica, proposta inizialmente da Potter come un approccio al mondo della vita in tutte le sue componenti, è prevalsa quella ristretta, cioè la *Medical Bioethics*. Non a caso Potter tornò a ribadire alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso la sua più ampia visione della bioetica in un testo dal significativo titolo *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy* (Michigan State University Press, East Lansing 1988). Un saggio che indaga l'origine del termine "bioetica" e il diverso significato a esso assegnatogli è quello scritto da G. Russo e V.R. Potter dal titolo *L'idea originaria di Bioetica*, in G. Russo (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*, Armando Editore, Roma 1995, pp. 135-155. Un testo che sottolinea l'importanza di una visione globale della bioetica alla luce del suo costante processo di globalizzazione è quello curato da F. Turolfo dal titolo *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e sui Diritti Umani dell'UNESCO*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 2007, in particolare pp. 3-28.

commistione tra le istanze di cura e quelle di carattere economico.

Ulteriore conseguenza della parcellizzazione delle conoscenze mediche consiste in una sostanziale modificazione del rapporto terapeutico. Quest'ultimo, sin dalle origini dell'etica medica, coincideva sostanzialmente con una relazione a due, dove il paziente in caso di bisogno poteva sempre ricorrere a una ben precisa (e il più delle volte conosciuta) figura professionale, instaurando così con il medico un legame basato sul dialogo e sulla fiducia reciproca. A causa del frazionamento specialistico delle competenze, l'assistenza medica presenta invece per lo più il carattere dell'impersonalità, poiché essa risulta frutto del lavoro di un'*equipe*. Il medico è perciò, come lo definisce Paolo Cattorini, un «capitano di vascello, piuttosto che un isolato prestatore d'opera»<sup>63</sup> poiché, nonostante ricada in lui l'onere della decisione clinica, quest'ultima richiede la collaborazione di voci e competenze diverse. Si assiste pertanto a quella che lo stesso autore definisce la «dissoluzione di una monistica criteriologia per la decisione clinica»<sup>64</sup>.

Vi è inoltre il rischio che la crescente parcellizzazione del sapere medico conduca all'astrattezza dei ruoli degli stessi professionisti sanitari e delle relazioni che essi devono intrattenere con i loro pazienti. E' come se le diverse conoscenze e abilità che dovrebbero essere possedute da colui che esercita la professione medica non possano più essere rinchiuse nell'unitaria figura del medico, ma spezzettate appunto in varie individualità. L'eccessiva attenzione verso la tecnica strumentale porta poi a una medicina sempre più spersonalizzata, con una conseguente diminuzione del contatto umano con il malato. Il pericolo è infatti quello di volgere lo sguardo principalmente, se non esclusivamente, ai sintomi della malattia e alle singole disfunzioni degli organi a discapito di un approccio globale nei confronti dell'individuo-paziente.

Va inoltre precisato come la non più indipendente decisionalità del medico poc'anzi menzionata non sia dovuta solo ai fattori sinora presi in esame, ma anche a un altro importante aspetto che ha notevolmente contribuito alla metamorfosi dell'etica medica del secolo scorso. Mi riferisco alla crescente esigenza da parte del paziente di conoscere il più possibile il suo stato di salute, i motivi che lo hanno alterato e che hanno

---

<sup>63</sup> P. Cattorini, *Beneficialità, alleanza, fiducia: oltre il paternalismo*, in P. Cattorini – R. Mordacci (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1993, pp. 62-63.

<sup>64</sup> *Ivi*, p. 64.

determinato la richiesta di un aiuto professionale e competente. Inoltre, non solo il paziente rivendica il suo diritto di essere informato relativamente al proprio decorso clinico, ma dà voce anche alla sua volontà d'intervenire come soggetto autonomo nel processo decisionale.

Questa esigenza trova la sua origine soprattutto nel *movimento dei diritti* estesi al mondo della medicina a partire dagli anni Settanta del secolo scorso: attraverso la *rivendicazione dei valori dell'individualità e dell'autonomia del paziente*, tale movimento afferma il diritto del malato ad esprimere (e a veder rispettati) la propria volontà e i valori che permeano la sua esistenza, a prender parte al processo decisionale ottenendo tutte le informazioni necessarie per concedere un consenso libero e informato ai diversi trattamenti terapeutici. La sollecitazione da parte dei pazienti verso un rapporto più paritario e partecipativo all'interno dell'interazione clinica ha poi permesso di prendere maggiore consapevolezza del *fenomeno del pluralismo morale* che sempre più caratterizza la nostra società contemporanea. Il pluralismo delle convinzioni morali e i *frequenti conflitti di valore* che da esso seguono hanno creato l'esigenza di individuare modalità d'azione che permettano il rispetto dei diritti-doveri di tutti i soggetti coinvolti nell'interazione clinica. Si avverte sempre più, quindi, la necessità di garantire la salvaguardia del ruolo del professionista e delle sue convinzioni morali, così come la valorizzazione del punto di vista del paziente e delle sue richieste.

Credo che alla luce di questi molteplici fattori, qui ripresi in linea generale, si possa comprendere la profonda trasformazione che l'etica medica subì a partire dalla seconda metà del secolo scorso. Tutti questi aspetti hanno sollevato nuovi interrogativi di carattere etico e richiesto l'elaborazione di strategie argomentative capaci di farvi fronte, contribuendo così allo sviluppo della nascente bioetica. Inoltre, proprio a causa di tali fenomeni, questa nuova disciplina non si è diffusa esclusivamente in ambito accademico, ma ha assunto i connotati di un vero e proprio fenomeno culturale.

Il paradigma di ricerca che ha caratterizzato le prime fasi di sviluppo della bioetica è stato infatti quello dell'etica applicata: a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, specialmente negli Stati Uniti, questa nuova disciplina si è costituita come un ambito di *discussione pubblica* e di *ricerca accademica* di carattere eminentemente pragmatico<sup>65</sup> il cui scopo principale consisteva nel ricercare *soluzioni pratiche condivise* ai problemi

---

<sup>65</sup> Cfr. F. Illhardt, *Fare l'etica: la pratica della bioetica in America vista da un europeo*, in «L'arco di Giano», 1 (1993), n. 2, pp. 245-254.

posti dal rapido sviluppo delle scienze biomediche e delle sofisticate biotecnologie. Inoltre, queste nuove problematiche hanno comportato una *presa di posizione politica*, contribuendo alla istituzionalizzazione della bioetica anche da parte dello Stato: a partire dagli anni Settanta del secolo scorso vennero infatti nominate diverse Commissioni di ricerca<sup>66</sup> chiamate a lavorare su temi specifici al fine di elaborare linee-guida per la successiva regolamentazione giuridica in materia.

Per far fronte a questi nuovi e radicali problemi di natura etica, le ragioni puramente scientifiche e professionali avevano rilevato la loro insufficienza, rendendo così necessaria la delineazione di un modello argomentativo rigoroso e al tempo stesso adeguato a un contesto fortemente pluralistico<sup>67</sup>. La ricerca di soluzioni pratiche condivise avvenne attraverso l'individuazione e l'impiego di un certo numero di principi, i cosiddetti "principi della bioetica nordamericana", ritenuti capaci di fornire un linguaggio comune e un terreno di incontro fra tradizioni filosofiche e culturali diverse.

Se si esamina lo sviluppo storico della bioetica in quanto disciplina, si dovrà riconoscere come l'approccio basato sui principi, oltre a costituire il primo paradigma in essa impiegato, abbia dominato per più di vent'anni lo scenario bioetico e rimanga tuttora un imprescindibile punto di riferimento. Il notevole influsso di tale paradigma ha portato Diego Gracia a sostenere a metà degli anni Novanta del secolo scorso che la storia della bioetica non possa essere pienamente compresa senza un'analisi dell'approccio basato sui principi: le teorie etiche sviluppatesi all'interno di questa disciplina si sono infatti costruite a partire dal confronto con il modello principialista<sup>68</sup>,

---

<sup>66</sup> Nel prossimo capitolo si farà accenno al lavoro svolto dalla *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*: questo gruppo di ricerca, istituito dal Congresso americano per far fronte ai problemi della sperimentazione su soggetti umani, giunse all'individuazione di tre principi etici di base (rispetto per le persone, beneficenza e giustizia), contenuti nel celebre documento *Belmont Report* pubblicato dalla stessa Commissione nel 1978. Cfr. par. 4.1 del quarto capitolo di questo elaborato.

<sup>67</sup> Dinnanzi ai rapidi progressi sopraccennati, anche la tradizionale deontologia medica si rivelò manchevole da un punto di vista contenutistico e da un punto di vista formale-procedurale. Gli sviluppi della pratica medica e le tecniche sempre più sofisticate da essa impiegate superavano i confini previsti dalla riflessione tradizionale (basti pensare alla sperimentazione medica); inoltre, la deontologia medica non offriva dei parametri relativamente alla correttezza delle azioni e al processo decisionale in ambito clinico. Essa quindi non si occupava sufficientemente dell'aspetto normativo, cioè non forniva degli esaustivi criteri che aiutassero a individuare la moralità dell'azione e non offriva una delineazione delle strutture che guidano la formulazione dei nostri giudizi morali. Cfr. R. Dell'Oro, *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica nordamericana*, in «Rivista di teologia morale», 27 (1995), n. 2, p. 204.

<sup>68</sup> Il termine "*principlism*" è stato coniato con intento critico nel 1990 da K.D. Clouser e B. Gert (*A critique of principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), n. 2, pp. 219-236) per

distanziandosi o meno poi da quest'ultimo<sup>69</sup>.

Non è quindi affatto casuale il riferimento ai principi nella definizione di bioetica data da Reich nella prima edizione della *Encyclopedia of Bioethics* (1978): la bioetica è infatti definita come

lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, nella misura in cui tale condotta è esaminata alla luce di valori e principi morali<sup>70</sup>.

In base a questa definizione, la bioetica costituisce un ambito d'indagine ben definito, provvista di una propria metodologia e di criteri di riferimento, i principi appunto, quali fonti e norme della conoscenza e dell'agire morale.

Va sottolineato come questo riferimento ai principi scompaia nella definizione di bioetica presente nella seconda edizione della stessa *Enciclopedia* (1995), laddove si afferma che

la bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali – comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare<sup>71</sup>.

In questa definizione rimane quindi la considerazione della bioetica come di un ambito d'indagine ben definito, ma compaiono due aspetti assenti nella precedente definizione: l'utilizzo da parte della stessa bioetica di diverse metodologie etiche e il contesto interdisciplinare che la caratterizza.

Per quanto riguarda la scomparsa del riferimento ai principi nella definizione di bioetica del 1995, va precisato come gli anni che intercorrono tra le due edizioni dell'*Enciclopedia* siano caratterizzati da notevoli trasformazioni. Non solo la bioetica, come nuova disciplina, è impegnata a delineare sempre più il proprio campo d'indagine e gli strumenti di ricerca (divenendo consapevole del suo carattere interdisciplinare e

---

indicare quei paradigmi che, trattando i problemi etici che sorgono all'interno della pratica medica, privilegiano un insieme di principi rispetto a complesse teorie etiche e a particolari regole morali. Come verrà sottolineato in seguito, per Clouser e Gert i principi non riescono a svolgere la funzione a loro prefissata, ossia non costituiscono delle vere e proprie linee guida per i giudizi morali e il nostro agire. Essi mancano inoltre di una sufficiente consistenza teorica: sembra assente infatti un quadro complessivo unitario capace di delineare i rapporti tra i principi e di risolvere i conflitti tra gli stessi. Cfr. par. 4.3 del quarto capitolo di questo elaborato.

<sup>69</sup> Cfr. D. Garcia, *Hard times, hard choices: founding bioethics today*, in «Bioethics», 9 (1995), n. 9, pp. 192-204, in particolare p. 193.

<sup>70</sup> W.T. Reich (ed. by), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York 1978, p. XIX. Su questo punto cfr. A.G. Spagnolo, *I principi della bioetica nord-americana e la critica del "principilismo"*, in «Camillianum», 10 (1999), n. 20, p. 228, nota 8.

<sup>71</sup> W.T. Reich (ed. by), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York 1995<sup>2</sup>, p. XXI.

della pluralità di metodologie etiche in essa impiegate), ma si trova dinnanzi a un paradigma fonte di considerevole successo, così come oggetto di diverse critiche. L'approccio basato sui principi godette infatti, sin dal suo sorgere, di un notevole influsso e di una vasta diffusione soprattutto grazie alla duttilità dello schema offerto dai principi stessi nel far fronte ai casi concreti; tuttavia, specialmente a partire degli anni Ottanta del secolo scorso, emersero diverse voci di dissenso nei confronti di tale paradigma così come verso la bioetica in generale, rilevando il suo carattere eccessivamente teorico, astratto dalle pratiche sociali effettive e pertanto incapace di operare in questi specifici contesti.

Una delle primissime voci dissonanti nei confronti dell'approccio ai principi è quella di Stephen Toulmin, che nel 1981 denunciava la forte tentazione per la filosofia morale a un'eccessiva esemplificazione, confermata a suo avviso in ambito bioetico dal costante appello a principi generali, al punto da poter parlare di una vera e propria "tirannia" dei principi<sup>72</sup>. Quest'ultimi non riuscirebbero, a parere dell'autore, a fornire una solida fondazione ai nostri giudizi etici e rimarrebbero così dei corridoi (*corridors*) o dei muri non portanti (*curtain walls*) che cercano invano di mettere in collegamento diverse tradizioni culturali e filosofiche<sup>73</sup>. Nell'anno successivo, in un noto saggio dal significativo titolo *How medicine saved the life of ethics*, Toulmin osservava come i problemi posti dal rapido sviluppo delle scienze biomediche avessero costretto i filosofi morali ad abbandonare un'indagine di carattere metaetico tipica della filosofia analitica, dando vita così allo sviluppo di nuove teorie etiche normative capaci di far fronte a tali problematiche<sup>74</sup>. Ebbene, l'approccio ai principi rientra appieno in questo quadro poiché sottolinea la dimensione normativa dell'etica e della stessa bioetica: l'obiettivo principale del modello principialista è infatti quello di individuare soluzioni ai conflitti morali che si presentano nel campo della biomedicina dinnanzi al costante sviluppo tecnico-scientifico.

Prima di prendere in esame il contesto operativo all'interno del quale ha iniziato a svilupparsi l'approccio principialista e le diverse strategie per far fronte ai possibili

---

<sup>72</sup> Cfr. S. Toulmin, *The Tyranny of Principles*, in «The Hastings Center Report», 11 (1981), n. 6, pp. 31-39. Va sottolineato come Toulmin fosse uno dei membri della *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (di cui si farà accenno nel par. 4.1 del capitolo successivo).

<sup>73</sup> Cfr. *ivi*, p. 32.

<sup>74</sup> Cfr. S. Toulmin, *How medicine saved the life of ethics*, in «Perspectives in Biology and Medicine», 25 (1982), n. 4, pp. 736-750.

conflitti tra principi, ritengo necessario soffermarmi sul termine “principio”. Cosa si intende precisamente con tale espressione e, qualora essa presenti più significati, quale di questi compare nello schema normativo offerto dai principi? Ma soprattutto, questi ultimi riescono davvero a rispondere all'esigenza di individuare soluzioni pratiche condivise, risultando così dei validi criteri normativi per la deliberazione e l'agire dell'uomo?

In un articolo dedicato all'analisi dei principi della bioetica nordamericana e alle critiche a essi rivolte, Antonio Spagnolo evidenzia come in etica il termine “principio” presenti due diversi significati: con l'utilizzo di quella espressione ci si potrebbe riferire all'inizio o al *fondamento di una teoria etica* e in questo caso i principi sono fondanti, originari e di conseguenza la teoria morale deriva o è difesa a partire da tali principi. Nel secondo significato, i principi designano invece una *norma standard* a partire dalla quale è possibile enunciare un particolare giudizio morale relativo a ciò che è moralmente giusto o sbagliato. In quest'ultima accezione essi assumono quindi il significato di principi guida dell'azione e possono derivare, o quanto meno essere difesi, da teorie morali che diano loro fondamento e giustificazione<sup>75</sup>. Ora, a parere di Spagnolo, i principi della bioetica nordamericana sarebbero stati inizialmente concepiti con quest'ultimo significato e considerati pertanto delle generiche linee-guida per la deliberazione e l'agire; successivamente essi sarebbero

”degenerati” – per la loro modalità di risolvere il conflitto fra essi – fino a diventare una sorta di teoria etica essi stessi, di discutibile natura<sup>76</sup>.

In realtà, come avrò modo di rilevare nel capitolo successivo, anche quando i principi sono stati dapprima ritenuti delle generiche linee-guida, essi si presentavano come criteri normativi deboli poiché carenti di un'adeguata giustificazione. In assenza di una teoria etica di fondo capace di dar loro unità e fondamento, essi sembravano semplicemente ricordarci la presenza di alcuni valori etici che non devono essere tralasciati nella formulazione dei nostri giudizi. I principi apparivano pertanto delle mere considerazioni morali, per lo più astratte e ambigue, rivelandosi persino inadeguate al contesto pluralistico contemporaneo.

Come si ricorderà, fatta eccezione per il movimento dell'eugenetica e il periodo nazista, il dovere ad agire per il bene del paziente (congiunto a quello di non arrecargli

---

<sup>75</sup> Cfr. Spagnolo, *I principi della bioetica nord-americana e la critica del “principlismo”*, p. 227.

<sup>76</sup> *Ibidem*.

danno) aveva sempre costituito l'obbligazione primaria dell'assistenza sanitaria. Esso aveva inoltre trovato un suo fondamento e giustificazione nella lunga storia dell'etica medica, sia sulla base della finalità che caratterizza la medicina (ripristino della salute e sollievo dalla sofferenza) sia alla luce del principio del rispetto assoluto per la vita umana fin dal suo concepimento. Il fenomeno del pluralismo morale, il costante sviluppo tecnologico in ambito medico, la rivendicazione dei valori dell'individualità e dell'autonomia del paziente e, non da ultimo, il controllo dei costi e la gestione del sistema sanitario nella sua globalità hanno modificato la centralità giocata dal dovere di beneficenza all'interno dell'etica medica. Tale obbligazione infatti, ripresa dal principialismo e affiancata ai principi di non-maleficenza, autonomia e giustizia, ha assunto nuovi connotati. Manchevoli di una sufficiente consistenza teorica e carenti di una teoria etica di fondo capace di dar loro fondamento e giustificazione, questi principi rischiano innanzitutto di rimanere delle astratte e per di più "ovvie" considerazioni morali. Oltre al rischio di risultare quindi non indispensabili nelle specifiche situazioni dell'agire quotidiano, tali principi danno luogo a conflitti tra gli stessi, il più delle volte irrisolvibili. Da qui l'esigenza di individuare delle strategie argomentative per la risoluzione dei conflitti stessi che giustifichino la scelta di dare priorità a un determinato principio rispetto agli altri.

Nel capitolo successivo, oltre a richiamare il contesto operativo all'interno del quale ha preso forma l'approccio basato sui principi, si cercherà di mettere in luce i caratteri che il principio di beneficenza assume all'interno di questo paradigma. Si rileverà inoltre come in tale contesto esso rischi di porsi in netta contrapposizione agli altri principi o di divenire una generale linea-guida per la deliberazione e l'agire umano, nel peggiore dei casi manchevole di una teoria etica di fondo capace di dargli fondamento e giustificazione.

## CAPITOLO 4

### Il conflitto tra principi in bioetica

#### 4.1 Il Belmont Report

Se si prende in considerazione il contesto operativo all'interno del quale ha preso forma l'approccio basato sui principi, si può osservare come quest'ultimo sia stato inizialmente proposto per la trattazione di una specifica tematica, cioè la sperimentazione sull'uomo. La prima significativa testimonianza del modello principialista compare infatti nel *Belmont Report*, un documento pubblicato negli Stati Uniti nel 1978 ed elaborato dalla *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, la quale, istituita dal governo americano per far fronte ai problemi della sperimentazione medico-scientifica su soggetti umani, svolse i propri lavori dal 1974 sino alla pubblicazione dello stesso documento<sup>1</sup>.

Ripercorrendo l'origine e l'elaborazione del *Belmont Report*, Albert R. Jonsen (membro della suddetta *Commissione*) sottolinea come fossero state rivolte al gruppo di lavoro due richieste: identificare i principi etici di base (*the basic ethical principles*) a cui si dovrebbe attenere la ricerca biomedica su soggetti umani e sviluppare linee guida da seguirsi nel corso della sperimentazione<sup>2</sup>. Non si trattava, precisa Jonsen, di "inventare" i principi etici, bensì di identificarli, ossia di esplorarli e di metterli pienamente in luce attraverso un competente lavoro di ricerca<sup>3</sup>. Come si noterà in seguito, il *Belmont Report*, esito di più discussioni tenutesi per la maggior parte al Belmont House, cioè al centro conferenze del Smithsonian Institution in Elkrigde (Maryland), ebbe notevole influenza nelle successive fasi di sviluppo della nascente

---

<sup>1</sup> The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, DHEW Publication No. (OS) 78-0012, Washington 1978. La traduzione italiana a cui si farà riferimento in seguito è riportata in S. Spinsanti, *Bioetica in sanità*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1993, pp. 243-259.

<sup>2</sup> Cfr. A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1998, pp. 99-106.

<sup>3</sup> Cfr. A.R. Jonsen, *On the Origins and Future of the Belmont Report*, in J.F. Childress, E.M. Meslin, H.T. Shapiro (ed. by), *Belmont Revisited. Ethical Principles for Research with Human Subjects*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2005, p. 6.

bioetica sia per la terminologia utilizzata sia per l'approccio metodologico in esso impiegato.

Nelle prime battute del *Belmont Report*, vengono riconosciuti i sostanziali benefici che la ricerca scientifica ha procurato alla società, ma si menzionano anche gli abusi compiuti su esseri umani durante il corso di alcune sperimentazioni biomediche, come ad esempio quelle verificatesi ai danni dei prigionieri nei campi di concentramento. La *Commissione* evidenzia come, nonostante siano già stati redatti dei codici per guidare il lavoro dei ricercatori e dei comitati di revisione<sup>4</sup>, le norme in essi contenute siano

inadeguate a coprire situazioni complesse; talvolta sono contraddittorie; spesso sono difficili da interpretare e da applicare<sup>5</sup>.

Di conseguenza, la ricerca biomedica necessita, a parere della *Commissione*, di principi etici più ampi capaci di fornire una struttura che guidi la formulazione e l'analisi critica di regole specifiche alla sperimentazione medica. I principi individuati si riferiscono infatti a

giudizi generali che servono di base alla giustificazione a diverse prescrizioni etiche particolari, così come alla valutazione delle azioni umane<sup>6</sup>.

I principi etici di base individuati dalla *Commissione* e, a parere di quest'ultima, *generalmente accettati dalla tradizione culturale occidentale* sono tre: rispetto per le persone, beneficenza e giustizia. Il principio del rispetto per le persone abbraccia due fondamentali convincimenti di natura etica: esso stabilisce che i soggetti umani coinvolti nella sperimentazione devono essere trattati come agenti autonomi e che hanno diritto di essere tutelate quelle persone la cui autonomia sia menomata o limitata<sup>7</sup>. Il rispetto per le persone enunciato in questo principio è così riferito a tutti gli individui, compresi coloro la cui capacità di autodeterminazione risulti compromessa<sup>8</sup>,

---

<sup>4</sup> Il *Belmont Report* fa esplicito riferimento al *Codice di Norimberga* (1946), il quale, come è stato ricordato nel capitolo precedente (par. 3.9), giustifica la sperimentazione su esseri umani solo se i suoi risultati apportano benefici alla società e qualora il programma di ricerca venga condotto secondo determinati criteri etici (quali consenso volontario e consapevole del soggetto sottoposto all'esperimento, diritto per il soggetto stesso di interrompere in ogni momento la sua prestazione, dovere per lo sperimentatore di mettere al riparo colui che si sottopone alla ricerca medica da possibilità anche remote di lesione, invalidità o morte).

<sup>5</sup> *Belmont Report*, trad. it. cit., p. 243.

<sup>6</sup> *Ivi*, p. 244.

<sup>7</sup> Cfr. *ivi*, p. 245.

<sup>8</sup> Analizzando il principio del rispetto per le persone, il documento si interroga sull'impiego di prigionieri quali soggetti sperimentali e nota come il duplice comando contenuto nello stesso principio generi un dilemma: permettere a questi individui di offrirsi come volontari alla sperimentazione, riconoscendo così la loro capacità di autodeterminazione, o proteggerli dalle possibili pressioni collegate alle loro condizioni

persa o mai posseduta. Il documento precisa inoltre come l'ampiezza di protezione da accordare ai soggetti coinvolti nella sperimentazione dipenda dai rischi e dai benefici che ci si attende dal programma di ricerca<sup>9</sup>, aspetti questi che, accanto al metodo, al fine e alle procedure alternative (qualora l'esperimento comporti terapia), devono essere comunicati agli stessi soggetti per renderli sufficientemente informati e capaci di dare il proprio *consenso* alla sperimentazione<sup>10</sup>.

Il principio di beneficenza si esprime a parere della *Commissione* in due regole generali:

1) non fare del male e 2) aumentare il più possibile i benefici e ridurre il più possibile i danni»<sup>11</sup>.

La prima norma ripresenta quindi la massima del *primum non nocere*, mentre la seconda obbliga alla massimizzazione dei vantaggi e alla minimizzazione dei rischi. Nel contesto applicativo della sperimentazione su soggetti umani, questi imperativi danno luogo al procedimento pratico della *valutazione rischi-benefici*: essi infatti

pongono il problema di decidere quando è giustificato cercare certi vantaggi malgrado i rischi incorsi, e quando bisogna rinunciare ai vantaggi a causa dei rischi<sup>12</sup>.

Il documento sottolinea poi come il principio di beneficenza giochi un ruolo rilevante nella giustificazione di una sperimentazione su soggetti umani: ad esempio, una ricerca che coinvolge i minori potrebbe essere giustificata sulla base dei benefici ottenuti dalla scoperta di efficaci cure di malattie infantili o del riconoscimento dei danni causati da un trattamento terapeutico già ammesso. Tuttavia, il principio di beneficenza presenta certe *ambiguità*, in quanto abbraccia diverse esigenze che possono entrare in conflitto fra loro e obbligare a scelte difficili. Sempre relativamente alla ricerca su minori, essa

---

di vita carceraria (si pensi ad esempio a un'eventuale offerta di sconto di pena in caso di consenso a prendere parte a un'attività di ricerca)? Si tratta di un aspetto molto importante sul quale la *Commissione* aveva già lavorato a lungo (Cfr. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *Research Involving Prisoners*, DHEW Publication No. (OS) 76-131, Washington 1976) e che le permette ora di segnalare la possibilità di conflitti all'interno dello stesso principio del rispetto per le persone.

<sup>9</sup> Cfr. *Belmont Report*, trad. it. cit., p. 245.

<sup>10</sup> Il requisito del consenso informato deriva quindi dal principio del rispetto per le persone in quanto quest'ultimo «esige che si accordi ai soggetti, nella misura in cui ne sono capaci, l'opportunità di scegliere ciò che sarà fatto e non sarà fatto su di loro. L'opportunità è fornita quando si soddisfano adeguati criteri di consenso informato» (*ivi*, p. 248), che sono informazione, comprensione e volontarietà (cfr. *ivi*, pp. 248-251).

<sup>11</sup> *Ivi*, p. 246.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

potrebbe comportare rischi così elevati o non far intravedere alcun vantaggio immediato per i soggetti coinvolti al punto da rinunciare alla sperimentazione in questione<sup>13</sup>.

Infine, il principio di giustizia è collegato a quello di beneficenza in quanto indica il criterio in base al quale ripartire rischi e benefici, obbligando a garantire l'equa distribuzione dei soggetti da includere nella ricerca. La selezione di coloro che sono coinvolti nella sperimentazione, specifica la *Commissione*,

deve essere esaminata attentamente per verificare se alcune classi (per esempio, pazienti dell'assistenza sociale, alcune minoranze razziali o etniche, oppure persone ospitate in istituzioni) sono sistematicamente scelte semplicemente perché sono più facilmente disponibili, perché la loro posizione sociale è compromessa, oppure perché sono manipolabili, piuttosto che per ragioni direttamente connesse con il problema studiato dalla ricerca<sup>14</sup>.

Per comprendere questa importante precisazione da parte della *Commissione*, va ricordato come intorno agli anni Settanta del secolo scorso vengano resi noti alcuni abusi verificatisi nell'ambito della ricerca clinica e biomedica sull'uomo. Ad esempio, nella Willowbrook State School di New York City sono stati svolti degli studi (iniziati già nel 1956) nei confronti di bambini gravemente ritardati al fine di sviluppare efficaci agenti profilattici contro l'epatite. Oltre al rischio di sviluppo di malattie croniche del fegato nei soggetti coinvolti nella ricerca, questa sperimentazione risulta oggetto di critiche perché il modulo di consenso impiegato sembrava porre i genitori firmatari nella situazione di essere obbligati ad accettare l'inserimento del figlio nella ricerca per conseguire l'ammissione dello stesso nell'ospedale di cura. Nel 1964 al Jewish Chronic Disease Hospital di New York sono state invece iniettate cellule tumorali a ben 25 anziani, i quali non avevano ricevuto sufficienti ed accurate informazioni per dare il loro consenso alla sperimentazione. Tristemente celebre inoltre è lo studio sulla sifilide effettuato a Tuskegee dal 1932 al 1972 nei confronti di braccianti negri dell'Alabama allo scopo di determinare gli effetti di tale malattia nel suo corso naturale, senza che essa venisse curata. Relativamente a quest'ultimo abuso di sperimentazione umana, va evidenziato come esso non comportasse solo una strumentalizzazione di soggetti di ricerca non informati sulla natura della loro malattia, ma anche un uso ideologico della

---

<sup>13</sup> Cfr. *ivi*, pp. 246-247.

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 248.

medicina per perpetuare linee razziste<sup>15</sup>.

La scoperta di questi e altri abusi della sperimentazione umana dà avvio alla pubblicazione di numerosi articoli i quali, oltre a contenere denunce e critiche verso tali pratiche eticamente discutibili, sottolineano come quegli esperimenti coinvolgano per lo più soggetti che, a causa degli ambienti in cui vivono (prigioni, ospedali, istituti per la cura di malattie mentali), risultano impossibilitati a fornire un valido e libero consenso alla ricerca<sup>16</sup>.

Dinnanzi a queste scandalose scoperte, il *Belmont Report* non solo avverte l'esigenza di dar vita a precise regolamentazioni che mettano in risalto i principi etici di base nella ricerca scientifica sull'uomo, ma comprende anche l'importanza di garantire l'equa distribuzione dei soggetti da includere nella sperimentazione, proteggendo inoltre coloro che, a causa della loro compromessa posizione sociale, risultano delle persone facilmente manipolabili.

I tre principi delineati nel *Belmont Report*, pur derivando da preesistenti norme deontologiche che guidavano la sperimentazione scientifica sull'uomo, non si inseriscono in un quadro teorico di fondo: essi infatti non presentano alcuna precisa fondazione e mancano inoltre di una trattazione sul rapporto che intercorre tra gli stessi principi. Il documento sviluppa tuttavia delle importanti osservazioni relativamente ai principi etici di base per la ricerca biomedica, sottolineando inoltre la possibilità di conflitti all'interno di ciascun principio.

L'articolazione e la riorganizzazione dell'approccio ai principi avviene nel celebre volume di Tom L. Beauchamp e James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, la cui prima edizione è del 1979, un anno dopo quindi la pubblicazione del *Belmont Report*<sup>17</sup>. Il testo, giunto alla sesta edizione<sup>18</sup>, costituisce una delle principali opere di

---

<sup>15</sup> Relativamente a questi abusi, cfr. W.T. Reich, *La bioetica negli Stati Uniti*, in C. Viafora (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1990, pp. 144-148. Reich sottolinea inoltre come la scoperta di questi eventi abbia notevolmente influito sullo sviluppo della bioetica. Su questo aspetto, cfr. D.J. Rothman, *Human Experimentation and the Origins of Bioethics in the United States*, in G. Weisz (ed. by), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, Kluwer, Dordrecht 1990, pp. 185-200.

<sup>16</sup> Cfr. H.K. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, in «New England Journal of Medicine», 274 (1966), n. 24, pp. 1354-1360.

<sup>17</sup> Beauchamp, membro della *National Commission* da dicembre del 1975 sino alla pubblicazione del *Belmont Report*, precisa come la stesura del testo *Principi di Etica Biomedica* sia iniziata durante l'estate dello stesso 1975; pertanto, diversamente da quanto spesso ritenuto dalla letteratura critica, i due lavori sono stati scritti simultaneamente e l'elaborazione di uno ha inevitabilmente influito sulla stesura dell'altro (nonostante i testi, come si noterà in seguito, presentino delle sostanziali differenze). Su questo punto, cfr. T.L. Beauchamp, *The Origins, Goals, and Core Commitments of the Belmont Report and Principles of*

riferimento non solo per l'etica biomedica angloamericana, bensì per il dibattito bioetico internazionale. Nel prossimo paragrafo verranno quindi ripresi i quattro principi dell'etica biomedica individuati da Beauchamp e Childress, ossia rispetto dell'autonomia, non maleficenza, beneficenza e giustizia, ma si prenderanno soprattutto in esame i precedenti teorici impiegati dagli autori. Tale analisi si rende a mio avviso necessaria per cogliere il contenuto di ogni singolo principio e il suo rapporto, spesso conflittuale, con gli altri principi dell'etica medica.

#### 4.2 I principi dell'etica biomedica

Beauchamp e Childress affermano che attraverso la loro opera *Principi di etica biomedica* intendono offrire uno schema di riferimento per il giudizio morale e il processo decisionale<sup>19</sup> alla luce degli sviluppi scientifici, tecnologici e sociali verificatisi intorno alla metà del ventesimo secolo, mostrando in che modo la teoria etica possa gettare luce sui problemi inerenti all'assistenza sanitaria. Gli autori si prestano così a compiere un lavoro di carattere fondativo, il cui intento è duplice: in primo luogo, estendere l'approccio basato sui principi, impiegato dalla *National Commission*, dal campo della sperimentazione a quello dell'intera area biomedica, e in secondo luogo, fornire ai principi una rigorosa collocazione e giustificazione attraverso una forma di *coerentismo* morale che faccia ricorso a diverse teorie etiche, anche contrastanti tra loro, quali quella deontologica e utilitaristica<sup>20</sup>. Prima di analizzare questi precedenti teorici, desidero soffermarmi brevemente sui quattro principi di etica biomedica individuati da Beauchamp e Childress.

Nelle prime due edizioni dell'opera gli autori indicano il principio del rispetto dell'autonomia semplicemente come "principio di autonomia". Childress osserva come questa formulazione iniziale potesse creare fraintendimenti sul contenuto del principio

---

*Biomedical Ethics*, in J.K. Walter, E.P. Klein (ed. by), *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2003, pp. 17-46.

<sup>18</sup> Alla prima edizione del 1979, seguirono quelle rivedute e ampliate del 1983, 1989, 1994, 2001 e 2009. L'edizione italiana a cui si farà riferimento in seguito è stata curata da Francesco Demartis (trad. it. di S. Buonazia) e pubblicata nel 1999 dalla casa editrice Le Lettere (Firenze); tale traduzione si riferisce alla quarta edizione inglese (1994) del testo di Beauchamp e Childress.

<sup>19</sup> Cfr. T.L. Beauchamp – J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, trad. it. cit., p. 15.

<sup>20</sup> Cfr. C. Viafora, *I principi della bioetica*, in "Bioetica e cultura", 2 (1993), n. 3, pp. 9-37, in particolare p. 13.

stesso<sup>21</sup>. Essere autonomi non corrisponde, precisa lo studioso, al venire rispettati in qualità di soggetti che agiscono autonomamente: il principio del rispetto dell'autonomia infatti non si limita a indicare l'autonomia delle scelte individuali come ideale, ma esprime anche il dovere del rispetto per le scelte autonome dei soggetti. Tuttavia, a parere di Childress, l'ideale di autonomia deve essere distinto dalle *condizioni* che rendono possibile una scelta autonoma, ovverosia l'intenzionalità, la comprensione della situazione e l'assenza di condizionamenti esterni<sup>22</sup>. Il rispetto dell'autonomia non comprende infatti esclusivamente il riconoscimento del diritto di autodeterminazione e l'obbligo di non interferenza nelle decisioni altrui, ma implica anche il dovere di rendere possibili scelte realmente autonome. Questo principio va quindi inteso al tempo stesso in senso negativo e in senso positivo perché rispettare l'autonomia delle persone equivale sia a non interferire nelle loro scelte sia a trattarle in modo tale da renderle davvero capaci di agire autonomamente<sup>23</sup>. Applicato all'ambito biomedico, il principio del rispetto dell'autonomia

obbliga i professionisti a comunicare le informazioni, a sondare ed accertare la comprensione e la volontarietà, e a favorire un'adeguata formazione delle decisioni<sup>24</sup>.

Come precedentemente accennato, intenzionalità, comprensione della situazione e assenza di condizionamenti esterni costituiscono le condizioni indispensabili affinché il paziente possa esercitare la propria autonomia; il medico è chiamato quindi a fornire al malato tutti i mezzi necessari perché possa superare la sua sensazione di dipendenza e partecipare attivamente all'interno del contesto clinico<sup>25</sup>.

Sulla scia di Ross e diversamente da quanto espresso nel *Belmont Report*, Beauchamp e Childress distinguono il principio di non maleficenza, che esprime il dovere di non

---

<sup>21</sup> Cfr. J. Childress, *The Place of Autonomy in Bioethics*, in «Hastings Center Report», 20 (1990), n. 1, pp. 12-17.

<sup>22</sup> Cfr. *ivi*, p. 13.

<sup>23</sup> Cfr. Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, pp. 131-132.

<sup>24</sup> *Ivi*, p. 133.

<sup>25</sup> Relativamente a questi temi, Beauchamp e Childress non solo individuano delle regole morali più determinate che derivano dal principio del rispetto dell'autonomia (quali dire la verità, rispettare la *privacy*, tutelare le informazioni confidenziali, ottenere il consenso e, qualora richiesto, aiutare a prendere decisioni, cfr. *ivi*, p. 134), ma prendono anche in esame le pratiche concrete che possono rendere possibile una scelta autonoma da parte del paziente. Gli autori affrontano così varie tematiche, quali il consenso informato, le direttive anticipate, la valutazione delle capacità decisionali, la comunicazione di informazioni, la comprensione, la volontarietà e la delineazione di standard per i processi decisionali sostitutivi. Riconoscendo la complessità delle questioni affrontate, gli autori sostengono che «le precise richieste del principio rimangono incerte e aperte a interpretazioni e specificazioni» a seconda del contesto clinico che le chiama in causa (*ivi*, p. 185).

arreare intenzionalmente danno, dal principio di beneficenza, che invece include gli obblighi di prevenire, rimuovere il danno e promuovere il bene e proporzionare i benefici in rapporto ai costi e ai rischi. Tuttavia, mentre per Ross il dovere di non maleficenza presenta un carattere più stringente rispetto a quello di beneficenza<sup>26</sup>, Beauchamp e Childress negano che esista una priorità prestabilita tra i due principi. Ciononostante, la distinzione tra questi ultimi è mantenuta poiché, mentre il principio di non maleficenza richiede l'astensione intenzionale da azioni che possono arrecare danno agli altri, quello di beneficenza si riferisce all'intervento attivo dell'agente per la promozione del bene altrui. Come il principio del rispetto dell'autonomia, anche i principi di non maleficenza e di beneficenza sorreggono regole morali più specifiche: dal primo derivano e trovano la loro giustificazione le norme che vietano di uccidere, di procurare dolore o sofferenza, di causare uno stato di incapacità, di recare offesa e di privare gli altri di beni da questi ritenuti importanti<sup>27</sup>, dal secondo quelle che comandano la tutela dei diritti altrui, la prevenzione del danno, l'eliminazione di condizioni dannose, l'aiuto ai disabili e il soccorso alle persone in pericolo<sup>28</sup>.

Va precisato come, sin dalle prime righe della trattazione del principio di beneficenza Beauchamp e Childress ritrovino in quest'ultimo la presenza di due principi, cioè quello della *beneficenza positiva*, che esprime il dovere generale di promuovere il bene, e quello di *utilità*, che richiede invece di compiere una valutazione dei possibili benefici e rischi ottenibili da un certo corso d'azione<sup>29</sup>. Gli autori distinguono poi la *beneficenza generale*, che rimanda al dovere di promuovere il bene verso chiunque<sup>30</sup>, dalla *beneficenza specifica*, esercitata nei confronti di particolari persone (ad esempio figli e amici) verso le quali instauriamo determinate relazioni interpersonali (rapporto familiare e amicizia) o nei confronti delle quali ci si relaziona sulla base del ruolo assunto nella società (come avviene per il medico dinnanzi al paziente). In tutti questi casi si pone il problema di determinare i limiti da porre al dovere di promuovere il bene altrui e tale difficoltà, precisano Beauchamp e Childress, riguarda anche l'adempimento degli obblighi di beneficenza specifica. Adempiere quelle obbligazioni legate al ruolo

---

<sup>26</sup> Ross afferma infatti che il dovere di non maleficenza è «*prima facie* più vincolante» rispetto a quello di beneficenza. Cfr. Id., *Il giusto e il bene*, op. cit., p. 30.

<sup>27</sup> Cfr. Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, p. 195.

<sup>28</sup> Cfr. *ivi*, pp. 259-260.

<sup>29</sup> Cfr. *ivi*, p. 257.

<sup>30</sup> Si ricorderà a riguardo la tesi della beneficenza allargata sostenuta da Peter Singer. Cfr. par. 2.5 del secondo capitolo di questo elaborato.

professionale assunto potrebbe infatti comportare degli enormi sacrifici allo stesso benefattore o alla società in generale, costringendo così a un continuo ripensamento dei limiti da porre al dovere di beneficenza.

Anche per quanto riguarda il principio di giustizia gli autori sostengono l'esistenza di più principi, precisamente uno formale, il quale afferma che

gli eguali devono essere trattati nello stesso modo, e gli ineguali devono essere trattati in modo diverso<sup>31</sup>,

e altri materiali, che indicano invece i criteri normativi da rispettare in vista di un'equa distribuzione delle risorse e degli oneri<sup>32</sup>. Dati i diversi criteri materiali di giustizia e l'impossibilità di stabilire una priorità tra gli stessi, possono verificarsi dei casi in cui a prevalere è la distribuzione basata sull'eguale quota ad ognuno, in altri sul bisogno, sull'impegno, sul contributo o ancora sul merito o sul mercato.

La trattazione compiuta da Beauchamp e Childress del principio di giustizia, così come dei precedenti principi, è fortemente influenzata dalle teorie etiche di riferimento dei due autori, ossia l'utilitarismo della norma e il pluralismo normativo. Mentre per il primo, il giudizio riguardante la moralità di un atto non può essere formulato in rapporto alla singola azione, bensì a un sistema globale di regole che garantisca la massimizzazione dell'utilità sociale, il pluralismo normativo riconosce la validità *prima facie* di tutti i principi e nega qualsiasi forma di gerarchia tra di essi<sup>33</sup>. L'influenza di questi precedenti teorici emerge particolarmente nei casi di conflitto tra principi: dinnanzi a tali situazioni conflittuali, non esiste per Beauchamp e Childress una regola a priori capace di stabilire quale tra i principi debba avere la priorità sugli altri. Tuttavia, come vedremo in seguito, dinnanzi a queste situazioni conflittuali gli autori prevedono il ricorso a due strategie argomentative, ossia quelle del *bilanciamento* e della *specificazione*. Tali strategie nascono dall'adozione di alcuni elementi delle teorie etiche proposte da Ross e Frankena e dall'ulteriore elaborazione dell'approccio ai principi

---

<sup>31</sup> *Ivi*, p. 323. Gli autori precisano come questo principio, talvolta denominato “principio di eguaglianza formale”, sia appunto formale perché non specifica su quali basi si debbano considerare uguali gli individui che dovrebbero essere trattati allo stesso modo.

<sup>32</sup> Cfr. *ivi*, p. 324. Beauchamp e Childress, riprendendo principi già formulati in altre teorie normative, elencano questi sei principi materiali di giustizia distributiva: «1) A ciascuno un'eguale quota; 2) A ciascuno secondo il bisogno; 3) A ciascuno secondo l'impegno; 4) A ciascuno secondo il contributo; 5) A ciascuno secondo il merito; 6) A ciascuno secondo gli scambi di libero mercato» (*ivi*, p. 325). I principi materiali di giustizia individuano quindi le proprietà che una persona deve possedere affinché possa avere titolo a una determinata distribuzione.

<sup>33</sup> Si tratta dell'impostazione teorica di Ross, già analizzata nel par. 2.6 del secondo capitolo di questo scritto.

operata dagli stessi Beauchamp e Childress dopo la terza edizione dei *Principles* (1989). Prima di prendere in esame queste strategie, occorre tuttavia richiamare un altro precedente teorico impiegato nel paradigma principlista: mi riferisco alla nozione di *equilibrio riflessivo* introdotta nel 1971 da John Rawls<sup>34</sup>.

Tale nozione emerge infatti nel concetto di “moralità comune” (*Common Morality*) elaborato da Beauchamp e Childress. La *Common Morality* rappresenta il punto di partenza della riflessione morale ed è costituita dall’insieme di norme di condotta approvate a livello sociale (solitamente apprese mediante l’educazione), che forniscono la base ai nostri *giudizi ponderati* (*considered judgments*). L’espressione “giudizi ponderati” è impiegata da Rawls per indicare quei giudizi, relativi a questioni di giustizia, «in cui è più facile che le nostre capacità morali appaiano senza distorsioni»<sup>35</sup>, offrendoci così un punto di partenza abbastanza sicuro per il ragionamento morale e per la ricerca di *principi normativi* di giustizia. Rawls precisa come i giudizi ponderati possano presentare delle anomalie e pertanto, lungi dal poter essere considerati assolutamente validi e inalterabili, siano soggetti a revisioni e modificazioni per renderli compatibili tra di loro e unificati ai principi della teoria della giustizia<sup>36</sup>. Lo strumento che permette l’affinamento critico dei nostri giudizi ponderati è costituito dall’*equilibrio riflessivo*:

E' un equilibrio perché, alla fine, i nostri principi coincidono con i nostri giudizi; è riflessivo poiché sappiamo a quali principi si conformano i nostri giudizi, e conosciamo le premesse della loro derivazione. Per il momento tutto è a posto. Ma questo equilibrio non è necessariamente stabile. Può essere rovesciato da un successivo esame delle condizioni che occorre imporre alla situazione contrattuale, e da casi particolari che ci possono spingere a rivedere i nostri giudizi<sup>37</sup>.

Va precisato come lo strumento dell’equilibrio riflessivo non stabilisca quale tra i due

---

<sup>34</sup> Cfr. J. Rawls, *Una teoria della giustizia* (1971), trad. it. di U. Santini, Feltrinelli, Milano 1982, pp. 34-35 e 56-58.

<sup>35</sup> *Ivi*, p. 55. Un esempio di giudizio ponderato è: «ogni persona possiede un’inviolabilità fondata sulla giustizia su cui neppure il benessere della società nel suo complesso può prevalere» (*ivi*, p. 21).

<sup>36</sup> Cfr. *ivi*, p. 56. I principi di giustizia come equità, individuati in una situazione ipotetica ideale (da Rawls definita “posizione originaria”) mediante il confronto fra agenti razionali, disinteressati e dotati di un senso di giustizia, sono due, ovverosia il principio dell’eguale libertà e quello di differenza. Mentre il primo asserisce che «ogni persona ha un eguale diritto alla più estesa libertà fondamentale compatibilmente con una simile libertà per gli altri», il secondo afferma che «le ineguaglianze sociali ed economiche devono essere combinate in modo da essere (a) ragionevolmente previste a vantaggio di ciascuno; (b) collegate a cariche e posizioni aperte a tutti» (*ivi*, p. 66).

<sup>37</sup> *Ivi*, p. 35.

principi di giustizia come equità prevalga sull'altro in una specifica situazione<sup>38</sup>: esso infatti interviene per identificare i principi e affinare i giudizi ponderati al fine di rendere quest'ultimi compatibili tra loro e con gli stessi principi<sup>39</sup>. Si tratta di un'importante precisazione poiché, come emergerà in seguito, Beauchamp e Childress ricorrono all'equilibrio riflessivo, intendendolo tuttavia in senso ampio<sup>40</sup>: nell'approccio di questi autori infatti esso non stabilisce quali siano i principi, bensì interviene nella valutazione della forza delle diverse istanze normative (giudizi, regole, principi e teorie).

Ora, sulla scia di Rawls, Beauchamp e Childress ritengono che i giudizi ponderati siano costituiti dalle

convinzioni morali di cui siamo maggiormente sicuri e che riteniamo più lontane dalla parzialità<sup>41</sup>;

ne sono un esempio il rifiuto delle discriminazioni razziali e dell'intolleranza religiosa e, relativamente all'ambito clinico, la regola in base alla quale

un medico non deve sfruttare i pazienti a suo vantaggio, perché l'interesse del paziente viene per primo<sup>42</sup>.

Il contenuto normativo generale inscritto in questi giudizi non costituisce tuttavia una regola d'azione immediatamente applicabile ai casi specifici, bensì un punto di partenza che come tale può essere soggetto a revisioni. Inoltre, tale contenuto non può essere considerato l'unica fonte della normatività: dai giudizi ponderati vengono infatti derivati criteri normativi più generali, ossia le *regole* e i *principi*, che collaborano, a fianco degli

---

<sup>38</sup> Per evitare le fragilità dell'approccio intuizionistico rossiano (quali l'intervento di elementi soggettivi o arbitrari e la mancanza di criteri per la risoluzione dei conflitti fra le diverse istanze normative), Rawls introduce un ordine lessicale (o seriale) tra i principi stabiliti nella posizione originaria: il principio dell'eguale libertà è infatti preordinato al principio di differenza e pertanto quest'ultimo non può essere applicato in modi che comportino la violazione del primo. Questo ordinamento risulta giustificato dal fatto che gli agenti in posizione originaria, avendo come obiettivo la ricerca delle regole più adeguate per una buona costituzione democratica, sono innanzitutto interessati a tutelare la libertà e l'eguaglianza, condizioni ritenute appunto indispensabili a un'efficiente cooperazione e a una convivenza ordinata. Come vedremo in seguito, anche nel paradigma contrattualista proposto da Robert Veatch viene introdotto un ordine lessicale tra i principi per evitare le fragilità di un approccio di stampo intuizionistico.

<sup>39</sup> Rawls si esprime a riguardo con queste parole: «Andando avanti e indietro fra i due [giudizi ponderati e principi], a volte alterando le condizioni delle circostanze contrattuali, a volte modificando i nostri giudizi e adeguandoli a un principio, assumo che potremo infine trovare una descrizione della situazione iniziale in grado sia di esprimere condizioni ragionevoli sia di generare principi in accordo con i nostri giudizi ponderati, opportunamente emendati e modificati» (*ivi*, pp. 34-35).

<sup>40</sup> Cfr. Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, trad. it. cit., pp. 32-33.

<sup>41</sup> *Ivi*, p. 31.

<sup>42</sup> *Ivi*, p. 32.

stessi giudizi, alla realizzazione di un quadro complessivo *coerente*<sup>43</sup>. Considerando il giudizio ponderato, poc'anzi menzionato, contro lo sfruttamento dei pazienti, Beauchamp e Childress osservano come esso rimandi alla regola per il medico di mettere in secondo piano i propri interessi personali a vantaggio di quelli del paziente; a sua volta, precisano gli studiosi, questa regola si basa su un principio di portata più generale, cioè quello di beneficenza. Ogni giudizio ponderato va tuttavia analizzato in ciascuna specifica circostanza, mettendolo in relazione agli altri giudizi pertinenti sulla base del criterio normativo della coerenza complessiva:

la regola che mette avanti a tutto l'interesse del paziente è un presupposto iniziale accettabile, ma non è categorica in tutti i casi possibili<sup>44</sup>,

poiché potrebbe essere subordinata all'importanza della ricerca o dell'insegnamento (in cui il coinvolgimento dei pazienti non è quindi legato al loro interesse, ma a finalità sperimentali o didattiche).

Beauchamp e Childress difendono pertanto una *teoria coerentista della giustificazione morale*, una teoria cioè che riconosce la presenza di più criteri normativi chiamati a collaborare alla realizzazione di un quadro complessivo coerente e in cui lo strumento dell'equilibrio riflessivo viene invocato per determinare, nelle situazioni specifiche, la forza di queste diverse istanze normative. In base a questo modello, le regole costituirebbero un primo livello di generalizzazione rispetto ai giudizi particolari della moralità comune, mentre i principi rappresenterebbero un grado superiore di astrazione, poiché rimandano alle teorie etiche precedentemente richiamate, cioè l'utilitarismo della norma e il pluralismo normativo. Esiste quindi una differenza tra le regole e i principi:

Le une e gli altri sono generalizzazioni normative che guidano le azioni, ma, se le analizziamo, le regole sono più specifiche nel contenuto e hanno un raggio d'azione maggiormente ristretto rispetto ai principi. I principi non funzionano in qualità di precisi criteri d'azione che ci dicono in ogni circostanza come comportarci, come fanno invece le regole più dettagliate. I principi sono guide generali che lasciano uno spazio considerevole al giudizio nelle specifiche circostanze e forniscono una guida sostanziale per l'elaborazione di regole e di

---

<sup>43</sup> Gli autori giustamente precisano come un complesso di regole e principi, pur presentandosi coerente, possa risultare moralmente insoddisfacente o addirittura inaccettabile: si pensi ad esempio al credo dei pirati, il quale, nonostante disciplini in un quadro coerente la reciproca assistenza, la comunicazione, la distribuzione dei beni e le punizioni di atti proibiti, non può essere considerato un vero e proprio codice etico. Il coerentismo, specificano gli autori, «non è esaurito da una ferrea riduzione alla coerenza di un insieme *qualsiasi* di credenze. In etica cominciamo, come ovunque, da un insieme particolare di convinzioni – l'insieme dei giudizi ponderati (detti anche norme auto-evidenti o intuizioni plausibili) che sono inizialmente accettabili senza un sostegno argomentativo» (*ivi*, p. 35, corsivo mio).

<sup>44</sup> *Ibidem*.

orientamenti maggiormente dettagliati. Questa limitazione non è un difetto dei principi; essa è piuttosto parte della vita morale, nella quale siamo tenuti ad assumerci le nostre responsabilità riguardo al modo in cui utilizziamo i principi per formare i nostri giudizi intorno a casi particolari. Dobbiamo inoltre distinguere regole e principi dal coerente e sistematico corpo di norme che include le *teorie*<sup>45</sup>.

Ogni principio non è pertanto un determinato criterio d'azione, una norma assoluta, bensì una linea guida generale dell'agire che fonda doveri sempre e solo *prima facie*. Questo aspetto non deve essere considerato, precisano gli autori, un limite della teoria proposta, bensì un vantaggio della stessa perché la rende più fedele alla nostra esperienza di soggetti morali. Le nostre deliberazioni infatti non sono sempre certe, ma tentano di approssimarsi a un generale requisito di coerenza.

Beauchamp e Childress specificano inoltre come l'origine dei principi sia nell'esperienza o più precisamente nell'esercizio spontaneo della valutazione morale, che, nell'analisi del caso concreto, procede naturalmente a una progressiva generalizzazione dei nostri giudizi, ricercando giustificazioni razionali più comprensive (regole e principi appunto) e appellandosi infine alle teorie etiche. La valutazione morale così descritta raramente giunge all'individuazione di un unico criterio normativo per l'azione: le situazioni problematiche infatti richiamano un insieme di giudizi che a loro volta rimandano a più regole e principi, creando così una situazione di conflitto tra queste istanze normative, le quali, come si ricorderà, sono tutte vincolanti *prima facie*.

Dinnanzi a tali inevitabili situazioni conflittuali, Beauchamp e Childress propongono due strategie, quella del bilanciamento e quella della specificazione. Attraverso la prima viene valutata la forza normativa di ogni singolo principio:

In una determinata situazione, l'obbligo effettivo di un soggetto è determinato dal bilancio tra i rispettivi pesi delle norme *prima facie* tra loro contrapposte [...]. Questa metafora dei pesi maggiori e minori che fanno salire e scendere i piatti di una bilancia, rappresenta graficamente il metodo del bilanciamento, ma potrebbe anche nascondere l'effettivo procedimento, suggerendo ingannevolmente che si tratti di una valutazione intuitiva o soggettiva<sup>46</sup>.

Il richiamo all'intuizione, inevitabilmente implicito nella strategia del bilanciamento rischia per Beauchamp e Childress di far intendere la valutazione della forza normativa dei principi come un processo nel quale intervengono fattori di arbitrarietà. Per evitare derive soggettivistiche o relativistiche, gli autori precisano come la violazione di un

---

<sup>45</sup> *Ivi*, p. 48.

<sup>46</sup> *Ivi*, pp. 43-44 (corsivo mio).

principio debba sempre essere motivata da “buone ragioni” e giustificata dal rispetto di determinate condizioni<sup>47</sup>.

L'altra strategia suggerita dagli autori per la risoluzione dei conflitti consiste nella specificazione<sup>48</sup>: mediante le opportune inclusioni ed esclusioni, viene precisato il contenuto dei criteri normativi chiamati in causa nel contesto specifico. Questa strategia permette quindi di formulare un principio o una regola in maniera più determinata e soprattutto in funzione al caso, rendendo così le istanze normative maggiormente aderenti alla situazione concreta. La specificazione cerca quindi di far fronte al carattere generale e astratto dei principi, precisandone il contenuto in relazione al caso concreto.

Non si potrà non rilevare come anche nell'utilizzo di questa strategia sembrano intervenire fattori soggettivi e arbitrari. Inoltre, diversamente dall'analisi sul bilanciamento, gli autori non individuano le condizioni che determinano la validità di una specificazione, ma si limitano a richiamare il già citato criterio della coerenza. Essi infatti affermano:

il metodo della specificazione deve essere indissolubilmente connesso a un più ampio modello coerentista che faccia appello ai giudizi ponderati e alla coerenza generale introdotta dalle specificazioni proposte<sup>49</sup>.

In sintesi, la teoria della giustificazione morale proposta da Beauchamp e Childress si prefigge di chiarire e interpretare, anche in riferimento a particolari teorie etiche, la varietà dei contenuti normativi espressi dai giudizi ponderati, dalle regole e dai principi, rendendo coerenti le varie istanze in essi presenti. I principi designano “i più generali standard normativi di condotta” (*the most general normative standards of conduct*)<sup>50</sup>, forniscono uno schema di lavoro (*framework*) per l'etica biomedica, costituendo pertanto la base di molte più specifiche regole morali chiamate in causa nell'esercizio della professione medica. Beauchamp e Childress ribadiscono poi come né le regole né i

---

<sup>47</sup> Cfr. *ivi*, p. 44. Le condizioni che giustificano la violazione di un principio sono: «1. Le ragioni apportate per agire in conformità alla norma prevalente siano migliori di quelle a sostegno della norma infranta [...]. 2. Ci sia la speranza realistica che venga raggiunto l'obiettivo morale che giustifica l'infrazione. 3. Non ci sia alcuna alternativa moralmente preferibile che possa sostituire la norma prescelta. 4. Il tipo di infrazione operata sia il meno grave, compatibilmente con il raggiungimento dell'obiettivo principale dell'azione. 5. Il soggetto cerchi di ridurre al minimo gli effetti negativi dell'infrazione» (*ivi*, p. 45).

<sup>48</sup> Questa nozione è stata introdotta da Henry Richardson nel 1990 (*Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems*, in «Philosophy and Public Affairs», 19 (1990), n. 4, pp. 279-310) e accolta quindi da Beauchamp e Childress a partire dalla quarta edizione della loro opera (1994).

<sup>49</sup> Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, trad. it. cit., p. 41.

<sup>50</sup> T.L. Beauchamp, *Principlism and Its Alleged Competitors*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n. 3, p. 182.

giudizi possano essere direttamente dedotte dai principi, ma siano necessarie ulteriori specificazioni in relazione al caso concreto. Sarebbe infatti illusorio, precisano gli autori, credere che la determinazione, nelle situazioni specifiche, della forza di queste diverse istanze normative (mediante la specificazione e il bilanciamento dei principi) possa giungere a un quadro di completa stabilità. Lo stato di equilibrio riflessivo costituisce quindi una sorta di ideale regolativo: il nostro agire morale sarà sempre caratterizzato da conflitti tra principi, alcuni addirittura irrisolvibili, lasciando così spazio alla mediazione e alla negoziazione. A parere degli autori, questo limite del loro approccio consente allo stesso di risultare assolto sia dall'accusa che i principi non possano scendere a compromessi sia da quella che evidenzia il rischio di una loro tirannia<sup>51</sup>.

Una teoria della giustificazione morale enunciata in questi termini può tuttavia produrre degli esiti indesiderati, soprattutto in mancanza, come vedremo nel prossimo paragrafo, di un consistente quadro teorico di fondo. Si consideri ad esempio il seguente passo:

In casi di ostinato conflitto può non esistere solo una azione giusta, ma due o più azioni moralmente accettabili possono trovarsi inevitabilmente in conflitto e tuttavia avere ugual peso nelle circostanze in esame. In questo caso possiamo offrire ragioni buone ma non decisive a sostegno di più di una azione.

Per esempio, benché l'assassinio sia assolutamente proibito a causa del contenuto normativo della parola *assassinio*, non è plausibile sostenere che l'uccisione sia assolutamente proibita. Uccidere le persone è errato *prima facie*, ma uccidere per impedire ulteriori dolore o sofferenze estremi a una persona non è errato in ogni circostanza. Uccidere può essere l'unico modo per adempiere alcuni obblighi, anche se è errato *prima facie*. Tuttavia, quando un obbligo *prima facie* viene superato, esso non scompare né evapora semplicemente. Esso lascia ciò che Nozick chiama «tracce morali», che dovrebbero rispecchiarsi negli atteggiamenti e nelle azioni dei soggetti agenti<sup>52</sup>.

Il riconoscimento della validità *prima facie* delle diverse istanze normative e l'assenza di un ordine a priori tra le stesse può anche comportare, nei casi di conflitto irrisolvibile, la trasgressione della norma che vieta l'uccisione. Tutto ciò esige ovviamente una giustificazione morale che faccia appello a ulteriori principi, i quali devono mostrarsi coerenti con le altre norme della vita morale. L'elasticità e la diversità dei nostri giudizi morali non corrispondono quindi all'arbitrarietà o soggettività degli stessi, né tanto

---

<sup>51</sup> Si ricorderanno a riguardo le critiche avanzate da Toulmin all'approccio basato sui principi. Cfr. par. 3.10 del terzo capitolo di questo elaborato.

<sup>52</sup> Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, trad. it. cit., p. 113.

meno la trasgressione di una norma si traduce nell'annullamento dell'obbligazione in questione, bensì in un suo superamento da parte di altre istanze normative.

A questo punto ci si potrebbe chiedere se un approccio di questo tipo possa davvero far fronte alle situazioni conflittuali che spesso caratterizzano la nostra vita morale e se i giudizi etici formulati sulla base di esso riescano ad evitare posizioni relativistiche o addirittura forme di eclettismo morale.

#### 4.3 *Le principali critiche all'approccio basato sui principi*

Il paradigma dei principi viene frequentemente criticato perché manchevole di una sufficiente consistenza teorica: l'assenza di una teoria sistematica capace di dare unità ai principi rende questi ultimi troppo astratti e ambigui, ossia mancanti di un'interpretazione univoca. Inoltre, l'inconsistenza teorica dei principi li porta ad essere privi di fondamento e conseguentemente carenti di adeguata articolazione.

Danner K. Clouser e Bernard Gert, primi portavoce di questo genere di critiche, ritengono che Beauchamp e Childress abbiano operato un'eccessiva semplificazione dell'agire morale, rendendo i principi da essi proposti una sorta di “mantra” (il “*Georgetown mantra*” com'è stato ironicamente definito), cioè un incantesimo rituale di norme ripetute senza un'adeguata giustificazione. Infatti, a parere di Clouser e Gert, in mancanza di un unificato sfondo teorico, i principi non costituiscono delle linee guida per la deliberazione e l'agire, ma rimangono delle “pure etichette”, dei “ganci” (*hooks*) ai quali “appendere” le diverse considerazioni morali elaborate a partire da casi specifici<sup>53</sup>. Per Clouser e Gert, i principi possono essere paragonati ai titoli dei capitoli che compongono un testo (*chapter headings*)<sup>54</sup> perché riuniscono suggestioni e osservazioni su diversi argomenti. Di conseguenza, quando Beauchamp e Childress si riferiscono a un principio, in realtà ci stanno invitando a leggere il capitolo sull'autonomia, sulla non maleficenza, sulla beneficenza e sulla giustizia e a trarre da questi le diverse considerazioni relative alla situazione specifica che ci troviamo

---

<sup>53</sup> Cfr. K.D. Clouser - B. Gert, *A Critique of Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), n. 2, p. 227. Va precisato come oggetto della critica di Clouser e Gert non sia solamente l'approccio ai principi proposto da Beauchamp e Childress, ma anche quello utilizzato da Frankena nel suo testo *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale*. Relativamente all'impostazione teorica di Frankena, cfr. par. 2.6 del secondo capitolo di questo scritto.

<sup>54</sup> Cfr. *ivi*, p. 226.

dinnanzi e sulla quale siamo chiamati a deliberare o ad agire<sup>55</sup>. In un altro scritto dedicato all'approccio principlista, Clouser sostiene che i principi hanno semplicemente la funzione di ricordarci la presenza di alcuni valori etici che devono essere presi in considerazione nei nostri giudizi e nel nostro agire<sup>56</sup>. I principi appaiono pertanto delle "liste di considerazioni" (*checklists of considerations*)<sup>57</sup> che devono essere tenute a mente nel momento in cui vengono presi in esame specifici problemi morali.

L'assenza di una teoria unificata e sistematica emerge chiaramente nelle situazioni di conflitto fra principi: mancando un contesto capace di fornire ai principi stessi un preciso contenuto e dei criteri che permettano di riconoscere e giustificare la priorità di uno sugli altri, l'approccio principlista sembra lasciare il soggetto agente dinnanzi a insolubili situazioni conflittuali. Manchevole di uno schema sistematico di giustificazione e articolazione dei giudizi, il paradigma dei principi risulta persino inadeguato al contesto pluralistico contemporaneo. Inoltre, non solo il paradigma proposto da Beauchamp e Childress rimanda a due teorie etiche di per sé contrapposte (utilitarismo della regola e pluralismo normativo)<sup>58</sup>, bensì ogni principio sembra nascondere implicitamente diversi orientamenti teorici contrastanti (il kantismo per l'autonomia, il deontologismo per la non maleficenza, l'utilitarismo per la beneficenza e il contrattualismo per la giustizia)<sup>59</sup>. Viste le molteplici teorie etiche di riferimento, l'agente, anziché rintracciare nei principi delle linee guida, sembra trovarsi nell'imbarazzante situazione di dover scegliere, di fronte a uno specifico caso, quale orientamento privilegiare, rischiando di cadere in un inavvertito situazionismo o in una forma di eclettismo morale<sup>60</sup>.

Inoltre, l'approccio centrato sui principi, soprattutto come presentato nelle prime tre

---

<sup>55</sup> Cfr. *ivi*, p. 227.

<sup>56</sup> Cfr. K.D. Clouser, *Common Morality as an Alternative to Principlism*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n. 3, pp. 219-236. I principi, sostiene l'autore, sembrano dirci: «be alert to matters of beneficence... or justice... or whatever» (*ivi*, p. 224), cioè ci ricordano l'importanza delle questioni di beneficenza, giustizia e così via nel nostro agire quotidiano.

<sup>57</sup> Cfr. Clouser - Gert, *A Critique of Principlism*, cit., p. 227.

<sup>58</sup> Cfr. R.M. Green, *Method in bioethics: a troubled assessment*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), n. 2, p. 189.

<sup>59</sup> Cfr. *ivi*, pp. 231-232.

<sup>60</sup> Cfr. R. Mordacci, *Il dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone: linee per un'analisi critica*, in P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane, Milano 1996, p. 65. Il rischio del relativismo normativo dinnanzi all'approccio sui principi è messo in luce anche da Salvatore Privitera (*Sui principi della bioetica. Riflessioni di metodo*, in «Bioetica e cultura», 2 (1993), n. 3, pp. 39-58, in particolare pp. 47-51).

edizioni dei *Principles*, sembra mancare di un'adeguata analisi dell'agente morale: quest'ultimo infatti appare caratterizzato più da un atteggiamento di obbedienza al dovere che da un impegno attivo all'interno della sfera morale<sup>61</sup>. La conoscenza e l'applicazione di questi principi rischia perciò di tradursi in una mera attività razionale o addirittura in una passiva, estrinseca e formale osservanza di diverse istanze normative<sup>62</sup>. Per di più, la rigidità astratta e generale dei principi tende a trascurare altri importanti aspetti dell'esperienza etica, quali ad esempio le intenzioni del soggetto agente, le sue relazioni interpersonali, le motivazioni e le disposizioni a compiere un determinato atto, giungendo così a non rendere conto della complessità e poliedricità dell'ambito morale.

Di conseguenza, accanto alle considerazioni sulla mancata consistenza filosofica dei principi, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso si sono sviluppate ulteriori critiche al paradigma principialista all'interno di determinate prospettive: si è avvertita infatti l'esigenza di porre maggiore attenzione sull'agente, sulle intenzioni, disposizioni e motivazioni del suo agire (si consideri soprattutto la ripresa dell'etica delle virtù, ma anche la riflessione femminista e l'etica della cura) così come sui suoi legami affettivi e culturali, che permettono la costruzione della propria identità personale (comunitarismo). Si è ritenuto poi necessario prendere maggiormente in considerazione le dinamiche effettive della ragion pratica e l'esercizio del giudizio morale nel procedimento valutativo dell'esperienza concreta: da qui la proposta di una via analogica, attraverso la quale, partendo da casi paradigmatici già giunti a risoluzione, si ottengano indicazioni presuntive o probabili per l'esame di situazioni non ancora decise (casistica). Vanno infine ricordate quelle prospettive che hanno cercato di dare una fondazione contrattualistica all'ambito biomedico così come alla sfera della moralità, non limitando quindi la procedura del contratto alla costruzione di una società politicamente bene ordinata.

Un autore che, pur riprendendo l'approccio basato sui principi così come alcuni dei suoi presupposti teorici, intraprende la direzione contrattualistica ed elabora un originale procedimento per la risoluzione dei conflitti fra istanze normative è Robert Veatch. A

---

<sup>61</sup> Cfr. L. Palazzani, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, in «Medicina e Morale», 42 (1992), n. 1, p. 65.

<sup>62</sup> Cfr. L. Palazzani, *Il recente dibattito sulla bioetica dei principi*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», 9 (2001), n. 4, p. 648.

suo parere, un'adeguata analisi dei problemi morali che caratterizzano l'ambito biomedico non può limitarsi alla delineazione di principi etici che guidano il nostro agire, ma dovrà anche presentare delle convincenti modalità per risolvere i conflitti che sorgono tra i principi stessi<sup>63</sup>.

#### 4.4 Per una risoluzione dei conflitti tra principi: la strategia mista di Robert Veatch

Prima di prendere in esame la strategia mista proposta da Veatch per far fronte ai conflitti tra principi, vorrei evidenziare il punto di partenza della riflessione di questo autore: il riconoscimento del progressivo declino della tradizione ippocratica e la conseguente necessità di un superamento dell'etica medica tradizionale.

Nelle prime pagine del suo celebre testo *A Theory of Medical Ethics*<sup>64</sup>, Veatch rivolge tre sostanziali critiche all'etica medica ippocratica: essa è innanzitutto *individualista* e unilaterale, in quanto si concentra sul rapporto tra medico e *singolo* malato (trascurando così gli altri e futuri pazienti) e si sofferma esclusivamente sui doveri del primo nei confronti del secondo; tale etica è inoltre nettamente *conseguenzialista*, perché l'unico obiettivo dell'interazione clinica consiste nel ricercare quel corso d'azione che produrrà maggior beneficio possibile al singolo paziente. Essa è infine *paternalistica*, poiché elaborata dalla categoria dei professionisti sanitari, i quali, sulla base delle loro conoscenze e abilità, si considerano i soli soggetti morali capaci di determinare il bene del malato<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Cfr. R.M. Veatch, *The Basic of Bioethics*, Upper Saddle River, New Jersey 2003<sup>2</sup>, p. 181.

<sup>64</sup> Cfr. R.M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981. L'autore argomenta contro l'etica medica ippocratica anche in altri scritti precedenti al testo appena richiamato. Cfr. Id., *Medical Ethics: Professional or Universal?*, in «Harvard Theological Review», 65 (1972), n. 4, pp. 531-559; *The Hippocratic Ethic: Consequentialism, Individualism, and Paternalism*, in D.H. Smith, L.M. Bernstein (ed. by), *No Rush to Judgment: Essays on Medical Ethics*, The Indiana University Foundation, Bloomington 1978, pp. 238-264; R.M. Veatch, *The Hippocratic Ethic is Dead*, in «The New Physician», 48 (1984), n. 6, pp. 41-42, 48; Id., C. Mason, *Hippocratic vs. Judeo-Christian Medical Ethics: Principles in Conflict*, in «Journal of Religious Ethics», 15 (1987), n. 1, pp. 86-105.

<sup>65</sup> Negli ultimi anni Veatch ha assunto una posizione ancora più netta relativamente a quest'ultimo aspetto: in un saggio dal significativo titolo *Doctor Does Not Know Best: Why in the New Century Physicians Must Stop Trying to Benefit Patients* (in «The Journal of Medicine and Philosophy», 25 (2000), n. 6, pp. 701-721), l'autore sostiene che nel contesto della medicina contemporanea è illusorio e altresì irrealistico aspettarsi che colui che esercita la professione medica sia capace di determinare ciò che davvero beneficherà il paziente. Innanzitutto per Veatch il medico, pur continuando ad aggiornarsi, non potrà mai pervenire alla conoscenza del miglior interesse del singolo malato; il paziente infatti non ricerca dal professionista solo il benessere inteso in termini medici (*Medical Well-Being*), ma anche il benessere globale (*Total Well-Being*), che, coinvolgendo diverse sfere dell'esistenza umana (psicologica, familiare, spirituale, ecc), non potrà essere promosso esclusivamente mediante gli interventi diagnostici, terapeutici

Oltre ad abbandonare l'*ethos* ippocratico, l'etica medica non può neppure basarsi sui codici professionali in quanto la sua fondazione va per Veatch ricercata in qualcosa di più profondo rispetto al mero consenso di un'organizzazione sanitaria in un determinato tempo e luogo<sup>66</sup>. L'etica medica dovrà quindi prendere in considerazione anche i soggetti morali esterni all'ambito professionale e ricercare una base universale a partire dalla quale possa poi determinare la legittimità o meno di un atto terapeutico e fornire soluzioni pratiche condivise alle diverse problematiche sollevate in campo biomedico.

Tutte queste considerazioni conducono Veatch a sviluppare un approccio intuizionista in una prospettiva esplicitamente contrattualistica, formulata su basi rawlsiane. Egli

---

e chirurgici (cfr. *ivi*, pp. 703-705). Non solo. Sempre a parere di Veatch, non ci si può neppure aspettare che il benessere inteso in termini medici possa essere individuato esclusivamente all'interno della sfera medica: prova di ciò è il fatto che il prolungamento dell'arco della vita non solo non costituisca più il principale obiettivo richiesto alla pratica medica, ma possa anche entrare in conflitto con altre finalità, come ad esempio il sollievo dalla sofferenza. Poiché il raggiungimento di quest'ultimo obiettivo potrebbe dar luogo ad un'accelerazione del processo di morte, e quindi essere a discapito del fine di preservare la vita umana, a parere di Veatch, il medico non possiede le capacità necessarie per far fronte a tali situazioni conflittuali. Per di più, anche qualora il professionista riuscisse davvero ad individuare in certi contesti clinici il bene del paziente in senso biomedico, egli potrebbe essere costretto a non perseguirlo principalmente per due ragioni: in primo luogo per rispettare i diritti dei pazienti e adempiere ai doveri connessi a questi (quali rispetto dell'autonomia, veridicità, sincerità, fedeltà alle promesse, divieto di uccidere; cfr. *ivi*, pp. 708-714) e in secondo luogo per rispondere alle questioni di giustizia, prendendo così in considerazione gli interessi della società in generale (cfr. *ivi*, pp. 714-718). Di conseguenza, per Veatch il medico del XXI secolo non potrà che essere considerato un "assistente del paziente" (*patient assistant*), chiamato a svolgere la propria professione rimanendo all'interno di questi tre limiti: 1) poiché il professionista non può conoscere da sé ciò che procurerà beneficio al malato, egli dovrà chiedere direttamente a quest'ultimo quali siano i suoi interessi; 2) il medico potrà astenersi dal perseguire gli interessi indicatigli dal paziente qualora questo comporti l'inosservanza dei principi deontologici poc'anzi menzionati; 3) dovranno sempre essere tenuti presenti i limiti imposti dal sistema sanitario nella sua globalità, al fine di garantire un'equa distribuzione delle risorse e una risposta efficiente in casi di necessità maggiori rispetto a quelli del paziente in cura (cfr. *ivi*, p. 719). Veatch ha ripresentato questa sua posizione in modo più articolato nel suo recente testo dall'eloquente titolo *Patient, Heal Thyself. How the New Medicine Puts the Patient in Charge* (Oxford University Press, New York 2009): in tale scritto lo studioso ribadisce come quella che egli definisce "la nuova medicina" (*the new medicine*) rifiuti il vecchio slogan "*Doctor knows best*" (in base al quale il medico è ritenuto colui che più di tutti sa ciò che è meglio per un determinato malato) e inviti il paziente a un ruolo decisamente più attivo all'interno di ogni interazione clinica. Le considerazioni e le conclusioni offerte da Veatch meriterebbero una lunga discussione; mi limiterò a sottolineare due aspetti strettamente collegati tra loro. In primo luogo, la prospettiva qui delineata non tiene conto dell'impatto della malattia, così come della dipendenza e della vulnerabilità che da questa derivano: tali aspetti vengono infatti tralasciati nel momento in cui si pretende di trovare nel paziente la principale fonte di informazioni in vista della determinazione del bene che dev'essere perseguito mediante l'azione medica. In secondo luogo, Veatch sembra disconoscere l'asimmetria che caratterizza qualsiasi relazione medico-paziente e infatti, come verrà evidenziato in seguito all'interno di questo paragrafo, propone un modello basato sul contratto che regoli il rapporto tra questi due soggetti. Una certa asimmetria sembra paradossalmente presente anche nella proposta di questo autore, ma invertita rispetto a quella comune che trova nel medico colui che possiede un maggiore bagaglio conoscitivo rispetto al paziente. Nell'impostazione di Veatch infatti è il malato stesso che può davvero fornire a chi esercita la professione medica quelle indicazioni necessarie per il ripristino della salute.

<sup>66</sup> Cfr. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, p. 16.

infatti ritiene che la ricerca del fondamento morale dell'etica medica, ma potremmo anche dire dell'intera sfera della moralità, possa avvenire attraverso un triplice livello di contratti (*triple contract*)<sup>67</sup>, capace di sancire delle *paternships* fra soggetti con pari dignità e doveri reciproci. Il primo livello consiste nel contratto sociale generale (*the basic social contract*), mediante il quale vengono stabilite le regole per una pacifica convivenza democratica, ossia le norme del rispetto per la libertà altrui e della considerazione imparziale degli interessi di ognuno. Il secondo contratto (*the lay-professional contract*) è quello che si viene ad istituire fra la società e un gruppo specifico di professionisti (medici, avvocati, ecc), giungendo così alla delineazione degli scopi e dei confini di una pratica riconosciuta a livello sociale. Vi è infine il contratto tra il singolo paziente e il suo medico (*the personal patient-physician contract*), con il quale vengono definiti le finalità e i mezzi di una determinata prestazione professionale.

Secondo questo approccio, quindi, il rapporto contrattuale istituito tra medico e paziente si iscrive nel più ampio contratto che la società stipula con il gruppo dei professionisti sanitari a cui affida la cura della salute dei suoi membri; quest'ultimo contratto si iscrive a sua volta nell'orizzonte del contratto sociale, inteso come un patto che unisce tutti i cittadini in vista di una pacifica convivenza democratica. A parere di Veatch, attraverso la procedura del triplice contratto emergono due tipi di criteri normativi: i *principi non-consequenzialistici* (autonomia, veridicità, fedeltà alle promesse, astensione dall'uccisione e giustizia) e i *principi consequenzialistici* (beneficenza e non maleficenza). Mentre i primi sono di stampo deontologico e concernono la struttura formale dell'azione o della regola, i secondi riguardano le conseguenze di un corso d'azione e sono concepiti in termini utilitaristici (minimizzazione dei mali e massimizzazione dei beni)<sup>68</sup>.

Prima di analizzare il rapporto che intercorre tra questi principi, vorrei sottolineare come, diversamente dalla teoria della giustizia rawlsiana, l'approccio contrattualista di Veatch manchi di una caratterizzazione dei soggetti che prendono parte alla procedura del contratto sociale generale; di conseguenza, i principi non-consequenzialistici

---

<sup>67</sup> Cfr. R.M. Veatch, *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner, Part 2*, Indiana University Press, Bloomington – Indianapolis 1991, pp. 28-32.

<sup>68</sup> Cfr. R.M. Veatch, *Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n.3, p. 200.

individuati dall'autore presentano necessariamente un carattere intuizionistico<sup>69</sup>.

Veatch riconosce come l'esperienza morale quotidiana sia caratterizzata da situazioni conflittuali tra istanze normative e osserva come sia stata posta molta attenzione sull'uso dei principi in etica biomedica e sugli approcci alternativi al principlismo, tralasciando così la tematica del conflitto tra principi. Per di più, nei rari casi in cui questa problematica sia divenuta oggetto d'indagine, non sono state offerte, a parere dello studioso, delle soddisfacenti soluzioni.

Dinnanzi a un conflitto tra principi, per Veatch sono possibili quattro alternative: l'adozione di una teoria monista, la prospettiva del bilanciamento, l'elaborazione di un ordine lessicale e la strategia mista<sup>70</sup>. Adottando la prima alternativa, il conflitto verrebbe risolto alla radice: infatti, le teorie moniste (*Single-Principle Theories*) di stampo ad esempio libertario (*Pure Libertarianism*), utilitarista (*Pure Utilitarianism*) o ipocratico (*Pure Hippocratism*), giungono all'individuazione di un principio etico fondamentale (rispettivamente il principio di autonomia, quello di utilità e infine la ricerca del massimo beneficio per il singolo paziente) e assegnano a quest'ultimo una priorità assoluta rispetto a tutti gli altri principi etici<sup>71</sup>. Secondo Veatch, l'elaborazione e la successiva applicazione di una tale teoria non riuscirebbero a rispecchiare la poliedricità dell'esperienza etica: la totale e, nel peggiore dei casi, indiscussa aderenza a un singolo principio sembra infatti tralasciare troppi aspetti della vita morale<sup>72</sup>.

Come si ricorderà, mediante la strategia del bilanciamento vengono valutati i pesi dei principi in conflitto in una determinata situazione e, operando un confronto tra i risultati ottenuti, l'agente opta per il principio che in quello specifico contesto sembra esercitare una maggiore forza normativa. In base alle teorie che propongono questa modalità di risoluzione dei conflitti (*Balancing Theories*), non sussiste alcun ordine seriale stabilito a priori tra le diverse istanze normative e spetta pertanto al soggetto valutante, mediante la sua riflessione critica e la propria capacità intuitiva, l'analisi di ogni singolo principio chiamato in gioco nella determinata situazione. Questa prospettiva presenta, a parere di Veatch, due limiti: l'appello all'intuizione, che potrebbe far emergere pregiudizi in sede

---

<sup>69</sup> Cfr. R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, op. cit., p. 154.

<sup>70</sup> Cfr. Veatch, *Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying*, pp. 206-215.

<sup>71</sup> Tra le teorie moniste Veatch cita l'approccio di Edmund Pellegrino in quanto a suo avviso la *patient-centered beneficence* costituisce l'unico principio etico fondamentale dell'etica clinica (cfr. *ivi*, p. 208). Tornerò in seguito su questa, a mio avviso scorretta, lettura della proposta di Pellegrino.

<sup>72</sup> Cfr. *ibidem*.

valutativa, e il pericolo di giungere a giustificare qualsiasi punto di vista concepibile<sup>73</sup>. Si tratta quindi di una strategia non soddisfacente poiché sembra lasciare troppo spazio all'arbitrarietà e prevedere il sopravanzare del principio di beneficenza su quello di autonomia anche in situazioni nelle quali persino la coscienza morale ordinaria non lo permetterebbe<sup>74</sup>.

La terza alternativa per la risoluzione dei conflitti consiste nell'elaborazione di un ordine lessicale (*lexical ordering*): attraverso questa strategia (impiegata, come si ricorderà, da Rawls), si assegna ad ogni principio una determinata posizione in una scala di priorità e si asserisce che ciascuno di essi deve essere completamente soddisfatto prima che possa entrare in gioco il successivo. Per Veatch, anche questa alternativa non risulta convincente: nessuno, osserva l'autore, è mai riuscito, neppure in presenza di un esiguo numero di principi (come ad esempio i quattro indicati da Beauchamp e Childress) ad estendere con successo un adeguato ordine lessicale tra di essi<sup>75</sup>.

Considerate l'inadeguatezza del puro bilanciamento (che risulta troppo permissivo) e dell'ordine lessicale (che si presenta invece come eccessivamente restrittivo), Veatch ritiene necessario operare una sintesi tra le due strategie (*mixed strategy*). Lo studioso stabilisce quindi un ordine lessicale fra i due gruppi di principi a cui si faceva precedentemente riferimento, concedendo priorità assoluta ai principi non-consequenzialistici rispetto a quelli consequenzialistici. Pertanto, le considerazioni basate sui benefici o sui danni causati da un corso d'azione non possono mai giustificare la violazione delle istanze normative dettate dai principi di autonomia, veridicità, fedeltà, giustizia e astensione dall'uccisione<sup>76</sup>. Detto in altri termini, mentre le istanze

---

<sup>73</sup> Cfr. *ivi*, p. 209.

<sup>74</sup> A riguardo, Veatch prende in considerazione due esempi tratti dall'etica biomedica: nel primo ci si interroga sulla legittimità di proseguire una sperimentazione medica su un paziente senza che egli abbia espresso il proprio consenso o nel caso in cui egli abbia rifiutato di prender parte al programma di ricerca. Nel secondo ci si chiede se sia legittimo e se vada rispettato il rifiuto da parte di un paziente competente verso un trattamento medico offerto per il suo bene. Per Veatch, i *balancers* non prendono una netta posizione relativamente a questi due casi e pertanto non rispondono alle due situazioni rispettivamente con un deciso "no" e "sì", lasciando aperto uno spiraglio all'opzione costringitiva (cfr. *ivi*, p. 209). Come vedremo in seguito, Veatch non può mai accettare in situazioni di conflitto il sopravanzare del principio di beneficenza su quello di autonomia in quanto i principi non-consequenzialistici hanno sempre la priorità su quelli consequenzialistici. Solamente altri vincoli di natura deontologica possono giustificare il superamento del principio di autonomia.

<sup>75</sup> Cfr. *ivi*, p. 210.

<sup>76</sup> Agli occhi dell'autore, questo ordinamento lessicale tra i principi etici trova conferma in alcune convinzioni etiche ampiamente condivise, come ad esempio quella in base alla quale la mera

normative espresse dai principi consequenzialistici costituiscono dei doveri imperfetti, i principi non-consequenzialistici esprimono obbligazioni di carattere perfetto. Inoltre, all'interno di ognuno dei due gruppi di istanze normative individuate dall'autore, ciascun principio ha validità *prima facie* e pertanto, in caso di conflitto tra gli stessi principi consequenzialistici o non-consequenzialistici, Veatch ammette il ricorso alla strategia del bilanciamento.

Lo studioso osserva come, ad un primo sguardo, la *mixed strategy* possa creare delle implicazioni implausibili: il dovere perfetto di mantenere una promessa (ad esempio l'aver promesso a un amico di incontrarlo per giocare a tennis) non sembrerebbe ammettere la violazione dello stesso neppure nel caso in cui la sua trasgressione possa salvare la vita di qualcuno intrappolato in un edificio in fiamme<sup>77</sup>. Dal punto di vista della nostra coscienza morale riflessiva, in simili situazioni le istanze normative della beneficenza sembrano scavalcare quelle dettate dal principio non-consequenzialistico della fedeltà alle promesse. In realtà, precisa Veatch, in questo caso (così come in situazioni analoghe) un adeguato principio di giustizia<sup>78</sup>, cioè un principio non-consequenzialistico, potrebbe giustificare la violazione del dovere di mantenere la promessa fatta all'amico, salvando così la vittima intrappolata nelle fiamme<sup>79</sup>. A parere di Veatch, infatti, solamente altri vincoli di natura deontologica possono giustificare il superamento del principio non-consequenzialistico della fedeltà alle promesse.

La strategia mista può poi trovare un ulteriore strumento per la risoluzione dei conflitti nella specificazione delle norme, modalità già proposta da H.S. Richardson. In base a questo modello, si individuano delle norme intermedie (*middle axioms*) tali da colmare lo iato che sussiste tra i principi generali e le situazioni specifiche. Per Veatch, questa strategia, non essendo compatibile con un puro bilanciamento, risulta efficiente qualora sia già stato stabilito un ordine lessicale tra i principi; di conseguenza, lo studioso situa la specificazione a metà strada tra il bilanciamento e la sua strategia mista<sup>80</sup>.

---

considerazione dei benefici di qualsiasi ricerca medica non potrebbe giustificare l'uccisione di un soggetto coinvolto nella sperimentazione (pertanto il principio non-consequenzialista dell'astensione dall'uccisione ha la priorità sul principio consequenzialista di beneficenza).

<sup>77</sup> Cfr. *ivi*, p. 212.

<sup>78</sup> Va precisato come Veatch concepisca la giustizia in termini egualitari: essa è quindi intesa come uguale trattamento dei soggetti coinvolti e pertanto le distribuzioni risultano giuste nel momento in cui ripartiscano i beni nella maniera più equa possibile.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

<sup>80</sup> Cfr. *ivi*, pp. 215-217.

#### 4.5 Alcune difficoltà legate alla strategia mista

Come precedentemente analizzato, la strategia mista proposta da Veatch per la risoluzione dei conflitti prevede una sintesi tra il bilanciamento e l'ordine lessicale. Nelle situazioni di conflitto fra principi, l'agente è chiamato innanzitutto a operare un bilanciamento all'interno del gruppo dei principi non-consequenzialistici così come in quello dei principi consequenzialistici, dando priorità poi, in base all'ordine lessicale, alle istanze normative dettate dai primi rispetto a quelle espresse dai secondi<sup>81</sup>. Formulata in questi termini, però, la strategia del bilanciamento tra i principi consequenzialistici è, a mio avviso, inutile poiché esiste già un ordine seriale che li rende subordinati rispetto ai principi non-consequenzialistici.

Alcune obiezioni potrebbero poi essere sollevate relativamente all'ordine lessicale proposto da Veatch. Ad esempio, il principio di giustizia a cui l'autore fa spesso appello dinnanzi a conflitti tra principi non-consequenzialistici può trovarsi in un rapporto conflittuale anche con quelli consequenzialistici della beneficenza e della non maleficenza e sarebbe tutt'altro che controintuitivo pensare che la giustizia abbia sempre la precedenza sull'utilità<sup>82</sup>. La giustizia potrebbe infatti, come sottolinea Francesco Allegri, sopperire alle carenze della veracità e della fedeltà; tuttavia,

quando essa entra in conflitto con la beneficenza-non maleficenza non è plausibile pensare che prevalga sempre<sup>83</sup>.

A riguardo, Allegri porta l'esempio di due linee d'azione, A e B: realizzando la prima si giunge a una piena distribuzione ugualitaria mentre mandando a effetto la seconda vengono prodotte dieci volte la stessa utilità, ma con un'ineguale distribuzione. Allegri si chiede:

davvero la giustizia, che mi prescriverebbe A, non può essere violata dalla beneficenza, che mi prescriverebbe B<sup>84</sup>?

Potrebbe infatti verificarsi la situazione in cui il più svantaggiato dall'effetto dell'azione B perda pochissimo (rispetto ai soggetti coinvolti dall'esito dell'atto A) e gli altri raddoppino, triplichino o addirittura quadruplicchino il proprio tenore di vita<sup>85</sup>.

---

<sup>81</sup> Cfr. *ivi*, p. 217.

<sup>82</sup> Cfr. F. Allegri, *Le ragioni del pluralismo morale. William David Ross e le teorie dei doveri prima facie*, Carocci, Roma 2005, p. 189.

<sup>83</sup> *Ivi*, p. 190.

<sup>84</sup> *Ibidem*.

<sup>85</sup> Cfr. *ibidem*.

Allegrì inoltre evidenzia come anche l'autonomia possa soccombere a un'istanza della beneficenza-non maleficenza: egli cita il blocco dei beni imposto dalle forze dell'ordine ai familiari di una vittima di un sequestro a scopo di estorsione. L'imposizione a non pagare il riscatto per la liberazione del proprio caro è per Allegrì

la lampante dimostrazione che talvolta l'autonomia deve cedere il passo alla beneficenza, non solo alla giustizia<sup>86</sup>.

Va altresì sottolineato come la divisione dei principi in consequenzialistici e non-consequenzialistici permetta a Veatch di mantenere la distinzione tra uccidere e lasciar morire: i due atti sono differenti non sulla base delle opposte intenzioni a essi sottese, bensì perché ricadono sotto due diversi principi (rispettivamente il dovere non-consequenzialistico di non uccidere e quello consequenzialistico di beneficenza). Pertanto, mentre l'eutanasia attiva è inammissibile perché prevede la violazione del principio di non uccidere le persone, il lasciar morire (ovvero il non proseguire le cure sia su richiesta del paziente sia per loro futilità) non viola necessariamente un principio morale<sup>87</sup>. In questo tipo di impostazione rimane tuttavia problematica la questione dell'eutanasia volontaria perché, nel caso specifico, si verifica un conflitto tra principi non-consequenzialistici, ossia quelli di autonomia e di astensione dall'uccidere, e, poiché ciascuno di essi ha validità *prima facie*, risultano assenti dei criteri che permettano la risoluzione del conflitto stesso<sup>88</sup>.

Al pari dei principi elaborati da Beauchamp e Childress, anche quelli delineati da Veatch sembrano mancare di una convincente fondazione: non si precisa se essi vengano stabiliti sulla base di un consenso da parte dei contraenti del triplice contratto o se, come avviene in una prospettiva di diritto naturale, costituiscano una “scoperta” più che un'invenzione della ragione. Inoltre, la mancata indagine antropologica dei soggetti contraenti porta inevitabilmente a una deriva utilitaristica, che conduce, ad esempio, a considerare il principio di beneficenza in termini puramente consequenzialistici.

Com'è stato osservato nel secondo capitolo di questo elaborato, in una prospettiva di stampo utilitaristico la massimizzazione del bene è indifferente al *verso chi* compierlo:

---

<sup>86</sup> *Ivi*, p. 191.

<sup>87</sup> Cfr. R.M. Veatch, *Death, Dying and the Biological Revolution* (1976), Yale University Press, New Haven 1989<sup>2</sup>, pp. 69-75.

<sup>88</sup> Veatch, pur non presentando alcuna argomentazione, ammette che le istanze normative dettate dal principio di autonomia debbano essere rispettate qualora il paziente chieda la sospensione dalle cure, ma non quando egli richieda di essere attivamente ucciso. Cfr. *ivi*, p. 74.

sembra infatti che il raggiungimento di questo obiettivo porti a considerare qualsiasi individuo proprio come un altro, indipendentemente quindi dalle relazioni esistenti tra benefattore e beneficiario. In realtà, i rapporti interpersonali di ogni individuo diversificano, da un punto di vista morale, i vari contesti del nostro agire. Come ci ricorda Derek Parfit, la moralità consta anche di elementi agente-relativi e non può pertanto essere pienamente compresa a partire da una prospettiva agente-neutrale quale quella utilitaristica<sup>89</sup>.

Inoltre, le istanze normative espresse dal principio di beneficenza ci invitano solamente a produrre la maggiore rimanenza possibile del bene sul male? O forse, come sostiene Frankena, un principio formulato in questi termini andrebbe indicato come principio di utilità, che tuttavia prevede alla sua base un altro principio, ossia quello che ci indica di fare il bene o di prevenire e di evitare il male<sup>90</sup>? Il principio di utilità sembra in effetti presupporre un principio basilare, cioè quello di beneficenza, nonostante il primo non possa essere considerato un principio di diretta derivazione del secondo. Mentre infatti il principio di utilità prevede la misurabilità e la comparabilità dei beni e dei mali, quello più radicale di beneficenza considera impossibile un tale tipo di operazione. Come ovviare quindi a tutte queste difficoltà? Ha ancora senso fare riferimento ai principi? E se sì, in quali termini?

#### *4.6 Il conflitto tra i principi di beneficenza e di autonomia*

Al fine di porsi alla ricerca di una possibile risposta agli interrogativi appena posti, vorrei soffermarmi ulteriormente sul tema del conflitto fra principi, limitandolo però a quelli di beneficenza e di autonomia. Ritengo infatti che l'esame di questa tematica possa non solo riportare l'attenzione su due importanti modelli di etica medica che si richiamano ai suddetti principi, ossia il paternalismo e il paradigma autonomista, ma anche evidenziare l'esigenza di un ripensamento degli stessi principi in questione.

Come è già stato osservato nel capitolo precedente<sup>91</sup>, la pratica e l'etica medica

---

<sup>89</sup> D. Parfit, *Ragioni e persone* (1984), trad. it. di R. Rini, Il Saggiatore, Milano 1989, p. 184. Anche Ross aveva criticato l'utilitarismo perché trascura il carattere personale del dovere e semplifica eccessivamente le nostre relazioni con gli altri. Inoltre, la produzione di effetti benefici per il mondo non può essere considerato come l'unico fondamento dei nostri obblighi morali. Cfr. W.D. Ross, *Il giusto e il bene*, op. cit., pp. 26-27 e 30.

<sup>90</sup> Cfr. Frankena, *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale*, op. cit., pp. 112-118.

<sup>91</sup> Cfr. par. 3.10 del terzo capitolo di questo elaborato.

iniziano a subire una vera e propria metamorfosi a partire dagli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso: si ricorderà come tra i molteplici fattori che hanno contribuito a questa trasformazione vi siano una forte rivendicazione dei diritti del malato connessa allo spostamento del processo decisionale dal medico al paziente, l'espansione senza precedenti della capacità tecnologica in ambito medico e l'aumento progressivo delle spese sanitarie con la conseguente difficoltà di individuare una giusta commistione tra le istanze di cura e quelle di carattere economico. Per comprendere il conflitto tra il principio di beneficenza e quello di autonomia e proporre poi una risoluzione dello stesso, intendo ora prendere in considerazione il primo dei fattori appena richiamati, pur nella consapevolezza che ognuno di essi, per essere davvero compreso in profondità, non possa essere totalmente slegato dagli altri.

Attraverso l'affermazione dei valori dell'individualità e dell'autodeterminazione del paziente, il malato rivendica un rapporto più paritario e partecipativo all'interno dell'interazione clinica. Dinanzi al tecnicismo clinico e a un'assistenza medica sempre più spersonalizzata, il paziente chiede che le proprie scelte e i valori che permeano la sua esistenza vengano rispettati nel processo decisionale medico. Le richieste avanzate dal movimento dei diritti estesosi al mondo della medicina lasciano però trasparire il *sospetto* nei confronti dell'operato medico e la *sfiducia* verso il sistema sanitario nella sua globalità<sup>92</sup>. La relazione medico-paziente non è più caratterizzata, come invece era

---

<sup>92</sup> Cfr. O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2002. Non limitando la propria analisi all'ambito sanitario, O'Neill osserva come negli ultimi trent'anni, malgrado i successi tecnico-scientifici, gli sforzi compiuti per garantire il rispetto delle persone e dei loro diritti e le più ferree regolamentazioni in vista della protezione dell'ambiente e quindi dei soggetti che lo abitano, la fiducia pubblica (*public trust*) nella scienza sia notevolmente diminuita. A un primo sguardo, questa situazione sembra costituire un vero e proprio paradosso: perché la fiducia è diminuita proprio in un momento storico in cui sembrano in continuo aumento le ragioni che dovrebbero condurci a fidarci maggiormente delle scienze e delle istituzioni socio-politiche? O'Neill sottolinea come la fiducia non corrisponda mai a una sicurezza relativamente alle future azioni degli altri, ma al contrario essa risulti particolarmente necessaria laddove e nel momento in cui manchiamo di certezze nei confronti dell'agire altrui. La fiducia rappresenta inoltre un aspetto costitutivo di qualsiasi relazione interpersonale: senza di essa noi rimarremmo immobilizzati, inattivi e improduttivi, incapaci perciò di vivere all'interno di una qualsiasi società. Nonostante possa essere considerata la più quotidiana delle esperienze, la fiducia presenta tuttavia un'intrinseca e ineliminabile problematicità: essa infatti contiene necessariamente il pericolo della delusione, rischio questo al quale nessuno di noi può sottrarsi. Ora, sottolinea la studiosa, non si può non riconoscere come il costante progresso tecnico-scientifico, malgrado i suoi indubbi successi, aumenti le nostre incertezze verso le azioni altrui e i rischi di abusi di potere che derivano da tale progresso (cfr. *ivi*, pp. 7-12). Nel constatare la sfiducia sviluppatasi negli ultimi trent'anni verso l'operato medico, Pellegrino e Thomasma osservano come essa sia dovuta a un'ampia varietà di eventi interni ed esterni alla medicina quali negligenze, imprenditorialismo, marketing, pluralismo morale, specializzazione, disumanizzazione e sistema di tipo assicurativo per le cure mediche. Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993, p. 71.

in passato, da un rapporto di fiducia tra i soggetti in essa coinvolti, laddove il secondo si affidava alle capacità e alle decisioni del primo.

Va tuttavia precisato come la tradizionale visione dell'interazione clinica e il riconoscimento del suo carattere fiduciario fossero senza dubbio condizionati dalla lettura paternalistica dell'atto medico: la dipendenza del paziente dalle conoscenze e competenze del professionista e l'accettazione delle decisioni di quest'ultimo erano comunemente giustificate alla luce dell'indiscussa autorità del medico e della generale rispettabilità verso la professione medica. Nella tradizionale visione dell'interazione clinica la direzione etica era inoltre determinata dall'autoreferenzialità professionale e, di conseguenza, dalla fedeltà del medico all'impegno terapeutico assunto, dal rispetto delle regole che da questo derivano (come ad esempio il segreto professionale) e dalla fiducia del paziente verso la competenza tecnica del professionista. In un modello di relazione interpersonale di questo tipo non trovano spazio i desideri e le preferenze del malato o, meglio ancora, non si avverte la necessità di esprimerli, poiché il paziente confida nelle abilità del medico e ritrova in quest'ultimo il soggetto che più di tutti è capace di riconoscere e promuovere il suo bene.

Attraverso la rivendicazione del diritto all'autodeterminazione, all'interno dell'etica e della prassi medica si verifica un significativo cambiamento di prospettiva: il rapporto interpersonale che caratterizza la pratica clinica non è più concepito in maniera univoca, cioè come una relazione unidirezionale che va solo dal medico al paziente e non viceversa, ma secondo un *movimento biunivoco*, in base al quale tutti i soggetti morali in esso coinvolti devono essere capaci di interagire e di collaborare per la promozione del bene del paziente e il ripristino dello stato di salute messo a repentaglio dall'evento patologico<sup>93</sup>. Alla luce di questo cambiamento, il principio di beneficenza, che da sempre aveva guidato l'esercizio della pratica medica, risulta insufficiente: il medico infatti non è più chiamato ad agire esclusivamente sulla base della propria interpretazione del bene del paziente in un determinato contesto clinico, ma si esige che egli prenda in considerazione e rispetti le volontà del malato e i valori che permeano la sua esistenza, dando così avvio a interazioni cliniche a carattere bidirezionale.

A partire dagli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, viene quindi posto l'accento

---

<sup>93</sup> Cfr. F. Turolto, *L'autonomia decisionale in sanità: valori e limiti di un modello*, in Id. (a cura di), *Etica e umanizzazione delle cure. Atti del VI Congresso Nazionale della S.I.B.C.E.*, Fondazione Lanza, Padova 2007, p. 51.

sulla lacunosità del principio di beneficenza e sulla necessità di riconoscere il ruolo attivo del paziente all'interno dell'interazione clinica e del suo diritto ad accettare o meno gli interventi medici a cui si vorrebbe sottoporlo. Il tutto incoraggia lo sviluppo di gruppi per il riconoscimento dei diritti del paziente e di movimenti anti-paternalistici che ricercano soluzioni, tra cui il consenso informato, per ovviare allo squilibrio di conoscenze e poteri del medico rispetto a quelli del malato. Si assiste così, in quel determinato periodo storico, a una ridefinizione della beneficenza in termini paternalistici e a quello che è stato definito un vero e proprio trionfo dell'autonomia (*triumph of autonomy*)<sup>94</sup>. Il termine "autonomia" diventa, come sottolinea Pellegrino, la parola d'ordine (*the watchword*) che simbolizza la richiesta morale e legale dei pazienti di prendere le proprie decisioni senza interferenze o coercizioni, anche in quei casi in cui le intenzioni del medico appaiono davvero di carattere benefico<sup>95</sup>. In questo modo, il principio di beneficenza e quello del rispetto dell'autonomia rischiano di essere collocati agli antipodi nel contesto delle discussioni biomediche e di dar avvio a due contrastanti modelli di etica medica, cioè il paternalismo e il paradigma autonomista.

---

<sup>94</sup> Cfr. T. Nys, Y. Denier, T. Vandeveld, *Autonomy & Paternalism. Reflections on the Theory and Practice of Health Care*, Peeters, Leuven – Paris – Dudley, MA 2007, p. 3. Per un'indagine storico-filosofica sulle origini e sulle conseguenze dell'affermazione del valore dell'autonomia in ambito medico, si considerino i contributi di David J. Rothman (*The Origins and Consequences of Patient Autonomy: A 25-Year Retrospective*) e di Aldred I. Tauber (*Historical and Philosophical Reflections on Patient Autonomy*) pubblicati nel 2001 in una *special issue* (dal titolo *Autonomy and Beneficence in an Information Age*) della rivista *Health Care Analysis*, 9 (2001), n. 3, rispettivamente pp. 255-264 e 299-319. Cfr. anche A.I. Tauber, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, The MIT Press, Cambridge, MA – London 2005, in particolare pp. 57-123.

<sup>95</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics*, in «Bulletin of PAHO», 24 (1990), n. 4, pp. 361-371, in particolare p. 363. Come sottolinea Carl Schneider nel suo testo *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions* (Oxford University Press, New York 1998), nonostante alcuni pazienti vogliano davvero essere completamente autonomi nelle scelte che afferiscono alla propria vita, la maggior parte di essi desidera in realtà ricevere maggiori informazioni da parte del personale sanitario, conoscere di più i valori del medico ed essere rassicurati sul fatto che quest'ultimo stia agendo nel loro (e non nel proprio) interesse. L'autore evidenzia perciò come, oltre ad essere assente nella pratica medica un'univoca, ma soprattutto assolutizzata, interpretazione del principio di autonomia, questo concetto rimandi innanzitutto alle *condizioni* che rendono possibili una scelta autonoma (l'intenzionalità, la comprensione della situazione e l'assenza di condizionamenti esterni), che, per divenire reali, necessitano dell'intervento del medico. A prova di ciò, Schneider riporta molte ricerche empiriche così come varie analisi dei racconti di malattia, i quali dimostrano che la volontà dei pazienti di intervenire attivamente sulle decisioni mediche risulta inferiore a quella affermata dai movimenti dei diritti e dai bioeticisti. Ad esempio, uno studio condotto alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso da Jack Ende e colleghi su più di 300 pazienti per indagare se questi ultimi volessero davvero assumere un ruolo attivo nel processo decisionale medico, rilevò come la volontà di essere informati sul decorso clinico fosse superiore rispetto a quella di prendere attivamente parte alle decisioni mediche. Questa ricerca empirica constatò inoltre come tra i soggetti intervistati il desiderio di prendere tali decisioni diminuisse nei pazienti anziani e dinnanzi alla comunicazione di gravi malattie. Cfr. J. Erde, L. Kazis, A. Ash, M.A. Moskowitz, *Measuring Patient's Desire for Autonomy: Decision Making and Information-seeking among Medical Patients*, in «Journal of General Internal Medicine», 4 (1989), n. 1, pp. 23-30.

Sviluppata anche a partire dalla critica al paternalismo medico, l'enfasi posta sull'autodeterminazione del malato e sul diritto che egli ha di determinare il corso delle proprie cure corre infatti il pericolo di far interpretare

la nozione di autonomia come un fattore che si è sovrapposto dall'esterno all'impresa medica, in quanto estraneo alla sua "essenza" e persino in conflitto coi fini tradizionali della medicina<sup>96</sup>.

Il concetto di autonomia rischia cioè di essere inteso come un'intrusione esterna subita dalla professione medica a causa del suo carattere paternalistico. Così facendo, il principio di beneficenza, letto esclusivamente in chiave paternalistica, si espone al pericolo di porsi in netta contrapposizione all'autodeterminazione del malato, creando conflitti, spesso irrisolvibili, tra il dovere di agire per il bene del paziente e l'istanza normativa che comanda il rispetto delle volontà di quest'ultimo. Da qui inoltre l'avvio di un modello di etica medica, ossia il già accennato paradigma autonomista, che giunge a considerare il principio di autonomia come il principio guida dell'intera pratica medica, concedendogli quindi sempre la priorità rispetto al principio di beneficenza.

Alla luce di queste considerazioni, i paragrafi seguenti intendono esaminare il paternalismo e il paradigma autonomista e, a partire dai limiti individuati da Pellegrino e Thomasma, ma soprattutto dalla scorretta lettura dei principi di beneficenza e di autonomia che tali modelli forniscono, avvicinarsi al paradigma di etica medica proposto dagli autori. La *beneficence-in-trust* ha infatti come obiettivo principale una riformulazione del principio di beneficenza capace di evitare la netta contrapposizione di questo principio con quello di autonomia.

#### 4.6.1 Il paternalismo e i suoi limiti

Nel modello paternalistico il centro della decisione relativa alle azioni più importanti da compiere in ambito terapeutico è costituito dalla figura del medico: quest'ultimo infatti, in virtù delle sue conoscenze e competenze o sulla base degli impedimenti causati al malato dall'evento patologico, è ritenuto l'unico agente morale dell'interazione clinica e il migliore interprete del bene del paziente. L'intervento paternalistico

---

<sup>96</sup> D. Neri, *Autonomia, consenso informato e fini della medicina*, in M. Gensabella Furnari (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005, p. 57.

comporta pertanto una limitazione alla libertà di scelta e di azione del malato<sup>97</sup>, che viene giustificata da ragioni inerenti al soddisfacimento dei bisogni e degli interessi del soggetto in questione, in vista della promozione del suo bene<sup>98</sup>. Proprio sulla base dell'importanza assegnata al raggiungimento di questo obiettivo, un intervento paternalistico può concretizzare i desideri espressi da una determinata persona e dar avvio a corsi d'azione pertinenti alle decisioni prese da essa, ma anche non considerare o rifiutare le preferenze del soggetto in causa, agendo così in contrasto con le sue scelte.

Prima di analizzare i limiti di questo modello per la pratica e l'etica medica, occorre precisare come, oltre alla distinzione introdotta da Joel Feinberg tra “paternalismo forte” e “paternalismo debole” (*strong and weak paternalism*)<sup>99</sup>, in seguito ridenominati “paternalismo duro e moderato” (*hard and soft paternalism*), esistano anche altre classificazioni in materia, non esclusivamente limitate all'ambito sanitario, bensì giuridico e politico. C'è chi, recuperando la distinzione tra il dovere di beneficenza e quello di non maleficenza, distingue il “paternalismo positivo” (*positive or promotive*

---

<sup>97</sup> Allen Buchanan, in un articolo pubblicato alla fine degli anni Settanta del secolo scorso e dedicato al tema del paternalismo medico, sottolinea come una definizione di quest'ultimo enunciata nei termini di una limitazione della libertà di scelta e di azione del paziente risulti incompleta. Essa infatti tralascia la libertà d'informazione (*freedom of information*) che un atto paternalistico può ledere qualora nasconda o modifichi le informazioni da fornire al malato, giustificando tale agire in termini di promozione del bene del paziente. Sulla base di queste considerazioni, l'autore definisce paternalistica anche quell'azione che interferisce sulle *opportunità* che una persona ha il diritto di sfruttare per agire sulla base di scelte consapevoli, informate e autonome. Cfr. A. Buchanan, *Medical Paternalism*, in «Philosophy & Public Affairs», 7 (1978), n. 4, pp. 371-390; ristampato in R. Sartorius (ed. by), *Paternalism*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1983, pp. 61-82.

<sup>98</sup> Cfr. G. Dworkin, *Paternalism*, in R.A. Wasserstrom (ed. by), *Morality and the Law*, Wadsworth Publishing Co., Belmont – CA 1971, p. 108. La caratterizzazione del paternalismo nei termini di un'interferenza sulla libertà di qualcuno in vista della promozione del suo bene è molto comune nella letteratura filosofica contemporanea. Relativamente a questo aspetto, cfr. R. Carter, *Justifying Paternalism*, in «Canadian Journal of Philosophy», 7 (1977), n. 1, pp. 133-145; B. Gert – C. Culver, *Paternalistic Behavior*, in «Philosophy and Public Affairs», 6 (1977), n. 1, pp. 45-57; D. Thompson, *Paternalism in Medicine, Law, and Public Policy*, in D. Callahan, S. Bok (ed. by), *Ethics Teaching in Higher Education*, Plenum Press, New York 1980, pp. 245-275.

<sup>99</sup> Cfr. J. Feinberg, *Legal Paternalism*, in «Canadian Journal of Philosophy», 1 (1971), n. 1, pp. 105-124 (in particolare pp. 113-116); Id., *Harm to Self*, vol. III: *The Moral Limits of the Criminal Law*, Oxford University Press, New York 1986. Le forme di paternalismo debole e forte vengono definite da James Childress (*Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York 1982, p. 17) rispettivamente come “paternalismo limitato o ristretto” (*limited or restricted paternalism*) e “paternalismo esteso” (*extended paternalism*). Mentre attraverso il paternalismo limitato i desideri e le decisioni del soggetto non vengono presi in considerazione sulla base degli impedimenti causati al malato dall'evento patologico o alla luce della sua incapacità di compiere scelte e azioni autonome, il paternalismo esteso non permette all'individuo di intervenire nel processo decisionale sebbene egli sia capace di intendere e di volere. Un intervento paternalistico esteso si verifica qualora venga ad esempio effettuata una trasfusione di sangue su un paziente appartenente al movimento dei testimoni di Geova nonostante egli, pienamente consapevole e capace di compiere delle decisioni sulla propria persona, continui a rifiutare tale trattamento sulla base dei suoi valori.

*paternalism*), che ha come obiettivo la promozione del bene, dal “paternalismo negativo” (*negative or preservative paternalism*), il quale evita principalmente di procurare danno agli altri<sup>100</sup>. Vi è poi la distinzione tra il “paternalismo diretto o attivo” (*direct or active paternalism*) e quello “indiretto o passivo” (*indirect and passive paternalism*): mentre il primo non prende in considerazione o scavalca del tutto le volontà del paziente e compie su quest'ultimo un intervento di carattere paternalistico, come avviene, ad esempio, nei casi di una trasfusione forzata su un testimone di Geova, il secondo limita in modo indiretto la capacità del soggetto di agire e di compiere delle scelte per prevenirgli ulteriore danno. Come esemplificazione del paternalismo indiretto si consideri il divieto di vendere un prodotto al fine di salvaguardare i consumatori: in questo modo, restringendo le scelte e le azioni delle aziende produttrici, vengono protetti quei soggetti che potrebbero subire un danno dall'acquisto del prodotto stesso<sup>101</sup>. Tuttavia, come giustamente sottolinea Gerald Dworkin, il paternalismo indiretto riguarda quel genere di danni che chiamano in causa quella che l'autore definisce «l'attiva collaborazione della vittima» delle medesime lesioni (*the active cooperation of the victim*)<sup>102</sup>. Infatti, colui che potrebbe ad esempio esser danneggiato dall'utilizzo di un determinato prodotto, se messo a conoscenza degli effetti negativi dello stesso, potrebbe evitare tale danno scegliendo di non acquistare il prodotto in questione.

Tornando alla distinzione tra paternalismo forte e debole all'interno della pratica medica e richiamando le definizioni offerte a riguardo da Beauchamp e Childress, si può parlare di paternalismo forte nel momento in cui vengano messi in atto

interventi tesi a beneficiare una persona le cui scelte e le cui azioni rischiose siano tuttavia volontarie, autonome e informate<sup>103</sup>.

Quindi, affinché si possa parlare di un intervento paternalistico forte, le scelte di quella persona verso un agire rischioso devono essere sostanzialmente volontarie e autonome. Un atto di paternalismo forte ha perciò come obiettivo la protezione del paziente da azioni che egli potrebbe compiere e che comporterebbero gravi rischi alla sua condizione esistenziale. Per evitare un tale agire rischioso, il paziente potrebbe anche essere tenuto all'oscuro di alcune informazioni riguardanti il proprio decorso clinico.

---

<sup>100</sup> Cfr. M. Bayles, *Principles of Legislation: the Uses of Political Authority*, Wayne State University Press, Detroit 1978, p. 120.

<sup>101</sup> Cfr. Childress, *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, cit., pp. 18-19.

<sup>102</sup> Cfr. Dworkin, *Paternalism*, p. 111.

<sup>103</sup> Beauchamp – Childress, *Principi di etica biomedica*, trad. it. cit., p. 274.

Al contrario, nel molto più comune paternalismo debole,

il soggetto agente interviene per beneficenza o non maleficenza esclusivamente per impedire una condotta *sostanzialmente non volontaria*, ovvero per proteggere le persone dalle loro azioni sostanzialmente non autonome<sup>104</sup>.

Quindi, in presenza di azioni non volontarie o non autonome che rilevano forme di abilità compromesse, quali ad esempio i casi di consenso non adeguatamente informato o gli episodi di grave depressione che precludono la deliberazione razionale, potrebbero esser messi in atto interventi di paternalismo debole al fine di impedire condotte sostanzialmente non volontarie.

Dopo aver richiamato questa importante distinzione, Pellegrino e Thomasma, nel loro testo *Per il bene del paziente*, chiariscono in quale senso intendano i diversi interventi paternalistici, sottolineando come il loro accento cada sull'aspetto del consenso. Nel paternalismo infatti si verifica un notevole, e non sempre giustificabile, scavalco dei desideri del paziente, giungendo a trascurare o addirittura ignorare ed annullare l'autonomia del paziente stesso. Di conseguenza, Pellegrino e Thomasma affermano che

per lo scopo di questo libro [*Per il bene del paziente*], il paternalismo dovrebbe essere inteso come una decisione medica per il bene del paziente, senza il pieno consenso di quest'ultimo<sup>105</sup>.

Analizzando il modello del paternalismo, gli autori cercano inoltre di mettere in luce le inadeguatezze di questo paradigma, evidenziandone i limiti contestuali, esistenziali e concettuali. Innanzitutto il paternalismo presenta delle carenze per quanto riguarda la dimensione contestuale: tale modello può risultare appropriato solo in certi contesti (come ad esempio il prendere decisioni superando le obiezioni di un minore) e non può quindi divenire il paradigma di riferimento per la pratica e l'etica medica. Il modello del paternalismo per Pellegrino e Thomasma parte infatti da qualcosa di fundamentalmente errato:

non solo asserisce che i professionisti fanno ciò che è meglio per tutti i pazienti, ma anche che essi possono non tener conto dei desideri del malato nella ricerca di ciò che è indicato dal punto di vista medico<sup>106</sup>.

Come verrà osservato nel capitolo seguente analizzando il modello della *beneficence-in-trust*, violare l'autonomia del paziente significa privarlo di un elemento costitutivo

---

<sup>104</sup> *Ibidem*.

<sup>105</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., p. 42.

<sup>106</sup> *Ivi*, p. 70.

del suo stesso bene, giungendo così a trascurare il fine morale della medicina, ossia l'agire per il bene del paziente.

Credo sia qui opportuno accennare a un aspetto fondamentale del modello proposto da Pellegrino e Thomasma e che verrà ampiamente tematizzato in seguito, cioè il bene del paziente come un insieme composito, ossia formato da diversi elementi legati l'uno all'altro, ma allo stesso tempo distinti tra loro. Lungi dal poter essere considerato un concetto monolitico, il bene del paziente presenta quattro importanti significati, precisamente il bene in senso biomedico, il miglior interesse del paziente, il bene del paziente in quanto persona e infine il bene supremo. Rimandando alle pagine successive l'analisi di questi quattro livelli di predicazione del bene verso i quali deve essere rivolto l'impegno del medico<sup>107</sup> e tornando invece alle carenze del modello paternalistico, Pellegrino e Thomasma sottolineano come l'errore più grande di questo paradigma consista nel ritenere il bene biomedico il fine principale di ogni intervento terapeutico<sup>108</sup>. Applicare questo modello alla pratica medica quotidiana significa quindi conferire un valore assoluto al beneficio concepito medicalmente, ossia al bene ottenibile attraverso gli interventi terapeutici e la competenza medica in senso tecnico, e ritenerlo il più importante, se non l'unico, obiettivo che deve essere raggiunto da qualsiasi azione terapeutica.

Il paternalismo presenta così anche dei limiti esistenziali poiché, non potendo definire il bene del paziente in termini esclusivamente medici, si rendono necessarie delle indicazioni essenziali da parte del paziente stesso relative ai propri valori e a ciò che egli ritiene sia meglio per sé in una determinata situazione clinica.

Infine, per Pellegrino e Thomasma il paternalismo presenta anche dei limiti concettuali<sup>109</sup> perché, trascurando, a volte in maniera completa, le scelte del soggetto malato, tale modello non riesce a dar luogo a una vera e propria guarigione. Il paternalismo infatti, dando notevole, se non esclusiva, importanza al bene in senso biomedico, potrebbe portare a considerare un paziente semplicemente come un corpo sul quale esercitare l'arte medica, giungendo addirittura a distinguere e dividere il fornire terapie (*to cure*) dal prendersi cura del malato (*to care*).

La presa in esame di questi molteplici limiti presenti nel paternalismo medico, pur

---

<sup>107</sup> Cfr. par. 5.8 del quinto capitolo di questo elaborato.

<sup>108</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, p. 69.

<sup>109</sup> Cfr. *ivi*, p. 72.

conducendo gli autori al rifiuto di tale modello, non implica affatto la rinuncia al principio di beneficenza come fondamento dell'etica medica. Esso, come già precedentemente annunciato, rimane il nucleo centrale della professione medica, nonostante debba essere restituito alla pienezza del suo significato originario.

Prima di analizzare la loro proposta per l'etica medica, Pellegrino e Thomasma ritengono necessaria anche l'analisi del modello libertario caratteristico dei teorici dell'autonomia. Come nel caso del paternalismo, anche l'analisi di questo secondo modello non porta gli autori a un completo consenso verso di esso, ma è funzionale alla comprensione del ruolo svolto dall'autonomia in qualsiasi azione medica.

#### 4.6.2 *Il modello dell'autonomia e i suoi limiti*

Il modello dell'autonomia come guida nel prendere decisioni cliniche impone al medico l'obbligo del rispetto per l'autodeterminazione del paziente, dando perciò rilievo ai valori e ai progetti di vita di quest'ultimo. Tale paradigma deriva *in primis* dalla tradizione liberale sorta con il giusnaturalismo moderno e dal forte accento posto a partire dall'Illuminismo sulla libertà e sull'autonomia di ogni individuo. In particolare, a partire dagli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, la medicina si è trovata di fronte alla rivendicazione dei diritti dei pazienti a determinare il corso delle proprie cure. Per Pellegrino e Thomasma, le ragioni che hanno portato ad enfatizzare il principio di autonomia sono molte: l'estendersi della democrazia politica a ogni sfera della vita sociale e il conseguente desiderio di partecipare in prima persona alle decisioni che ci riguardano in quanto individui, il miglioramento nel livello di istruzione e la divulgazione dei progressi della medicina ad opera dei *mass media* e infine il pluralismo morale, che ci spinge a proteggere i valori personali contro l'usurpazione altrui<sup>110</sup>.

Quest'ultimo aspetto, che caratterizza la nostra società contemporanea, viene particolarmente evidenziato da Hugo Tristram Engelhardt nell'introduzione al suo *Manuale di bioetica*. Il medico e filosofo americano di origini tedesche, sottolineando l'inadeguata presa in considerazione di questo importante fenomeno, afferma:

Il pluralismo morale è una realtà di fatto e di principio, una realtà che bioetica e

---

<sup>110</sup> Cfr. *ivi*, p. 47.

politica dell'assistenza sanitaria devono ancora prendere sul serio<sup>111</sup>.

Il punto di partenza di Engelhardt è costituito proprio dal rilevamento della varietà di posizioni riscontrabili non solo sul terreno della moralità di particolari pratiche sanitarie (quali aborto, eutanasia, ingegneria genetica, ecc.), ma anche «su quello della natura della morale stessa»<sup>112</sup>, viste le diverse impostazioni teoriche sviluppatesi in ambito etico (quali gli approcci teleologici, deontologici e quelli basati sulle virtù).

Di fronte a questa profonda diversità di posizioni, sembra davvero impossibile, a parere del filosofo, aspirare a un'unica concezione morale, al punto che i soggetti morali presenti nella nostra società pluralistica contemporanea si possono definire degli “stranieri”: quando si incontrano tra loro sono inevitabilmente delle persone con diverse visioni morali. Utilizzando le parole dello stesso Engelhardt, il suo *Manuale di bioetica*

non celebra il caos e non esalta né la varietà né tanto meno la vacuità e la confusione morale di questo panorama. Propone, al contrario, mezzi laici per affrontare il caos e il pluralismo della postmodernità<sup>113</sup>.

Nonostante il politeismo di visioni morali caratterizzante la nostra società contemporanea, è quindi possibile, a parere di Engelhardt, una bioetica laica<sup>114</sup>, capace di dar vita a una collaborazione tra stranieri morali e a un discorso morale laicamente autorevole. Per poter essere una fonte di autorità laica, questa bioetica dovrà differenziarsi dalle proposte morali “sostanziali”, così definite in quanto caratterizzate da contenuti vevoli solo per coloro che le condividono, cioè per gli “amici morali”.

Occorre innanzitutto individuare un criterio capace di risolvere le controversie che caratterizzano la nostra società. Per Engelhardt, poiché una questione etica non potrebbe trovare una soluzione né attraverso l'uso della forza, né con la conversione di tutti a un unico punto di vista morale, né tantomeno mediante un'argomentazione razionale, allora

la sola fonte di autorità laica generale in tema di contenuto e di direzione morale è l'accordo<sup>115</sup>.

---

<sup>111</sup> H.T. Engelhardt, Jr, *Manuale di bioetica*, trad. it. della II ediz. inglese (1996: notevolmente ampliata rispetto alla I ediz.) di S. Rini, Il Saggiatore, Milano 1999, p. 35.

<sup>112</sup> *Ibidem*.

<sup>113</sup> *Ivi*, p. 44.

<sup>114</sup> Come opportunamente sottolinea Da Re (*Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti*, Bruno Mondadori, Milano 2003, p. 177), sarebbe più corretto parlare di “bioetica secolare”, rimanendo così più aderenti all'originale espressione inglese “*secular bioethics*” impiegata dallo stesso Engelhardt ed evitando inoltre il termine “laico”, il quale «nel contesto culturale italiano è spesso utilizzato più in senso politico e ideologico che filosofico» (*ibidem*).

<sup>115</sup> Engelhardt, *Manuale di bioetica*, trad. it. cit., p. 98.

La risoluzione delle divergenze morali in termini di pacifica negoziazione non implica l'accettazione da parte delle persone che decidono di collaborare di una particolare visione o concezione morale concreta della vita moralmente buona, ma comporta il riconoscimento del *principio del permesso*<sup>116</sup>. Per risolvere i conflitti attraverso l'accordo, gli stranieri morali dovranno perciò costantemente considerare un fondamentale requisito, ossia il

rispetto della libertà di tutti coloro che prendono parte a una controversia morale (rispetto inteso nel senso che, *per usarli, occorre acquisire il loro permesso*)<sup>117</sup>.

Il principio del permesso costituisce perciò il principio base della bioetica laica proposta da Engelhardt e riceve la sua giustificazione proprio dal fatto che in una società pluralistica l'autorità per risolvere le varie divergenze morali non può che discendere dall'accordo delle persone partecipanti a tali dispute.

Va sottolineato come, per Engelhardt, *solo* le persone possano prendere parte attiva al processo di negoziazione per il raggiungimento di un comune accordo. Non tutti gli esseri umani, a parere dello studioso, sono in grado di stringere accordi e conferire autorevolezza attraverso il proprio consenso a progetti comuni, ma solo le persone, essendo agenti morali capaci di intendere e di volere, possono essere considerate membri di una comunità morale laica. Nell'impostazione di Engelhardt, le persone, per poter essere definite tali, devono possedere quattro caratteristiche: l'autocoscienza (capacità di riflettere su se stessi), la razionalità (abilità nel concepire regole d'azione per sé e per gli altri), un senso morale minimo (interesse a comprendere la possibilità del biasimo e della lode per ogni scelta d'azione) e la libertà (capacità a concepire se stessi come un'entità libera). Quindi, citando esempi dello stesso Engelhardt, i feti, gli infanti, gli adulti gravemente ritardati e gli ammalati in stato vegetativo persistente, non possedendo queste caratteristiche, non sono, a parere del filosofo, persone e risultano perciò «escluse dal santuario della morale laica»<sup>118</sup>. Di conseguenza,

il fatto di non trattare come persona in senso stretto un feto o un infante non equivale a mancargli di rispetto in termini laici generali<sup>119</sup>,

proprio perché, per Engelhardt, questi esseri umani non possiedono un'autonomia

---

<sup>116</sup> Cfr. W.T. Reich, *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. Cattorini – R. Mordacci (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1993, pp. 36-39.

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 99 (corsivo mio).

<sup>118</sup> *Ivi*, p. 160.

<sup>119</sup> *Ibidem*.

suscettibile di essere lesa dagli altri.

Appare così evidente la radicale separazione tra una persona in senso stretto, che, possedendo le quattro caratteristiche sopraelencate, può essere considerata agente morale, e un essere umano al quale, quando non fosse anche qualificabile come persona, potrebbe eventualmente essere attribuito lo *status* sociale di persona. In quest'ultimo caso, per Engelhardt si potrebbero accordare a un essere umano gli stessi diritti conferiti alle persone in senso stretto, ma tali diritti comporterebbero «una creazione di comunità particolari»<sup>120</sup>. Queste ultime possono infatti tutelare i diritti delle persone in senso sociale, riconoscendo così

agli embrioni, agli infanti e agli individui affetti da demenza senile la stessa dignità morale delle persone adulte capaci di intendere e di volere<sup>121</sup>.

I diritti delle persone in senso stretto, invece, possono essere giustificati e tutelati all'interno di un'etica laica procedurale e sono fondati proprio sul principio del permesso. Quest'ultimo viene formulato da Engelhardt in questi termini:

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

- 1) senza tale permesso o consenso non c'è nessuna autorità, e
- 2) le azioni contro questa autorità sono biasimevoli nel senso che escludono il loro autore dalla comunità morale in generale e rendono lecito (ma non obbligatorio) l'uso della forza a scopo difensivo, punitivo o di ritorsione<sup>122</sup>.

Da tale formulazione non può che derivare, per lo studioso, una massima ben precisa:

non fare agli altri ciò che essi non vorrebbero fosse fatto loro e fai loro ciò che ti sei impegnato contrattualmente a fare<sup>123</sup>.

Occorre comunque osservare come accanto a questo importante principio Engelhardt introduca anche quello di beneficenza, consistente nel fare agli altri il loro bene. Infatti, a parere dello studioso, l'agire morale, per non risultare privo di senso, è sempre caratterizzato da un impegno per la beneficenza; tuttavia, come è stato mostrato precedentemente, poiché le divergenze morali possono trovare una soluzione facendo appello solo al principio del permesso, allora «quest'ultimo ha una priorità concettuale

---

<sup>120</sup> *Ivi*, p. 173.

<sup>121</sup> *Ibidem*.

<sup>122</sup> *Ivi*, p. 143.

<sup>123</sup> *Ivi*, p. 144.

sul principio di beneficenza»<sup>124</sup>.

E' importante sottolineare come nella prima edizione del *Manuale di bioetica* (1986) l'autore non parli del principio del permesso, bensì del principio di autonomia; quindi, nel momento in cui Pellegrino e Thomasma analizzano il modello autonomista nel loro testo *Per il bene del paziente* (pubblicato nel 1988), non possono che fare riferimento alla prima edizione dell'opera di Engelhardt. In quest'ultima l'autonomia è considerata come quel principio capace di stabilire i confini della moralità, il cui contenuto è determinato sia in generale sia nei casi particolari dalla beneficenza. Dal momento che, a parere di Engelhardt, il bene a cui si aspira nell'agire morale è aperto a diverse interpretazioni culturali e a giudizi individuali, il diritto all'autonomia non può che avere la precedenza sul bene<sup>125</sup>.

Pellegrino e Thomasma riconoscono l'importanza dell'autonomia in una società pluralistica, ma ritengono che essa non possa essere considerata il principio assoluto, divenendo addirittura la *conditio sine qua non* della moralità. A loro parere infatti la libertà non è mai "nuda", ma è sempre rivestita da un "dobbiamo"; quindi

la condizione che rende possibile la moralità non è la libertà in sé, ma la libertà di esprimere, tutelare e perseguire il bene<sup>126</sup>.

Di conseguenza l'autonomia, obbligandoci innanzitutto a fare un uso saggio della nostra libertà per decidere quali azioni dobbiamo compiere ed imponendoci in secondo luogo di impiegare tale libertà per la promozione di una società buona<sup>127</sup>, non può essere usata per fini che siano contrari ai beni essenziali degli individui e della società stessa.

Applicata alla realtà medica, la tesi sostenuta da Engelhardt costituisce, nella prospettiva di Pellegrino e Thomasma, un vero e proprio pericolo nei confronti dello scopo morale intrinseco alla medicina stessa, cioè dell'agire per il bene del paziente.

---

<sup>124</sup> *Ivi*, p. 145.

<sup>125</sup> Engelhardt (*Manuale di bioetica*, 1986<sup>1</sup>, trad. it. di M. Meroni, Il Saggiatore, Milano 1991, pp. 82-83) si esprime a riguardo con queste parole: «Gli obblighi di agire con beneficenza sono più difficili da giustificare davanti alle comunità morali particolari del principio di astenersi dalla forza non autorizzata, in quanto è possibile una soluzione coerente di dispute morali tramite accordo, senza accogliere il principio di beneficenza. Il principio di beneficenza non è necessario per la coerenza stessa del mondo morale. E' in questo senso che questo principio non è altrettanto fondamentale di quello che denominerò il principio di autonomia». Dello stesso autore cfr. *L'autonomia come principio cardine della bioetica contemporanea*, in P. Cattorini, E. D'Orazio, V. Pocar (a cura di), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana e l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999, pp. 111-124.

<sup>126</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., pp. 109-110.

<sup>127</sup> Cfr. *ivi*, p. 111.

Considerare l'autonomia come un principio assoluto significa infatti mettere pericolosamente in secondo piano il principio di beneficenza, che, come emergerà nel capitolo seguente, appare invece agli occhi degli studiosi l'irrinunciabile fondamento dell'etica medica. Il modello dell'autonomia sembra inoltre trascurare la bilateralità caratterizzante il rapporto medico-paziente: come verrà evidenziato nelle pagine seguenti<sup>128</sup>, prendere decisioni in ambito clinico costituisce sempre una transazione interpersonale e perciò l'individualismo morale e l'autonomia decisionale assoluta sono da considerarsi «fini non realistici né desiderabili per nessuna delle due parti» coinvolte nell'interazione clinica<sup>129</sup>.

A tutto ciò vanno aggiunti i limiti contestuali ed esistenziali del modello autonomista: considerare l'autonomia come principio assoluto nel prendere decisioni mediche significa da un lato non prendere adeguatamente in considerazione la complessa realtà dell'evento clinico e i vari contesti in cui esso si realizza, dall'altro sottovalutare l'esperienza della malattia e l'impatto che essa produce nella realtà esistenziale dell'individuo e nelle sue capacità decisionali. Relativamente al primo aspetto, va sottolineato come il modello dell'autonomia possa non trovare applicazione in alcuni contesti di terapia: possono infatti verificarsi particolari situazioni cliniche nelle quali, per prevenire un grave danno o addirittura per proteggere la vita di pazienti senili, depressi, confusi o incapaci di esprimere giudizi autonomi, potrebbero essere richiesti atti di paternalismo. Lo stesso può avvenire anche in casi di emergenza, come quelli che quotidianamente si verificano all'interno dei Pronto Soccorso, dove, a causa della necessità di un immediato intervento, l'autonomia del paziente potrebbe non trovare piena attuazione. Infine

il contesto clinico può mutare di giorno in giorno, di ora in ora, anche nello stesso paziente, e con esso può cambiare anche la giustificazione morale di qualsiasi atto di paternalismo<sup>130</sup>,

rendendo così impensabile e irrealizzabile l'assunzione del principio di autonomia quale principio cardine della pratica e dell'etica medica.

Come poc'anzi menzionato, il paradigma autonomista non presta sufficiente attenzione all'impatto della malattia sulla capacità di autonomia del paziente: l'autodeterminazione

---

<sup>128</sup> Cfr. par. 5.4.3 del quinto capitolo di questo elaborato.

<sup>129</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., p. 51.

<sup>130</sup> *Ivi*, p. 55.

può essere infatti limitata in diversi gradi non solo dal contesto clinico, ma anche dalle conseguenze che la patologia e l'infermità hanno sul soggetto che le sperimenta. Di conseguenza, meritano particolare attenzione tutte quelle limitazioni che sorgono dall'«impatto socio-psicologico della malattia sulla situazione personale e morale del paziente»<sup>131</sup>, limitazioni queste che possono risultare di ostacolo alle sue scelte autonome.

Dinnanzi a questi molteplici limiti che sorgono nel momento in cui l'autonomia diventi il principio assoluto nel prendere decisioni mediche, Pellegrino e Thomasma non possono condividere il modello libertario. Questi studiosi ritengono tuttavia che l'autodeterminazione del malato non possa essere completamente trascurata: essa infatti, se presa adeguatamente in considerazione, costituisce un indispensabile aspetto che deve essere rispettato e promosso al fine di agire per il bene del paziente.

Concludendo l'analisi dei due importanti paradigmi morali presenti nel campo dell'etica medica, possiamo affermare che sia il paternalismo sia il modello dell'autonomia presentino delle carenze, soprattutto per quanto riguarda la dimensione contestuale ed esistenziale. Tali paradigmi assolutizzano inoltre un determinato principio etico, cioè rispettivamente la beneficenza interpretata in chiave paternalistica e l'autonomia, offrendo inevitabilmente una lettura distorta degli stessi principi. Le due proposte teoriche, ippocratico-paternalistica e libertario-autonomistica, sembrano infatti così diverse tra loro da dover costringere a una rigida alternativa nel momento in cui si cerchi un'adeguata giustificazione a un atto terapeutico: l'azione sanitaria è giustificata o sulla base del bene del paziente inteso in termini biomedici o sul rispetto dei valori del malato e della sua autonomia decisionale. Così facendo, i principi di beneficenza e di autonomia risultano in completa opposizione e non possono che dar origine a conflitti tra gli stessi.

Dinnanzi a questi risultati, quale modello di decisioni mediche e di etica clinica potrà annullare i limiti caratterizzanti le due proposte morali poc'anzi analizzate, evitando inoltre questo *aut-aut* tra il principio di beneficenza e quello di autonomia?

---

<sup>131</sup> *Ivi*, p. 58.

#### 4.7 Una possibile fondazione dei principi per la risoluzione del conflitto

Pellegrino e Thomasma, tentando di evitare estremismi unilaterali, si mettono alla ricerca di una “terza via” dell’etica medica, argomentando così a favore di una nozione di beneficenza che da un lato eviti il paternalismo, dall’altro promuova e rispetti l’autodeterminazione del malato. Il modello proposto da questi studiosi si propone infatti di includere l’autonomia, senza tuttavia rinunciare a orientare l’azione terapeutica verso il bene del paziente. La beneficenza, sostengono gli autori, qualora venga restituita al suo significato originario, potrà essere considerata il fondamento dell’etica medica, capace di unire l’attenzione per il migliore interesse dei pazienti con quella rivolta all’autonomia di questi ultimi.

Affinché la medicina possa conseguire il suo scopo terapeutico, è necessario che si giunga a una risoluzione di quel conflitto che molto spesso sorge fra la promozione del bene del paziente e il rispetto dell’autodeterminazione del malato: quindi, per poter ottenere un’autentica guarigione, per Pellegrino e Thomasma il medico dovrà

divenire al tempo stesso un moderato fautore sia dell’autonomia che del benessere<sup>132</sup>.

Rimandando al capitolo successivo l’analisi delle caratteristiche più importanti del modello della *beneficence-in-trust*, mi preme qui precisare che cosa intendano Pellegrino e Thomasma con il termine “beneficenza”, visto che quest’ultimo, agli occhi degli autori, non allude a un concetto semplice ed univoco. Esistono infatti tre livelli di *beneficence*, ognuno dei quali determina nei confronti dei pazienti diversi obblighi morali e persino differenti gradi di altruismo<sup>133</sup>.

Il livello minimo è costituito dalla “non maleficenza”: in questo caso la beneficenza, corrispondendo al dovere di non arrecare danno, si esprime passivamente. L’adempimento di tale dovere, che, come si ricorderà, compare costantemente nella lunga storia dell’etica medica ed è spesso espresso nella formula del *primum non nocere*, costituisce l’aspettativa minima di ogni società civile verso l’operato del medici<sup>134</sup>.

Il livello successivo di *beneficence* consiste nel prevenire il male altrui, cercando così di rimuovere o limitare ciò che può nuocere. Come osservano Pellegrino e Thomasma,

---

<sup>132</sup> *Ivi*, p. 91.

<sup>133</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Conflict Between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution*, in «Contemporary Health Law & Policy», 3 (1987), pp. 39-41.

<sup>134</sup> Così facendo, Pellegrino e Thomasma si pongono sulla scia di Frankena, discostandosi da quella linea di pensiero che tende invece a separare il principio di beneficenza da quello di non maleficenza.

a questo punto ci spostiamo da una non maleficenza passiva a un intervento più attivo a favore degli altri<sup>135</sup>

e persino a questo livello possono iniziare a configurarsi possibili atti di paternalismo. Con un ampio sguardo, non limitato quindi all'ambito medico, Pellegrino e Thomasma portano l'esempio di alcune misure che la società mette in atto per il rispetto delle leggi sull'uso dei caschi da parte dei motociclisti o sull'utilizzo delle cinture di sicurezza per coloro che si mettono alla guida di un'auto.

La professione medica, tuttavia, non può, a parere degli studiosi, fermarsi a questi due livelli di *beneficence*: il particolare rapporto interpersonale che si instaura tra medico e paziente e la singolare esperienza della malattia vissuta da quest'ultimo impongono un grado di beneficenza che deve andare al di là della passiva non maleficenza e della rimozione dell'eventuale danno. Quindi, pur non potendo giustamente esser intesa in termini eroici o sacrificali, in ambito clinico la beneficenza

dovrebbe includere un certo livello di annullamento dell'interesse personale del medico a favore degli interessi del paziente<sup>136</sup>.

Agire per il bene del malato, scopo morale intrinseco alla medicina, richiede quindi un forte impegno da parte del medico, sacrificando spesso comodità, autorità e prestigio personali: egli infatti, se vorrà essere un moderato fautore sia dell'autonomia sia del bene del paziente, non potrà limitarsi a salvaguardare il proprio punto di vista professionale. Se così fosse, si tornerebbe alla prospettiva limitata del paternalismo, dove il bene del paziente coincideva con il bene inteso in termini biomedici e determinato quindi esclusivamente dalla figura del medico. Quest'ultimo invece, in base al modello della *beneficence-in-trust*, dovrà considerare, oltre ai valori derivanti dal proprio punto di vista professionale, anche quelli del paziente e, affinché si verifichi ciò, sarà necessario che l'interazione clinica diventi un vero e proprio rapporto di impegno interpersonale e di alleanza fiduciaria.

Il modello proposto da Pellegrino e Thomasma non considera quindi la promozione del bene del paziente e il rispetto dell'autonomia di quest'ultimo come due finalità della pratica medica del tutto opposte tra loro, tali per cui il perseguimento dell'una esclude automaticamente il raggiungimento della seconda. La netta contrapposizione di queste

---

<sup>135</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, p. 73. Mi discosto dalla traduzione del termine inglese “*non-maleficence*” con il neologismo “non maleficità” per i motivi già evidenziati nel primo capitolo.

<sup>136</sup> *Ivi*, p. 76.

finalità diventa reale nel momento in cui si adotti nell'esercizio della pratica medica il concetto di beneficenza offerto dal paternalismo o la nozione di autonomia promossa dal paradigma autonomista. Nel primo caso infatti, poiché il bene del paziente coincide con il suo migliore interesse inteso in termini biomedici e viene pertanto determinato esclusivamente dalla figura del medico, la nozione di beneficenza non può che porsi in conflitto con il principio del rispetto delle scelte autonome del malato. Nel secondo caso, invece, la nozione di autonomia proposta dal paradigma autonomista risulta così assolutizzata da escludere la promozione del bene ottenibile mediante gli interventi terapeutici e la competenza medica in senso tecnico.

A parere di Pellegrino e Thomasma, la contrapposizione tra i principi di beneficenza e di autonomia non si verifica invece nel modello da essi offerto: la promozione del bene del paziente, individuato mediante un approccio fenomenologico all'interazione clinica come il fine interno alla medicina, prevede già al suo interno il rispetto dell'autodeterminazione del malato. Nella prospettiva di questi studiosi non si verificano quindi situazioni di conflitto tra la loro riformulazione del principio di beneficenza e quello di autonomia. Il conflitto è semmai, come si affermava poc'anzi, tra i concetti di *beneficence* e *autonomy* così come vengono presentati dal paternalismo e dal paradigma autonomista<sup>137</sup>.

---

<sup>137</sup> Uno degli autori che critica questa risoluzione del conflitto fra i principi di beneficenza e di autonomia è Tom Beauchamp, il cui approccio principlista è già stato oggetto di analisi in questo capitolo (cfr. par. 4.2). A suo avviso, il modello proposto da Pellegrino e Thomasma parte da un'errata lettura, peraltro comune, del paradigma autonomista, in base alla quale quest'ultimo riconoscerebbe anche al malato con ridotta capacità decisionale il diritto di esprimere le proprie preferenze e di vederle rispettate e concretizzate da parte del medico. Inoltre, per Beauchamp il modello della *beneficence-in-trust* non solo si maschera come un approccio di stampo paternalistico, ma sostiene erroneamente che non sussistano situazioni conflittuali tra i concetti di beneficenza e di autonomia. Infine, a parere di Beauchamp, sfortunatamente non esiste né potrà mai esistere una proposta teorica basata sul principio di beneficenza che possa mediare al conflitto tra i due suddetti principi perché, come già emerso dall'analisi dell'approccio principlista, nessun principio (compreso quello di beneficenza quindi) può sempre prevalere a priori sugli altri. Cfr. T.L. Beauchamp, *The Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics*, in «Contemporary Health Law & Policy», 6 (1990), pp. 145-155. In realtà, il principio di beneficenza riformulato da Pellegrino e Thomasma si differenzia molto da quello proposto nell'approccio principlista, soprattutto per quanto concerne il suo fondamento. Esso non trova infatti la sua giustificazione e la propria ragion d'essere in qualche teoria etica di riferimento, ma nel *telos* che caratterizza la pratica medica ed è per di più messo in luce a partire da un'analisi fenomenologica dell'interazione clinica (cfr. par. 5.3 del quinto capitolo di questo elaborato). Sulla scorta di quanto sinora emerso, tengo a precisare come il modello della *beneficence-in-trust* non possa essere ritenuto un approccio di stampo paternalistico: esso infatti riconosce i limiti del paternalismo, soprattutto la scorretta identificazione del bene del paziente con il bene in senso biomedico e il mancato rispetto verso l'autodeterminazione del paziente, e, non condividendo questi aspetti, si distanzia da tale paradigma. Ciononostante, va ricordato come Pellegrino e Thomasma considerino ogni interazione clinica come una relazione interpersonale nella quale i soggetti in essa coinvolti sono degli agenti morali che tendono verso

Come vedremo nelle paragrafo successivo, per Pellegrino e Thomasma si può continuare a parlare di principi, siano essi di autonomia, non-maleficenza e giustizia, sulla scorta tuttavia di un ripensamento del principio di beneficenza e della riscoperta del suo profondo significato. Solamente in questo modo i principi non costituiranno più, come sostenevano Clouser e Gert, delle mere liste di considerazioni o delle pure etichette, ma ritroveranno nel principio di beneficenza il loro necessario collegamento e giustificazione.

#### *4.8 Verso una riformulazione del principio di beneficenza*

In un saggio dal significativo titolo *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship. The Need for a Better Linkage*, Edmund Pellegrino riconosce il notevole influsso esercitato dal paradigma principialista, sottolineando come il rispetto per l'autonomia, la non maleficenza, la beneficenza e la giustizia costituiscano un'importante tetrade di riferimento per la risoluzione dei conflitti morali in ambito biomedico così come per la delineazione della corretta condotta di coloro che prendono parte all'interazione clinica<sup>138</sup>. Egli condivide tuttavia le critiche (precedentemente prese in esame<sup>139</sup>) rivolte a questo tipo di approccio e individua così cinque alternative:

- 1- abbandonare il paradigma dei principi a favore di un'altra teoria morale;
- 2- mantenere la tetrade di principi, implementandola con ulteriori teorie etiche;
- 3- dare una stabile fondazione agli stessi principi attraverso un'analisi dell'interazione clinica;
- 4- combinare le alternative 2 e 3;
- 5- mantenere inalterato l'approccio ai principi<sup>140</sup>.

Pellegrino ritiene inadeguata la prima opzione perché abbandonare l'approccio

---

un fine comune, ovvero la promozione del bene del malato. Come già anticipato, il bene del paziente non costituisce un concetto unitario e univoco, ma comprende al suo interno anche il bene biomedico ottenibile mediante gli interventi terapeutici e la competenza medica in senso tecnico. Di conseguenza, anche il medico è chiamato a intervenire attivamente nella determinazione del bene del malato, pur nella consapevolezza che il bene raggiungibile mediante le sue abilità e competenze tecniche non esaurisce la complessa nozione di bene del paziente.

<sup>138</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship. The Need for a Better Linkage*, in H.T. Engelhardt Jr., F. Jotterand (ed by), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 2008, pp. 187-203.

<sup>139</sup> Cfr. par. 4.3 del quarto capitolo di questo elaborato.

<sup>140</sup> Cfr. Pellegrino, *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship. The Need for a Better Linkage*, p. 198.

principialista significa rinunciare all'importante tetrade di principi sopraccennata. A sua volta, impiegare questo approccio senza apportargli delle modifiche significa, per lo studioso, non riconoscerne i limiti o evitare di farvi fronte. Pellegrino sceglie quindi la quarta alternativa, che prevede il mantenimento dei quattro principi dell'etica biomedica, ricercando tuttavia un migliore collegamento (*better linkage*) tra di essi. L'autore si prefigge così due obiettivi: da un lato integrare il paradigma principialista con altre prospettive etiche, dall'altro ricercare un'ulteriore fondazione di esso attraverso un approccio fenomenologico al rapporto medico-paziente. A parere di Pellegrino, i principi necessitano di essere ridefiniti e fondati nell'interazione clinica e questo può avvenire attraverso due modalità: *esternamente*, ossia applicando all'interazione clinica stessa un sistema etico o filosofico già esistente, o *fenomenologicamente*, cioè operando una riflessione critica sul rapporto medico-paziente che non presupponga alcuna particolare tradizione filosofica<sup>141</sup>. Mentre la prima modalità è quella a cui fa ricorso l'approccio principialista di Beauchamp e Childress in quanto i principi da essi presentati vengono concepiti consequenzialisticamente e deontologicamente (come si ricorderà, gli autori fanno esplicito riferimento alle teorie morali del pluralismo normativo e dell'utilitarismo della regola), la seconda intende indagare l'interazione clinica, derivando da quest'ultima ciò che è eticamente rilevante. La modalità intrapresa da Pellegrino consiste quindi in un approccio teleologico, ma non in senso consequenzialistico, bensì classico, ossia in un procedimento di riflessione critico-filosofica che ricerca i fini della pratica medica a partire da un'analisi del rapporto medico-paziente<sup>142</sup>. La giustizia e la bontà delle decisioni e delle azioni degli agenti morali coinvolti nell'interazione clinica verranno poi valutate a seconda del loro grado di approssimazione a questi fini.

Pellegrino decide quindi di analizzare la pratica medica mediante un approccio filosofico di matrice fenomenologica e, a suo avviso, il rapporto medicina-filosofia che ne deriva può risultare proficuo ad entrambi gli ambiti disciplinari. La medicina potrà infatti comprendere maggiormente il suo *status* ontologico ed epistemologico, indagando più in profondità la sua natura e i fini che la caratterizzano, e la filosofia

---

<sup>141</sup> Cfr. *ivi*, p. 200.

<sup>142</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Goals and Ends of Medicine: How Are They to Be Defined?*, in D. Callahan – M.J. Hanson, *The Goals of Medicine, the Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1999, pp. 55-68.

riuscirà a trarre importanti spunti di riflessione relativamente all'uomo, alla sua costitutiva finitezza e alle inevitabili esperienze di vulnerabilità e dipendenza legate ai vissuti di malattia.

## CAPITOLO 5

### Il modello normativo della *beneficence-in-trust*

#### 5.1 La necessità di una filosofia della medicina

Medicina e filosofia: è possibile un dialogo tra le due? E se sì, in quale modo si può instaurare un rapporto tra questi due ambiti disciplinari che risultano già ad un primo sguardo così diversi tra loro? Ma soprattutto a che pro? Intraprendere questa impresa può arrecare un qualche vantaggio alla filosofia o alla medicina o, nella migliore delle ipotesi, ad entrambe?

Interrogarsi relativamente al rapporto tra medicina e filosofia significa innanzitutto disporsi alla ricerca di un possibile ambito disciplinare al cui interno possa avvenire un positivo e costruttivo dialogo tra di esse. Questa ricerca risulta sicuramente più proficua se trae spunto dal pensiero di celebri studiosi provenienti proprio da quei due ambiti disciplinari: mi riferisco ad Edmund Pellegrino e David Thomasma, presentati da Sandro Spinsanti rispettivamente come «un medico interessato alla filosofia e un filosofo interessato alla medicina»<sup>1</sup>. In più occasioni, instaurando un vantaggioso rapporto collaborativo, Pellegrino e Thomasma hanno sottolineato la possibilità e l'importanza di un dialogo tra medicina e filosofia, affermando l'esistenza di uno specifico ambito disciplinare, definito *filosofia della medicina*, all'interno del quale può realmente aver luogo un costruttivo confronto tra le due.

Inoltre, già nelle prime pagine della prefazione al testo del 1981 dal titolo *A Philosophical Basis of Medical Practice* redatto da entrambi gli studiosi, si insiste non solo sull'esistenza, ma addirittura sulla necessità di una filosofia della medicina: comprendere l'essenziale natura della pratica medica e individuare ciò che la distingue dalle altre attività umane richiedono per Pellegrino e Thomasma una riflessione critica da parte della filosofia, analisi questa resasi oramai necessaria visti i sostanziali cambiamenti della medicina contemporanea e dell'etica medica in generale<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, trad. it. cit., p. 11.

<sup>2</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York 1981, p. VIII.

A loro parere, l'intersezione tra medicina e filosofia, da sempre presente nella storia della civiltà umana<sup>3</sup>, si trova agli inizi degli anni Ottanta del secolo scorso in uno stato così problematico, al punto da definirla una delle più significative sfide a cui debba far fronte la nostra cultura<sup>4</sup>. Pellegrino e Thomasma trovano le ragioni di tale problematicità nei profondi mutamenti dell'etica medica che sono già stati presi in esame nel terzo capitolo del presente lavoro. Come si ricorderà, tali mutamenti hanno non solo trasformato una tradizione rimasta generalmente invariata per 2500 anni, ma hanno anche contribuito allo sviluppo della nascente bioetica e alla scelta da parte di quest'ultima di un determinato paradigma di ricerca quale l'approccio basato sui principi<sup>5</sup>.

Rilevare la necessità di una costruttiva convergenza tra filosofia e medicina non può sicuramente considerarsi una condizione sufficiente (anche se comunque necessaria) per assumere una posizione che sostenga non già l'esistenza, ma anche solo la possibilità di un legittimo e giustificabile campo di ricerca che possa essere definito "filosofia della medicina". Pienamente consapevoli di questo, Pellegrino e Thomasma si interrogano quindi sulla reale possibilità di porre un tale ambito disciplinare, chiedendosi poi se il metodo di ricerca da essi proposto costituisca l'unico modello filosofico che possa essere sviluppato nei confronti della medicina.

Relativamente alla natura e all'esistenza di una filosofia della medicina sono state sviluppate tre posizioni: il *punto di vista negativo* (*the negative view*) sostenuto da A. Caplan, la *prospettiva estesa* (*the broad field*) avanzata in particolar modo da H.T.

---

<sup>3</sup> Filosofia e medicina sono sempre stati due ambiti disciplinari strettamente connessi tra loro. Nell'antichità era addirittura difficile separare queste due discipline, basti pensare alla scuola ionica (VII-VI sec. a. C.), nella quale il sapere medico era incluso nella filosofia della natura. La connessione tra pensiero filosofico e pensiero medico è inoltre testimoniata da illustri filosofi e medici del passato quali Ippocrate, Platone, Aristotele e Galeno. L'intreccio fra i due ambiti disciplinari, rimasto per lo più invariato nel corso del Medioevo, inizia ad allentarsi nel XVII secolo. Proprio in quel periodo infatti si sviluppa il metodo sperimentale, che consente alla medicina di separarsi gradualmente dalle diverse concezioni filosofiche. Il distacco diventa poi completo nell'Ottocento col trionfo della medicina sperimentale (basti pensare alla fondazione epistemologica della stessa medicina operata dal fisiologo francese Claude Bernard): l'accento è ora posto sull'identificazione e sulla spiegazione delle cause prossime dei fenomeni morbosi mediante leggi naturali. Il legame tra filosofia e medicina si instaura nuovamente nel Novecento soprattutto grazie alla riflessione fenomenologica e all'esistenzialismo, correnti filosofiche queste che mettono a fuoco la centralità della dimensione corporea e delle sue strette interrelazioni con la realtà psichica dell'uomo. Sul legame tra filosofia e medicina e sugli autori che nel corso dei secoli hanno testimoniato o trattato tale intreccio, cfr. G. Federspil, P. Giaretta, C. Rugarli, C. Scandellari, P. Serra, *Filosofia della medicina*, a cura di G. Federspil, P. Giaretta, S. Moriggi, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

<sup>4</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 10.

<sup>5</sup> Cfr. par. 3.10 del terzo capitolo di questo elaborato.

Engelhardt ed E. Erde e infine il *punto di vista più specifico (the narrower view)* affermato da Pellegrino e Thomasma, che ha condotto a una definizione più mirata di quel determinato campo di ricerca da loro definito “filosofia della medicina”<sup>6</sup>. Per Pellegrino queste tre posizioni meritano la qualifica di riflessioni filosofiche riguardanti il contenuto della medicina, ma non tutte si caratterizzano propriamente come filosofia della medicina<sup>7</sup>.

La posizione di Caplan è definibile come il “punto di vista negativo” poiché egli ritiene che al momento non esista un giustificato campo di indagine legittimamente identificabile come “*philosophy of medicine*” e questo perché non è possibile giungere a un accordo relativamente alla definizione di tale ambito<sup>8</sup>. Ciononostante, Caplan tenta di designare la filosofia della medicina come

lo studio delle dimensioni epistemologiche, metafisiche e metodologiche della medicina<sup>9</sup>,

evidenziando come, qualora quest’ambito di ricerca esistesse davvero e dirigesse tutto il proprio impegno verso questo genere di studi, esso tratterebbe comunque alcune delle questioni di cui si occupa la filosofia della scienza, risultando così una sua sub-disciplina, non quindi un campo di indagine a sé stante.

Engelhardt ed Erde invece, pur proponendo definizioni sulla filosofia della medicina simili a quella di Caplan, non affermano semplicemente l’esistenza di quest’ambito di ricerca, ma sottolineano anche come vi sia un’enorme quantità di testi contenenti riflessioni filosofiche sulla scienza medica<sup>10</sup>; tuttavia, come evidenzia lo stesso Pellegrino, «essi hanno lanciato la loro rete troppo al largo», indebolendo così la specificità della filosofia della medicina e rendendo di conseguenza «fragile l’identificazione di un determinato quadro di problemi»<sup>11</sup>. Confermando perciò i sospetti di Caplan, gli autori inseriti da Pellegrino in questa “prospettiva estesa” rischiano di includere nell’ambito di ricerca della filosofia della medicina questioni già

---

<sup>6</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, R.J. Bulger, J.P. McGovern (ed. by), *Physician and Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine: Essays by Dr. Edmund Pellegrino*, Carden Jennings Publishing, Charlottesville 2001, pp. 5-7.

<sup>7</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, in G. Russo (a cura di), *Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri*, Elle Di Ci, Torino 1997, p. 42.

<sup>8</sup> Cfr. A. Caplan, *Does the Philosophy of Medicine Exist?*, in «Theoretical Medicine», 13 (1992), n. 1, pp. 67-77.

<sup>9</sup> *Ivi*, p. 69, trad. mia.

<sup>10</sup> Cfr. H.T. Engelhardt, Jr - E. Erde, *Philosophy of Medicine*, in P.T. Durbin (ed. by), *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, Free Press, New York 1984, pp. 364-461.

<sup>11</sup> Pellegrino, *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, cit., p. 44.

affrontate dalla filosofia della scienza o della biologia, impedendo ancora una volta la specificazione della *philosophy of medicine*.

Il fatto che manchi ancora una definizione specifica di quest'ambito di ricerca è confermato anche dall'assenza nel *The Cambridge Dictionary of Philosophy*<sup>12</sup> di una qualche voce sotto l'espressione "*philosophy of medicine*", nonostante, come sottolinea Pellegrino, siano invece presenti «le filosofie di molte discipline diverse dalla medicina»<sup>13</sup> e in ognuna di queste voci vengano specificati i concetti, le teorie e le metodologie sviluppatesi in tali settori di ricerca. E' proprio di fronte a questa interessante, ma anche imbarazzante, mancanza di specificità per la filosofia della medicina che Pellegrino e Thomasma sentono il bisogno di tornare ad interrogarsi su quale preciso impegno debba assumere la filosofia nei confronti della pratica medica, mettendo in luce i vantaggi che possono derivare dall'intersezione di questi due ambiti disciplinari.

### 5.2 Filosofia-medicina: quale modello filosofico?

Esistono tre diversi modelli che possono guidare la ricerca filosofica sulla medicina: filosofia e medicina (*philosophy and medicine*), filosofia nella medicina (*philosophy in medicine*) e filosofia della medicina (*philosophy of medicine*). In base al primo modello, la filosofia e la medicina conservano ciascuna la propria identità: nonostante si verifichi un dialogo tra le due, in cui l'una attinge alle fonti e agli strumenti di ricerca impiegati dall'altra, esse permangono due distinti ambiti disciplinari. La *philosophy and medicine* dà luogo a un confronto tra medicina e filosofia sui concetti impiegati dalla prima (quali ad esempio salute, malattia, nascita, morte) e sulle varie modalità per definirli. Tuttavia, a parere di Pellegrino, la riflessione filosofica concernente la pratica medica così concepita risulta un'analisi riduttiva della stessa medicina poiché non si verifica all'interno di un preciso ambito disciplinare. Tale analisi avviene infatti attraverso il confronto tra medicina e filosofia, ma non vengono specificate le metodologie che quest'ultima dovrebbe impiegare per riflettere sulla scienza e sulla pratica medica.

Un passo ulteriore in questa direzione sembra invece essere compiuto dalla "filosofia nella medicina" poiché essa riguarda

---

<sup>12</sup> R. Audi (ed. by), *The Cambridge Dictionary of Philosophy*, Cambridge University Press, Boston 1995.

<sup>13</sup> Pellegrino, *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, cit., p. 45.

l'applicazione degli strumenti tradizionali della filosofia – riflessione critica, ragionamento dialettico, scoperta di valori e fini o interrogazione su questioni di primo ordine – a qualche problema definito medicalmente<sup>14</sup>.

Questa riflessione filosofica applica metodologie di ricerca utilizzate in specifici ambiti della filosofia (come ad esempio nella logica, nella metafisica, nell'etica e nell'estetica) ai contenuti della medicina e, per Pellegrino, tutto ciò viene sostanzialmente ad identificarsi con quell'area disciplinare che Engelhardt ed Erde definiscono “*philosophy of medicine*”<sup>15</sup>. Come esempio di questo modello filosofico Pellegrino cita la collaborazione tra Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen e Raben Rosenberg (rispettivamente un medico, un filosofo e uno psichiatra), i quali nella loro opera dal titolo *Filosofia della medicina* mostrano come gli strumenti concettuali desunti da certe tradizioni filosofiche, quali empirismo, razionalismo, realismo, ermeneutica ed esistenzialismo, permettano di ottenere degli utili approcci interpretativi ai fenomeni della medicina<sup>16</sup>.

Per Pellegrino, la “filosofia *nella* medicina” risulta feconda sia per la medicina sia per la filosofia: mentre la prima potrà aprire il proprio contenuto a modalità non precedentemente presenti nel proprio linguaggio e metodo, la seconda potrà scoprire nuove tematiche di interesse intrinseco alla stessa riflessione filosofica<sup>17</sup>. Nonostante la *philosophy in medicine* porti degli arricchimenti sia alla filosofia sia alla medicina, essa non riesce però a delinearci come un campo d'indagine specifico poiché abbraccia ogni possibile intersezione tra i due ambiti.

Di conseguenza, la forma più feconda di interazione risulta per Pellegrino la *philosophy of medicine*: quest'area di indagine si svilupperebbe nel momento in cui la filosofia si dirige verso il profondo significato della medicina come pratica clinica, esaminando i fondamenti concettuali, le ideologie, l'*ethos* e le basi filosofiche dell'etica

---

<sup>14</sup> Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 29, trad. mia.

<sup>15</sup> Cfr. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, cit., p. 10.

<sup>16</sup> H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, trad. it. di A. Parodi, Cortina, Milano 1995. Poiché, a detta degli autori, la medicina clinica contemporanea sta attraversando un periodo di “instabilità paradigmatica” (cfr. *ivi*, p. 18), cioè un momento nel quale i medici devono riconsiderare la loro azione, i propri ruoli e responsabilità nei confronti sia dei pazienti sia della società, allora l'attenzione deve tornare ai fondamenti filosofici del pensiero medico. Di conseguenza, Wulff, Pedersen e Rosenberg ritengono che «lo studio delle questioni filosofiche possa dare una mano sia a chi fa scienza sia a chi lavora in clinica per la soluzione dei problemi della sanità nella società contemporanea» (*ivi*, pp. 23-24).

<sup>17</sup> Cfr. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, cit., p. 10.

medica<sup>18</sup>. Tale ambito disciplinare riflette quindi sistematicamente

sulla pratica medica, sulla sua legittimazione, sulle concezioni antropologiche e sociali che la sostengono<sup>19</sup>.

Gli obiettivi principali della *philosophy of medicine* consistono nel comprendere cosa sia (*be*) e come dovrebbe essere (*ought to be*) la medicina e nell'individuare cosa la distingue da tutte le altre discipline.

Per fare questo la filosofia della medicina non può rimanere limitata al contenuto e al metodo specifici della disciplina verso la quale sta orientando la propria attenzione: come avviene per la filosofia della storia, del diritto, dell'arte, ecc., così anche la riflessione critica sulla pratica medica, se vorrà veramente avviarsi verso una comprensione profonda di essa, dovrà andare

al di là e al di sopra di ciò che viene compreso nello studio proprio della disciplina<sup>20</sup>.

La riflessione filosofica concernente la medicina rileverà quindi come quest'ultima si impegni nella comprensione delle realtà e dei meccanismi che regolano il corpo umano e che producono le sue eventuali disfunzioni. Tuttavia, la filosofia della medicina non potrà limitarsi a tali osservazioni, ma dovrà indagare la pratica medica più in profondità al fine di individuare il *telos* della medicina e quelle caratteristiche peculiari che la distinguono da tutte le altre attività umane. Per Pellegrino, tali obiettivi possono essere raggiunti qualora si volga lo sguardo all'interazione clinica, ossia a quel particolare rapporto interpersonale che si istituisce ogni qual volta un soggetto percepisce un significativo mutamento nel normale svolgimento delle funzioni del proprio corpo e si rivolge a una figura professionale competente affinché vi faccia fronte.

Rimandando alle pagine seguenti i motivi di questa scelta e l'approccio fenomenologico impiegato per avvicinarsi alla pratica medica<sup>21</sup>, ci si potrebbe innanzitutto chiedere se l'enfasi sull'interazione clinica non rischi di trascurare altri aspetti fondamentali della pratica medica.

Kevin Wildes, pur condividendo con Pellegrino l'idea che esista un campo legittimo

---

<sup>18</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *Filosofia della medicina*, in G. Russo (a cura di), *Bioetica fondamentale e generale*, SEI, Torino 1995, p. 177.

<sup>19</sup> S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Franco Angeli, Milano 1995, p. 203.

<sup>20</sup> Pellegrino, *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, p. 55. Cfr. inoltre Id., *The Relationship of Theory and Praxis in the Philosophy and Ethics of Medicine*, in E. Sgreccia, V. Mele, G. Miranda (a cura di), *Le radici della bioetica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1998, pp. 343-351.

<sup>21</sup> Cfr. par. 5.3 di questo capitolo.

di riflessione denominato “filosofia della medicina”, sottolinea come un approccio particolarmente incentrato sul rapporto medico-paziente porti a trascurare il contesto sociale della medicina, tralasciando così, tra i vari aspetti, la natura collaborativa del lavoro di *equipe*, che oggi giorno caratterizza l’attività terapeutica, e le strutture sociali che costantemente sostengono la ricerca e all’interno delle quali si realizzano le medesime pratiche mediche<sup>22</sup>. A parere di Wildes, la filosofia della medicina non può né essere ridotta a filosofia della scienza (come invece ritiene Caplan), né limitare semplicisticamente la sua analisi alla relazione medico-paziente (come a suo parere sembrano fare Pellegrino e Thomasma), ma dovrà costituire un coerente campo d’indagine che prenda adeguatamente in considerazione il contesto sociale all’interno del quale opera la medicina<sup>23</sup>.

Rispondendo a questo tipo di critiche, Pellegrino ammette di aver posto molta enfasi nell’interazione clinica, rendendola così il fulcro della filosofia della medicina proposta assieme al collega Thomasma. Egli inoltre riconosce come evidente il fatto che la medicina sia praticata all’interno di un contesto sociale ed è pertanto consapevole che tale aspetto debba essere tenuto in debita considerazione qualora si intenda comprendere la complessa realtà della medicina contemporanea. Tuttavia, a parere di Pellegrino, sarebbe pericoloso considerare la costruzione sociale come il principale oggetto di indagine in vista della chiarificazione ontologica della medicina e della delineazione dei fini di quest’ultima<sup>24</sup>. Qualora infatti la costruzione sociale venisse considerata come l’unica modalità per conoscere la pratica medica, per Pellegrino la medicina verrebbe semplicemente definita in base a ciò che una particolare società vorrebbe che essa fosse, rendendo così sia la filosofia della medicina sia l’etica che ne deriva, interamente estrinseche ai fini della medicina in quanto medicina<sup>25</sup>.

La filosofia della medicina intende invece avvicinarsi alla pratica medica mediante un approccio, da Pellegrino definito fenomenologico, il cui obiettivo principale consiste nel ricercare ciò che rimane invariato all’interno di tale pratica nonostante i diversi

---

<sup>22</sup> Cfr. K. Wildes, *The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 11 (2001), n. 1, pp. 71-86.

<sup>23</sup> Cfr. *ivi*, p. 83.

<sup>24</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Philosophy of Medicine: Should It Be Teleologically or Socially Construed?*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 11 (2001), n. 2, p. 177. Il testo è stato ripubblicato nel 2008 all’interno di una raccolta di saggi di Pellegrino curata da H.T. Engelhardt, Jr. e F. Jotterand (*The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Notre Dame – Indiana 2008, pp. 49-61).

<sup>25</sup> Cfr. *ivi*, p. 178.

mutamenti che continuamente la caratterizzano e il pluralismo morale tipico della nostra società contemporanea. Solamente in questo modo è possibile, per Pellegrino, indagare la medicina più in profondità al fine di individuare il suo *telos*, le caratteristiche peculiari che la distinguono da tutte le altre scienze e attività umane, rilevando inoltre l'iniziativa etica che caratterizza la stessa pratica medica.

### 5.3 L'approccio fenomenologico

La riflessione filosofica suggerita da Pellegrino e concernente la pratica medica è strettamente collegata alle esperienze concrete che sono alla base di ogni evento clinico ed è guidata da un approccio definito dallo stesso autore *fenomenologico*. Utilizzando questo termine, Pellegrino intende evidenziare come la riflessione di carattere filosofico da egli proposta prenda avvio dall'esame delle realtà condivise da ciascun medico e da ogni paziente all'interno di un'interazione clinica, tentando così di rilevarne il significato e le strutture più profonde. Mediante l'espressione "approccio o prospettiva fenomenologica" (*phenomenological perspective*) Pellegrino non si riferisce quindi a una metodologia formale, bensì a un orientamento (*phenomenological orientation*) che si richiama principalmente a tre concetti chiave: *epoché*, mondo-della-vita (*Lebenswelt*) e intersoggettività (*inter-subjectivity*)<sup>26</sup>. Forti sono qui la ripresa dell'impostazione husserliana e l'eco della rifondazione della teoria psicologica e neurologica operata negli anni Sessanta del secolo scorso da Erwin Walter Straus e Maurice Alexander Natanson attraverso un approccio fenomenologico e una connessione tra filosofia e psichiatria<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Philosophy of Medicine and Medical Ethics: a Phenomenological Perspective*, in G. Khushf (ed. by), *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2004, pp. 183-202. In questo saggio Pellegrino specifica come, interpretando fenomenologicamente la pratica medica, intenda evitare la riduzione trascendentale husserliana così come la connotazione antropologica e ontologica che la caratterizza. Cfr. *ivi*, p. 190.

<sup>27</sup> Cfr. E.W. Straus – M.A. Natanson – E. Ey (ed. by), *Psychiatry and Philosophy*, Springer Verlag, New York 1969, in particolare pp. 1-110; E.W. Straus, *Phenomenological Psychology; Selected Papers*, Basic Books, New York 1966; Id., *Il vivente umano e la follia. Studio sui fondamenti della psichiatria* (1963), a cura e con introduzione di A. Gualandi, Quodlibet, Macerata 2010. In un articolo scritto in collaborazione con Stuart Spicker, Pellegrino definisce il neurologo e psichiatra tedesco Straus come uno dei principali pionieri per lo sviluppo della filosofia della medicina (cfr. E.D. Pellegrino, S.F. Spicker, "Back to the origins": Erwin Straus – Philosopher of Medicine, *Philosopher in Medicine*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 9 (1984), n. 1, pp. 3-5). Il tentativo intellettuale di Straus consiste infatti nell'esplorare quell'area disciplinare dove psichiatria, neurologia, filosofia e medicina si intersecano, nella consapevolezza che tale confronto risulta costruttivo ad ognuno di questi ambiti conoscitivi. Per Straus, mediante il metodo anti-riduzionista della fenomenologia e attraverso una conseguente messa in discussione dei presupposti ontologici e metafisici delle scienze naturali e umane, è possibile giungere a

Prima di evidenziare il percorso tracciato da Pellegrino in vista di una riflessione etico-filosofica della pratica medica, ritengo necessario soffermarmi sui tre concetti chiave poc'anzi menzionati, che costituiscono i precedenti teorici dell'approccio impiegato dall'autore.

Con il termine *epoché*, mutuato dallo scetticismo antico, s'intende la "sospensione dal giudizio", ossia quella "messa fra parentesi" del nostro atteggiamento naturale in base al quale crediamo nell'obiettività di ciò che sperimentiamo, dando così per assodate le conoscenze delle scienze empiriche, i nostri presupposti, rappresentazioni e sensazioni. Questa sospensione non si traduce in una negazione di questo mondo e di tutti gli oggetti della nostra esperienza o in una messa in dubbio della loro esistenza, come invece farebbe uno scettico. Si tratta piuttosto di mettere tra parentesi le nostre conoscenze così come le teorie già formulate al fine di indagare più in profondità la realtà che ci circonda e di coglierne i suoi tratti distintivi.

Il concetto di "mondo-della-vita" rimanda invece alla concretezza esistenziale non esaurientemente oggettivabile dal sapere scientifico: l'uomo vive infatti in una realtà ben più vasta rispetto a quella descrivibile dalle categorie delle scienze empiriche. Affermare l'impossibilità di rinchiudere l'insieme delle situazioni esistenziali della vita quotidiana nei sistemi delle scienze esatte non significa affatto sostenere che il mondo-della-vita non stia in relazione con il mondo scientifico-obiettivo. Quest'ultimo infatti si fonda sull'evidenza del mondo-della-vita<sup>28</sup>: l'uomo non è una realtà passiva tra oggetti

---

una descrizione preliminare del vivente umano e del suo rapporto comunicativo con l'ambiente. In questo modo, ogni essere vivente non è più concepito come coscienza solitaria, separata dal mondo che la circonda, poiché «l'«interiorità» non è altro che il prodotto di un processo di riflessione o ripiegamento della relazione comunicativa incarnata nelle diverse modalità sensoriali» (Straus, *Il vivente umano e la follia*, trad. it. cit., p. xi). Anche lo sguardo dell'uomo verso la comprensione della realtà esterna risulta offuscato da troppa concettualità linguistica e da pregiudizi teorici di matrice cartesiana: ritenere che i nostri sensi ci forniscano delle sensazioni a sé stanti, che l'intelletto poi sintetizza, ordina e unifica, impedisce di cogliere i contenuti sensoriali e le loro strutture di base. Da qui l'esigenza per Straus di un approccio diverso ai sensi e al sentire, definito dall'autore *esthesiologia*, che metta in evidenza «quelle strutture immediate e globali che appartengono in *prima persona* al sentire, rivendicando per quest'ultimo uno spazio autonomo, protetto dalla morsa teorica dell'intelletto e della ragione» (*ivi*, p. xiii). Da questo punto di vista, l'esperienza sensoriale appare così la fonte e il fondamento di ogni nostro contatto con la realtà e non va affatto dimenticato come tale esperienza si verifichi sempre per mezzo di un *corpo* vivente il quale, oltre che senziente, è anche sempre in movimento. Attraverso il sentire noi facciamo esperienza simultaneamente di noi stessi e di ciò che ci circonda; di conseguenza, la dicotomia coscienza e realtà esterna e la priorità assegnata da molti filosofi all'autocoscienza rispetto alla coscienza del mondo (se non addirittura garanzia dell'esistenza di quest'ultimo) appaiono dei non sensi.

<sup>28</sup> Scrive infatti Husserl (*La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (1959), trad. it. di E. Filippini, Il Saggiatore, Milano 1987, p. 159): «Per colui che è scientificamente attivo, e per la comunità scientifica di lavoro, il mondo-della-vita è già dato ed è insieme il terreno delle sue occupazioni, ma ciò che su di esso viene costruito è un che di nuovo e di diverso. Quando cessiamo di essere immersi

perché risulta anche protagonista delle proprie attività all'interno di un mondo verso cui egli si dirige in continuazione e nel quale si radica la totalità delle sue esperienze vissute (*Erlebnisse*).

La relazione uomo-mondo chiama poi inevitabilmente in causa il *problema dell'alterità*: l'altro ci appare sia come oggetto del mondo distinto da ogni altro in sé sia come soggetto che fa esperienza di questo stesso mondo all'interno del quale è inserito e che provvede a costruire<sup>29</sup>. La comprensione dell'altro risulta, come emergerà più chiaramente in seguito, indispensabile per conferire oggettività al mondo in cui abitiamo. Va innanzitutto evidenziato come il *corpo* sia ciò che ci consente di fare esperienza dell'alterità: esso è infatti quello che inizialmente percepiamo nel nostro porci in relazione con l'altro e, mediante un'analogia tra il proprio corpo e quello altrui e il rilevamento della somiglianza tra gli stessi, il mondo primordiale dell'io (*ego*) si innalza a un mondo inter-soggettivo, aprendosi così all'altro (*alter ego*). Tale analogia consente un trasferimento dal “qui” del proprio corpo al “là” di quello altrui, permettendo inoltre di cogliere quest'ultimo come un'unità psico-fisica (*Leib*) e non semplicemente come oggetto (*Körper*). Tuttavia, è a un livello successivo, cioè a quello che Husserl definisce “appresentazione”, che il corpo altrui non viene più considerato come un mero essere-presente di un oggetto naturale del mondo. Superando la pura e semplice presenza dell'altro, nel livello dell’“appresentazione” l'io, essendo co-presente all'altro, riesce a scorgere nel comportamento di quest'ultimo la coerenza e la concordanza tra l'elemento fisico e quello psichico. Ciononostante, anche nella co-presenza risulta assente la comprensione degli atti intenzionali della coscienza altrui; da qui la necessità di un livello successivo che permetta l'avvicinamento tra la prospettiva dell'*ego* e quella dell'*alter ego*. Tutto ciò è per Husserl reso possibile dall'*immaginazione*: immaginare la prospettiva altrui permette la modificazione della propria, fermo restando che, attraverso questo avvicinamento tra i due *ego*, l'esperienza

---

nel pensiero scientifico, ci rendiamo conto che noi scienziati siamo tuttavia uomini e, come tali, parti integranti del mondo-della-vita che è già sempre per noi, che ci è già sempre dato; così, con noi, l'intera scienza rientra nel mondo-della-vita, nel mondo-della-vita “meramente soggettivo-relativo”».

<sup>29</sup> All'interno dell'opera *Meditazioni Cartesiane e discorsi parigini* (1950, trad. it. di F. Costa, Bompiani, Milano 1960, p. 141), Husserl si esprime a riguardo con queste parole: «Per esempio io ho esperienza degli altri, come altri che sono, in molteplicità d'esperienze concordanti e variabili; e, da un canto, io ne ho esperienza come di oggetti mondani, ma non come mere cose naturali (...). Dall'altro lato io li esperisco come soggetti per questo mondo, che hanno di esso esperienza, di esso che è lo stesso mondo che io esperisco e che hanno esperienza di me pure, di me appunto in quanto esperisco il mondo e gli altri che vi stanno».

dell'altro ci dà comunque un io diverso dal proprio. E' grazie a tale diversità e all'esperienza dell'alterità vissuta mediante il riferimento al corpo che ogni oggetto percepito nel mondo assume il carattere dell'oggettività: la sfera dell'intersoggettività permette infatti di dare fondamento razionale a una realtà che, prima del movimento dell'io all'altro, rimaneva il mondo dell'*ego*<sup>30</sup>.

Ebbene, i concetti appena richiamati nelle loro linee generali di *epoché*, mondo-della-vita e intersoggettività vengono impiegati da Pellegrino in questo modo: applicando il primo di essi alla pratica medica, l'autore intende sospendere il giudizio, cioè mettere tra parentesi, senza tuttavia rifiutarli, ogni sistema filosofico, qualsiasi teoria di etica medica e le asserzioni da essi formulati per cogliere l'essenza o l'*eidós* della medicina *qua* medicina<sup>31</sup>. Solo in questo modo si può, a suo avviso, cogliere ciò che quest'ultima è ed individuare il suo *telos*: la pratica medica viene così indagata indipendentemente dai diversi mutamenti che la caratterizzano, dalla constatazione del pluralismo morale tipico della nostra società contemporanea e da ogni teoria di etica medica già formulata.

Per Pellegrino, ciò che rimarrà sempre presente nella medicina, nonostante le sue inevitabili e costanti trasformazioni, sono l'esperienza della malattia che ognuno di noi sperimenta nell'arco della propria vita e la risposta da parte del professionista alla domanda di aiuto formulata dal paziente. Malgrado i ruoli sociali dei medici e dei pazienti vengano diversamente definiti a seconda dei tempi e dei luoghi in cui si svolge l'evento clinico, non muta fundamentalmente la loro qualificazione: l'interazione clinica sarà sempre descrivibile, per Pellegrino, come un incontro tra una persona che è malata e cerca un aiuto valido e competente allo stato di bisogno in cui si trova e un'altra che professa di curare e di possedere quelle conoscenze e abilità per far fronte alla malattia. Chi si ammala necessita di essere curato e le persone che professano di curare sono chiamate a rispondere a questo bisogno. Ma in quale modo questi due soggetti entrano in relazione tra loro?

A parere di Pellegrino, l'esperienza della malattia produce innanzitutto una mancanza di ben-essere (*well-being*) e ha delle inevitabili ripercussioni sul mondo-della-vita così

---

<sup>30</sup> Si consideri questo passo husserliano (*ivi*, p. 157): «Questi altri per me, non restano separati l'uno dall'altro, ma costituiscono piuttosto (naturalmente nella sfera della mia proprietà) una comunità d'io che include anche me stesso che è comunità di io che stanno l'uno insieme all'altro e l'uno per l'altro, infine una comunità di monadi, la quale è fatta in modo da costituire (...) un unico ed uno stesso mondo».

<sup>31</sup> Cfr. Pellegrino, *Philosophy of Medicine and Medical Ethics: a Phenomenological Perspective*, cit., p. 187.

come sul nostro corpo (*lived body*)<sup>32</sup>. Il vissuto soggettivo della malattia (*illness*) non coincide affatto con le alterazioni fisiologiche provocate dall'evento patologico e solitamente spiegabili in termini di causa-effetto (*disease*). La malattia provoca infatti in colui che la sperimenta una carica di ansia e preoccupazione in quanto fa sorgere degli interrogativi che coinvolgono l'intero mondo-della-vita del soggetto in questione: egli si domanda ad esempio se tornerà ad essere la persona che era prima dell'insorgere dell'evento patologico o se quest'ultimo avrà delle ripercussioni sulla sua vita futura, e se recupererà l'indipendenza e quell'unità tra sé e il proprio corpo persa a causa della malattia<sup>33</sup>. Quest'ultima giunge quindi ad occupare il centro del mondo-della-vita del malato, obbligandolo ad esaminare i suoi progetti di vita e le proprie azioni: le scelte future così come le attività sinora praticate dal soggetto vengono infatti messe in discussione poiché la malattia ne interrompe il normale corso, ma soprattutto non dà

---

<sup>32</sup> Cfr. *ivi*, p. 193. Pellegrino e Thomasma osservano come la percezione della malattia, le diverse fasi per la formulazione del giudizio clinico e i fini della pratica medica dipendano dall'operare di quest'ultima "nel, con e attraverso il corpo umano" (*in, with and through the body*). Proprio per questo motivo essi operano, all'interno del testo *A Philosophical Basis of Medical Practice*, un'indagine relativa all'ontologia del corpo che giunge ad esaminare tre mondi dell'esperienza umana, definiti dagli stessi autori le "strutture della medicina" (*structures of medicine*). Si tratta del "*lived self*", del "*lived body*" e del "*living body*", che vengono trattati sotto le categorie di altrettanti regni di percezione, ossia rispettivamente "il mondo scientifico" (*the scientific realm*), "il mondo quotidiano" (*the everyday realm*) e "il regno della sopravvivenza" (*the survival realm*); cfr. *A Philosophical Basis of Medical Practice*, op. cit., p. 106. Il *lived self* si riferisce alle caratteristiche del sé che gli esseri umani creano e presentano al mondo come la loro personalità, andando così a costituire gli aspetti pubblici di una persona. Ogni essere umano è quindi capace di oggettivare se stesso in simboli, riuscendo a creare in tal modo un "documento" della propria esperienza al di fuori del proprio corpo. Riferito al paziente, il *lived self* è ciò che consente al malato di rendere manifesti i suoi disturbi fisici al medico, fornendogli anche dettagli sulla propria storia personale. Grazie a tale oggettivazione, il medico riesce a paragonare i sintomi e gli effetti della malattia sperimentati dal paziente con le classificazioni generali che egli già possiede. Il *lived body* si riferisce invece all'esperienza di essere un corpo, che non può essere oggettivata: ogni essere umano interagisce continuamente in un mondo costituito da oggetti fisici e da altre persone e l'oggettivazione di tutte queste possibili esperienze lascia sempre inevitabilmente un residuo di materiale non espresso (appunto non oggettivato). Questo significa che ogni persona non può essere considerata come una completa oggettivazione (*an object*), ma rivela la sua unicità ed irripetibilità come soggetto (*as subject*). Di conseguenza, l'impegno di cura verso un paziente non prevederà solo una spiegazione scientifica degli elementi clinici oggettivi determinati da una patologia, ma anche l'effetto reale di quest'ultima sull'intera persona malata. Infine, il *living body* si riferisce al "regno della sopravvivenza" e si manifesta costantemente nella lotta e nella difesa della propria esistenza in vista di fini specifici, quali la creazione e lo sviluppo della vita stessa. La medicina, lavorando *nel, con e attraverso il corpo*, non può tralasciare le tre dimensioni appena descritte: se da un lato il corpo di un paziente può essere inteso come un complesso di funzioni e meccanismi organici universali ed oggettivabili, dall'altro esso va sempre considerato nella sua individualità. Di conseguenza, l'inevitabile applicazione di conoscenze teoriche generali a un singolo corpo richiederà comunque una completa considerazione di quest'ultimo: il corpo, non potendo essere semplicemente identificato con un'unica specifica dimensione, dovrà essere considerato come la sintesi di *lived self, lived body e living body*.

<sup>33</sup> Rimando al par. 5.4.1 di questo capitolo l'analisi dettagliata dell'esperienza di malattia e degli effetti che essa produce in colui che la sperimenta.

garanzia di un ripristino dello stato esistenziale di benessere a essa precedente<sup>34</sup>.

Nel momento in cui la persona malata non riesca più con i propri mezzi conoscitivi a far fronte allo stato di malattia è obbligata a rivolgersi a una figura professionale competente e ad affidarsi al suo giudizio. Il malato diviene così paziente, ovvero sia un soggetto che porta su di sé un fardello (*burden*), una sofferenza (*suffering*). Questo significato del termine paziente è confermato anche dall'etimologia latina del verbo *patior* a cui la stessa nozione di paziente rimanda e che significa appunto soffrire, patire<sup>35</sup>. Pellegrino evidenzia poi come la libertà della persona divenuta paziente risulti ulteriormente compromessa poiché tale soggetto si rivolge a un professionista. Se infatti già prima di appellarsi a un medico il malato aveva sperimentato la propria dipendenza da altre persone (come ad esempio nel caso di una limitata capacità motoria), ora egli si ritrova a dipendere dalle conoscenze e competenze di uno specialista e dalla percezione che quest'ultimo ha dell'esperienza di malattia del soggetto che ha dinanzi.

Mondo del paziente (*patient's life-world*) e mondo del medico (*physician's life-world*) entrano così in contatto: il malato “invita” il professionista ad entrare nel suo mondo-della-vita affinché possa cogliere il vissuto di malattia e il medico, a sua volta, lo “accoglie” nel proprio mondo professionale caratterizzato dall'impegno assunto verso la cura e l'assistenza ai malati<sup>36</sup>. L'intersezione tra i due mondi dà avvio all'interazione

---

<sup>34</sup> Pellegrino è ovviamente consapevole che il carico di ansia e vulnerabilità vissuto dalla persona malata dipende non solo dal singolo soggetto e dalla sua reazione alla nuova situazione esistenziale, ma anche dalla gravità dell'evento patologico. Ciononostante, non si può negare come ogni avvertito squilibrio nel normale funzionamento del nostro organismo produca degli interrogativi relativamente alla possibilità di ripristinarlo e, qualora ciò non potesse avvenire, agli effetti che esso produce nella nostra vita presente e futura. L'esperienza della malattia viene per Pellegrino fortemente sottovalutata da quello che egli definisce “modello biomedico” (*biomedical model*), cioè da un approccio di ricerca riduttivo che descrive la medicina come biologia applicata, dedita alla prevenzione delle malattie, alla cura del corpo in senso fisico e al ripristino del suo normale funzionamento, il tutto alla luce dell'indagine e della spiegazione dei fenomeni in termini di causa-effetto. Un esempio di tale approccio si ritrova nell'impostazione teorica di Donald Seldin (*The Medical Model: Biomedical Science as the Basis for Medicine*, in *Scientia Pro Bono Humani Generis, Beyond Tomorrow: Trends and Prospects in Medical Science: a Seventy-fifth Anniversary Conference, March 8, 1976*, Rockefeller University Press, New York 1977, pp. 38-40), il quale sostiene che la medicina debba svolgere un più ristretto, seppur importante e vitale, ruolo nella prevenzione e nella cura delle malattie. L'autore esclude infatti dalla pratica medica l'analisi delle questioni sociali e degli elementi psicologici legati al vissuto di malattia, riducendo così la medicina stessa alla biologia, alla chimica e alla fisica. Sulle critiche rivolte da Pellegrino a questo approccio, cfr. Id., *The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine*, in E.E. Shelp (ed. by), *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1983, pp. 155-158; Id., *Medicine Today. Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians*, in Engelhardt - Jotterand (ed. by), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, op. cit., pp. 127-130.

<sup>35</sup> Pellegrino, *Philosophy of Medicine and Medical Ethics: a Phenomenological Perspective*, cit., p. 193.

<sup>36</sup> Cfr. *ivi*, pp. 194-195.

clinica, la quale chiama inevitabilmente in causa l'elemento dell'intersoggettività e il perseguimento di un *obiettivo comune* ai soggetti coinvolti in tale rapporto: quest'ultimo si instaura infatti al fine di ripristinare lo stato di benessere interrotto dall'evento patologico e, qualora ciò non fosse possibile, sollevare il paziente dalla sofferenza provocata dal vissuto di malattia.

Come verrà sottolineato nelle pagine seguenti, è proprio questo il *telos* della pratica medica alla cui individuazione si perviene, per Pellegrino, mediante la sospensione del giudizio relativamente alle preesistenti teorie di etica medica. Grazie all'approccio fenomenologico appena delineato si comprende quindi come i fenomeni dell'essere malati (*being ill*), dell'essere curati (*being healed*) e della promessa alla cura (*promising to heal*) costituiscano i punti di partenza della riflessione etico-filosofica che ha per oggetto la medicina<sup>37</sup>. La richiesta di aiuto da parte di un paziente rivolta a un medico che dichiara di avere le conoscenze e le competenze necessarie per far fronte allo stato di bisogno del primo si realizza, come si è visto, all'interno di una specifica realtà, cioè quella dell'interazione clinica. Pertanto, conclude Pellegrino, se si vuole dar avvio a una riflessione di carattere etico-filosofico sulla natura della medicina occorre indagare questa particolare relazione interpersonale: è proprio a partire da un'ontologia dell'incontro clinico condotta attraverso l'approccio fenomenologico appena richiamato che sarà possibile comprendere più in profondità la pratica medica, coglierne la sua essenza, riuscendo così ad individuare le caratteristiche peculiari tali da distinguerla da tutte le altre attività umane<sup>38</sup>.

Sulla base di queste considerazioni, potremmo dire che, oltre ad essere fenomenologico, l'approccio qui impiegato risulta *essenzialista*: richiamando le parole di Wildes, si potrebbe sostenere che Pellegrino

---

<sup>37</sup> Cfr. *ivi*, p. 183.

<sup>38</sup> Cfr. *ivi*, p. 192. Pellegrino è indubbiamente debitore, come egli stesso ammette, degli studi compiuti da Richard M. Zaner sull'incontro clinico e sull'esperienza di malattia. In più scritti Zaner critica l'etica applicata di lingua inglese proprio per la mancanza di questo tipo di indagine, che egli ritiene invece essenziale per la comprensione della realtà medica. L'autore propone quindi un approccio fenomenologico che riprende i concetti husserliani di *epoché* e riduzione al fine di sviluppare un'analisi globale del vissuto di malattia e del rapporto interpersonale che caratterizza ogni contesto clinico. Relativamente al suo approccio fenomenologico, cfr. Id., *The Problem of Embodiment: Some Contributions to a Phenomenology of the Body*, Martinus Nijhoff, The Hague 1964; Id., D. Ihde, *Phenomenology and Existentialism*, Capricorn Books and Putnam's Sons, New York 1973. Per i testi di Zaner che si soffermano sull'etica medica alla luce dell'impronta fenomenologica sopraccennata, cfr. Id., *Ethics and the Clinical Encounter*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1988; Id., *Experience and Moral Life. A Phenomenological Approach to Bioethics*, in E. DuBose, R. Hamel, L. O'Connell (ed. by), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge – PA 1994, pp. 211-239.

stia seguendo una massima della metafisica scolastica in base alla quale l'azione segue l'essenza (*agere sequitur esse*). In altre parole, se vuoi conoscere cosa sia qualcosa, guarda a ciò che essa fa<sup>39</sup>.

Va tuttavia precisato come Pellegrino non intenda rivolgere il proprio sguardo esclusivamente alle azioni dei soggetti coinvolti nell'interazione clinica o alle conseguenze delle stesse, ma anche e soprattutto al *fine interno (telos)* alla pratica medica. L'analisi filosofica che ne risulta adotta pertanto un approccio che Pellegrino stesso definisce *teleologico*, evidenziando però come esso vada opportunamente distinto dalla prospettiva sociale costruttivistica (*social constructivist view*)<sup>40</sup>. Anche quest'ultima ha infatti come obiettivo l'individuazione dei fini della medicina, ma li ricerca all'esterno della medicina stessa e giunge quindi a definire la professione medica e i doveri che ne derivano in base ai valori e alla percezione di realtà propri del contesto sociale. Pellegrino non ritiene adatto un tale tipo di indagine essenzialmente per due motivi: in primo luogo, una riflessione di questo genere potrebbe risultare pericolosa qualora la professione medica venisse del tutto determinata a partire da quelle finalità socialmente definite. In questo modo infatti la medicina verrebbe modificata in base a ciò che una particolare società o una determinata classe sociale vorrebbe che essa fosse, rischiando così di mutarne la sua essenza. In secondo luogo, una prospettiva costruttivistica, proprio perché impegnata a ricercare le finalità della medicina al di fuori di quest'ultima, non riesce a cogliere il significato profondo della pratica medica che rimane invariato nonostante i costanti mutamenti a cui essa è sottoposta<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Wildes, *The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine*, cit., p. 77, trad. mia. La stessa definizione dell'approccio di Pellegrino è fornita da Robert Veatch (*Internal and External Sources of Morality for Medicine*, in D.C. Thomasma – J. Lee Kissell (ed. by), *The Health Care Professional as Friend and Healer*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2000, p. 78), ma anche dallo stesso Pellegrino (cfr. *Medicine Today. Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians*, pp. 139-144).

<sup>40</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Philosophy of Medicine: Should it be Teleologically or Socially Construed?*, cit., pp. 169-180.

<sup>41</sup> E' qui in gioco una distinzione che verrà trattata nel capitolo successivo e che tuttavia necessita di essere enunciata seppure nelle sue linee generali. L'approccio teleologico e quello costruttivistico indagano i fini della medicina, ma questi ultimi sono di due tipi: Pellegrino distingue infatti gli *ends* dai *goals* intendendo con il primo termine le *finalità interne* alla pratica medica (legate quindi alla natura di quest'ultima, alla sua essenza) e con il secondo gli *scopi*, ossia gli obiettivi della medicina socialmente costruiti. L'impostazione costruttivistica, partendo da un'analisi del contesto sociale all'interno del quale opera la pratica medica, giunge inevitabilmente a dare priorità ai *goals*, arrivando inoltre alla conclusione che tali scopi non permangono nel tempo, ma mutano a seconda dei valori e della percezione di realtà di ogni singola comunità. L'approccio teleologico mantiene invece la distinzione tra finalità interne ed esterne (a parere di Pellegrino fortemente sottovalutata dal precedente paradigma di ricerca) e, ritenendo che la medicina presenti un *telos* (cioè agire per il bene del paziente) individuato a partire dall'analisi fenomenologica dell'incontro clinico, afferma che i *goals* possono conformarsi o meno alle finalità

#### 5.4 Gli aspetti peculiari dell'interazione clinica

Come emerso nel paragrafo precedente, l'approccio fenomenologico impiegato da Pellegrino per avvicinarsi alla pratica medica conduce al riconoscimento dell'interazione clinica quale punto di partenza della riflessione etico-filosofica avente per oggetto la medicina. A suo avviso, questo particolare rapporto interpersonale si ripete costantemente nella pratica medica, nonostante quest'ultima sia in continua evoluzione e la crescente parcellizzazione del sapere medico aumenti sempre più il numero di settori di ricerca e di specializzazioni. All'interno dell'opera *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Pellegrino e Thomasma considerano infatti l'interazione clinica come l'evento medico comune alle diverse branche della medicina<sup>42</sup>. Poiché tale interazione è a detta degli autori

la modalità che costituisce specificamente ogni evento medico, [allora] la medicina come disciplina cade dentro la categoria filosofica di un'identificabile relazione<sup>43</sup>.

L'interazione clinica è, a parere di Pellegrino e Thomasma, così fondamentale da poter essere definita “il materiale a priori della medicina” (*the material a priori of medicine*)<sup>44</sup>: l'organizzazione interna della pratica medica, i suoi livelli di cura, le diverse specializzazioni del sapere e i concetti di salute e malattia, a cui costantemente deve fare riferimento, dipendono dalla peculiare relazione che si instaura tra medico e paziente. Visto che la filosofia della medicina deve iniziare la sua opera di indagine filosofica descrivendo questa particolare interazione che sorge tra due soggetti, cioè tra colui che è malato ed un altro individuo che professa di curarlo<sup>45</sup>, per Pellegrino

---

interne. Tale approccio quindi non sottovaluta affatto, come sostiene invece Wildes, il contesto sociale della medicina; tuttavia, tra i due tipi di finalità sopraccennati, la priorità viene sempre assegnata agli *ends*, soprattutto nei casi in cui essi entrino in conflitto con i *goals*. Le finalità interne sono infatti legate alla natura della pratica medica, sono ciò che la definiscono per quello che essa è; di conseguenza, rinunciare agli *ends* o sostituirli del tutto con i *goals* equivale alla perdita dell'integrità della professione medica con inevitabili ripercussioni per il singolo malato così come per la società in generale. Cfr. E.D. Pellegrino, *The “telos” of medicine and the good of the patient*, in C. Viafora, *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005, pp. 21-32; Pellegrino, *Medicine Today. Its Identity, Its Role, and the Role of Physicians*, cit., in particolare pp. 135-144.

<sup>42</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 62.

<sup>43</sup> *Ivi*, p. 64, trad. mia.

<sup>44</sup> *Ibidem*.

<sup>45</sup> Desidero citare a riguardo le parole di Pedro Laín Entralgo: «L'assistenza al malato ha oggi come protagonista l'equipe, per la complessità tecnica della medicina attuale. Ma l'assistenza si realizza necessariamente in una serie di atti medici - alcuni “diagnostici”, altri “terapeutici” - durante i quali *uno* dei membri dell'equipe, l'internista, il chirurgo, il fisioterapista o lo psichiatra, è in contatto diretto e personale con il malato. Il che significa che la medicina d'equipe non ha fatto scomparire una realtà

l'analisi dovrà essere rivolta a tre peculiari aspetti fortemente correlati fra loro e già in parte emersi nell'analisi dell'approccio fenomenologico. Questi aspetti, definiti dallo stesso autore come i tre fenomeni specifici della medicina, sono l'esperienza della malattia, l'atto di professione e l'atto della medicina<sup>46</sup>.

#### 5.4.1 L'esperienza di malattia

Vorrei sottolineare come, nell'impostazione di Pellegrino, non sia affatto casuale la posizione iniziale dell'esperienza di malattia nella descrizione dell'interazione clinica: la medicina e i professionisti sanitari, osserva lo studioso, esistono perché gli esseri umani nel corso della loro vita si ammalano<sup>47</sup>. Infatti, la relazione interpersonale che si verifica in ogni evento clinico può prendere avvio solamente perché nell'arco della propria esistenza ciascun essere umano, a causa della sua costitutiva imperfezione e finitezza, percepisce e scopre in prima persona qualche significativo mutamento nel normale svolgimento delle funzioni del proprio corpo o della propria mente. La presenza di questi sintomi produce nella persona malata «la percezione di uno stato alterato dell'esistenza»<sup>48</sup>, comportando per di più uno squilibrio nell'identità del soggetto. La malattia assume, sostiene Pellegrino, il carattere di un vero e proprio *assalto ontologico* sulla persona malata (*ontological assault on the self-body unity*)<sup>49</sup>: l'evento patologico infatti produce uno squilibrio in tutta l'identità del soggetto in quanto egli percepisce una significativa rottura della propria unità e un'erosione della sua immagine e della realtà che lo circonda. Questo profondo cambiamento nello stato dell'esistenza personale non può essere ridotto a tutti quei sintomi, quali perdita d'appetito, nausea, capogiri o dolori in parti specifiche del corpo, che già portano a una prima consapevolezza di un qualche mutamento nel funzionamento del proprio organismo. Tuttavia, ognuno di essi rivela uno squilibrio tra sé e il proprio corpo: mentre nel nostro stato usuale noi possiamo identificarci con quest'ultimo, nella

---

vecchia almeno quanto la medicina stessa: l'assistenza tecnica al malato è, in definitiva, l'aiuto di un uomo ad un altro uomo». P.L. Entralgo, *Il medico e il malato*, ediz. it. di A. Savignano, Apèiron, Bologna 1999, p. 96.

<sup>46</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, in Bulger, McGovern (ed. by), *Physician and Philosopher*, cit., p. 27.

<sup>47</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>48</sup> *Ibidem*, trad. mia.

<sup>49</sup> Cfr. Pellegrino, *Philosophy of Medicine and Medical Ethics: a Phenomenological Perspective*, cit., p. 193.

malattia invece esso si interpone tra noi e la realtà, smettendo di essere un efficace strumento della nostra volontà<sup>50</sup>. Impedendoci di agire e di operare delle scelte in maniera autonoma come invece poteva avvenire prima dell'insorgere della malattia,

il corpo sta opposto al sé. Invece di servirci, dobbiamo servirlo noi stessi. Esso si intromette nella nostra esistenza piuttosto che accrescerla o arricchirla<sup>51</sup>.

Nel momento in cui una persona, avendo percepito un qualche squilibrio nel funzionamento del proprio organismo e la conseguente erosione dell'immagine di sé, giunge alla conclusione che è malata e che perciò necessita di un aiuto professionale esterno, essa diviene

homo *patiens* - un paziente - una persona portatrice di un carico di stress, dolore e inquietudine<sup>52</sup>.

Il paziente viene così a trovarsi in un nuovo stato esistenziale, caratterizzato dalla *dipendenza* e dalla *vulnerabilità*: egli infatti, più o meno volontariamente, è giunto alla scelta forzata di rivolgersi a un professionista esperto, il quale, attraverso le sue conoscenze e competenze, potrà aiutarlo, ma anche nella peggiore delle ipotesi danneggiarlo o sfruttarlo. Il paziente è comunque obbligato a riporre la propria fiducia in questa figura professionale poiché si è improvvisamente aperto dinnanzi a sé un vuoto di conoscenze necessarie per la propria guarigione. Inoltre, se teniamo presente come in molti casi il paziente venga curato dai membri di un'*equipe* medica, che egli potrebbe anche non conoscere, si comprenderà come

la sua fiducia si deve estendere anche a persone sconosciute che non si occupano di lui quotidianamente<sup>53</sup>.

Riepilogando, potremmo dire che la malattia infligge al paziente diverse ferite, oltre a quelle strettamente fisiche: egli subisce innanzitutto un attacco ontologico alla propria integrità personale dovuto, come si è detto precedentemente, alla dissoluzione in un Ego e in un corpo. Per di più quest'ultimo da strumento diviene centro e fine dell'esistenza della persona, riuscendo così a convergere verso di sé tutte le attenzioni. Il paziente poi, vista la mancanza di conoscenze personali utili alla propria guarigione, ritrova compromessa la sua autodeterminazione, risultando quindi obbligato a fidarsi di altre

---

<sup>50</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, p. 38.

<sup>51</sup> Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, cit., p. 28, trad. mia.

<sup>52</sup> Pellegrino, *Being Ill and Being Healed: Some Reflections on the Grounding of Medical Morality*, in Bulger, McGovern (ed. by), *Physician and Philosopher*, cit., p. 73, trad. mia.

<sup>53</sup> Pellegrino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, trad. it. cit., p. 40.

persone<sup>54</sup>. Alla luce di queste osservazioni, Pellegrino descrive la singolare situazione esistenziale causata da un evento patologico come uno “stato di umanità ferita” (*state of wounded or damaged humanity*) poiché la persona malata è compromessa nella propria capacità di autodeterminazione così come in tutte le sue attività presenti e future<sup>55</sup>.

Potremmo a questo punto chiederci se questo particolare stato esistenziale sia presente solo in una persona divenuta paziente o se sia invece riscontrabile anche in altre situazioni della vita umana. Pellegrino a riguardo sottolinea come anche il prigioniero sia privato di alcune libertà, che gli impediscono una completa autodeterminazione individuale, e come queste limitazioni si possano diversamente ravvisare anche nella realtà quotidiana vissuta dal povero e da chi è reietto dalla società. Inoltre, con una visione ampiamente allargata, Pellegrino sottolinea come nessuno di noi, pur godendo di buona salute, sia totalmente libero, poiché costantemente vincolato a norme giuridiche e a convenzioni sociali. Tuttavia, in nessuno di questi contesti esistenziali la capacità di trattare con la nostra vulnerabilità è così compromessa come nella malattia<sup>56</sup>: solamente l'evento patologico infatti intacca così profondamente l'integrità dell'individuo al punto da imporgli una totale e fiduciosa dipendenza dal medico.

#### 5.4.1.1 *Giobbe e la sofferenza umana*

Chi possiede quelle conoscenze, abilità e competenze necessarie per assistere e curare non può rimanere indifferente alla situazione di vulnerabilità che caratterizza qualsiasi persona malata; anzi, se vorrà veramente offrire un aiuto il più possibile completo, dovrà cercare di comprendere i diversi aspetti della sofferenza del paziente, poiché quest'ultima non può essere semplicemente definita in base alle varie ferite strettamente fisiche inflitte dalla malattia.

La situazione esistenziale che il paziente sta provando di fronte all'attacco ontologico della malattia sulla propria integrità personale è tuttavia così soggettiva che difficilmente può essere comunicata verbalmente o essere pienamente percepita anche in modo empatico da colui al quale si è rivolto per ottenere un aiuto valido e professionale. Di fronte a questa obiettiva difficoltà, qualora un medico intendesse

---

<sup>54</sup> Cfr. *ivi*, pp. 38-41.

<sup>55</sup> Cfr. Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, p. 28.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

comprendere più a fondo il vissuto di malattia, esiste una fonte che possa risultargli utile? In altre parole, quale lettura può offrirgli un paradigma della sofferenza umana, non esclusivamente fisica?

Per Pellegrino e Thomasma, uno dei testi che meglio fa emergere l'enigma della sofferenza dell'uomo afflitto da una qualche malattia è il *Libro di Giobbe*, contenuto nell'Antico Testamento. Esso è definito dagli studiosi come

una fonte meravigliosa cui attingere per una struttura fenomenologia della malattia<sup>57</sup>:

tale testo rivelerebbe infatti la natura della sofferenza umana, ma soprattutto l'impatto di quest'ultima sul soggetto che la sta sperimentando in prima persona e gli interrogativi che da essa sorgono.

Credo che a questo punto possa essere d'aiuto richiamare come venga descritta nella *Bibbia* l'esperienza della malattia di Giobbe. Questi abitava nel paese di Uz ed era un uomo «integro e retto, temeva Dio ed era alieno dal male»<sup>58</sup>; oltre a essere irreprensibile, era benestante ed amato sia dalla sua famiglia sia da Dio. Un giorno Satana dinnanzi a Dio riconobbe l'atteggiamento virtuoso di Giobbe, ma sottolineò anche come quest'ultimo, grazie alla costante benedizione dell'Eterno, non fosse mai stato messo a dura prova. Di fronte a tale osservazione, Dio decise di lasciare in potere di Satana tutto ciò che Giobbe possedeva, rivolgendogli però un unico monito: «non stender la mano su di lui»<sup>59</sup>. Giobbe venne così colpito da una serie di calamità: perse improvvisamente i suoi nove figli, i servitori e tutto il suo bestiame, ma nonostante questo rimase fedele a Dio, non attribuendogli nulla di mal fatto<sup>60</sup>. Ciononostante, per Satana la retta condotta di Giobbe non era ancora stata messa completamente alla prova: poiché l'uomo, pur di mantenere la propria vita, è disposto a perdere tutto ciò che possiede, allora si potrà avere testimonianza certa di fede nel momento in cui la mano di

---

<sup>57</sup> Pellegrino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, trad. it. cit., p. 33. Il *Libro di Giobbe* viene considerato un importante testo per comprendere la sofferenza umana causata dalla malattia e la vulnerabilità che da essa ne deriva anche nel documento del President's Council on Bioethics dal titolo *Being Human. Readings from the President's Council on Bioethics* (Government Printing Office, Washington D.C. 2003, disponibile online al seguente indirizzo: <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/bookshelf/>). Il *Libro di Giobbe* non solo descrive l'esperienza di malattia di quest'uomo di fede e gli effetti che essa produsse nella sua persona, ma ci porta a interrogarci sul significato della sofferenza umana e sulla possibilità e modalità di sopportare tale dolore. Cfr. *ivi*, pp. 439-451.

<sup>58</sup> *Gb* 1, 1.

<sup>59</sup> *Gb* 1, 11.

<sup>60</sup> Giobbe espresse la propria fede con queste parole: «Nudo uscii dal seno di mia madre, e nudo vi ritornerò. Il Signore ha dato, il Signore ha tolto; sia benedetto il nome del Signore». *Gb* 1, 21.

Dio si stenda anche sulle sue ossa e sulla sua carne. L'Eterno concesse perciò a Satana di esercitare il proprio potere anche sul corpo di Giobbe e questi si ritrovò improvvisamente colpito da un'ulcera maligna, che lo costrinse a rimanere seduto sulla cenere e a sfregarsi con un coccio.

Di fronte al consiglio della moglie di rinnegare a questo punto Dio, Giobbe rifiutò con queste parole:

Come parlerebbe una stolta tu hai parlato! Se da Dio accettiamo il bene, perché non dovremmo accettare il male?<sup>61</sup>.

A questo punto il testo narra la visita di tre amici di Giobbe (Elifaz di Teman, Bildad di Suach e Zofar di Naama), i quali, giunti da lui con lo scopo di consolarlo, avendo visto quanto grande fosse il suo dolore, trascorsero in realtà ben sette giorni e sette notti seduti accanto a lui, ma senza proferir parola. Dopo queste lunghe giornate di silenzio, Giobbe prese la parola e iniziò a maledire il giorno della sua nascita e a bramare la morte come liberazione da tutte quelle sofferenze. Questo soliloquio provocò delle reazioni da parte di Elifaz, Bildad e Zofar, che sostennero l'antico insegnamento in base al quale il male e, di conseguenza, anche la malattia devono essere considerati le punizioni da scontare per i propri peccati<sup>62</sup>. I tre amici conclusero che l'unico modo per ritrovare la salute e la pace era di riconciliarsi con Dio, chiedendoGli umilmente perdono per le proprie colpe<sup>63</sup>. Di fronte a queste ripetute affermazioni, Giobbe rispose proclamando la sua innocenza e, pur continuando ad appellarsi a Dio domandandoGli il motivo della sua sofferenza, non ottenne risposta alle sue grida. Dopo tutti questi lamenti, l'Eterno rispose a Giobbe, ma sotto forma di un rimprovero: Egli infatti lo ammonì perché nessun uomo può anche solo pensare di comprendere il mistero dell'universo, di cui la sofferenza ne è parte.

Dinnanzi a questa risposta, Giobbe prese consapevolezza della grandezza di Dio e superò il suo angosciante interrogativo, giungendo così ad un'idea più giusta del mistero

---

<sup>61</sup> Gb 2, 10.

<sup>62</sup> Si tratta di quello che Marcello Milani (*A immagine del Cristo «paziente». Sofferenza, malattia e salvezza nella Scrittura*, Edizioni Messaggero, Padova 2004, pp. 76-78) definisce *principio di retribuzione*, il quale consiste in un rapporto automatico di causa-effetto tra il peccato e la malattia: poiché il primo è causa del male, allora il malato non può che essere considerato un peccatore.

<sup>63</sup> In base a questa interpretazione, Dio castiga l'uomo attraverso la malattia a causa di una colpa commessa e gli concede la possibilità di correggere il proprio comportamento. Si tratterebbe quindi di un'opportunità di correzione in vista della riconciliazione con Dio e la malattia costituisce perciò una sorta di *sofferenza educativa*, che pone l'uomo dinnanzi alla sua precarietà e alla potenza del Creatore. Su questo aspetto, cfr. *ivi*, pp. 65-71.

divino e ad un'umile accettazione della condizione umana. Egli comprese infatti come la malattia e le diverse calamità che lo avevano colpito fossero un'imperdibile esperienza dell'inscrutabile mistero di Dio e rivolse all'Eterno queste parole:

Io ti conoscevo per sentito dire, ma ora i miei occhi ti vedono. Perciò mi ricredo e ne provo pentimento su polvere e cenere<sup>64</sup>.

Il *Libro di Giobbe* termina con la condanna degli argomenti sostenuti dai tre amici e con il ristabilirsi per Giobbe di una condizione più prospera rispetto a quella iniziale: egli ebbe infatti nove figli, tornò a possedere il doppio del bestiame che aveva perso e visse ben centoquarant'anni.

Ora, per quale motivo la lettura di questo testo può costituire un'utile fonte per chiunque voglia tentare di comprendere con uno sguardo più profondo l'esperienza della sofferenza umana? Prima di iniziare a rispondere a tale interrogativo vorrei riportare alcune parole di Pellegrino contenute in un suo saggio dal titolo *The Book of Job*: dopo aver evidenziato come tale testo dell'Antico Testamento offra al lettore il paradigma della sofferenza umana, egli sottolinea come esso

parli al medico che quotidianamente incontra Giobbe nella sofferenza dei suoi pazienti. Egli è soggetto ad un imperativo morale per comprendere al meglio quell'esperienza. Senza tale comprensione il medico non può pienamente aiutare o curare. Senza di essa, non può prepararsi all'inevitabile esperienza della sua stessa sofferenza<sup>65</sup>.

Da tale passo si evince come l'impegno a cogliere la sofferenza di ogni paziente assuma il carattere di un imperativo morale, al quale quindi non può sottrarsi colui che è completamente impegnato nell'attività di assistenza e di cura.

Se a questo punto ritorniamo al *Libro di Giobbe*, potremmo constatare come la prova più difficile che questo grande uomo di fede ha affrontato è stata proprio l'esperienza della malattia: quest'ultima infatti, a differenza di tutte le varie calamità che lo avevano precedentemente colpito, risulta la più dolorosa perché riguarda direttamente tutta la sua persona e riesce a mettere in discussione il significato della propria vita. Quando si verificano la morte dei figli e la perdita di tutto il suo bestiame, Giobbe non sente l'esigenza di interrogare se stesso e Dio sul perché di tali eventi, ma li accetta, rimanendo così un servo fedele al volere dell'Eterno. Tuttavia, di fronte all'assalto della

---

<sup>64</sup> Gb 42, 5-6.

<sup>65</sup> E.D. Pellegrino, *The Book of Job*, in Bulger, McGovern (ed. by), *Physician and Philosopher*, op. cit., 180, trad. mia.

malattia, Giobbe rivela tutta la propria vulnerabilità e, non comprendendo il motivo di tale sofferenza, avverte l'esigenza di interpellare Dio per ritrovare così il senso oramai perduto della sua vita<sup>66</sup>.

Di conseguenza, anche analizzando l'esperienza di Giobbe al fine di comprendere maggiormente gli effetti dell'evento patologico sul soggetto che lo sperimenta, si può giungere alla conclusione di come

l'infermità e la malattia creino la sofferenza più profonda e il test più severo sul significato della vita<sup>67</sup>.

Pur non potendo afferrare completamente lo sconvolgimento fisico, ma soprattutto interiore, della malattia sull'esistenza umana, soffermarsi su queste considerazioni può risultare utile a chiunque, e in particolar modo al medico per mettere in atto un comportamento d'aiuto comprensivo nei confronti della persona malata.

Credo sia interessante richiamare anche l'atteggiamento mostrato dai tre amici di Giobbe nel momento in cui giungono a fargli visita: come si ricorderà, trascorrono un'intera settimana seduti accanto a lui in totale silenzio. Questa totale assenza di comunicazione potrebbe non sembrare il comportamento migliore di fronte a un amico malato, così particolarmente bisognoso di compassione e consolazione; tuttavia, come giustamente sottolinea Pellegrino,

la loro presenza era un atto genuino di empatia. Questo è il primo passo che anche noi dobbiamo compiere per accostarci ai malati, per ascoltare i loro soliloqui, per dimostrare la nostra presenza e per permettere ai loro cuori di aprirsi<sup>68</sup>.

Indubbiamente la pratica medica non può limitarsi all'ascolto del paziente, ma dovrà comunque considerare il silenzio come il primo significativo passo per avvicinarsi al malato. Pur potendo superficialmente essere definito semplice assenza di parole, il silenzio può in realtà coincidere in questa circostanza con un atteggiamento di ascolto e di comprensione del vissuto personale di malattia<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Credo basti qui ricordare alcuni degli interrogativi che Giobbe rivolge a Dio: «Che è quest'uomo che tu ne fai tanto conto e a lui rivolgi la tua attenzione e lo scruti ogni mattina e ad ogni istante lo metti alla prova? Fino a quando da me non toglierai lo sguardo fisso e non mi lascerai inghiottire la saliva? Se ho peccato, che cosa ti ho fatto, o custode dell'uomo? Perché m'hai preso a bersaglio e ti son diventato di peso?» (*Gb* 7, 19-20).

<sup>67</sup> Pellegrino, *The Book of Job*, p. 183, trad. mia.

<sup>68</sup> *Ivi*, pp. 184-185, trad. mia.

<sup>69</sup> Anche Giobbe invita i suoi amici che gli hanno fatto visita ad ascoltarlo e a volgere il loro sguardo verso la sua esperienza di dolore (cfr. *Gb* 6, 28). Il malato chiede inoltre indulgenza poiché è consapevole di quanto la sofferenza possa portarlo ad esagerare nelle parole o addirittura a gridare il proprio dolore. Si considerino ad esempio queste parole di Giobbe (*ivi*, 19, 21-22): «Pietà, pietà di me, almeno voi miei

Il *Libro di Giobbe* può perciò essere considerato un indispensabile *vade mecum*<sup>70</sup> per coloro che operano in ambito sanitario: mostrando come la sofferenza derivante dalla malattia non sia solo strettamente fisica, ma riguardi tutte le dimensioni dell'uomo, questo testo potrà aiutare nella comprensione del significato profondo presente nel prendersi cura di una persona malata.

La parola *care* (cura) infatti all'interno delle professioni mediche non può significare semplicemente fornire al proprio paziente tutta quella competenza tecnica necessaria a ristabilire l'equilibrio fisico infranto da una qualche patologia. Questo è difatti solo il quarto ed ultimo significato da attribuire a *care*: per Pellegrino e Thomasma, il primo senso di tale parola è la compassione, cioè condividere con la persona malata la sua esperienza di dolore. Per fare questo il medico dovrà però aver compreso la sofferenza che il paziente sta vivendo in quel particolare momento della sua esistenza. Tale coinvolgimento emotivo permetterà a chi esercita la professione medica di attuare anche gli altri due significati di *care*, cioè l'assistenza nell'attività (ossia aiutare il paziente nello svolgimento di tutte quelle normali operazioni della vita quotidiana che sono state compromesse dalla malattia) e la sicurezza (consistente nel creare un rapporto di fiducia con il malato al punto da trasferire le responsabilità e le ansie di quest'ultimo sul medico o sull'infermiere)<sup>71</sup>. Per Pellegrino e Thomasma, la pratica clinica ottimale non può separare i quattro significati di *care*, riconoscendo così come ognuno di essi porti un significativo contributo al processo di guarigione. Tuttavia, nella realtà medica

essi vengono spesso disgiunti e persino posti in contraddizione tra loro, oppure vengono tutti e quattro ridotti ad uno solo, con la relativa esclusione degli altri tre<sup>72</sup>.

Il medico non deve invece trascurare nessuna delle dimensioni di *care* né tanto meno concentrare la propria attenzione solo su una di esse, e credo che un'analisi sulla fenomenologia della malattia possa aiutare a comprendere l'importanza e la necessità di un trattamento integrale nei confronti del paziente. Ogni persona malata, percependo un profondo squilibrio in tutta la propria identità, si trova infatti a vivere quello che Pellegrino giustamente definisce uno stato di umanità ferita, capace di creare nel

---

amici, perché la mano di Dio mi ha percosso! Perché vi accanite contro di me, come Dio, e non siete mai sazi della mia carne?».

<sup>70</sup> Cfr. Pellegrino, *The Book of Job*, p. 189.

<sup>71</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, pp. 47-49.

<sup>72</sup> *Ivi*, p. 48.

soggetto una dipendenza verso gli altri e una vulnerabilità tali da mettere completamente in discussione persino il senso della propria esistenza.

La sofferenza può tuttavia costituire per l'uomo una fruttuosa, sebbene difficile e non sempre accettabile, occasione per recuperare o arricchire il significato della propria vita: Gadamer infatti sottolinea come la salute implichi la «sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé»<sup>73</sup> e quindi non costituisca una condizione che ci inviti o ci ammonisca a prenderci cura di noi stessi. La malattia, invece, facendo sorgere nell'individuo che la sperimenta importanti interrogativi esistenziali, può portare, come avvenne in Giobbe, alla scoperta o riscoperta del senso della propria vita.

Concludo l'analisi dell'esperienza della malattia citando alcune frasi di Hermann Lang contenute nelle ultime righe della sua postfazione al testo di Gadamer dal titolo *Il dolore* poiché, a mio avviso, riassumono quel che è sinora emerso relativamente a questo tema:

Il dolore ci conduce in una situazione-limite nella quale incontriamo una vita che sotto il profilo esistenziale ci appare limitata e vulnerabile. Occorre perciò che anche il dolore sia considerato uno degli elementi che la portano a realizzarsi pienamente: in tal modo potrà contribuire a chiarire la nostra condizione esistenziale, e sollecitare la vita a superare gli ostacoli che si trova davanti<sup>74</sup>.

#### 5.4.2 L'atto di professione

Il secondo elemento dell'interazione clinica è l'atto di professione, cioè la promessa di aiuto formulata dal medico nei confronti del malato<sup>75</sup>. In presenza di un paziente che sta vivendo un particolare stato di vulnerabilità, qual è appunto la malattia, il medico compie una *professio* in quanto

“dichiara a voce alta” che possiede particolari abilità e conoscenze, è in grado di curare, o aiutare, e farà tutto ciò non per interesse personale, ma per quello del paziente<sup>76</sup>.

---

<sup>73</sup> H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute* (1993), trad. it. di M. Donati e M.E. Ponzo, Cortina, Milano 1994, p. 107. Si tengano presenti anche le significative riflessioni di Victor Von Weizsäcker riguardo al dolore: «Riusciamo per lo più ad avvertire e scoprire l'esistenza reale di un nostro organo, sia esso stomaco o cuore, solo quando ci fa male. [...] E così il dolore trae fuori alla luce della coscienza qualcosa di interiore e radicale, e quell'ordine invisibile-dormiente costituisce perciò una segreta e intima profondità di quell'esistenza che può tuttavia divenire visibile», in V.V. Weizsäcker, *Filosofia della medicina*, trad. it. di L. Bottani e G. Massazza, Guerini, Milano 1990, p. 107.

<sup>74</sup> H.-G. Gadamer, *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico*, trad. it. di E. Paventi, Apeiron Editori, Roma 2004, p. 56.

<sup>75</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Caring Ethics. The Relation of Physician to Patient*, in Bulger, McGovern (ed. by), *Physician and Philosopher*, cit., p. 169.

<sup>76</sup> Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the*

Etimologicamente la parola professione deriva infatti dal verbo latino *profiteri*, che significa appunto “dichiarare a voce alta o pubblicamente”. Per Pellegrino, la promessa d’aiuto del medico viene pronunciata ogni qual volta egli accolga un paziente nel suo studio con queste parole:

Cosa posso fare per Lei? (*What can I do for you?*) Come posso aiutarLa? (*How can I help you?*)<sup>77</sup>.

In questa offerta d’aiuto sono contenute due promesse implicite: rivolgendo quelle domande il medico innanzitutto dichiara di essere una figura professionale competente e di possedere quella conoscenza specifica e necessaria per rispondere ai bisogni del malato e ripristinare l’equilibrio perso a causa della malattia. Al tempo stesso il professionista si impegna nel mettere il proprio bagaglio conoscitivo a servizio del paziente, prodigandosi ad agire nel miglior interesse di quest’ultimo.

Qualsiasi giuramento in medicina deve perciò prevedere un certo grado di rinuncia all’interesse personale: comprendendo appieno l’impegno alla cura e all’assistenza richiesto dalla sua professione, il medico deve impegnarsi nel rivolgere la propria competenza a favore di chi è esistenzialmente vulnerabile a causa della malattia. Inoltre, per Pellegrino le conoscenze del medico non possono essere considerate proprietà privata volte a procurare guadagno, onori o potere e questo non solo a causa della particolare natura della sua professione e degli impegni da essa richiesti, ma anche per il singolare prestigio rinvenibile nell’educazione medica. Per rendere possibile la formazione del medico infatti

la società permette certe invasioni della *privacy*, quali le dissezioni e le autopsie sui corpi, la partecipazione alla cura dell’ammalato o la sperimentazione sugli esseri umani<sup>78</sup>,

consentendo così allo studente un libero accesso a tutto quel mondo di conoscenze mediche già ottenute e assicurando inoltre un flusso ininterrotto di personale medico qualificato. Proprio a causa di questo privilegio nell’educazione medica, il bagaglio conoscitivo formatosi durante tale formazione non potrà né essere considerato proprietà privata né venire utilizzato al fine di rispondere ai propri interessi personali, ma dovrà invece essere indirizzato ai bisogni del paziente.

---

*Fact of Illness*, p. 29, trad. mia.

<sup>77</sup> Pellegrino, *The Caring Ethic. The Relation of Physician to Patient*, p. 169.

<sup>78</sup> E.D. Pellegrino, *Fondamenti morali in medicina*, Padova 1988, dattiloscritto rinvenibile presso la Biblioteca della Fondazione Lanza di Padova, pp. 9-10.

Potremmo a questo punto chiederci quando si possa veramente parlare di un autentico ingresso nella professione medica. E' sufficiente descrivere questo evento come l'essere divenuti membri di un gruppo, condividendo con quest'ultimo un'etica e un'educazione comune e seguendo gli stessi suoi standard di *performance*? Per Pellegrino e Thomasma, tali aspetti sono accidentali rispetto all'atto centrale di professione perché quest'ultimo richiede un impegno verso la cura dei malati che non potrà essere superficialmente ridotto a un singolo evento, quale la lettura del giuramento che attesta ufficialmente l'ingresso nella professione medica, ma dovrà consapevolmente ripetersi ogni qual volta un paziente chieda al medico la sua competente assistenza<sup>79</sup>.

Come era già emerso dall'analisi fenomenologica dell'esperienza di malattia<sup>80</sup>, colui che si rivolge a un medico compie tale scelta a causa dell'improvviso verificarsi di un vuoto di conoscenze necessarie alla propria guarigione. E' proprio in quell'istante che il mondo del paziente e quello del medico entrano in contatto: il malato infatti, non riuscendo a ripristinare l'equilibrio psico-fisico sconvolto dall'evento patologico, "invita" il professionista ad entrare nel suo mondo-della-vita e a sua volta il medico lo "accoglie" nel proprio mondo professionale, caratterizzato dall'impegno assunto verso la cura e l'assistenza ai malati. L'intersezione tra i due mondi dà avvio all'interazione clinica e l'atto di professione rappresenta appunto l'impegno assunto da un professionista nei confronti di una persona esistenzialmente vulnerabile che è nel bisogno.

Di conseguenza, la relazione medico-paziente, a causa delle evidenti differenze riguardanti non solo la diversa situazione esistenziale rinvenibile in colui che è malato rispetto a colui che è professionista, ma anche la notevole disparità relativa al bagaglio conoscitivo di ciascuno dei due, non può considerarsi come un rapporto tra eguali. Esiste infatti in tale relazione una disuguaglianza di poteri e di conoscenze tali da far sorgere in una delle due parti, precisamente nella figura del medico, dei particolari obblighi, che verranno delineati nel paragrafo successivo. Quello che qui preme sottolineare è la costitutiva ed ineliminabile asimmetria presente nel rapporto tra una persona in uno stato di malattia ed un'altra che dichiara e professa la sua competenza per curare ed assistere. Questa relazione non può essere descritta semplicemente in

---

<sup>79</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, pp. 209-210.

<sup>80</sup> Cfr. par. 5.4.1 di questo capitolo.

termini contrattualistici<sup>81</sup>: se tale rapporto interpersonale potesse essere regolato da vincoli contrattuali, allora ogni soggetto in esso coinvolto, presentando gli stessi diritti e obblighi, potrebbe negoziare in base ai propri interessi, mantenendo sostanzialmente in equilibrio il rapporto così stabilito. La vulnerabilità e la dipendenza, vissute dal paziente a causa dell'evento patologico, producono invece un significativo squilibrio nella relazione medico-malato, rendendola

paragonabile solo a poche altre situazioni che si possono verificare in una società democratica<sup>82</sup>.

Effettivamente anche in altre relazioni, quali insegnante-studente, avvocato-cliente, si verificano delle notevoli disparità riguardanti il bagaglio conoscitivo posseduto da ciascuna delle due parti: persino in queste situazioni una persona che cerca assistenza e specifiche abilità stabilisce un rapporto con un'altra che professa di fornirgliela. Tuttavia, ciò che rende la relazione medico-paziente davvero unica è lo sconvolgimento esistenziale provocato dalla malattia, la dissoluzione in un Ego e in un io così come lo stato di vulnerabilità e dipendenza che essa provoca. Di conseguenza, conclude Pellegrino,

pur non rifiutando l'analogia con la relazione avvocato-cliente, sarebbe difficile argomentare che il grado di lesione alla nostra umanità e il genere di ferita che si subiscono in una sentenza legale siano identici alle conseguenze esistenziali vissute dal malato<sup>83</sup>.

#### 5.4.3 L'atto della medicina

Come è stato osservato nel paragrafo precedente, l'atto di professione consiste in un'attiva e consapevole offerta d'aiuto contenente una duplice promessa: una relativa

---

<sup>81</sup> E' questa invece la lettura dell'interazione clinica offerta da Robert Veatch (*The Physician as Stranger: the Ethics of the Anonymous Patient-Physician Relationship*, in Shelp (ed. by), *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, op. cit., pp. 187-207) e già emersa nel capitolo precedente (cfr. par. 4.4). Infatti, a parere dello studioso, il pluralismo morale che caratterizza la società contemporanea ha delle inevitabili ripercussioni anche nel rapporto medico-paziente, al punto che quest'ultimo risulta un incontro tra stranieri morali, la cui relazione può essere regolata esclusivamente da vincoli contrattuali. Come si ricorderà, per Veatch il rapporto contrattuale istituito tra medico e paziente si iscrive nel più ampio contratto che la società stipula con il gruppo dei professionisti sanitari a cui affida la cura della salute dei suoi membri; quest'ultimo contratto si iscrive a sua volta nell'orizzonte del contratto sociale, inteso come un patto che unisce tutti i cittadini in vista di una pacifica convivenza democratica.

<sup>82</sup> Pellegrino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, trad. it. cit., p. 83.

<sup>83</sup> Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, p. 29, trad. mia.

alla dichiarazione da parte del medico del suo bagaglio di conoscenze e della propria competenza indispensabili per avvicinarsi al malato e rispondere adeguatamente ai suoi bisogni, l'altra concernente l'impegno a mettere tali abilità a servizio del paziente, mirando così ad un agire centrato sugli interessi di quest'ultimo. Le due promesse inerenti l'atto di professione trovano il loro adempimento in una specifica azione che identifica la stessa professione medica. Tale atto consiste in "una giusta e buona azione di cura presa nell'interesse di quel particolare paziente" (*a right and good healing action taken in the interests of a particular patient*)<sup>84</sup> e, poiché i termini "giusta" e "buona" possono essere oggetto di diverse interpretazioni e/o fraintendimenti, occorre specificare il loro significato all'interno di questa definizione<sup>85</sup>.

"*Right*" si riferisce a una decisione tecnicamente corretta, che risponde perciò ai canoni scientifici ed empirici, ma si adatta anche alle particolarità del singolo paziente. Questa giusta decisione clinica deve essere ricavata oggettivamente dal medico, ma, affinché si verifichi un'autentica azione di cura, essa dovrà essere anche "*good*". Quest'ultimo termine rimanda

a tutto quello che un determinato paziente percepisce come ciò che ha valore [per sé] e che vale la pena [di essere vissuto] nella sua esistenza<sup>86</sup>.

Di conseguenza, questo secondo aspetto della decisione clinica non potrà essere il frutto di una deduzione scientifica ed oggettiva basata sulle osservazioni e conoscenze provenienti dalle scienze empiriche, ma dovrà derivare da un'analisi del vissuto

---

<sup>84</sup> Cfr. *ivi*, p. 30. Nel suo contributo al testo redatto nel 2008 dal *President's Council on Bioethics* e dedicato alla dignità umana, Pellegrino sottolinea come dare avvio a una buona e giusta azione di cura per un determinato paziente costituisca il "fine prossimo" (*proximate end*) della pratica medica: esso coincide con il risultato della decisione clinica e quindi con la scelta del trattamento medico che potrebbe rispondere ai bisogni del malato, ma, come ognuno di noi avrà fatto esperienza nel corso della propria vita, non necessariamente questo si realizza. Potremmo infatti essere costretti a tornare dal medico qualora l'azione di cura intrapresa non apporti gli effetti attesi. Questi ultimi vanno a costituire quello che Pellegrino definisce il "fine intermedio" (*intermediate end*) della medicina e che corrisponde pertanto al curare, al sollevare il paziente dal dolore e al prevenire eventuali peggioramenti. Vi è poi un'ulteriore fine, ossia quello "ultimo o definitivo" (*ultimate end*), che coincide con il ripristino dello stato di salute che l'evento patologico ha negativamente alterato. Cfr. E.D. Pellegrino, *The Lived Experience of Human Dignity*, in *President's Council on Bioethics, Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Government Printing Office, Washington D.C. 2008, pp. 530; testo reperibile online: [http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/human\\_dignity/chapter20.html](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/human_dignity/chapter20.html).

<sup>85</sup> La distinzione tra giusto e bene viene ora delineata nelle sue linee generali, poiché verrà maggiormente richiamata nelle pagine seguenti analizzando il complesso concetto di bene del paziente proposto da Pellegrino e Thomasma. Cfr. par. 5.8 di questo capitolo.

<sup>86</sup> Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: the Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, p. 29, trad. mia.

personale di malattia (*personally derived*)<sup>87</sup>.

L'atto della medicina permette quindi di intersecare le capacità e le conoscenze del medico con il bisogno del paziente di essere curato: il ripristino dell'equilibrio spezzato dall'evento patologico può avvenire mediante un'azione terapeutica, che richiede certamente l'intervento del professionista, ma non è del tutto determinata da quest'ultimo. La competenza medica si rivela infatti un aspetto necessario e tuttavia non sufficiente per dare avvio alla più adeguata azione di cura: affinché quest'ultima, oltre ad essere tecnicamente corretta, risulti anche buona, occorre che si rispetti il paziente come persona e che vengano presi in considerazione anche i suoi interessi e le sue volontà.

Di conseguenza, la decisione clinica che permette di dare inizio a un particolare percorso diagnostico, terapeutico o chirurgico richiede un'attiva e responsabile collaborazione sia del medico sia del paziente: affinché si verifichi “una buona e giusta azione di cura” occorre infatti una “ricerca condivisa” (*shared inquiry*) tra i soggetti coinvolti nell'interazione clinica. Solo in questo modo le competenze mediche riescono a conferire correttezza tecnica all'intervento terapeutico e quest'ultimo si rivela inoltre buono se vi è la condivisione da parte del malato dei suoi valori e del suo vissuto di malattia e il successivo rispetto degli stessi da parte del professionista.

Medico e paziente risultano pertanto i principali *agenti morali* dell'interazione clinica e ciascuno di essi è chiamato a collaborare al raggiungimento di quell'obiettivo comune già precedentemente richiamato, cioè ripristinare lo stato di benessere interrotto dall'evento patologico e, qualora ciò non fosse possibile, sollevare il paziente dalla sofferenza provocata dal vissuto di malattia. Non va tuttavia dimenticata la costitutiva ed ineliminabile asimmetria che caratterizza qualsiasi relazione medico-paziente<sup>88</sup> e che, come è già stato osservato, deriva dall'ineguaglianza di poteri e conoscenze posseduti dai soggetti coinvolti. Tale asimmetria conduce all'analisi di due importanti caratteristiche dell'interazione clinica, ossia la *responsabilità* e la *fiducia*, che, a fianco

---

<sup>87</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>88</sup> Questa incancellabile caratteristica dell'interazione clinica può essere ravvisata anche in altre professioni; infatti «l'asimmetria è un elemento che contraddistingue l'esperienza professionale, e che sarebbe illusorio pretendere di eliminarla del tutto. Certo, ci si può preoccupare di ridimensionare l'asimmetria, attraverso una migliore interazione con il destinatario della prestazione, ma non si può annullarla completamente, altrimenti si finisce in verità per annullare la specificità dello stesso intervento professionale». A. Da Re, *Vita professionale ed etica*, in S. Semplici (a cura di), *Il mercato giusto e l'etica della società civile*, «Annuario di etica», 2 (2005), Vita e Pensiero – Milano, p. 109.

all'*orientamento alla decisione* e all'*eziologia*, costituiscono quelli che Pellegrino e Thomasma definiscono i *modes* (modi) della medicina<sup>89</sup>.

### 5.5 *Modes: le caratteristiche dell'interazione clinica*

Un primo passo verso la comprensione della responsabilità consiste nell'analisi della radice etimologica di questo termine. Va infatti notato come il verbo latino da cui deriva tale termine, ossia *respondeo* (che significa rispondere)<sup>90</sup>, provenga da un altro verbo sempre di lingua latina, cioè *spondeo*, che si riferisce all'assumere un impegno solenne di carattere religioso: infatti tale espressione veniva utilizzata quando un padre impegnava (*spondebat*) la figlia (*sponsa*) in matrimonio. *Spondere* significa perciò impegnarsi, obbligarsi, promettere e pertanto il verbo *respondeo*, derivando dal precedente, non indica solo il semplice rispondere, ma anche l'impegnarsi in qualcosa, il promettere qualcosa. Di conseguenza, la responsabilità indica la qualità o la condizione di chi promette o si impegna e, come opportunamente sottolinea Diego Gracia, non deve esser perso di vista il significato originariamente religioso e morale di tale termine<sup>91</sup>. Quest'ultimo sembrerebbe oltrepassare le categorie strettamente giuridiche che inevitabilmente entrano in gioco nel momento in cui ci si impegna in qualcosa o si prometta qualcosa, al punto che, a detta dell'autore,

si potrebbe parlare di due tipi di responsabilità, una "forte" o morale e un'altra "debole" o giuridica<sup>92</sup>.

Il termine responsabilità viene a volte fatto derivare anche da un altro verbo latino,

---

<sup>89</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, op. cit., p. 69.

<sup>90</sup> La ricchezza semantica del termine "responsabilità" emerge già in riferimento a questo verbo latino: diverso è infatti il rispondere *davanti a qualcuno o qualcosa* rispetto al rispondere *di qualcuno o qualcosa*, oppure ancora rispondere *a qualcuno*. Cfr. F. Turoldo, *Bioetica ed etica della responsabilità: dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editore, Assisi 2009, p. 7.

<sup>91</sup> Cfr. D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, trad. it. di A.J. Feliciani e S. Spinsanti, San Paolo, Torino 1993, pp. 64-66.

<sup>92</sup> *Ivi*, p. 65. Nelle righe successive a tale passo, Gracia si interroga su cosa sia la responsabilità professionale e in quale dei due tipi di responsabilità appena delineati essa sia da collocarsi. Egli a riguardo risponde in questo modo: «come esistono due tipi di responsabilità, la forte e la debole, così vi sono due tipi di professioni, quelle forti e quelle deboli; tradizionalmente sono chiamate "professioni" le prime, e "occupazioni" o "mestieri" le seconde. Ebbene, nel corso di tutta la storia occidentale le professioni forti o professioni propriamente dette appaiono caratterizzate dal possesso di quel tipo di responsabilità che abbiamo definito forte, mentre le occupazioni o mestieri hanno goduto solo di quella debole» (*ibidem*). L'autore termina questa sua riflessione sottolineando come le professioni forti o autenticamente tali possano a suo parere essere raggruppate in un numero molto ristretto di attività umane, precisamente solo in tre: «il sacerdozio, la regalità (e la magistratura come sua emanazione) e infine la medicina» (*ibidem*).

ossia *responsare*, che significa resistere, essere capaci di andare controcorrente. Questa accezione va ad arricchire ulteriormente il significato del concetto in questione sinora rilevato: infatti, colui che compie, ad esempio, una promessa deve anche essere pronto a superare le difficoltà che possono presentarsi e ostacolare la concreta realizzazione dell'impegno assunto<sup>93</sup>. Potrebbe inoltre crearsi una situazione d'*impasse* qualora il dovere di portare a termine la promessa fatta (andare a trovare un amico in ospedale) entri in conflitto con un'altra obbligazione (soccorrere le persone coinvolte in un incidente stradale verificatosi durante il tragitto). Il conflitto tra doveri che ne deriva richiede l'impiego di strategie per risolverlo, impegnandosi così a superare le difficoltà presentatesi.

I significati appena richiamati a cui allude il termine responsabilità ritornano nell'analisi di questo concetto compiuta da Pellegrino e Thomasma. La responsabilità viene innanzitutto introdotta dagli studiosi con queste parole:

L'interazione clinica è il luogo della responsabilità reciproca tra medico e paziente<sup>94</sup>.

Da tale affermazione si evince come la responsabilità sia da riferirsi a entrambi i soggetti coinvolti nell'interazione clinica, ma ciò che deve essere indagato, per Pellegrino e Thomasma, è l'uguale o il diverso peso della responsabilità stessa da attribuire al medico e al paziente. Ebbene, l'ineliminabile asimmetria dell'interazione clinica porta inevitabilmente a un «carico più pesante di responsabilità sul medico»<sup>95</sup>. Questo però non si traduce per gli autori in una completa deresponsabilizzazione del paziente: anche quest'ultimo è infatti chiamato a prendere attivamente parte all'interazione clinica in qualità di agente morale e a rispondere quindi delle proprie azioni<sup>96</sup>. Il rapporto medico-paziente sarà così caratterizzato da una *responsabilità*

---

<sup>93</sup> Cfr. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, p. 8. L'autore richiama altri due verbi latini dai quali può derivare il termine responsabilità: *respicere*, che significa aspettarsi, attendere, rivolgere lo sguardo, e *res-rem ponderare*, cioè saper valutare le situazioni particolari, soppesando bene tutti i fattori in gioco. Quest'ultimo significato, osserva Turollo, permette un avvicinamento della logica della responsabilità alla *phronesis* aristotelica: si viene infatti a delineare «un'etica che non si basa solo su astratti principi morali, sradicati dal contesto, ma si mostra capace di leggere ed interpretare le storie dei soggetti agenti e delle situazioni in cui essi sono implicati, seguendo la grande lezione dell'ermeneutica contemporanea» (*ibidem*).

<sup>94</sup> Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 65, trad. mia.

<sup>95</sup> *Ibidem*, trad. mia.

<sup>96</sup> Cfr. *ivi*, p. 66. Relativamente a questo aspetto, cfr. I.C. De Paula, N. Comoretto, *Per una medicina centrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente*, in «Medicina e Morale», 55 (2005), n. 3, p. 560. In questo saggio gli autori sottolineano come il rapporto asimmetrico tra medico e paziente non possa essere superficialmente descritto come «relazione», intendendo con questo

*reciproca*, pur nella consapevolezza che il carico maggiore di responsabilità cade nella figura del professionista. Si tratta di un impegno che, come si è visto dall'analisi dell'atto di professione, il medico ha assunto divenendo un professionista e che gli richiede di volgere lo sguardo verso il paziente e il suo vissuto di malattia e di valutare le situazioni cliniche particolari, soppesando tutti i fattori in gioco. A sua volta il paziente, nel momento in cui permette al professionista di entrare nel suo mondo-della-vita, continua a svolgere una funzione attiva all'interno del rapporto interpersonale così instauratosi, assumendosi la responsabilità delle proprie azioni anche dinnanzi al medico.

Il secondo *mode* dell'interazione clinica è la fiducia (*trust*) e, com'era avvenuto nell'analisi sulla responsabilità, essa viene descritta come una caratteristica fondamentale del rapporto medico-paziente proprio a partire dalla constatazione del carattere asimmetrico di tale relazione interpersonale. Questo aspetto, si badi bene, non caratterizza esclusivamente l'interazione clinica, ma si presenta in qualsiasi rapporto che si instaura tra chi svolge una determinata professione e colui che vi si rivolge per ottenere i benefici che quest'ultima può apportare. Come giustamente sottolinea Da Re,

il rapporto professionista-destinatario è per sua essenza un rapporto di tipo fiduciario. Per quanto ci si proponga di ridimensionare l'asimmetria, rimane assodato che il destinatario, proprio perché si colloca in una posizione, per così dire, di dipendenza, deve fidarsi del professionista<sup>97</sup>.

Anche alla professione medica sono pertanto richieste l'instaurazione e il rispetto della regola della fiduciarità: in assenza di quest'ultima infatti l'interazione clinica rischia di trasformarsi da proficuo rapporto interpersonale a vuoto esercizio di ruoli<sup>98</sup>. L'aspetto della fiducia risulta così importante per Pellegrino e Thomasma che, denominando il modello di etica medica da essi proposto, affiancano il termine *trust* a

---

termine «il semplice “tu stai lì, io qui”, il “tu parli, io ascolto”, una distinzione di ruoli che, benché necessaria, non può da sola definire il rapporto caratterizzante l'atto medico». Tale rapporto implica invece una vera e propria *comunicazione*, intendendo con quest'ultimo termine «il “far parte ad altri di qualcosa”, l'“essere in rapporto scambievole con qualcuno”». Il rapporto medico-paziente descritto in questi termini richiederà perciò un contatto e una trasmissione reciproca di qualcosa, oltre che la presenza di obiettivi comuni e la condivisione di idee e valori (*ivi*, pp. 560-561). Di conseguenza, le responsabilità che sorgono in ogni interazione clinica non potranno che riguardare, anche se con carichi diversi, entrambi i soggetti che ne prendono parte, cioè sia chi cura sia chi ha bisogno di essere curato.

<sup>97</sup> Da Re, *Vita professionale ed etica*, cit., pp. 109-110.

<sup>98</sup> Sottolineando come tra medico e paziente non sia sufficiente la buona fede richiesta invece dalla natura giuridica di un contratto ed evidenziando perciò l'inevitabile presenza del vincolo fiduciario in ogni interazione clinica, Domenico Lombardi in un suo saggio relativo agli aspetti essenziali delle professioni sanitarie si esprime in questo modo: «Se il rapporto fiduciario si spegne, quasi tutta la relazione con l'assistito tende a ridursi ad una prassi impersonale, a formule cartacee, a dati strumentali», Id., *L'essenziale nelle professioni sanitarie: riflessioni di un clinico*, in «Medicina e Morale», 51 (2001), n. 1, p. 94.

quello di *beneficence*, suggerendo così il paradigma della “beneficenza-nella-fiducia” (*beneficence-in-trust*).

Gli altri due *modes* dell'interazione clinica, ossia l'orientamento alla decisione e l'eziologia, anticipano aspetti che verranno maggiormente esaminati nel paragrafo successivo dedicato a una riflessione critica sul giudizio clinico. Pellegrino e Thomasma osservano innanzitutto come la medicina sia sempre orientata alla decisione (*decision oriented*)<sup>99</sup>: l'aspetto decisionale infatti permea l'attività di coloro che operano per la salute umana e questo innanzitutto perché

la mano aiutante volta al paziente appartiene ad una persona impegnata nella ricerca del benessere del malato [atto di professione]<sup>100</sup>.

Inoltre, il processo che conduce a una decisione clinica, la quale permetterà poi di dare inizio a “una buona e giusta azione di cura” (atto di medicina), non è mai esattamente il medesimo in due pazienti con la stessa diagnosi. Il medico deve quindi compiere continuamente delle scelte e anzi, come emergerà nelle righe seguenti, ogni momento del giudizio clinico può essere definito un procedimento decisionale.

Infine, dal momento che in natura non esistono due soggetti esattamente uguali, una medesima malattia si svilupperà e si manifesterà sempre in forme diverse, nonostante possano essere individuate delle costanti. L'interazione clinica dunque dovrà ricercare anche le cause soggettive che hanno determinato l'insorgenza della malattia in quel particolare paziente. L'ultimo *mode* dell'interazione clinica consiste quindi nell'eziologia, intesa come l'analisi dei molteplici fattori che determinano la natura e la comparsa della malattia nel singolo soggetto. Come sottolineano Pellegrino e Thomasma,

questo insieme di cause è la fonte della complessità dell'interazione clinica e il probabile motivo per il quale i medici sono così esitanti nello spiegare dettagliatamente la logica che sta alla base di ogni processo di decisione clinica<sup>101</sup>.

Alla luce di queste considerazioni relative all'interazione clinica, si può affermare che quest'ultima rappresenta un evento *multiforme*, ma paradossalmente così *singolare*, da non poter essere ripetuto quotidianamente allo stesso modo da coloro che esercitano la professione medica. Oltre a dover prestare notevole attenzione alle cause oggettive e soggettive che possono aver determinato una patologia, il medico dovrà tenere in

---

<sup>99</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 67.

<sup>100</sup> *Ibidem*, trad. mia.

<sup>101</sup> *Ivi*, p. 68, trad. mia.

considerazione anche la storia del suo paziente, la particolare situazione esistenziale che quest'ultimo sta vivendo, le sue aspettative sia verso le prestazioni del professionista sia verso la propria vita, i livelli di cura richiesti e tutte quelle tecnologie della medicina alle quali può attingere per trovare la migliore soluzione ai bisogni del malato.

Di fronte a questa oggettiva complessità, si può maggiormente evincere l'importanza del rapporto fiduciario, che, come già emerso, deve necessariamente caratterizzare qualsiasi interazione clinica: senza una consapevole e reciproca fiducia tra medico e paziente non sarà infatti possibile avviare alcuna "buona e giusta azione di cura" che miri ad agire nel miglior interesse di quel particolare malato il cui equilibrio psico-fisico è stato alterato dall'evento patologico.

### 5.6 Il giudizio clinico

Un ulteriore impegno richiesto alla filosofia della medicina per comprendere ancor più in profondità la pratica medica consiste in una riflessione critica nei confronti del giudizio clinico. Vorrei sottolineare fin da ora come le riflessioni che seguiranno non hanno assolutamente la presunzione di fornire un'esauriente discussione di un processo così complesso qual è il giudizio clinico. Ciò che invece si cercherà di mettere in luce, osservando le molteplici concatenazioni di procedimenti decisionali che intrinsecamente lo caratterizzano, sarà l'inevitabile presenza al suo interno di diversi tipi di ragionamento (non esclusivamente basati su regole razionali).

Cercando di analizzare le caratteristiche costitutive del giudizio clinico, da Pellegrino e Thomasma definite *forms of medicine* (forme della medicina), gli autori osservano come quest'ultimo debba sostanzialmente trovare la risposta a tre generiche questioni: Cosa c'è che non va (*What can be wrong*)? Cosa può essere fatto (*What can be done*)? Cosa dovrebbe esser fatto per questo particolare paziente (*What should be done for this patient*)<sup>102</sup>? Tali interrogativi non possono essere considerati come indipendenti l'uno dall'altro, quasi che una volta trovata la risposta al primo di essi ci si diriga verso la soluzione della seconda questione senza più tornare sulla precedente. In realtà queste tre domande sono così interdipendenti tra loro da rendere ancora più complesso il compito di rispondere singolarmente a ognuna di esse.

---

<sup>102</sup> Cfr. *ivi*, p. 134.

“*What can be wrong?*” è la domanda diagnostica la cui risposta può essere ricavata dal rilievo e dalla valutazione degli elementi clinici, cioè di tutti quei fenomeni che potrebbero dimostrare la presenza o meno dell'evento patologico che li ha provocati. Sono da considerarsi elementi clinici

sia i disturbi che possono essere riferiti dal soggetto (sintomi), sia i rilievi che il medico può rilevare all'esame obiettivo (segni), sia i risultati di esami strumentali e quelli degli esami di laboratorio<sup>103</sup>.

In questa prima fase del processo decisionale rivestono una notevole importanza le osservazioni effettuate dal medico, ma occorre sottolineare come relativamente a queste ultime il professionista non compia tutte quelle possibili, ma solamente quelle che egli reputa importanti o rilevanti per le ipotesi diagnostiche che una dopo l'altra stanno sorgendo nella sua mente. E' importante sottolineare inoltre come quest'ultima non possa essere considerata una *tabula rasa* in quanto contiene teorie, esperienze, errori già commessi, accorgimenti tecnici, casi risolti e non. E' per questo motivo che Dario Antiseri e Mario Timio si esprimono a riguardo con queste parole:

Tutti i medici non si avvicinano mai ad un malato con la mente vuota: la mente del medico è una *mente da medico*<sup>104</sup>.

Cercando una risposta alla domanda “*What can be wrong?*” e tentando di giungere così ad una conclusione diagnostica, l'osservazione, benché necessaria, non è sufficiente e perciò gli elementi clinici raccolti dovranno essere attentamente esaminati alla luce di regole deduttive e probabilistiche. L'applicazione di tali principi permetterà un passaggio da quella competizione che inevitabilmente sorge tra le congetture diagnostiche, ossia tra le diverse ipotetiche soluzioni avanzate, a quella fase dell'iter conoscitivo denominato “diagnosi differenziale”: quest'ultima

si effettua proprio cancellando a una a una le varie ipotesi, per corroborarle o smentirle sul piano consequenziale<sup>105</sup>.

---

<sup>103</sup> C. Scandellari, *La diagnosi clinica. Principi metodologici del procedimento decisionale*, Masson, Milano 2005, p. 30.

<sup>104</sup> D. Antiseri – M. Tomio, *La medicina basata sulle evidenze. Aspetti epistemologici*, Edizioni Memoria, Cosenza 2000, p. 44. Con uno sguardo più ampio e quindi non limitato solo a ciò che avviene nell'atto diagnostico, desidero riportare alcune significative riflessioni di Nelson Goodman (*I linguaggi dell'arte* (1968), ediz. it. a cura di F. Brioschi, Il Saggiatore, Milano 1976, pp. 12-13): «Non esiste occhio innocente. Quando si pone al lavoro l'occhio è sempre antico, ossessionato dal proprio passato e dalle suggestioni, vecchie e nuove, che gli vengono dall'orecchio, dal naso, dalla lingua, dalle dita, dal cuore e dal cervello. [...] La ricezione e l'interpretazione non sono attività separabili; esse sono del tutto interdipendenti».

<sup>105</sup> Antiseri – Tomio, *La medicina basata sulle evidenze*, p. 92.

Tra le diverse congetture diagnostiche andrà perciò scelta la “migliore”, cioè quella che costituirà la diagnosi vera e propria e che permetterà poi di proseguire l’atto medico mediante la decisione della terapia e la formulazione della prognosi. Per Pellegrino e Thomasma, questa fase di diagnosi preferenziale non deve prevedere solamente l’applicazione dei criteri probabilistici della statistica poiché a essi possono essere affiancate come pertinenti e proficue anche le leggi della dialettica: a riguardo gli autori sottolineano come

il processo diagnostico risulta in particolar modo importante nella scienza laddove è stata mostrata la tendenza psicologica a provare piuttosto che a disapprovare un’ipotesi<sup>106</sup>.

Va comunque sottolineato come la conoscenza e l’applicazione di regole probabilistiche e dialettiche alla valutazione degli elementi clinici non cancelli l’inevitabile incertezza che pervade ogni passo del processo diagnostico e di conseguenza persino la stessa conclusione diagnostica: quest’ultima infatti, essendo per sua natura incerta e soggetta perciò a errore, rimane ipotetica e verificabile quasi sempre solo a posteriori, cioè attraverso l’osservazione degli esiti della terapia e del decorso clinico.

Dopo aver raggiunto una conclusione diagnostica, l’attenzione del medico si volge verso un ulteriore interrogativo, che Pellegrino e Thomasma definiscono “questione terapeutica”: il medico si chiede infatti quale azione di cura potrebbe essere intrapresa per rimuovere o ridurre gli effetti prodotti dalla malattia sul singolo paziente<sup>107</sup>. Affinché possa essere individuata un’azione terapeutica adeguata a un determinato paziente, saranno indispensabili in primo luogo quel corpo di conoscenze tecnico-scientifiche capaci di individuare le cause dello squilibrio psico-fisico avvertito dal malato. In secondo luogo, si rende necessario anche quell’insieme di informazioni riguardanti l’efficacia e la tossicità delle diverse possibili terapie, soprattutto gli spiacevoli effetti collaterali e i pericoli che alcune di esse possono apportare. Dovranno pertanto essere svolte delle valutazioni rischi-benefici, che tengano anche in considerazione il volere del paziente e rispettino la sua capacità di autodeterminazione.

---

<sup>106</sup> Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 129, trad. mia. Di tutt’altro avviso invece Cesare Scandellari (*La diagnosi clinica*, p. 135), che, sottolineando l’intrinseca natura ipotetica caratterizzante qualsiasi conclusione diagnostica, conclude la sua argomentazione con queste parole: «E’ allora evidente che la scelta diagnostica – o, per meglio dire, l’atto diagnostico vero e proprio – non può che obbedire ai criteri suggeriti dalla scienza che studia la quantificazione dell’incertezza, cioè ai criteri probabilistici della statistica. Il criterio con cui deve essere formulata la diagnosi è quindi quello di probabilità e l’ipotesi finale da preferire è pertanto l’ipotesi più probabile».

<sup>107</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 130.

Di conseguenza, Pellegrino e Thomasma concludono giustamente l'analisi relativa alla questione terapeutica affermando che

la scelta di quale azione da raccomandare coinvolge molte più questioni di valori rispetto alla diagnosi<sup>108</sup>.

Gli studiosi osservano come l'avvicinarsi sempre più al fine del processo del giudizio clinico, ossia l'individuazione della "buona e giusta azione di cura verso un particolare paziente", non comporti indubbiamente una totale cancellazione del ragionamento scientifico e probabilistico, ma sicuramente un ridimensionamento di quest'ultimo e un conseguente incremento dell'importanza d'attribuirsi al discorso dialettico. Tutto ciò si può ravvisare già nel rispondere alla domanda terapeutica poiché stabilire quale trattamento possa essere considerato il più efficace e il meno dannoso per il paziente chiama sicuramente in causa non solo l'analisi di dati oggettivi e scientifici, ma anche questioni di valore.

L'ultima domanda a cui il giudizio clinico deve cercare una risposta riguarda il cosa dovrebbe esser fatto per un determinato paziente. Ponendosi tale interrogativo, possono sorgere delle contrapposizioni tra ciò che viene ritenuto scientificamente "buono" e ciò che il medico e il paziente invece intendono con questo termine. Si potrebbero infatti verificare dei conflitti fra valori scientifici, personali e professionali poiché prendere la giusta decisione per il singolo paziente significa dare un corretto peso alle caratteristiche psicologiche, sociali ed economiche del paziente stesso, senza tuttavia trascurare ciò che è scientificamente "buono" per la sua guarigione (cioè il bene ottenibile attraverso gli interventi terapeutici e la competenza medica in senso tecnico) e le convinzioni del medico. A questo punto del processo del giudizio clinico, il ragionamento risulta principalmente dialettico, etico e retorico<sup>109</sup>, poiché le conclusioni ottenute dai due precedenti interrogativi dovranno essere riesaminate alla luce di tutte quelle sfumature etiche che inevitabilmente si accentuano nel momento in cui debbano essere posti a confronto l'azione terapeutica raccomandata scientificamente con i valori del professionista e quelli del paziente. Pellegrino e Thomasma rilevano come in questa

---

<sup>108</sup> *Ivi*, p. 132, trad. mia.

<sup>109</sup> Cfr. *ivi*, p. 134. Pertanto, come sottolinea Giovanni Federspil (*Il sapere medico e l'agire clinico*, in A. Bompiani (a cura di), *Formare un buon medico. Prospettive a confronto*, Franco Angeli, Milano 2006, p. 137), «con l'approssimarsi della scelta definitiva dell'azione buona e giusta per un particolare paziente, il carattere empirico-tecnico del processo decisionale va scemando, mentre il suo carattere dialettico-morale va stabilizzandosi».

particolare e delicata fase del processo sul giudizio clinico possa giocare un ruolo determinante l'abilità di persuasione: questo speciale strumento infatti potrebbe essere utilizzato sia dal medico sia dal paziente allo scopo di influenzare le altrui posizioni su quale possa essere considerata la “buona e giusta azione di cura”<sup>110</sup>.

### *5.7 Le principali caratteristiche del modello proposto*

Credo che l'analisi dell'approccio fenomenologico qui proposto e i risultati ottenuti mediante lo stesso possano confermare quanto preannunciato nel capitolo precedente relativamente al fine della medicina e al carattere morale della pratica medica. Ogni interazione clinica deve prevedere la messa in atto di “una giusta e buona azione di cura presa negli interessi di un particolare paziente”, risultato questo che, per essere raggiunto, richiede un'attiva e responsabile collaborazione sia da parte del medico sia da parte dello stesso paziente. Non è infatti sufficiente che l'azione curativa sia tecnicamente corretta, cioè ricavata in maniera oggettiva dal medico; essa deve essere anche buona, in sintonia quindi con i valori del paziente e del professionista.

A questo punto ci si potrebbe chiedere se tale sintonia di valori possa davvero realizzarsi in ogni contesto clinico o se, qualora ciò non si verifichi, esistano dei criteri per superare questa difficoltà. Rimane inoltre un altro interrogativo: visto che l'agire del medico deve dar avvio a una giusta e buona azione di cura presa nell'interesse del malato e promuovere quindi il bene del paziente, come definire quest'ultima nozione?

Pellegrino e Thomasma, prima di passare alla trattazione della complessa nozione di bene del paziente, tracciano le caratteristiche più importanti del modello della *beneficence-in-trust* (“beneficenza-nella-fiducia”). Va innanzitutto precisato come gli autori, consapevoli della multiformità del rapporto medico-paziente, siano consapevoli di non poter definire adeguatamente quest'ultimo mediante un unico modello. Pellegrino e Thomasma non hanno perciò assolutamente la presunzione che il paradigma della “beneficenza-nella-fiducia” riesca a far luce su tutti i problematici aspetti che caratterizzano l'interazione clinica.

#### 1) Scopo benefico della medicina

La medicina è una forma di beneficenza in quanto è la risposta al bisogno o alla

---

<sup>110</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 135.

richiesta di aiuto da parte di una persona malata. Questa particolare attività umana costituisce l'aspetto tecnicamente e professionalmente competente di una disposizione verso l'altro che ha carattere universale:

aiutare il malato [infatti] è un obbligo generale che coinvolge tutti gli uomini, anche coloro che non sono sanitari di professione<sup>111</sup>.

In particolare il medico, possedendo conoscenze e abilità specifiche, opera al fine di arrecare beneficio agli altri, presentandosi quindi come colui che può aiutare ed agire professionalmente per il bene del paziente.

## 2) Primato della condizione esistenziale del paziente

Visto che la medicina è la risposta alla richiesta di aiuto formulata da una persona che si trova in uno stato di bisogno, si ritiene che i problemi e le esigenze del malato costituiscano l'interesse primario del medico. L'attenzione del professionista dovrebbe quindi essere rivolta alla condizione esistenziale del paziente, senza tuttavia dimenticare il rispetto per le prescrizioni contenute nei tradizionali codici professionali e quelle dettate dal contesto istituzionale e sociale all'interno del quale egli opera.

## 3) Classificazione gerarchica non automatica dei valori

La terza caratteristica del modello della *beneficence-in-trust* sottolinea come, relativamente ai valori morali, non possa essere stabilita a priori alcuna gerarchia. Una classificazione automatica dei valori viene invece realizzata sia dal paternalismo sia dal modello dell'autonomia: mentre nella prima proposta teorica il primato è assegnato a priori al bene del paziente inteso semplicemente in termini medici, nel secondo paradigma il diritto del malato all'autodeterminazione viene anteposto a tutti gli altri valori. In base al modello della "beneficenza-nella-fiducia", invece, ogni paziente deve essere trattato nella sua singolarità, per quanto riguarda gli aspetti fisico-fisiologici e morali e pertanto i valori di una persona non potranno esser ordinati secondo alcuna gerarchia prestabilita. Di conseguenza, il modello proposto da Pellegrino e Thomasma esige la disponibilità a un dialogo e a una negoziazione costanti: tale modello infatti

richiede che pazienti e medici siano messi in grado di identificare, classificare, discutere e negoziare i valori e definire il bene specifico di un determinato paziente<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., pp. 85-86. Si tengano presenti le considerazioni relative al dovere di beneficenza svolte nei capitoli I e II di questo elaborato.

<sup>112</sup> *Ivi*, p. 87.

#### 4) Consenso

Poiché non è possibile né imporre dei valori né prendere decisioni nel migliore interesse dei pazienti senza la loro partecipazione, per il modello proposto da Pellegrino e Thomasma il consenso diviene un criterio irrinunciabile di eticità. Va notato come il paternalismo e il modello dell'autonomia risultino proposte attraenti per l'etica medica soprattutto perché sembrano facilitare il processo decisionale: in questi due paradigmi il centro delle decisioni risulta essere rispettivamente o il medico o il paziente, non ritenendo così indispensabili un dialogo reciproco e uno scambio di idee tra i due soggetti dell'interazione clinica. Il modello della *beneficence-in-trust*, invece, considera di fondamentale importanza ottenere il consenso da parte del paziente; quest'operazione richiede indubbiamente tempo e dispendio di energie, soprattutto perché, per poter essere considerato valido, il consenso dev'essere continuamente verificato, esigendo così un costante dialogo tra il paziente e il personale medico.

#### 5) Prudenza

Il modello della *beneficence-in-trust*, cercando di coniugare la beneficenza con l'autonomia, deve tentare di risolvere le problematiche etiche che inevitabilmente sorgono all'interno di particolari contesti clinici, impegnandosi a proteggere il più possibile sia i valori del paziente sia quelli del medico. Di conseguenza, a parere di Pellegrino e Thomasma in queste situazioni dev'essere scelto

un approccio guidato dal consenso, orientato al paziente, nel quale vengono espressi giudizi guidati dalla prudenza, su una base individuale, paziente per paziente<sup>113</sup>.

#### 6) Assiomi

Infine, in base al modello della *beneficence-in-trust*, la relazione medico-paziente è regolata da quattro assiomi specifici:

- «*Sia il medico che il paziente devono essere liberi di prendere decisioni sulla base della conoscenza dei dati e di agire come agenti morali pienamente autorizzati*»<sup>114</sup>.

Questo assioma sottolinea come tanto il medico quanto il paziente siano persone che meritano rispetto e come nessuno dei due debba imporre all'altro i propri valori. Ognuno di essi infatti, in quanto vero e proprio agente morale, può esprimere, sia attraverso le parole sia mediante le azioni, i propri valori senza coercizione né inganno. Inoltre,

---

<sup>113</sup> *Ivi*, p. 88.

<sup>114</sup> *Ivi*, p. 89.

qualora sorgano conflitti non risolvibili, proprio perché nessuna delle due parti deve dettare i suoi valori all'altra, il medico e il paziente devono essere liberi di recedere dal rapporto.

- «*I medici hanno la responsabilità maggiore nel rapporto a causa dell'intrinseca disparità di informazione e di potere tra questi e coloro che sono malati*»<sup>115</sup>. Ritorna qui il tema dell'intrinseca asimmetria caratterizzante l'interazione clinica: a causa della particolare natura del rapporto terapeutico, il medico è obbligato a usare le sue conoscenze e il suo potere con il dovuto riguardo perché il paziente, dovendo affrontare la difficile esperienza della malattia, è una persona vulnerabile e potenzialmente sfruttabile.

- «*I medici devono essere individui di personale integrità morale*»<sup>116</sup>. In questo assioma viene sottolineata l'importanza del carattere morale dei medici: questi ultimi, infatti, devono essere capaci di formulare giudizi morali prudenti relativamente alle particolarità di ogni singolo caso. Il bene del paziente, obiettivo questo che dovrebbe guidare le diverse azioni terapeutiche, dipende sicuramente dalle conoscenze e dalle abilità specifiche del medico, ma anche dalla sua integrità morale. Di conseguenza, la formazione del buon medico non potrà tralasciare lo studio delle *Medical Humanities*<sup>117</sup>

---

<sup>115</sup> *Ibidem*.

<sup>116</sup> *Ivi*, p. 90.

<sup>117</sup> Rientrano nelle *Medical Humanities* l'etica biomedica, il diritto sanitario, la storia della medicina, la filosofia e la teologia della medicina, la sociologia della salute, la psicologia medica, l'economia sanitaria, la politica sanitaria, la pedagogia medica e l'antropologia medica. Cfr. P. Cattorini, *Narrare il dolore. Il ruolo delle Medical Humanities*, in «La rivista italiana di cure palliative», 5 (2005), n. 4, p. 28. Relativamente al movimento che ha permesso la diffusione delle *Medical Humanities* all'interno delle strutture universitarie mediche, va precisato come esso si sviluppò negli Stati Uniti intorno agli anni Sessanta del secolo scorso. Fu proprio in quel periodo e in quel luogo infatti che sorse il *Committee on Medical Education and Theology*, ossia un comitato con un'ispirazione inizialmente religiosa costituito da assistenti spirituali e da cappellani di campus universitari. Costoro erano mossi da una forte preoccupazione pedagogica: allarmati dalla crescente tendenza in medicina a separare il fatto tecnico da quello umano, identificavano l'insegnamento come la causa principale di questa spersonalizzazione della pratica medica. A loro parere infatti l'educazione impartita agli studenti di medicina privilegiava una specie di medicina meccanicistica e necessitava pertanto di significativi mutamenti capaci di riportare i valori umani al centro della pratica medica. Ai promotori di questo comitato si aggiunsero anche alcuni medici, tra i quali Edmund Pellegrino, e nel 1968 il gruppo, che non aveva più una connotazione esclusivamente religiosa, assunse il nome di "*Society for Health and Human Values*". Questo comitato, grazie anche al sostegno economico di un sostanzioso budget federale (il cosiddetto *National Endowment for the Humanities*), si impegnò fortemente nella «disseminazione delle *Medical Humanities* nelle scuole di medicina degli Stati Uniti» per promuovere un riavvicinamento tra la formazione umanistica e quella tecnico-scientifica (S. Spinsanti, *Una prospettiva storica*, in R. Bucci (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadigroma, Roma 2006, p. 18). Oltre al positivo progetto culturale elaborato dalla *Society for Health and Human Values*, va sottolineato il forte impegno dimostrato da Pellegrino per l'introduzione delle *Medical Humanities* nelle scuole di medicina: tra il 1968 e il 1978 egli visitò infatti oltre ottanta istituzioni universitarie, sensibilizzando professori e studenti «alla necessità di

né tanto meno sottovalutare l'importanza dello sviluppo di quelle capacità necessarie per la formulazione di giudizi morali<sup>118</sup>.

- «*I medici devono rispettare e comprendere la complessità morale, non abbandonando tuttavia la ricerca di ciò che è giusto e buono in ogni decisione*»<sup>119</sup>. Nella professione medica possono sorgere dei conflitti e dilemmi morali, i quali danno vita ad accesi dibattiti che sembrano spesso senza alcuna conclusione definitiva. Nonostante possano creare disorientamento e risultare inoltre indubbiamente frustranti, tali conflitti non devono comunque scoraggiare gli operatori sanitari. I medici infatti devono essere attivamente impegnati nel prendere decisioni morali assieme ai loro pazienti e pertanto l'agire medico va inteso come una costante scelta fra varie alternative, non solo tecniche, ma anche morali.

Potremmo quindi dire che il nodo centrale del modello della “beneficenza-nella-fiducia” in medicina è costituito dall'importante dialogo sui valori fra coloro che prendono parte all'interazione clinica: questa negoziazione risulta necessaria perché nessun valore può prevalere a priori sugli altri, nonostante il principio ad agire per il bene del paziente debba guidare l'intera discussione. Pellegrino e Thomasma propongono perciò un modello che abbia come obiettivo principale il far emergere in ogni evento clinico sia i valori dei pazienti sia quelli dei medici: l'interazione clinica è infatti caratterizzata dall'incontro di più agenti morali e pertanto una visione individualistica, centrata tutta sul paziente o totalmente sul medico, come quella che emerge rispettivamente nel modello dell'autonomia e del paternalismo, risulta a parere degli studiosi molto riduttiva. Ponendo l'accento sul procedimento decisionale del singolo individuo ed enfatizzando la libertà di quest'ultimo dalle costrizioni che la società potrebbe imporgli, il paternalismo e il modello dell'autonomia potrebbero essere definite due forme di etica individualistica, che giungono a tralasciare un intrinseco aspetto dell'interazione clinica, cioè il suo essere un rapporto interpersonale che prevede una negoziazione tra i valori di coloro che vi prendono parte. Il modello della

---

introdurre le *medical humanities* nell'insegnamento della medicina e fornendo egli stesso dimostrazioni di come questo insegnamento poteva essere condotto» (*ivi*, p. 19). Cfr. inoltre Bucci, *La diffusione attuale*, in Id. (a cura di), *Manuale di medical humanities*, pp. 43-46.

<sup>118</sup> Cfr. E.J. Cassell, *The Place of the Humanities in Medicine*, The Hastings Center, New York 1984; G. Federspil, *Le Humanities e il ragionamento clinico*, in «*Medic*», 12 (2004), n. 3, pp. 27-36; P. Cattorini, *Il ruolo dell'etica nella formazione del medico*, in Id. – V. Ghetti (a cura di), *La bioetica nelle facoltà di medicina*, Franco Angeli, Milano 1997, pp. 17-27.

<sup>119</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., p. 90.

“beneficenza-nella-fiducia”, invece, pur facendo coincidere il fine morale della medicina con la promozione del bene del paziente, considera quest’ultimo un *bene relazionale*: si tratta infatti di un bene che si crea all’interno di un particolare rapporto umano e che non può pertanto essere totalmente identificato né con il bene medico, né con il bene di un singolo individuo, né tanto meno con il bene della società<sup>120</sup>.

Il modello della *beneficence-in-trust* giunge così ad incorporare quello che Pellegrino e Thomasma definiscono il *centro morale* della medicina<sup>121</sup>, ossia l’interazione clinica intesa appunto come un particolare rapporto umano che dà avvio a scelte e azioni terapeutiche deliberate di comune accordo dai medici e dai pazienti. Poiché chiunque prende parte a tale interazione agisce secondo le proprie idee di bene, dovrà esistere tra medico e paziente un dialogo aperto e libero, così da pervenire ad un autentico consenso nelle diverse decisioni cliniche. Queste ultime devono essere perciò reciprocamente discusse e concordate e, nel caso in cui la capacità del paziente di accordarsi con il proprio medico risulti indebolita a causa della malattia o addirittura impossibile dinnanzi a situazioni di emergenza, il professionista dovrà agire in qualità di rappresentante del paziente stesso, cercando di rispettare le sue eventuali precedenti dichiarazioni. Tuttavia, anche in queste particolari situazioni, il bene del paziente deve costituire l’obiettivo principale di ogni scelta ed azione terapeutica.

### 5.8 I quattro significati di bene del paziente

Sostenendo che la medicina è chiamata ad agire per il bene del paziente e ritenendo quindi la beneficenza il principio morale fondamentale dell’etica medica, Pellegrino e Thomasma ritengono necessaria un’attenta analisi del concetto di bene del paziente. Com’è già stato accennato, all’interno di questo concetto si possono distinguere per lo meno quattro significati legati l’uno all’altro, ma al tempo stesso distinti tra loro. La nozione di bene del paziente non può perciò essere intesa in maniera univoca e viene infatti ad articolarsi secondo questi quattro elementi: il bene biomedico, il miglior interesse del paziente, il bene del paziente in quanto persona e il bene supremo.

Prima di analizzare questi quattro significati di bene del paziente, va innanzitutto precisata la distinzione tra il bene così com’è concepito dai partecipanti alle decisioni

---

<sup>120</sup> Cfr. *ivi*, pp. 100-105.

<sup>121</sup> Cfr. *ivi*, pp. 125-126.

cliniche e la sua natura ontologica. Pellegrino e Thomasma non intendono affrontare la spinosa questione dell'oggettività o della non oggettività del bene, ma ritengono che il bene del paziente, essendo un bene particolare, sia da considerarsi inevitabilmente «in rapporto con l'idea che abbiamo del concetto di bene e del Bene in assoluto»<sup>122</sup>. Quindi, come si noterà in seguito, il bene ultimo o supremo non costituisce solamente uno dei quattro elementi della complessa nozione di bene del paziente, ma risulta anche il punto di riferimento, seppur problematico, per le decisioni cliniche, giungendo persino a giustificare e a definire la natura e lo scopo delle scelte morali di coloro che prendono parte all'interazione clinica.

#### 1) Il bene in senso medico

Questo primo livello di bene del paziente si riferisce al bene ottenibile ricorrendo a una competenza medica e include perciò tutti gli effetti degli interventi sanitari sul naturale decorso della malattia, quali cura, prevenzione, contenimento della malattia stessa, miglioramento dei sintomi, ecc. Il bene biomedico è quindi il “bene strumentale” (*instrumental good*) che il paziente richiede al medico: esso si ottiene infatti attraverso gli interventi terapeutici e la competenza medica in senso tecnico<sup>123</sup>. Questo bene deriva pertanto dalle diverse abilità del professionista e dalla sua capacità di prendere decisioni cliniche tecnicamente corrette e di portarle a termine con competenza e in massima sicurezza per il paziente<sup>124</sup>.

Pur costituendo il primo passo verso il raggiungimento del *telos* della medicina, il bene biomedico potrebbe essere totalmente equiparato al bene del paziente, come accade con il modello del paternalismo. Il medico potrebbe infatti non riconoscere l'esistenza di livelli di bene del paziente superiori a quello strumentale oppure credere che, perseguendo meramente quest'ultimo, si possa raggiungere il più alto grado di benessere. Proprio perché il bene biomedico è perseguibile solo attraverso le competenze mediche in senso tecnico, in entrambi i casi il professionista si porrebbe come l'unico agente morale dell'interazione clinica, tralasciando così i valori del paziente e non rispettando la capacità di autodeterminazione di quest'ultimo.

Inoltre, questo primo livello del concetto di bene del paziente non esaurisce il bene

---

<sup>122</sup> *Ivi*, p. 167.

<sup>123</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Moral Choice, the Good of the Patient, and the Patient's Good*, in Engelhardt, Jr., Jotterand, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, op. cit., p. 167.

<sup>124</sup> Cfr. Pellegrino, *The “telos” of medicine and the good of the patient*, cit., p. 25.

che il medico è obbligato a compiere nei confronti del malato<sup>125</sup>: esso non costituisce l'intera responsabilità di colui che esercita la professione medica e infatti il conseguimento del bene strumentale sembra coincidere solo con il raggiungimento del “fine intermedio” (*intermediate end*) della medicina precedentemente accennato. Il bene biomedico allude infatti agli effetti degli interventi medici messi in atto per curare, contenere e/o prevenire le malattie. Tali finalità rischiano per di più di non essere realizzate o di trasformarsi addirittura nel loro opposto qualora il perseguimento del bene strumentale diventi l'unico obiettivo dell'azione terapeutica: risultando assente un'adeguata considerazione del malato e del suo vissuto di malattia così come il rispetto per le proprie capacità, tali interventi, per quanto altamente tecnici e precisi, rischiano di procurare danno o ingiustizia al paziente.

Pellegrino e Thomasma riconoscono come già in questo primo significato di bene del paziente siano coinvolti alcuni giudizi di valore; tuttavia, questi ultimi dovrebbero a loro parere rimanere a un livello minimo e comunque

limitati alla competenza scientifica, al ragionamento clinico equilibrato e ad affermazioni valide dal punto di vista statistico circa la diagnosi, la prognosi e la terapia<sup>126</sup>.

## 2) Il miglior interesse del paziente

Il bene strumentale o biomedico non è né automaticamente né necessariamente percepito come un bene da parte del paziente e deve pertanto essere esaminato alla luce del contesto esistenziale del malato e dei suoi valori<sup>127</sup>. Occorre quindi porre attenzione al bene inteso come miglior interesse del paziente, ossia a ciò che quest'ultimo, in una determinata situazione clinica, ritiene sia meglio per sé. Esso può quindi essere definito bene *soggettivo* e, in quanto tale, non può esser conosciuto se non attraverso le preferenze espresse dal paziente in prima persona. Inoltre, questo secondo modo di intendere il bene del paziente, oltre a variare da malato a malato, è necessariamente *relativo* perché si basa sull'opinione del paziente stesso riguardo a ciò che è nel suo migliore interesse in determinate circostanze e quindi in uno specifico contesto clinico<sup>128</sup>. Questo livello di bene incorpora indubbiamente molti valori poiché,

---

<sup>125</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 169; Pellegrino, *The Lived Experience of Human Dignity*, in President's Council on Bioethics, *Human Dignity and Bioethics*, p. 530.

<sup>126</sup> Pellegrino – Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, p. 170, trad. mia.

<sup>127</sup> Cfr. Pellegrino, *Moral Choice, the Good of the Patient, and the Patient's Good*, cit., p. 170.

<sup>128</sup> Cfr. *ivi*, p. 171.

esprimendo il proprio bene soggettivo, il malato rivela il tipo di vita che desidererebbe condurre, i rischi di un trattamento terapeutico che è disposto ad affrontare e quali invece intenderebbe evitare ed infine i benefici che vorrebbe raggiungere. Quindi, in caso di malattia, si presenteranno varie alternative di trattamento o soluzioni e il paziente capace di intendere e di volere potrà stabilire e comunicare quello che personalmente è il suo bene più auspicabile. In presenza di un paziente con mancata capacità di intendere e di volere, le persone che ne fanno le veci dovranno attenersi il più possibile a ciò che egli avrebbe scelto nel suo miglior interesse qualora fosse stato in grado di scegliere autonomamente.

Va sottolineato come il venire a conoscenza della definizione fornita dal paziente riguardante il proprio miglior interesse non coincida con l'esser d'accordo con essa; scrive Pellegrino:

il fatto che qualcuno ha scelto qualcosa come un bene non lo rende intrinsecamente o strumentalmente tale<sup>129</sup>.

Pertanto, anche questo aspetto del bene non ha valore assoluto e non può esaurire il senso completo di bene del paziente. Esso non va tuttavia tralasciato perché evidenzia come, oltre al medico, anche il malato sia un agente morale all'interno dell'interazione clinica e possa intervenire attivamente nel raggiungimento del suo bene, mettendo a conoscenza il professionista dei propri valori e scelte di vita.

### 3) Il bene del paziente in quanto persona

L'analisi fenomenologica dell'interazione clinica e dell'esperienza di malattia richiamata nelle pagine precedenti ha messo in luce come un paziente viva un nuovo stato esistenziale, caratterizzato dalla dipendenza e dalla vulnerabilità, e ritrovi compromessa la propria autodeterminazione. La malattia infatti interferisce con le normali attività quotidiane della persona, ostacola le sue scelte e i progetti per il futuro, indebolendo così la capacità di agire e di autodeterminarsi (*agency*). Viene quindi messa a repentaglio, per Pellegrino, una caratteristica distintiva dell'essere umano che consiste nella sua capacità di intervenire attivamente nel proprio piano di vita e di selezionare da una varietà di beni quelli che egli preferisce in vista della sua autorealizzazione<sup>130</sup>. Agire per il bene del paziente richiederà quindi un impegno verso il ripristino, per quanto possibile, di questa capacità umana che è stata danneggiata dall'evento

---

<sup>129</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., p. 172.

<sup>130</sup> Cfr. Pellegrino, *Moral Choice, the Good of the Patient, and the Patient's Good*, p. 172.

patologico. Ciò che qui deve essere perseguito è quindi un bene che, rispetto ai precedenti livelli, è generico, comune a tutti gli esseri umani e non stabilito perciò individualmente per una determinata persona e in una specifica circostanza. Il bene del paziente in quanto persona costituisce infatti un tratto caratteristico dell'esistenza umana: per Pellegrino e Thomasma, la capacità di ragionare e di operare ed esprimere delle scelte è un bene così intrinseco all'essere umano che non riconoscerlo significherebbe violare la stessa umanità del paziente. Pertanto, manipolare il consenso di quest'ultimo, ingannarlo o fornirgli informazioni non corrette significa violare il bene del paziente in quanto persona umana e ferire in particolare la sua libertà di scelta<sup>131</sup>.

Il rispetto verso questo livello di bene deve verificarsi anche per quelle persone che, a causa di anomalie patologiche o fisiologiche della funzione celebrale, non possano esprimere la loro capacità di operare delle scelte. In questi casi l'intervento del tutore o dei familiari potrà comunque permettere il rispetto degli interessi del paziente in quanto essere umano. Possono inoltre verificarsi dei casi particolari nei quali un malato, sentendosi emotivamente o intellettualmente oppresso dalla complessità del suo contesto clinico, decida di esercitare la propria libertà scegliendo di non operare alcuna scelta, dando così al medico o a un familiare il mandato di prendere decisioni al suo posto. Anche in queste circostanze il paziente, pur rinunciando a un suo diritto, esercita ed esprime comunque la sua libertà di scelta.

Prima di passare al livello successivo, vorrei sottolineare come nel testo *Medicina per vocazione* Pellegrino e Thomasma definiscano questo terzo significato del concetto di bene con il termine "autonomia"<sup>132</sup>. Evidenziando come l'aspetto benefico che caratterizza la professione medica non possa totalmente identificarsi con il perseguimento del bene biomedico o strumentale, gli studiosi affermano che la *beneficence*, la quale costituisce il fondamento dell'etica medica, includa il rispetto e la promozione dell'autonomia del malato. Intesa in questi termini quindi la beneficenza non potrà entrare in conflitto con l'autonomia proprio perché quest'ultima è inclusa nel concetto di bene del paziente. E' pertanto attraverso questa idea di bene come insieme composito che il modello della *beneficence-in-trust* proposto da Pellegrino e Thomasma

---

<sup>131</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>132</sup> Cfr. Pellegino – Thomasma, *Medicina per vocazione*, p. 172. Per l'edizione inglese del testo, cfr. Id., *Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care*, Georgetown University Press, Washington DC 1997, p. 138.

include al proprio interno il concetto di autonomia. Quest'ultima quindi non potrà essere considerata come il lato opposto rispetto all'obbligazione del medico ad agire per il bene del paziente e, qualora sorgano dei conflitti, questi non si verificano tra beneficenza e autonomia, ma semmai tra paternalismo e autonomia.

#### 4) Bene ultimo o supremo

Il quarto significato da attribuire al concetto di bene del paziente è costituito dal “bene ultimo o supremo” (*the good of last resort, the spiritual good*), spesso espresso in termini spirituali e collegato al destino ultimo delle persone. Esso viene infatti definito da Pellegrino e Thomasma con queste parole:

il fine della vita umana così come viene inteso dal paziente, il suo punto di vista relativamente al significato e al destino della vita, le posizioni assunte riguardo ai rapporti con altri uomini e donne, il mondo e Dio<sup>133</sup>.

Il bene supremo costituisce perciò quel bene che tendiamo a porre al di sopra degli altri e al quale ricorriamo per la giustificazione ultima delle nostre azioni. Pertanto, il bene ultimo è quello in base al quale il malato regola le sue scelte e il proprio progetto di vita, costituendo così «il punto di partenza del ragionamento morale di una persona»<sup>134</sup>. Questo quarto livello di bene del paziente, nonostante sia definito come bene supremo o spirituale, non è necessariamente collegato ad una visione trascendente o religiosa.

Pellegrino e Thomasma sottolineano come, nelle decisioni concrete che inevitabilmente caratterizzano i diversi contesti clinici, questi quattro elementi di bene del paziente si presentino mescolati tra loro e come ognuno di essi debba essere oggetto di comprensione e di rispetto. A volte questi aspetti del bene possono dar luogo a conflitti tra gli stessi, rischiando addirittura di paralizzare il processo decisionale; per far fronte a tali situazioni gli autori suggeriscono perciò due schemi: mentre il primo, definito metaetico, rimanda a un ordine gerarchico dei quattro significati di bene, il secondo, ossia lo schema procedurale, consiste in un processo a più fasi che viene messo in atto in mancanza di chiari consensi riguardo all'importanza relativa ai diversi valori o beni.

---

<sup>133</sup> Pellegrino – Thomasma, *Per il bene del paziente*, trad. it. cit., p. 174.

<sup>134</sup> *Ivi*, p. 185.

### *5.9 Lo schema metaetico e lo schema procedurale per la risoluzione dei conflitti*

Lo schema metaetico per la risoluzione dei conflitti fissa delle priorità tra i diversi beni sulla base di criteri filosofici: in questo modo, facendo ricorso ai contributi apportati dalla filosofia della medicina, si stabilisce e si giustifica una gerarchia di precedenze tra gli stessi beni. Si tratta perciò di uno schema che fornisce un ordine gerarchico dei quattro elementi che compongono il bene del paziente precedentemente esposti.

Questi ultimi vengono quindi ripresentati dagli autori in ordine progressivo di importanza:

- 1) il bene ultimo o supremo, cioè il criterio ultimativo in relazione al quale il malato regola le sue scelte e il proprio progetto di vita complessivo;
- 2) il bene del paziente in quanto persona umana, ossia la capacità di autodeterminarsi e di operare delle decisioni in vista della propria realizzazione;
- 3) il miglior interesse del paziente, vale a dire la valutazione soggettiva da parte del malato relativamente a ciò che egli ritiene sia meglio per sé in una determinata situazione clinica;
- 4) il bene biomedico o strumentale, cioè il bene ottenibile attraverso interventi terapeutici e competenza tecnica.

Come si può osservare, in questa gerarchia il bene ultimo o supremo ha la precedenza sugli altri significati di bene: esso costituisce infatti il punto di partenza del ragionamento morale di una persona, ma anche il suo costante modello di riferimento nel momento in cui risultino necessarie delle scelte tra beni in competizione.

Possono comunque verificarsi dei particolari contesti clinici nei quali il paziente può decidere di abbandonare o subordinare la propria idea di bene ultimo ai suoi interessi individuali più immediati: un testimone di Geova, al fine di salvare la propria vita, potrebbe ad esempio accettare una trasfusione di sangue, terapia questa rifiutata invece dal movimento religioso al quale aderisce. In questi casi particolari, poiché è il paziente che può decidere di aderire al valore espresso dal bene ultimo o rinunciarvi, il medico, a parere di Pellegrino e Thomasma, deve rispettare la scelta del paziente stesso.

Rispettare il vertice della gerarchia dei beni stabilita dal paziente non corrisponde affatto alla completa e passiva accettazione da parte del medico dei principi ultimi del paziente stesso. Pertanto, qualora si verificano dei conflitti nel prendere delicate

decisioni riguardanti la vita umana (quali disposizioni di non rianimare, distacco di apparecchiature necessarie alla sopravvivenza, ecc.) e sorgano difficili o addirittura inconciliabili divergenze sul bene ultimo,

si dovrebbe interrompere, in modo rispettoso ed educato, il rapporto medico-paziente, poiché né il medico né il paziente possono in coscienza scendere a compromessi circa un credo a cui aderiscono con convinzione<sup>135</sup>.

La gerarchia dei beni proposta da Pellegrino e Thomasma porta perciò al suo vertice «l'elemento più pervasivo, il meno negoziabile e spesso il meno esplicito»<sup>136</sup>, rendendo sicuramente ancora più difficile la risoluzione dei conflitti che possono sorgere nelle diverse decisioni cliniche. Tuttavia, la priorità data al bene supremo o spirituale è, a parere degli studiosi, indispensabile poiché esso giustifica e definisce la natura e lo scopo delle diverse scelte morali di ogni persona.

Seguendo l'ordine gerarchico individuato da Pellegrino e Thomasma, il bene successivo a quello supremo è il bene del paziente in quanto persona umana: la capacità umana di autodeterminarsi e la libertà di scelta vanno infatti, a loro avviso, anteposte sia alla valutazione soggettiva del malato relativamente alla propria situazione clinica sia al bene strumentale. In caso contrario, risulterebbe defraudata l'umanità di colui che è sottoposto a trattamenti sanitari. Il medico ha perciò il compito di promuovere al massimo la capacità di autodeterminazione del paziente e qualora quest'ultimo, al momento della decisione, risulti incapace di riflettere criticamente sulla propria situazione e di compiere delle scelte, non perderà questo suo diritto in quanto persona umana e potrà quindi vedere rappresentati i suoi interessi mediante l'agire di sostituti o familiari. Questi ultimi dovranno essere il più possibile vicini al contesto culturale e ai valori del paziente, in modo tale che le loro scelte tendano a coincidere con quelle che il paziente stesso avrebbe espresso qualora fosse stato nella piena capacità di intendere e di volere.

Al bene del paziente in quanto persona umana segue il migliore interesse del paziente stesso, cioè la sua percezione di bene in una determinata situazione clinica. In questa terza fase dello schema metaetico l'attenzione è rivolta ai giudizi relativi alla qualità della vita formulati da colui che è sottoposto a cure mediche. Per Pellegrino e Thomasma questi giudizi devono essere anteposti all'ultimo criterio oggettivo per la

---

<sup>135</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 186.

<sup>136</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 168.

scelta del trattamento, ossia al bene strumentale. Questo significato di bene del paziente costituisce l'ultimo gradino nell'ordine gerarchico da loro proposto in quanto

è evidente che i medici sono sempre tenuti a presentare al paziente il bene biomedico come loro raccomandazione, [tuttavia sempre] in assenza di altri valori prevalenti del paziente o di valori che sono oggetto di negoziazione nel rapporto [terapeutico]<sup>137</sup>.

Accanto a questa gerarchia relativa ai quattro significati di bene, Pellegrino e Thomasma propongono, per la risoluzione dei possibili conflitti, anche uno schema procedurale, che, nella sua prima fase, ha come obiettivo il rivolgere l'attenzione verso le *chiare* direttive espresse dal paziente. Gli autori introducono in questo caso l'aggettivo "chiare" per sottolineare come in questo primo passo di tale schema non debbano essere prese in esame tutte le preferenze pronunciate dal paziente, ma solamente quelle che più si armonizzano con i suoi valori<sup>138</sup>.

Lo schema procedurale prosegue soffermandosi sui valori del paziente negoziati: l'attenzione è qui rivolta alle possibili dichiarazioni sul proprio miglior interesse, che il paziente stesso potrebbe aver già formulato dinnanzi al medico in una fase precedente al processo decisionale richiesto dal contesto clinico. In tal modo Pellegrino e Thomasma intendono sottolineare l'importanza della conoscenza da parte del medico della gerarchia di valori del proprio paziente, conoscenza questa che può essere ottenuta solamente attraverso un rapporto basato sulla fiducia reciproca.

Possono inoltre presentarsi particolari contesti clinici nei quali il medico deve rivolgersi ai familiari del paziente, affinché questi esprimano i desideri e i valori di quest'ultimo. Tale fase dello schema procedurale risulta infatti necessaria qualora il paziente non possa esprimere le proprie preferenze o non abbia lasciato alcuna dichiarazione riguardo al proprio interesse. Nonostante le supposizioni espresse dai familiari svolgano un ruolo decisamente importante in certi contesti clinici, tuttavia esse rappresentano il processo decisionale del paziente con minor certezza dei valori

---

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 190.

<sup>138</sup> A riguardo, Pellegrino e Thomasma portano il possibile caso di un paziente malato di tumore il quale, pur avendo costantemente espresso il rifiuto verso le tecniche di rianimazione per non prolungare inutilmente la sua agonia, chieda, durante le sue ultime ore di vita, di essere collegato a un respiratore artificiale. In questa particolare situazione «la preferenza o il desiderio non può più essere considerato come parte di uno schema di valori chiaramente omogeneo» (*ivi*, p. 180) e pertanto il medico potrà sì prescrivere il respiratore artificiale, ma per altri motivi, come il sottrarre il paziente dalle sue difficoltà respiratorie, ma non per prolungare la sua agonia.

che il paziente ha negoziato con il medico nella fase precedentemente descritta<sup>139</sup>.

Lo schema procedurale prevede inoltre altre due fasi nel momento in cui, per qualche motivo, il medico e il paziente (o i familiari di quest'ultimo) non riescano ad accordarsi sulla scelta da prendere nel processo decisionale. In queste particolari situazioni, Pellegrino e Thomasma suggeriscono di ricorrere dapprima al comitato ospedaliero di etica e infine alla magistratura, istituzioni queste che dovranno tentare di portare a soluzione gli eventuali conflitti sorti nel prendere la giusta e buona decisione medica.

Credo che l'analisi di questo schema procedurale abbia messo in luce come lo sforzo per risolvere i conflitti tra i diversi valori e significati di bene debba sempre avvenire in primo luogo al capezzale del malato<sup>140</sup>: prima di fare ricorso ad istituzioni esterne, quali il comitato ospedaliero di etica e la magistratura, è bene prendere adeguatamente in considerazione le chiare direttive espresse dal paziente e i valori da lui negoziati all'interno dell'interazione clinica. L'applicazione di questo schema procedurale potrà quindi avere luogo solamente quando l'incontro clinico è guidato da un costante dialogo tra medico e malato e il loro rapporto è contrassegnato dalla fiducia reciproca.

Dialogo aperto e libero e fiducia reciproca costituiscono perciò gli elementi essenziali capaci di far emergere i valori di coloro che sono coinvolti nell'interazione clinica, compresi quelli del medico. Anche l'applicazione dello schema metaetico richiede questo forte impegno sia da parte del professionista sia da parte di colui che necessita di cure: la gerarchia dei beni proposta da Pellegrino e Thomasma comprende infatti diversi significati di bene del paziente, che non possono essere pienamente delineati e chiarificati da un unico soggetto. Il bene del paziente è perciò un *bene relazionale* e pertanto non può totalmente coincidere né con il bene biomedico, stabilito esclusivamente dal medico, né con il bene soggettivo espresso dal malato. Di conseguenza, il bene del paziente è il non semplice risultato dell'emergere dei valori di tutti coloro che prendono parte all'interazione clinica, dando vita in questo modo a una reciproca, seppur difficile, conoscenza tra medico e paziente.

Come precedentemente accennato, aver posto nello schema metaetico il bene ultimo o supremo al vertice della gerarchia dei beni rende indubbiamente più difficile la risoluzione dei conflitti che possono sorgere nelle diverse decisioni cliniche. Nonostante

---

<sup>139</sup> *Ivi*, p. 182.

<sup>140</sup> Cfr. A.G. Spagnolo, *Bioetica clinica: l'etica al letto del paziente. Intervista al Prof. Edmund D. Pellegrino*, in «Leadership Medica», 17 (2001), n. 5, pp. 4-9.

Pellegrino e Thomasma tentano di definire il più possibile il bene supremo, essi ritengono quest'ultimo l'elemento meno esplicito e pertanto considerano carente qualsiasi pronunciamento a suo riguardo.

Si rischia in tal modo, come sottolinea Gensabella Furnari, di non raggiungere una completa definizione di bene del paziente, visto che i livelli successivi al bene ultimo o supremo (ossia il bene del paziente in quanto persona, il suo miglior interesse e il bene biomedico) dipendono tutti e tre da quest'ultimo<sup>141</sup>. L'autrice giunge a considerare questa sospensione riguardo il bene supremo come voluta dagli stessi Pellegrino e Thomasma e ciò al fine di lasciare spazio all'autonomia del paziente. Dinanzi a questa osservazione Gensabella Furnari pone inoltre un interrogativo:

Ma non si tratterà di uno spazio indeterminato in cui mancano, in caso di conflitto, criteri di orientamento<sup>142</sup>?

Relativamente al bene spirituale, Pellegrino, all'interno del già citato saggio *The "telos" of medicine and the good of the patient*, afferma:

[noi] tutti, eccetto il più assoluto materialista meccanicista, riconosciamo un regno dello "spirito", per quanto differentemente lo possiamo definire<sup>143</sup>.

Ora, pur non giungendo neppure in quest'occasione a una completa definizione di bene ultimo o supremo, Pellegrino sostiene il riconoscimento di questa "idea comune". Di conseguenza, la presa in considerazione del bene spirituale del paziente non comporterà il lasciar libero spazio all'autonomia di quest'ultimo: guardare al bene supremo del paziente stesso significa infatti riconoscere sia «*his own spiritual good*» (il suo bene spirituale)<sup>144</sup> sia il suddetto "regno dello spirito". Quest'ultimo costituirà così quella base capace di dar vita a un confronto relativamente al livello più alto di bene del paziente.

L'assenza di una definita formula relativa al bene del paziente potrebbe essere considerata un punto debole del modello proposto da Pellegrino e Thomasma, soprattutto se si tiene presente come la ricerca di tale bene costituisca il *telos* della

---

<sup>141</sup> A riguardo, M. Gensabella Furnari (*Tra autonomia e responsabilità. Percorsi di bioetica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2000, pp. 166-167) si esprime con queste parole: «Dal momento che il bene dipende, in tutte e tre le altre accezioni, dalla concezione che abbiamo del bene ultimo, non pronunciarci chiaramente su questo significa, credo, lasciare in sospenso ogni possibile definizione di cosa dobbiamo intendere per bene del paziente».

<sup>142</sup> *Ibidem*.

<sup>143</sup> Pellegrino, *The "telos" of medicine and the good of the patient*, p. 27, trad. mia.

<sup>144</sup> *Ibidem*.

medicina. Tuttavia, vanno in primo luogo evidenziati l'impossibilità di definire con precisione un concetto così complesso come quello di bene del paziente e il pericolo di rinchiuderlo in una rigida formula da applicare in ogni contesto clinico. In secondo luogo, una definizione esaustiva e definitiva di bene del paziente, così come del bene in generale, non è a mio avviso necessaria, poiché chi agisce moralmente non può richiamarsi a uno schema prestabilito, ma deve prendere in considerazione i soggetti coinvolti in un determinato corso d'azione e il particolare contesto in cui quest'ultimo avviene. Fondamentale è quindi il ruolo del giudizio critico sia nell'esercizio della pratica medica sia in ogni agire morale perché è grazie ad esso che l'agente può valutare la situazione concreta in cui si trova, deliberando e agendo di conseguenza.

Concludendo, a mio parere va nuovamente sottolineato e lodato lo sforzo compiuto da Pellegrino e Thomasma verso una riformulazione del concetto di *beneficence* capace di superare la sterile dicotomia tra paternalismo e paradigma autonomista e di evitare il formalismo del principio di beneficenza che emerge invece nell'approccio basato sui principi. Credo che l'analisi fenomenologica della pratica medica proposta dagli autori riesca a evitare questi pericoli proprio perché mantiene sempre un riferimento diretto a un'*indagine di tipo antropologico*: Pellegrino e Thomasma infatti non solo prendono in adeguata considerazione tutti gli agenti morali coinvolti nell'interazione clinica, ma si soffermano innanzitutto sull'esperienza della malattia comune a tutti gli esseri umani e sugli effetti che essa produce in questi ultimi, così come sull'intersezione tra il mondo-della-vita del paziente e quello del medico che si verifica in ogni contesto clinico. Il rilievo antropologico permette così agli autori di guardare all'individuo coinvolto nei contesti clinici nella sua totalità, dando perciò la giusta importanza ai valori morali che permeano la sua esistenza. Inoltre, è proprio a partire da queste riflessioni di carattere antropologico che si giunge a comprendere più in profondità il significato della professione medica e il fine interno che la caratterizza.



## **CAPITOLO 6**

### **Ritorno al passato?**

#### *6.1 La “beneficenza-nella-fiducia” e la realtà medica contemporanea*

Ripercorrendo l'analisi del principio di beneficenza sinora svolta, si ricorderà come essa abbia cercato innanzitutto di specificare i motivi che hanno indotto a privilegiare il termine “beneficenza” rispetto ai neologismi “beneficità” o “beneficialità”. Precisando la radice etimologica dell'espressione *beneficence* (che indica l'intervento attivo e concreto dell'agente per la promozione e la realizzazione del bene altrui), si è giunti a distinguerla dalla *benevolence* (che si riferisce alla disposizione interiore ad agire per il bene degli altri), senza tuttavia porle in netta contrapposizione tra loro. L'analisi ha poi messo in luce la complessità dei termini richiamati dal principio di beneficenza (bene, bene del paziente, dovere, giusto) e la problematicità legata al tentativo di definire l'ampiezza dell'obbligazione espressa dal dovere di beneficenza, ossia la difficoltà di stabilire con precisione fino a che punto un medico sia obbligato ad agire per il bene del paziente.

Sottolineando la costante presenza del monito ad agire per il bene del paziente e la sua connessione con il divieto di procurare danno o ingiustizia al malato, si è poi cercato di evidenziare il diverso fondamento assunto dal dovere di beneficenza nelle diverse fasi della storia dell'etica medica. Questa analisi ha permesso inoltre di esaminare i notevoli mutamenti verificatisi nella pratica e nell'etica medica intorno agli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso così come il nuovo apparato terminologico sviluppatosi grazie alla nascente bioetica e all'approccio principlista. Passando dal dovere al principio di beneficenza, si è osservato come quest'ultimo rischi da un lato di rimanere una generica linea guida, oltretutto manchevole di fondamento e giustificazione, dall'altro di porsi in conflitto con gli altri principi dell'etica biomedica, se non addirittura in netta contrapposizione al principio del rispetto dell'autonomia del malato. Ricercando una risoluzione al conflitto tra principi, si è quindi tentato di recuperare il significato originario espresso dal principio di beneficenza ripercorrendo la riflessione critico-filosofica sulla medicina proposta da Pellegrino e Thomasma.

Impiegando l'approccio fenomenologico, teleologico ed essenzialista suggerito da questi autori, la filosofia della medicina ha permesso di avvicinarsi all'interazione clinica, cogliendone i tratti peculiari (l'esperienza della malattia, l'atto di professione e l'atto della medicina) e mettendone in luce il suo fine intrinseco (*telos*), ossia agire per il bene del paziente. Così facendo, il dovere di beneficenza, in relazione all'ambito clinico, è risultato un tipo di obbligazione che trova il proprio fondamento nella natura della pratica medica e della particolare relazione interpersonale, inevitabilmente asimmetrica, che la caratterizza. Si ricorderà infatti come tale relazione prenda avvio perché ogni essere umano, a causa della propria costitutiva imperfezione e finitezza, percepisce e scopre in prima persona qualche significativa alterazione nel normale svolgimento delle funzioni del proprio corpo e, non riuscendo a farvi fronte autonomamente, riconosca la necessità di rivolgersi a un medico. L'interazione clinica risulta quindi l'intersezione tra il mondo del paziente e quello del professionista, intersezione questa che si verifica in vista del raggiungimento di un *obiettivo comune* ai soggetti coinvolti in tale rapporto: ripristinare lo stato di benessere interrotto dall'evento patologico e, qualora ciò non fosse possibile, sollevare il paziente dalla sofferenza provocata dal vissuto di malattia. In questo modo, le istanze normative dettate dai principi dell'etica biomedica trovano la loro fondazione nel fine interno che contraddistingue la pratica medica. Di conseguenza, la violazione delle obbligazioni che sorgono dalla natura dell'interazione clinica, quali ad esempio il divieto di uccidere e il dovere di mantener fede alle promesse fatte, non permette il raggiungimento della finalità intrinseca alla medicina.

Il completo raggiungimento del bene del paziente richiede infatti, per Pellegrino, il rispetto di alcune norme, definite dall'autore "*assoluti morali*". Prima di esporre brevemente il suo pensiero su questo argomento, desidero richiamare la distinzione operata da John Finnis tra gli "*assoluti morali*" e gli altri "*principi morali essenziali*". I primi possono essere definiti come norme determinate ineccepibili e infatti, scrive Finnis,

identificano azioni sbagliate, non giuste; sono norme negative (*praecepta negativa*) valide sempre e in ogni occasione (*semper et ad semper*)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> J. Finnis, *Gli assoluti morali. Tradizione, revisione e verità* (1991), trad. it. di A.M. Maccarini, Edizioni Ares, Milano 1993, p. 39. Come opportunamente sottolinea Giacomo Samek Ludovici (*L'utilità del bene: Jeremy Bentham, l'utilitarismo e il consequenzialismo*, Vita e Pensiero, Milano 2004, pp. 193-194), gli assoluti morali «prescrivono di non compiere gli atti che sono *intrinsece mala*, e che non possono mai essere trasgrediti» e pertanto «comandano di compiere sempre delle omissioni, ma non comandano di

Diversamente dagli assoluti morali, i numerosi altri “principi e norme morali essenziali” sono *praecepta affirmativa* e, come sottolinea lo stesso Finnis,

valgono *semper sed non ad semper* – sono sempre in qualche modo rilevanti, ma lasciano al nostro giudizio morale di discernere i tempi, i luoghi e le altre circostanze della loro normatività<sup>2</sup>.

Finnis adduce come esempio di questi ultimi principi la norma che impone di restituire ciò che è stato preso in prestito: essa fornisce una responsabilità affermativa ed è perciò soggetta ad eccezioni. Qualora infatti si presentassero circostanze particolari, come le situazioni senz’altro eccezionali in cui l’oggetto prestato sia un’arma o ancora il prestatore sia divenuto un traditore, la norma basata sui principi della giustizia e della reciprocità non richiederà più che l’oggetto venga restituito<sup>3</sup>. Gli assoluti morali sono invece norme morali inderogabili e quindi la loro validità non tollera eccezioni: queste infatti, pur essendo logicamente possibili e facilmente concepibili, «sono moralmente escluse»<sup>4</sup>.

Non potendomi qui soffermare sulle critiche che Finnis rivolge al metodo proporzionalistico e più in generale consequenzialistico<sup>5</sup>, né sui motivi che a suo parere stanno alla base dell’elaborazione di teorie contrarie all’esistenza degli assoluti morali<sup>6</sup>, vorrei tuttavia sottolineare un altro aspetto caratteristico di questi ultimi e che si rivelerà utile per la trattazione successiva: la loro *autoevidenza*. Finnis chiarisce tale punto con queste parole:

[gli assoluti morali] non vengono dedotti da alcun fatto, ma sono *per se nota*, autoevidenti. Ciò equivale a dire che essi sono l’articolazione di una comprensione che s’innesta sull’esperienza delle proprie inclinazioni pre-razionali, ma che è in se stessa originale e priva della mediazione di alcun termine medio<sup>7</sup>.

Se gli assoluti morali mancassero della caratteristica dell’autoevidenza, non sarebbero più “assoluti”, ma appunto dedotti e giustificati da altri principi.

Tornando a Pellegrino, vorrei richiamare un suo saggio del 2005 dal titolo *Some things ought never be done: moral absolutes in clinical ethics* (“Alcune azioni non dovrebbero

---

compiere sempre delle azioni».

<sup>2</sup> Finnis, *Gli assoluti morali*, trad. it. cit., p. 39.

<sup>3</sup> Cfr. *ivi*, p. 108.

<sup>4</sup> *Ivi*, p. 12.

<sup>5</sup> Cfr. *ivi*, pp. 65-71.

<sup>6</sup> Cfr. *ivi*, pp. 100-124.

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 111.

mai essere compiute: gli assoluti morali nell'etica clinica"); in tale scritto, egli afferma:

in definitiva qualche stimabile assoluto morale per la medicina deriva dalla natura dell'incontro clinico e dalle esperienze umane di malattia e di cura<sup>8</sup>.

Egli sottolinea inoltre come tali norme morali inderogabili risultino essenziali al conseguimento del fine morale dell'interazione clinica, cioè dell'agire per il bene del paziente<sup>9</sup>. Dopo queste precisazioni, Pellegrino analizza i diversi assoluti morali, ossia fai il bene al paziente ed evita il suo danno, non uccidere, non mancare alle promesse fatte, non compromettere la dignità umana, non mentire e non collaborare intenzionalmente ad azioni non moralmente corrette. Esaminandoli singolarmente, Pellegrino ribadisce come ognuno di essi *derivati* sia dalla natura dell'incontro clinico sia dall'atto di professione.

Tuttavia, se si esamina la radice etimologica del termine "assoluto", l'aggettivo latino corrispondente è composto dalla preposizione *ab* (da) e da *solutum* (sciolto), participio del verbo *solvo* (sciogliere, slegare), e pertanto *absolutum* significa *sciolto da, slegato da* e non può quindi derivare da qualcos'altro altrimenti risulterebbe *legato a*. Da ciò si può con maggior chiarezza cogliere quella peculiare caratteristica degli assoluti morali analizzata da Finnis e precedentemente esaminata, ossia la loro autoevidenza. Ebbene, rileggendo la sopracitata affermazione di Pellegrino e soffermandosi esclusivamente su quel passaggio che descrive gli assoluti morali come *derivanti* dalla natura dell'incontro clinico, allora si comprenderà come, essendo formulati in questi termini, essi non risultino *slegati da*, ma *legati alla natura stessa dell'interazione clinica*. Inoltre, il primo degli assoluti morali riportati da Pellegrino viene presentato inizialmente come un *praeceptum affirmativum*, ossia «*Act for the good of the patient*» («Agisci per il bene del paziente»), e solo successivamente specificato con il principio «*Do good and avoid evil*» («Fai il bene ed evita il male»), mentre, come si è visto, in Finnis (autore che Pellegrino stesso cita nell'articolo sopraccennato) gli assoluti morali sono solo *praecepta negativa*.

Va tuttavia ricordato come, per Pellegrino, la beneficenza non vada distinta dalla non-maleficenza, ma anzi quest'ultima costituisca il primo passo verso la promozione del bene del paziente. Per lo studioso, l'adempimento del dovere di non arrecare danno o

---

<sup>8</sup> E.D. Pellegrino, *Some things ought never be done: moral absolutes in clinical ethics*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 26 (2005), n. 6, p. 474, trad. mia.

<sup>9</sup> Cfr. *ivi*, p. 475.

ingiustizia al malato dà luogo a un agire benefico che però si esprime passivamente. Inoltre, l'esame degli assoluti morali dimostra l'adesione di Pellegrino alla tesi dell'integrità della professione medica, che verrà analizzata nelle pagine seguenti richiamando il pensiero di Leon Kass<sup>10</sup>. A parere di Pellegrino, la violazione di una qualsiasi delle norme morali inderogabili appena esaminate comporta il mancato raggiungimento del fine intrinseco della medicina e un profondo mutamento del senso originario della professione medica, ossia il suo essere sempre orientata verso la promozione del bene del paziente.

Cercando di riassumere il modello normativo della *beneficence-in-trust* proposto da Pellegrino e Thomasma, si potrebbe affermare che esso, pur riconoscendo lo scopo benefico della medicina e riprendendo il tradizionale monito ad agire nel migliore interesse del paziente, giunge a una riformulazione del principio di beneficenza, togliendolo da quella lettura paternalistica che tanto lo aveva caratterizzato ed evitando di intendere lo stesso principio in termini puramente consequenzialistici. Il bene del paziente è infatti considerato un bene relazionale, la cui promozione riconosce il carattere imperfetto dell'obbligazione ad agire per il bene altrui e la dimensione intersoggettiva della vita morale nella quale si realizza l'autonomia. Interpretata correttamente quindi quest'ultima costituisce il polo opposto al paternalismo medico, ma non alla beneficenza, in quanto promuovere l'autodeterminazione del malato costituisce un importante aspetto dell'agire per il bene del paziente.

Vorrei ora soffermarmi ulteriormente sul modello della "beneficenza-nella-fiducia" al fine di porlo maggiormente in dialogo con la realtà della medicina contemporanea. Le pagine che seguono intendono infatti domandarsi se il modello della *beneficence-in-trust* sia davvero applicabile al contesto della pratica medica quotidiana o se esso non possa che risultare pertinente a un diverso ambito medico, se non addirittura del passato, come ad esempio quello della tradizione ippocratica. Se così fosse, questo modello dell'etica medica si rivelerebbe non solo lontano dalla realtà contemporanea, ma anche utopico, in quanto pretenderebbe di essere applicato a un contesto che, se non può più essere ripristinato, quanto meno collima con quello attuale, segnato dal costante sviluppo tecnico-scientifico e dalla considerazione di istanze non esclusivamente di carattere terapeutico. Inoltre, qualora il paradigma proposto risultasse davvero non

---

<sup>10</sup> Cfr. par. 6.4 di questo capitolo.

applicabile al contesto della pratica medica quotidiana, allora anche la riformulazione del principio di beneficenza da esso offerta rischierebbe di rivelarsi inadatta, se non addirittura inutile. Un principio così riformulato correrebbe infatti il rischio di divenire, come già era apparso nell'approccio principialista, una linea guida generica, incapace quindi di offrire agli agenti morali coinvolti nell'interazione clinica dei validi criteri normativi per l'agire e la deliberazione.

Per affrontare le questioni appena poste, intendo rivolgere l'attenzione a quattro aspetti correlati tra loro: il rapporto duale medico-paziente, l'esercizio delle virtù, la tesi dell'integrità della professione medica e le finalità della medicina. Ritengo infatti che soffermarsi su queste tematiche consenta da un lato di riprendere e ampliare alcune caratteristiche del modello della *beneficence-in-trust* già precedentemente richiamate, dall'altro di metterne in luce altre sinora non emerse, tentando di comprendere quanto questo paradigma si allontani o si avvicini alla realtà medica contemporanea.

## 6.2 Il rapporto duale medico-paziente

Il primo aspetto che desidero prendere in considerazione riguarda l'interazione clinica, che, come si ricorderà, nell'impostazione di Pellegrino e Thomasma costituisce il punto di partenza della riflessione etico-filosofica avente per oggetto la medicina. All'interno del capitolo precedente sono già state prese in considerazione le critiche di Kevin Wildes verso questa scelta metodologica, le quali sottolineano come un approccio particolarmente incentrato sul rapporto medico-paziente porti a trascurare il contesto sociale della medicina. Così facendo, sostiene Wildes, vengono infatti tralasciati vari aspetti, quali la natura collaborativa del lavoro di *equipe*, che oggi giorno caratterizza l'attività terapeutica, e le strutture sociali, che costantemente sostengono la ricerca e che permettono la realizzazione delle medesime pratiche mediche. Si potrà osservare che già le affermazioni di Wildes, portandoci a riflettere sull'interazione clinica e sul suo essere immersa in un contesto sociale, rivelino la difficoltà di descrivere tale relazione come un rapporto che coinvolge esclusivamente due soggetti. Tuttavia, mentre le critiche di Wildes intendono mettere in luce i limiti dell'approccio essenzialistico per proporre poi un altro di stampo costruttivistico, il mio intento è quello di soffermarmi sul rapporto duale medico-paziente e sulla realtà medica contemporanea al fine di comprendere quali

altri soggetti o presenze intervengano in questa particolare relazione interpersonale.

Esaminando la dinamica storica del rapporto medico-paziente, Giorgio Cosmacini osserva come quest'ultimo subisca dei notevoli mutamenti a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, periodo storico questo nel quale la professione medica viene coinvolta in due importanti processi di trasformazione:

Da un lato la *socializzazione della medicina* ha portato la relazione “privata” tra medico e paziente nell'ampio campo della dimensione “pubblica” inserendovi come terza presenza (collettrice della domanda ed erogatrice dell'offerta di salute) la società civile e lo Stato; d'altro lato la *tecnologizzazione della medicina* ha reso più complessa la struttura tecnopratica della medicina stessa inserendo tra medico e paziente – anche qui *tertium datur* – l'apparato scientifico – tecnico dell'interventistica, della strumentalizzazione, della specializzazione<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda il primo processo di trasformazione, Cosmacini non sottolinea semplicemente che la relazione duale medico-paziente non possa più essere compresa escludendo il contesto sociale all'interno del quale essa si realizza: lo studioso infatti evidenzia come, a causa della socializzazione della medicina, compaiano altre presenze, ossia la società civile e lo Stato, le quali, ispirandosi ai principi di eguaglianza e di equità sociale, non tendono più a promuovere esclusivamente il bene del singolo paziente, ma hanno di mira soprattutto la promozione della salute di tutti i cittadini<sup>12</sup>.

A sua volta, anche la tecnologizzazione della medicina dà luogo a un significativo cambiamento all'interno della pratica medica: quest'ultima infatti, regolata da criteri di scientificità e sempre più caratterizzata dall'impiego di avanzate tecnologie, si trasforma in una «tecnoprassi uniformata, precisa, efficace» e particolarmente focalizzata sulla realtà fisiopatologica dell'individuo<sup>13</sup>. Inoltre, il ricco e sofisticato, ma pur sempre indispensabile, apparato tecnologico si interpone tra medico e paziente, rischiando di separare questi due soggetti dell'interazione clinica, o meglio di avvicinare maggiormente la figura del professionista alla realtà biologica, biochimica e

---

<sup>11</sup> G. Cosmacini, *Dinamica storica del rapporto medico-paziente*, in N. Pitrelli, G. Sturloni (a cura di), *Atti del V Convegno Nazionale sulla Comunicazione della Scienza*, Polimetrica International Scientific Publisher, Monza 2007, p.14.

<sup>12</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>13</sup> *Ivi*, p. 15. Come giustamente sottolinea Gensabella Furnari (*Il paziente e il medico nell'età della tecnica*, in Id., *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, op. cit., p. 135), l'apparato tecnologico, entrando nell'arte medica, «porta con sé la possibilità di rendere quantificabile il dato, rafforzandone l'aspetto “oggettivo”, che rimaneva prima affidato alla “soggettività” dello sguardo, del tatto del medico. [...] Dal corpo umano cominciano ad essere estratti numeri che consentono di misurare, calcolare in modo nuovo quel dolore che prima passava dalla soggettività del paziente, del suo racconto, alla soggettività del medico».

biomolecolare del malato, allontanandolo tuttavia dalla persona-paziente.

Questi due processi di trasformazione, seppur diversamente, modificano quindi il rapporto duale medico-paziente, interponendo tra i due soggetti di tale relazione altre presenze, precisamente la società civile e lo Stato, per quanto riguarda la socializzazione della medicina, e l'apparato tecnologico, per quanto concerne la tecnologizzazione della pratica medica. Tra i possibili effetti negativi di questi due processi vanno ricordati da un lato l'aziendalizzazione dell'offerta sanitaria e l'eccessiva burocratizzazione della stessa, dall'altro la disumanizzazione del rapporto medico-paziente e l'ipertrofia dell'oggettivazione.

In primo luogo, mediante la socializzazione della medicina risulta inevitabile l'affermarsi di procedure sempre più capillari di controllo amministrativo, finanziario e organizzativo sui processi di cura, che rischiano di ridurre il medico a una parte dell'ingranaggio della macchina aziendale. Chi esercita la professione medica si ritrova così in una triangolazione nella quale gli altri due vertici sono costituiti dall'azienda ospedaliera e dal paziente: il professionista è infatti chiamato ad agire per il bene del malato, riducendo tuttavia per quanto possibile la spesa pubblica e rispettando i vincoli del bilancio imposti dalla medesima azienda<sup>14</sup>. E' inevitabile che, in un contesto organizzativo di questo tipo, il rapporto medico-paziente rischi di impoverirsi dell'aspetto interpersonale poiché risulta sottoposto alla standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici stabiliti dall'azienda sanitaria e all'influsso di logiche eccessivamente burocratizzate e di carattere manageriale.

In secondo luogo, malgrado gli effetti benefici e l'indiscussa utilità degli strumenti tecnologici nella pratica medica, rimane il rischio della riduzione-azzeramento dell'aspetto interpersonale che dovrebbe caratterizzare qualsiasi relazione di cura: vi è infatti il pericolo che al tocco della mano e all'ascolto della parola da parte del medico vengano a sostituirsi macchine diagnostico-terapeutiche, le quali rendono possibile la misurazione dell'oggetto specifico verso il quale si rivolgono, oltretutto il corpo-malato, e la quantificazione di ogni sua singola parte. Così facendo, la relazione di cura rischia di divenire un rapporto tecnologo-paziente, se non addirittura macchina-corpo<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Cfr. S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 73-86.

<sup>15</sup> Cfr. F. Trimarchi, *Paziente e medico nella medicina della tecnologia: essere e non essere*, in Gensabella Furnari, *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, p. 110.

Come avrò modo di evidenziare in seguito, il *tertium datur* inserito nella realtà clinica a causa dei processi di socializzazione e tecnologizzazione della medicina giunge a modificare non solo l'interazione clinica, ma anche la concezione della medicina stessa e delle sue finalità. Rimandando alle pagine successive l'analisi di tale aspetto, mi preme qui ribadire come, nonostante il rapporto medico-paziente non possa essere considerato in toto una relazione che si verifica tra due soggetti, esso nasca comunque da un incontro di base strettamente duale. Tale rapporto prende infatti avvio solamente perché nell'arco della propria vita ogni essere umano, avendo percepito qualche significativo mutamento nel normale svolgimento delle funzioni del proprio corpo o della propria mente e non possedendo le necessarie capacità diagnostiche e terapeutiche, si rivolge a un professionista. Il fatto che si interpongano poi altri soggetti o presenze tra questi due agenti, non toglie né tanto meno deve sminuire il momento dell'incontro fra colui che è malato e un altro che professa di curarlo, così come non può annullare del tutto il loro comune obiettivo, ovverosia la promozione del bene del paziente.

Come evidenziato nelle battute conclusive del capitolo precedente, l'approccio teleologico proposto da Pellegrino e Thomasma ha il vantaggio di derivare i suoi principi e le diverse istanze normative da un fenomeno concreto quale il rapporto asimmetrico che sussiste tra medico e paziente. In questo modo, i principi non rimangono, richiamando le espressioni impiegate da Clouser e Gert, delle "pure etichette", delle "mere liste di considerazioni", poiché fondati nella realtà concreta dell'esperienza clinica<sup>16</sup>. Un simile approccio non può certamente avere la presunzione di costituire un esauriente sistema di etica medica<sup>17</sup>; esso permette tuttavia di soffermarsi sugli agenti morali coinvolti nell'interazione clinica, sulle loro responsabilità e sull'importanza dell'esercizio delle virtù nei contesti sanitari<sup>18</sup>.

### 6.3 L'esercizio delle virtù

In un saggio dal titolo *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine* Pellegrino sottolinea come ogni evento morale presenti diversi elementi legati fra loro,

---

<sup>16</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship. The Need for a Better Linkage*, cit., p. 202.

<sup>17</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>18</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

da lui stesso definiti come le “realità dell'evento morale” (*realities of moral event*)<sup>19</sup>. Lo studioso, a riguardo, si sofferma sul carattere dell'agente, sulla natura dell'atto, sulle conseguenze di quest'ultimo e sulle circostanze e caratteristiche storiche, culturali e personali che rendono unico qualsiasi evento morale. A suo parere, una teoria etica normativa, per poter essere tale, deve necessariamente prendere in considerazione ciascuno di questi quattro elementi: se essa si focalizzasse ad esempio solo sul carattere dell'agente (teoria delle virtù) o esclusivamente sull'atto e sull'accordo di quest'ultimo con norme universalmente riconosciute (teoria deontologica) non avrebbe pienamente compreso l'intrinseca complessità della vita morale. Per Pellegrino, la sfida odierna cui l'etica deve far fronte non consiste quindi nel

dimostrare la superiorità di una teoria normativa sull'altra, ma piuttosto nel collegare l'una alle altre all'interno di una matrice che riesca a dar giustizia ad ognuna, assegnando a ciascuna la propria forza normativa<sup>20</sup>.

Agli occhi dell'autore quindi l'etica delle virtù sembra richiedere una necessaria integrazione con l'etica dell'obbligazione, integrazione questa che non corrisponde a una mera giustapposizione di virtù e doveri, ma a un ripensamento radicale dell'etica stessa che parta da una profonda indagine sull'esperienza morale dell'uomo<sup>21</sup>.

Va sottolineato come Pellegrino risenta indubbiamente della straordinaria reintroduzione in etica del concetto di virtù verificatasi intorno agli anni Sessanta-Settanta del secolo scorso, specialmente nell'ambito della filosofia morale anglosassone: da più parti infatti filosofi e teologi, muovendo radicali critiche all'etica moderna<sup>22</sup>, hanno tentato di recuperare l'antico modello proposto dall'etica delle virtù,

---

<sup>19</sup> E.D. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, in E. Sgreccia, V. Mele, G. Miranda (a cura di), *Le radici della bioetica*, vol. I, op. cit., p. 72.

<sup>20</sup> *Ivi*, p. 74, trad. mia.

<sup>21</sup> Come giustamente osserva Da Re, solo attraverso la connessione fra etica delle virtù ed etica dell'obbligazione troveranno posto «sia l'appello della coscienza ad essere liberi e a seguire la legge morale, sia l'appello della propria natura a realizzarsi in una vita degna dell'uomo, a perseguire la vita buona e a ricercare la propria felicità con un comportamento virtuoso», Id., *Il ritorno dell'etica nel pensiero contemporaneo*, E. Berti et al., *Etica oggi: comportamenti collettivi e modelli culturali*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1989, p. 184.

<sup>22</sup> Il termine *etica moderna* non dev'essere qui interpretato in senso storico, volto cioè ad abbracciare tutte le teorie etiche sviluppatesi a partire dal XVII secolo, bensì in senso dottrinale: esso, infatti, come chiaramente illustra Giuseppe Abbà (*Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, Libreria Ateneo Salesiano, Roma 1989, p. 77), indica un determinato schema di pensiero che fa da base alle diverse riflessioni etiche sviluppatesi nei secoli moderni. “Etica moderna” designa così «qualsiasi teoria etica, d'ispirazione kantiana o utilitarista, che intende il problema etico come problema della determinazione dell'azione giusta o corretta e delle sue regole, e come problema della giustificazione del dovere o dell'obbligo di compiere azioni giuste e di seguire le regole».

in particolare quello offerto dall'etica aristotelica<sup>23</sup>. Questo tentativo di riscoprire il concetto di virtù è stato guidato, a volte, dall'intento di integrare l'etica moderna<sup>24</sup> e, altre volte, dalla determinazione a sostituire quest'ultima con un modello alternativo per l'orientamento della prassi umana<sup>25</sup>.

L'approccio di Pellegrino rientra senza dubbio nel primo di questi due tentativi: a parere dello studioso, l'etica dell'obbligazione non richiede una sua completa sostituzione da parte dell'etica delle virtù, bensì un'integrazione con questa. Tale integrazione risulta a suo avviso necessaria non solo per l'etica in generale, ma anche, se non soprattutto, per qualsiasi teoria normativa da applicarsi alla realtà medica. Ogni impostazione teorica dovrà infatti tener presenti i quattro elementi dell'evento morale sopraccennati, poiché anche l'assenza di uno solo di essi potrebbe far risultare incompleta, o addirittura errata, la formulazione di qualsiasi modello di etica medica. Lo sguardo dovrà esser quindi rivolto al carattere del medico e del paziente, agli indispensabili segni di riferimento (*benchmarks*) offerti dai principi e dalle regole, alle particolari circostanze di ogni evento clinico e alle conseguenze derivanti da qualsiasi decisione ed atto medico<sup>26</sup>.

Per Pellegrino e Thomasma quindi anche all'interno della pratica clinica una teoria

---

<sup>23</sup> Soprattutto negli Stati Uniti la ripresa dell'etica delle virtù si è concretizzata anche in interventi critico-integrativi verso il paradigma dei principi proposto da Beauchamp e Childress. A riguardo cfr. L. Palazzani, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, cit., pp. 59-85.

<sup>24</sup> Ne è un esempio l'etica del dovere proposta da Frankena: in essa infatti i principi costituiscono l'indispensabile guida per la determinazione del corretto agire e le virtù assicurano quell'affidabilità e quella prontezza necessarie all'esecuzione dell'azione giusta. In tal modo, alla «moralità del dovere e dei principi», di chiara ascendenza kantiana, viene affiancata la «moralità delle virtù o dei tratti del carattere» (Id., *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale*, trad. it. cit., pp. 143-145). Per Frankena infatti la moralità, pur poggiando sull'obbligazione, necessita comunque della presenza delle virtù: queste ultime, oltre a fornire le motivazioni interne per compiere le azioni giuste, permettono di risolvere i conflitti tra doveri *prima facie* in modo conforme non tanto alla lettera quanto allo spirito della legge. Di conseguenza, nell'etica del dovere proposta da Frankena i principi deontici determinano ciò che si deve o non si deve fare, ma stabiliscono anche quali tratti del carattere siano virtuosi. Egli quindi rimane ancorato al normativismo, ma sottolinea anche l'insostituibilità delle virtù per un corretto comportamento morale. A riguardo Frankena si esprime con queste parole: «per parodiare un famoso detto di Kant, sono propenso a credere che i principi senza i tratti di carattere siano impotenti, e i tratti di carattere senza i principi siano ciechi» (*ivi*, p. 143). Analizzando l'etica del dovere proposta da Frankena, Abbà (*Felicità, vita buona e virtù*, cit., p. 113) sottolinea come quest'ultima rappresenti indubbiamente un notevole sforzo di sintesi, ma rimanga ancora fortemente ancorata all'orizzonte normativistico tipicamente moderno: «La posizione di Frankena [infatti] rappresenta il massimo di quanto possa dire a favore delle virtù colui che si mantiene, come lui, arroccato al suo concetto tipicamente moderno di moralità».

<sup>25</sup> In alcuni casi le critiche mosse all'etica moderna hanno infatti dato origine all'elaborazione di varie teorie della virtù e alla ripresa di una concezione teleologica della natura umana di chiara matrice aristotelica. Ne è un esempio l'impostazione teorica offerta da Alasdair MacIntyre, che verrà ripresa nelle sue linee generali nelle pagine seguenti.

<sup>26</sup> Cfr. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, pp. 73-74.

delle virtù deve essere necessariamente collegata a regole e principi morali. Un'etica basata esclusivamente sull'esercizio delle virtù non può infatti costituire da se stessa una sufficiente fondazione per l'etica medica; tuttavia, essa non può neppure esser considerata di importanza secondaria,

poiché anche il carattere del medico (e, certamente, anche quello del paziente) è al cuore delle scelte e delle azioni morali. E' l'agente [infatti] che interpreta i principi, seleziona quali tra essi devono essere ignorati e quali applicati e li posiziona in un ordine di priorità<sup>27</sup>,

tutto ciò sulla base della propria storia individuale e delle particolari situazioni che sta vivendo. I principi morali costituiscono così degli indispensabili segni di riferimento anche per coloro che operano all'interno della professione medica, ma devono essere affiancati dall'esercizio delle virtù. In assenza di queste ultime infatti i principi rischiano di rimanere istanze normative a sé stanti alle quali l'agente morale ricorre di volta in volta nei casi in cui necessita di delineare il suo corso d'azione<sup>28</sup>.

A parere di Pellegrino, una teoria etica relativa alla relazione di cura deve quindi essere necessariamente *virtue-based*, nonostante le virtù e il carattere dell'agente non possano considerarsi l'unica forza normativa di tale teoria. Porsi alla ricerca di un'impostazione teorica di questo tipo significa per lo studioso indagare tre aspetti necessari (*necessary ingredients*)<sup>29</sup>, ossia una teoria della medicina capace di definire il *telos* di questa specifica attività umana, una definizione di virtù che sia consona alla teoria precedentemente enunciata ed infine una lista di virtù che permetta di delineare maggiormente la figura del "buon medico" e del "buon paziente".

Per quanto riguarda il primo aspetto, credo che il quinto capitolo di questo scritto abbia già messo in luce come, per Pellegrino, una riflessione etico-filosofica sulla medicina trovi la sua origine e il proprio fondamento nel particolare rapporto interpersonale che sorge fra medico e paziente all'interno di qualsiasi contesto clinico. Rivolgendo l'attenzione ai tre fenomeni che costituiscono l'interazione clinica, ossia l'esperienza di malattia, l'atto di professione e l'atto della medicina, è infatti possibile definire la medicina non solo come una scienza, ma anche come un'attività a carattere morale, e individuare nell'agire per il bene del paziente il *telos* della pratica medica.

---

<sup>27</sup> Pellegrino – Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, op. cit., p. 19, trad. mia.

<sup>28</sup> Cfr. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, p. 72.

<sup>29</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Care Professions*, in Id., *Physician and Philosopher*, cit., p. 123.

Per quanto concerne il secondo aspetto, Pellegrino definisce la virtù come

un tratto del carattere capace di disporre abitualmente colui che la possiede all'eccellenza di intento e di esecuzione relativamente al *telos* specifico dell'attività che sta svolgendo<sup>30</sup>.

In questa definizione sono presenti due precedenti teorici che meritano di essere brevemente richiamati al fine di comprendere più in profondità la proposta dello studioso: mi riferisco allo stretto rapporto tra disposizione (*hexis*) e virtù (*arete*) messo in luce da Aristotele e alla definizione di virtù offerta da Alasdair MacIntyre.

Aristotele, nella sua dottrina delle virtù etiche o morali, osserva come queste ultime non possano che derivare dall'abitudine e dall'esercizio a compiere determinati atti. Le virtù infatti, scrive lo Stagirita,

non si generano né per natura né contro natura, ma è nella nostra natura accoglierle, e sono portate a perfezione in noi per mezzo dell'abitudine<sup>31</sup>.

Al pari dei vizi, anche le virtù non sono un dato naturale, ma poggiano su alcune capacità (*dynameis*), che, se abitualmente e opportunamente coltivate mediante il compimento di specifiche azioni, potranno dar vita a delle disposizioni stabili o stati abituali. L'uomo è perciò potenzialmente capace di atteggiamenti virtuosi: la natura infatti ci abilita nell'accogliere le virtù, ma siamo noi che dobbiamo perfezionarle attraverso l'abitudine a ripetere determinati atti. Per Aristotele quindi occorrerà un esercizio continuativo affinché ciò che per natura è solo in potenza venga tradotto in disposizioni stabili: è solo compiendo ripetutamente atti giusti che l'uomo si abituerà a comportarsi in modo giusto ed agirà secondo giustizia anche in quelle situazioni della vita che gli si presenteranno come imprevedute e complesse.

I latini hanno quindi opportunamente reso l'espressione "disposizioni stabili" con il termine *habitus*, poiché la costituzione nella personalità umana di una vera e propria

---

<sup>30</sup> *Ivi*, p. 124, trad. mia.

<sup>31</sup> Aristotele, *Etica Nicomachea*, II 1, 1103a 24-26. Cfr. A. Da Re, *La saggezza possibile. Ragioni e limiti dell'etica*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1994, pp. 56-57. Lo Stagirita distingue le virtù etiche o morali (come ad esempio generosità, temperanza, coraggio e giustizia) dalle virtù dianoetiche o intellettuali (quali sapienza, senno e saggezza). Mentre le prime, definite anche virtù del carattere o del giusto mezzo, derivano dall'abitudine e dall'esercizio a compiere determinati atti (si diventa giusti infatti compiendo abitualmente atti giusti e coraggiosi abituandosi ad agire coraggiosamente), le seconde derivano invece dall'insegnamento. Va inoltre sottolineato come, per Aristotele, le virtù non si differenzino solo per il loro derivare dall'abitudine o dall'insegnamento, ma anche dal fatto che esse afferiscano a diverse parti dell'anima. Le virtù etiche risiedono infatti nella componente desiderativa dell'anima, cioè nella parte irrazionale di quest'ultima, che tuttavia partecipa ed obbedisce alla ragione, mentre quelle dianoetiche o intellettuali afferiscono alla parte dell'anima espressamente razionale. Cfr. *Eth. Nic.*, I 13, 1103a 3-10; II 1, 1103a 15-20.

abitudine virtuosa o viziosa sorreggerà e spingerà il soggetto agente verso comportamenti virtuosi o viziosi.

Inoltre, perché un'azione sia davvero virtuosa, non potrà solamente essere motivata da una disposizione stabile, ma dovrà anche essere oggetto di scelta consapevole da parte del soggetto agente. Di conseguenza, affinché le virtù possano essere tradotte in stati abituali occorreranno due importanti fattori: da un lato il costante impegno ed esercizio nel compiere ripetutamente determinati atti virtuosi, dall'altro la consapevolezza delle scelte e delle azioni da parte di colui che le compie.

Come emerge dalla definizione di virtù offerta da Pellegrino, anche per questo autore esse costituiscono dei tratti del carattere, delle vere e proprie disposizioni abituali, le quali abilitano colui che le possiede e che costantemente le esercita al raggiungimento del *fine* di un'attività umana. Intese in questi termini, le virtù sono teleologiche, ma non in senso consequenzialistico bensì in senso classico<sup>32</sup>, poiché esse si rivelano indispensabili per perseguire le finalità specifiche di una determinata attività. Emerge qui il secondo precedente teorico dell'impostazione di Pellegrino, ossia la definizione di virtù, correlata a quella di *pratica* e formulata da MacIntyre nel suo celebre testo *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*<sup>33</sup>.

La spiegazione del concetto di pratica compare nel primo dei tre momenti della definizione di virtù proposta dallo stesso MacIntyre. Con il termine "pratica" l'autore si riferisce a

qualsiasi forma coerente e complessa di attività umana cooperativa socialmente stabilita<sup>34</sup>,

nella quale si realizzano quei beni immanenti e quei valori insiti all'attività stessa. La virtù, in questa sua prima enunciazione, costituisce quindi

una qualità umana acquisita il cui possesso ed esercizio tende a consentirci di raggiungere quei valori che sono interni alle pratiche, e la cui mancanza ci impedisce effettivamente di raggiungere qualsiasi valore del genere<sup>35</sup>.

Questa definizione risulta però agli occhi di MacIntyre incompleta in quanto esistono delle pratiche malvagie, alcune delle quali finalizzate all'ingiustizia, e pertanto, sostiene

---

<sup>32</sup> Cfr. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, p. 69.

<sup>33</sup> Cfr. A. MacIntyre, *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale* (1981), trad. it. di P. Capriolo, Feltrinelli, Milano 1988.

<sup>34</sup> *Ivi*, p. 225.

<sup>35</sup> *Ivi*, p. 229.

l'autore, dev'essere introdotto il concetto di "vita buona come *telos*". Questo secondo momento nella definizione di virtù presuppone perciò che la vita possa essere intesa come "un tutto" con una sua identità e continuità. Concepire la vita nei termini di un'*unità narrativa* significa inoltre considerare il soggetto agente non come il protagonista di azioni isolate fra loro, ma come l'autore del «tema di una narrazione che va dalla nascita alla morte»<sup>36</sup>. Ciò che conferisce unità alla vita è proprio il *telos*, il quale però non è determinato in partenza: che cosa sia la vita buona deve infatti costituire per l'uomo il costante oggetto di ricerca, verso il quale le virtù possono costituire un valido aiuto<sup>37</sup>. Queste ultime non possono essere semplicemente intese come quelle disposizioni che sorreggono le pratiche e ci consentono di raggiungere i valori interni ad esse: le virtù infatti sostengono anche la ricerca della vita buona

permettendoci di superare i mali, i pericoli, le tentazioni e le distrazioni in cui ci imbattiamo, e ci forniscono una conoscenza di noi stessi e del bene<sup>38</sup>.

Una simile ricerca tuttavia non può avvenire in astratto: per MacIntyre, l'io deve trovare la propria identità morale in e attraverso l'appartenenza a comunità quali la famiglia, il vicinato, la città. La ricerca della vita buona deve perciò necessariamente prendere avvio da queste particolarità morali e dalle tradizioni da esse espresse e tramandate. Si giunge così al terzo momento della definizione di virtù: esse si rivelano a questo punto delle qualità che sostengono e rimotivano le tradizioni, impedendone il loro possibile deterioramento. Non si tratta ovviamente di

una forma di passatismo conservatore [poiché il] senso adeguato della tradizione si manifesta nella capacità di cogliere quelle possibilità future che il passato ha messo a disposizione del presente<sup>39</sup>.

Non è mia intenzione esaminare dettagliatamente i punti deboli di una simile

---

<sup>36</sup> *Ivi*, p. 260.

<sup>37</sup> Si assiste così nell'etica delle virtù a un importante cambio di prospettiva: dall'atto singolo alla vita buona. La vita infatti è ora colta nella sua interezza, nella sua unità narrativa appunto, e le disposizioni virtuose costituiscono l'indispensabile guida nella ricerca della vita buona. L'etica delle virtù può quindi essere definita come «un'etica della normalità piuttosto che dell'eccezionalità della vita morale». Essa infatti, rivolgendo la propria attenzione verso il *telos* dell'essere umano, non si interroga su "che cosa devo fare" (domanda questa tipica dell'etica del dovere), ma si chiede invece "perché devo fare ciò?" o, meglio ancora, "quale uomo voglio diventare?" Cfr. A. Da Re, *La riscoperta delle virtù nell'etica contemporanea: guadagni e limiti*, in A. Da Re, G. De Anna (a cura di), *Virtù, natura e normatività*, Il Poligrafo, Padova 2004, pp. 237-238. Cfr. inoltre C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1995, pp. 148-150.

<sup>38</sup> MacIntyre, *Dopo la virtù*, trad. it. cit., p. 262.

<sup>39</sup> *Ivi*, p. 266.

prospettiva<sup>40</sup>, bensì evidenziare come essa abbia influito nell'indagine critica svolta da Pellegrino sulla realtà della pratica medica. Poiché il fine della medicina consiste nello scegliere e attuare quella “buona e giusta azione di cura” presa negli interessi di un determinato malato, potranno essere definite virtù quelle disposizioni abituali che indirizzano i soggetti dell'interazione clinica alla ricerca del bene del paziente. Quindi, affinché le virtù possano essere tradotte in stati abituali anche dagli agenti coinvolti nei contesti clinici, occorreranno i due fattori precedentemente richiamati, ossia la consapevolezza delle scelte e delle azioni intraprese nonché l'impegno e l'esercizio quotidiano nel compiere ripetutamente determinati atti virtuosi.

Il terzo aspetto necessario alla formulazione di una teoria etica *virtue-based* relativa alla relazione di cura è l'elenco delle virtù che, come già accennato, contribuiscono al raggiungimento del fine della pratica medica. In varie occasioni Pellegrino, in collaborazione con Thomasma, ha tentato di tracciare questo elenco, riprendendo la distinzione aristotelica tra le virtù etiche e intellettuali<sup>41</sup> e aggiungendo quelle teologiche richiamate anche da Tommaso d'Aquino<sup>42</sup>. Nel fare ciò Pellegrino non ha mai stabilito

---

<sup>40</sup> Mi limito a metterne sinteticamente in luce alcuni. L'identificazione dell'uomo con i ruoli che egli assume all'interno delle pratiche sociali non consente a MacIntyre di dare il giusto peso al carattere di autonomia del soggetto agente. Riducendo la vita morale di quest'ultimo all'appartenenza a una comunità o all'adesione a una pratica sociale, l'autore sembra non cogliere appieno la complessa dinamica della condotta umana, rischiando per di più di perpetuare una differente forma di impersonalità. Inoltre, pur essendo un attento interprete di Aristotele, MacIntyre trascura il momento specificamente razionale dell'etica aristotelica e non si sofferma su come razionalità e virtù, o meglio virtù dianoetiche e virtù etiche del carattere, intervengano nella condotta dell'uomo e nella psicologia morale del soggetto agente. Su questi aspetti, cfr. A. Da Re, *Il ritorno dell'etica nel pensiero contemporaneo*, cit., pp. 179-180. Infine, mancante del sostegno della razionalità pratica e dei suoi principi morali, l'etica delle virtù qui proposta si preclude la possibilità di fornire degli adeguati criteri per la determinazione della vita buona. A riguardo, cfr. G. Abbà, *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, cit., p. 129.

<sup>41</sup> Cfr. Pellegrino – Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, cit., in particolare pp. 65-161. Mentre tra le virtù etiche gli autori segnalano la fedeltà alla fiducia, la compassione, la giustizia, la fermezza, la temperanza, l'integrità e la soppressione dell'interesse personale, fra quelle dianoetiche individuano la competenza tecnica e la saggezza. Quest'ultima svolge per Pellegrino e Thomasma un ruolo decisivo nell'esercizio della pratica medica perché costituisce quella virtù intellettuale che consente al professionista di scegliere correttamente nella concretezza delle situazioni. Non solo. La saggezza (*phronesis*), come già evidenziato da Aristotele, accompagna la determinazione delle virtù etiche poiché stabilisce quali disposizioni siano virtuose e quali invece non meritino tale appellativo. E' quindi la virtù della saggezza pratica che permette al medico di valutare i dati a sua disposizione, le diverse possibilità terapeutiche, i risultati e i rischi che da queste sorgono, i suoi valori professionali e personali e, non da ultimo, quelli del paziente. La *phronesis* risulta perciò fondamentale nel quotidiano svolgimento della pratica medica: essa è infatti una virtù indispensabile per raggiungere il bene del paziente in quanto la determinazione di tale bene richiede un costante processo decisionale che prenda in adeguata considerazione tutti i diversi aspetti presenti in ogni situazione clinica.

<sup>42</sup> Cfr. E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1996, in particolare pp. 42-83. Le virtù teologiche (fede, speranza e carità) costituiscono per gli autori quelle virtù che un medico cristiano dovrebbe esibire nella pratica medica. Accanto alle virtù etiche e intellettuali, esse permettono alla professione sanitaria di trasformarsi

alcun ordine gerarchico tra le virtù individuate, ritenendo ognuna di esse fondamentale al raggiungimento del bene del paziente. Tuttavia, in un suo saggio pubblicato nel 1989, lo studioso nota come le virtù che dovrebbero essere esercitate dai soggetti coinvolti nei contesti clinici siano sostanzialmente riducibili a due: fedeltà alla fiducia e benevolenza<sup>43</sup>. Com'è già stato ricordato nel quarto capitolo di questo elaborato, la fiducia rappresenta un aspetto costitutivo di qualsiasi relazione interpersonale, ma in particolar modo del rapporto professionista-destinatario: senza di essa si rimarrebbe immobilizzati, inattivi e improduttivi, incapaci perciò di vivere all'interno di una qualsiasi società. Nonostante possa essere considerata la più quotidiana delle esperienze, la fiducia presenta tuttavia un'intrinseca e ineliminabile problematicità: essa infatti implica il pericolo della delusione, rischio questo al quale nessuno di noi può sottrarsi. Pellegrino afferma che, proprio per questo motivo, i soggetti coinvolti nell'interazione clinica devono mostrarsi fedeli alla fiducia che ognuno di essi ha riposto nell'altro.

Per quanto riguarda la benevolenza, si ricorderanno le considerazioni esposte nel primo capitolo di questo scritto, laddove la disposizione interiore ad agire per il bene degli altri, la benevolenza appunto, è stata distinta dalla beneficenza, ossia dall'intervento attivo e concreto dell'agente per la promozione e la realizzazione del bene altrui<sup>44</sup>. A riguardo è stato però sottolineato come, nonostante la distinzione beneficenza-benevolenza debba essere mantenuta, costituisca un errore considerare la stessa nei termini di una netta opposizione tra questi due concetti. Infatti, la beneficenza, completamente svuotata della benevolenza, non rende il soggetto verso cui è rivolta l'azione benevola un essere autonomo e libero. Mentre le persone benevoli

---

in una vera e propria vocazione: fede, speranza e carità non cancellano le altre virtù, bensì le «elevano a livello di grazia, ossia, ad un grado di perfezione impercettibile senza di esse» (*ivi*, p. 22, trad. mia). Le virtù teologali quindi non aboliscono né tanto meno si sostituiscono alle virtù etiche e intellettuali, ma, affiancate ad esse, indicano al medico cristiano il tipo di persona che dovrebbe essere e lo stile di vita da condurre nell'esercizio della sua professione.

<sup>43</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *Character, Virtue, and Self-Interest in the Ethics of the Professions*, in «Journal of Contemporary Health Law & Policy», 5 (1989), n. 1, p. 67 (il suddetto saggio è stato ristampato in Engelhardt, Jr – Jotterand, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, op. cit., pp.231-254; per il passo in questione, p. 248). La scelta di queste due virtù non è ovviamente casuale e risulta infatti coerente con la proposta normativa della *beneficence-in-trust*: già l'espressione impiegata per nominare questo modello dell'etica medica contiene i termini “beneficenza” e “fiducia” e pertanto, sottolineando l'esigenza dell'integrazione dell'etica dell'obbligazione con quella della virtù, Pellegrino individua appunto nella benevolenza e nella fedeltà alla fiducia la sintesi delle diverse virtù che devono essere esercitate nei contesti clinici.

<sup>44</sup> Cfr. par. 1.2.3 del primo capitolo di questo elaborato.

desiderano il bene altrui e non si aspettano né pretendono di ricevere un uguale ricambio, chi compie un'azione benefica non necessariamente non esige qualcosa dal beneficiario per l'aiuto dimostratogli. Possono pertanto esservi dei benefattori benevoli o non, ma solamente nel primo caso il rapporto tra colui che compie l'azione benefica e chi la riceve potrà davvero definirsi libero e non caratterizzato da una necessaria reciprocità. Infatti, in completa assenza della virtù della benevolenza, il destinatario dell'azione di carattere benefico risulterebbe sempre obbligato a ricambiare il beneficio ricevuto.

Dinnanzi a queste considerazioni, credo si possa comprendere il motivo che conduce Pellegrino a riconoscere la benevolenza come una delle più importanti e indispensabili virtù della pratica medica: egli infatti individua nel principio di beneficenza il fondamento della medicina e la giustificazione delle varie decisioni e dei diversi corsi d'azione che si verificano all'interno dei contesti clinici, ma ritiene che esso vada affiancato alla disposizione interiore ad agire per il bene altrui. Infatti, in assenza di tale disposizione da parte del medico, il paziente, già contrassegnato dalla vulnerabilità e dalla dipendenza provocate dal suo vissuto di malattia e coinvolto per di più in un rapporto interpersonale asimmetrico con il professionista, si sentirebbe ulteriormente ferito nella capacità di autodeterminarsi perché obbligato a ricambiare il beneficio ricevuto dal medico stesso<sup>45</sup>.

Riemerge quindi l'esigenza di integrare l'etica dell'obbligazione con quella delle virtù, sempre nella consapevolezza che, nonostante l'agire virtuoso sia richiesto a tutti i soggetti coinvolti nei contesti clinici, l'esercizio delle virtù risulti prioritario nell'operato del professionista, visto il carattere inevitabilmente asimmetrico di qualsiasi rapporto medico-paziente.

La teoria normativa *virtue-based* per l'etica medica proposta da Pellegrino offre senza dubbio un ampio ventaglio di riflessioni: credo infatti che non sia possibile rimanerne indifferenti o non comprenderne l'importanza, soprattutto se si considera quanto complessi siano la relazione medico-paziente e il fine morale della medicina. Non

---

<sup>45</sup> Questo ulteriore danno alla capacità di autodeterminazione del paziente sembra ad esempio verificarsi in un sistema sanitario a carattere assicurativo, dove qualsiasi prestazione medica viene fruita solamente in seguito al pagamento della quota assicurativa. In questo caso, non solo il professionista potrebbe agire nel miglior interesse del paziente solamente perché quest'ultimo ha già provveduto al pagamento del premio, ma il malato potrebbe usufruire dell'offerta sanitaria unicamente sulla base della quota assicurativa versata, sentendosi così sminuito come persona e costretto a pagare per godere di ulteriori e futuri benefici.

vanno tuttavia dimenticate le diverse critiche rivolte a questa teoria<sup>46</sup> e riconosciute anche dallo stesso Pellegrino<sup>47</sup>: questa impostazione teorica viene infatti considerata difficilmente attuabile nel contesto contemporaneo e, per di più, troppo astratta e vaga data l'oggettiva difficoltà di definire la virtù e di giungere a un accordo relativamente ad essa. Esiste inoltre un ineliminabile circolo vizioso tra le virtù e una teoria del bene tale da non potersi pronunciare sulle prime senza fare riferimento alla seconda e viceversa<sup>48</sup>. Oltre a ciò, alle virtù non viene riconosciuta la stessa forza di linee-guida per l'agire riscontrabile invece nei principi e nelle regole morali<sup>49</sup>. Infine, l'esercizio delle virtù appare reclamare corsi d'azione di carattere supererogatorio<sup>50</sup>: agire virtuosamente sembra infatti richiedere più del dovuto in quanto non coincide con la semplice osservanza di principi morali, ma esige la costante (abituale appunto) manifestazione di un particolare stile di vita.

Come è già stato sottolineato, per Pellegrino una teoria normativa per l'etica medica non può essere esclusivamente *virtue-based*, ma deve trovare un collegamento tra le virtù, i principi e le regole morali, riconoscendo a ognuno di essi il proprio ruolo e peso. Ogni evento morale presenta diversi elementi, ossia l'agente, l'atto, le circostanze e le conseguenze, e pertanto una qualsiasi teoria normativa deve, seppur con difficoltà, prenderli tutti adeguatamente in considerazione, evitando di concentrarsi o di escludere anche solo uno di essi.

Per Pellegrino anche all'etica medica spetta questo arduo compito: agire per il bene del paziente significa infatti rivolgere la propria attenzione al particolare contesto clinico, guardando a tutti coloro che vi prendono parte così come alle decisioni ed azioni mediche e morali richieste, senza tuttavia trascurare le relative conseguenze.

---

<sup>46</sup> Cfr. R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, cit., pp. 214-218.

<sup>47</sup> Cfr. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, pp. 64-66.

<sup>48</sup> Interrogandoci infatti relativamente a quale sia la persona che compie il bene, la risposta non può che essere una sola: l'uomo virtuoso. Tuttavia è anche inevitabile chiederci: chi è l'uomo virtuoso? Certamente colui che compie il bene. Questo circolo vizioso appare particolarmente inevitabile in un modello normativo di etica medica come quello della *beneficence-in-trust*: poiché l'agire per il bene del paziente (fine interno della medicina) richiede un rapporto interpersonale contrassegnato dal dialogo e dalla fiducia reciproca, allora il concetto di beneficenza così articolato rimanda necessariamente ai tratti caratteriali dei soggetti che partecipano all'interazione clinica.

<sup>49</sup> Una teoria normativa esclusivamente *virtue-based* sembra prefigurare una sorta di "situazionismo etico": al soggetto agente infatti spetta la responsabilità di scegliere ed esercitare le diverse virtù a seconda della particolare situazione che sta vivendo. Ed è appunto per questo che colui che agisce deve essere *phronimos*, perché sarà proprio la saggezza pratica a guidarlo nelle diverse decisioni ed azioni morali. Cfr. Da Re, *La riscoperta delle virtù nell'etica contemporanea: guadagni e limiti*, p. 242.

<sup>50</sup> Cfr. Pellegrino, *The Recovery of Virtue in the Professional Ethics of Medicine*, p. 65.

Tenere costantemente presenti tutti questi aspetti rappresenta senza dubbio una vera e propria sfida per colui che svolge la professione medica, malgrado l'esercizio della virtù dianoetica della *phronesis* possa aiutarlo nella scelta del corso d'azione dinanzi alla concretezza delle situazioni. Tuttavia, è proprio la natura della medicina e il *telos* che la caratterizza a richiedere questo tipo di impegno: sottrarsi significherebbe mettere in secondo piano l'agire per il bene del paziente e non mantenere fede all'atto di professione pubblicamente espresso.

#### 6.4 La tesi dell'integrità della professione medica

Per comprendere se il modello della “beneficenza-nella-fiducia” entri o meno in dialogo con la realtà medica contemporanea, vorrei prendere in esame la tesi dell'integrità della professione medica, la quale è sostenuta sia da Pellegrino<sup>51</sup> sia da Leon Kass, che è stato presidente del *President's Council on Bioethics* dal 2001 al 2005.

Per Kass la medicina non è una professione eticamente neutra, bensì una pratica dotata di propri valori e intrinsecamente orientata al bene naturale della salute e dell'integrità<sup>52</sup>. Lo dimostra il significato etimologico del termine “professione”, già richiamato nel capitolo precedente<sup>53</sup>: questa parola, come si ricorderà, deriva dal verbo latino *profiteri*, che significa “dichiarare a voce alta, pubblicamente” e, nel caso del medico, l'oggetto di tale dichiarazione consiste in una duplice promessa. Egli infatti dichiara pubblicamente di essere una figura professionale competente e di possedere quella conoscenza specifica e necessaria per rispondere ai bisogni del malato e al tempo stesso promette di porre tale bagaglio conoscitivo a servizio del paziente, impegnandosi ad agire nel migliore interesse di quest'ultimo. Si tratta per di più, specifica Kass, di un atto pubblico di devozione nei confronti dei valori interni alla pratica medica ed è per questo, sottolinea lo studioso, che una persona può scegliere di essere un medico, ma non può stabilire che cosa significhi essere medico<sup>54</sup>. E' il fine della professione medica

---

<sup>51</sup> In questo paragrafo non intendo ulteriormente esporre la posizione di questo autore riguardo all'integrità della professione medica, poiché a mio avviso già emersa nella trattazione degli assoluti morali (cfr. il par. 6.1 di questo capitolo).

<sup>52</sup> Il termine pratica è da intendersi anche in questo caso nel senso rintracciato da MacIntyre e quindi come una forma coerente e complessa di attività umana nella quale si realizzano quei beni immanenti e quei valori insiti alla stessa attività.

<sup>53</sup> Cfr. par. 5.4.2 del quinto capitolo di questo elaborato.

<sup>54</sup> Cfr. L. Kass, *Neither for love nor money: why doctors must not kill*, in «The Public Interest», 24 (1989),

che ha guidato colui che la esercita nell'apprendimento di quelle conoscenze necessarie per rispondere ai bisogni del malato e che tuttora dà fondamento al suo operato giornaliero.

Di conseguenza, né la logica contrattualistica delle prestazioni dietro compenso (nell'ottica liberale e libertaria), né l'idea di una radicale benevolenza verso il paziente (nel senso utilitaristico della promozione del benessere) possono sostituire la vocazione originaria della medicina alla difesa della vita e alla promozione della salute. Sulla base della tesi dell'integrità della professione medica alcune azioni risultano quindi moralmente scorrette e ingiustificabili proprio alla luce del fine morale della medicina: ad esempio, uccidere un paziente o aiutarlo a realizzare il suo desiderio di morte sono atti che, non promuovendo la salute né tutelando la vita umana, comportano una violazione del profondo significato dell'arte di guarire e risultano quindi inaccettabili<sup>55</sup>. Il senso della professione medica consiste infatti nell'agire per il bene del malato in vista del fine naturale della salute e tale significato intrinseco a questa professione pone dei limiti che non possono essere oltrepassati perché ciò comporterebbe la distruzione della medicina stessa. Scrive infatti Kass:

La fedeltà della professione medica ai precetti della guarigione e del rifiuto di uccidere – che ne costituisce il fondamento etico – ne uscirà distrutta per sempre, e con essa la fiducia del paziente e la moderazione medica<sup>56</sup>.

Come possiamo, si chiede Kass, pretendere attenzione e umanità dal nostro medico e, al tempo stesso, chiedergli di assumere il ruolo di “dispensatore di morte”<sup>57</sup>? Considerati la peculiare asimmetria del rapporto medico-paziente, la condizione vulnerabile del malato e il conseguente affidarsi di quest'ultimo a uno specialista, potremmo ancora avere fiducia in questa figura professionale qualora sapessimo che può anche provocarci la morte?

Per Kass quindi le pratiche dell'eutanasia e del suicidio assistito contraddicono il

---

n. 94, p. 38.

<sup>55</sup> Cfr. L. Kass, *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana* (2002), trad. it. di S. Colombo, Lindau, Torino 2007, p. 349.

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 317.

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 352. Kass evidenzia inoltre come chiedere a dei non medici di assumersi tale ruolo, creando così dei professionisti dell'eutanasia, significhi disumanizzare del tutto la questione. Per lo studioso, i sostenitori dell'eutanasia non sanno cosa sia la dignità umana, arrivano a confonderla con la compassione e questo è confermato da una delle loro argomentazioni a sostegno di pratiche eutanasiche: «perché – affermano – poniamo fine alle sofferenze degli animali ma continuiamo a obbligare gli esseri umani a soffrire sino all'ultimo? Perché, se non è contraddittoria per il veterinario, l'etica medica rigetta completamente l'uccisione compassionevole? Non è a dir poco disumano?» (*ibidem*).

senso originario della professione medica, cioè il suo essere impegnata al recupero della salute e dell'integrità del paziente (*make whole again*). Lo studioso sottolinea inoltre come la richiesta di tali pratiche provenga spesso dalla volontà di liberarsi dall'odierna medicalizzazione della nostra vita:

Dopo aver adottato un approccio eminentemente tecnico alla vita e aver medicalizzato tanta parte della sua fine, stiamo cercando una soluzione definitiva al male della caducità e al nostro (inevitabile) "fallimento" tecnico, nonché a quelle forme degradate di esistenza che sono tra gli effetti indesiderati del nostro "successo"<sup>58</sup>.

Si tratta per Kass di una pericolosa follia, che può essere evitata riflettendo, proprio dalle richieste di suicidio assistito e di eutanasia, sui limiti della medicalizzazione della vita e della morte e sull'ineliminabile finitezza umana:

E' un'occasione per affermare e ricordare che, anche in presenza di malattie incurabili e terminali, rimane un residuo di integrità umana – per quanto precaria – di cui possiamo aver cura. [...] Se scegliessimo di diventare dispensatori tecnici di morte, non solo tradiremmo i nostri cari e il nostro dovere di prenderci cura di loro, ma non faremmo che esacerbare le peggiori tendenze della società moderna, abbracciando il tecnicismo e la "compassione" mentre le sole cose che servono, e che mancano, sono l'incoraggiamento e l'umanità. [...] Se capiremo che la finitudine non è una disgrazia e la dignità umana può essere onorata fino alla fine, forse saremo in grado di arginare la marea che minaccia di sommergere per sempre le migliori speranze per la dignità umana<sup>59</sup>.

Tornando ora alla tesi dell'integrità della medicina proposta da Kass, oltre alla difficoltà di fornire una definizione del concetto di salute il cui ripristino dovrebbe, a parere dell'autore, costituire il fine di ogni atto medico, l'essenza della medicina intesa come arte del guarire esaurisce del tutto il raggio d'azione della professione sanitaria? Insomma, riprendendo quanto sostenuto da Gadamer, l'arte medica si limita a ristabilire un ordine e un equilibrio spezzati, senza produrre pertanto nulla di nuovo? Confrontando la *techne* medica con le altre arti e rilevando nella prima una certa ambiguità, Gadamer infatti dichiara:

Tale arte non è invenzione e progettazione di qualcosa di nuovo, che non esiste, e che quindi si è in grado di realizzare opportunamente. Sin dall'inizio, invece, essa è un tipo di attività che consegue sì dei risultati, ma non produce proprio nulla di proprio, né utilizza mezzi propri. Il suo sapere e la sua capacità si inseriscono del tutto nel corso della natura e cercano di ristabilirlo laddove è disturbato, per poi scomparire dopo il recupero del naturale equilibrio della salute. [...] In ogni

---

<sup>58</sup> *Ivi*, p. 356.

<sup>59</sup> *Ivi*, pp. 356-357.

*technè* avviene certamente che il prodotto venga lasciato all'uso degli altri, ma esso rimane sempre una creazione del suo autore. Invece l'opera del medico, appunto perché consiste nella salute ristabilita, non è assolutamente più sua, anzi non lo è mai stata. Il rapporto tra l'atto del fare e quanto viene fatto, tra quello del produrre e ciò che viene prodotto, fra lo sforzo e il risultato, è qui essenzialmente di un genere più ambiguo ed enigmatico<sup>60</sup>.

Dinnanzi a tali considerazioni, è possibile anche ai giorni nostri descrivere il ruolo della medicina in questi termini? Possiamo ancora affermare che la medicina non produce nulla di nuovo e che il medico è esclusivamente un aiutante della natura che interviene al fine di ristabilire gli squilibri in essa sorti? Il fine della medicina coincide completamente con quello originario, ossia ripristinare la salute del malato?

In realtà, come giustamente evidenzia Hans Jonas, una delle problematiche sollevate dalla medicina contemporanea consiste proprio nel suo andare *oltre* l'antico compito di ripristino della salute: grazie al costante progresso medico-tecnologico e ai mutamenti che caratterizzano la nostra società segnata sempre più dal pluralismo morale, il medico non svolge più esclusivamente il ruolo del guaritore, bensì anche «quello di artista del corpo con scopo da definirsi»<sup>61</sup>. La medicina infatti non segue esclusivamente la regola della natura, intervenendo solo qualora si presenti uno squilibrio in essa. La professione medica non si limita cioè alla promozione e al mantenimento della salute, ma persegue anche fini che vanno al di là di questa regola naturale: medicina oggi significa anche *trasformazione* (pensiamo ad esempio agli interventi di chirurgia estetica e di ingegneria genetica, al biopotenziamento personale e genetico di individui già sani) e persino *produzione* (basti pensare alla fecondazione in vitro con embryo-transfer, FIVET).

Che ne è allora del nobile fine? Dobbiamo ripensare alla medicina alla luce di diverse categorie che esulino completamente dalla considerazione dell'originario compito della professione medica di promozione del bene del paziente? Dobbiamo ora considerare la medicina come una professione socialmente costruita, ossia tecnicamente competente che riceve i propri valori dall'esterno e che si definisce tramite quest'ultimi? E infine, quale peso dare ai due imperativi (agire per il bene del paziente e non infliggergli danno o ingiustizia) che sembravano segnare, sin dalla tradizione ippocratica, i confini del terreno d'azione dell'agire medico?

---

<sup>60</sup> Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, trad. it. cit., p. 42.

<sup>61</sup> H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità* (1987), trad. it. di P. Becchi e A. Benussi, Einaudi, Torino 1997, p. 112.

Dinnanzi al dilatarsi dei compiti svolti dalla medicina, sembra pertanto necessario tornare a riflettere sui fini della professione medica, per cercare di comprendere quale sia il raggio d'azione che si può legittimamente attribuire alla medicina stessa e dove vada tracciato il limite della medicalizzazione legittima.

### 6.5 *Le finalità della pratica medica*

Il *Report* dello Hastings Center dal titolo *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, pubblicato alla fine del 1996 e tradotto in italiano l'anno successivo (*Gli scopi della medicina. Nuove priorità*), si poneva proprio l'obiettivo di riesaminare i fini della medicina dinnanzi ai cambiamenti prodotti dalle scienze biomediche e aventi ripercussioni sia sulla pratica medica sia sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria<sup>62</sup>. Prima di elencare e analizzare i fini della pratica medica, il *Rapporto* evidenzia come il campo della medicina e quello della società siano sempre più intrecciati e assumano pertanto contorni sfumati e incerti: di conseguenza, un'indagine sugli scopi e valori della prima deve tenere in considerazione i fini e il substrato culturale della seconda<sup>63</sup>. Pur ammettendo la difficoltà d'intesa sugli scopi della medicina, problematicità questa accentuata dal necessario processo di comunicazione tra la medicina stessa e la società, si legge:

La medicina sarà un'impresa più funzionale e coerente, se ci sarà un insieme di scopi universalmente riconosciuti che ne rappresentino i necessari valori fondamentali. Oltre a facilitare lo scambio delle conoscenze e lo sviluppo di iniziative sanitarie globali (per esempio quelle promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), questo nucleo centrale di valori comuni consentirà altresì alla medicina di valutare il proprio operato sulla base di norme che trascendano le idiosincrasie e le peculiarità locali. Inoltre la aiuterà a mantenere la propria integrità nei confronti delle pressioni politiche o sociali a servire obiettivi estranei o anacronistici. Questa condizione consentirà poi ai pazienti di comprendere e di giudicare meglio il tipo di assistenza che essi hanno il diritto di aspettarsi e ai

---

<sup>62</sup> Project Report, *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, in «The Hastings Center Report», 26 (1996), n. 6, pp. 1-28, ristampato in Hanson, Callahan (ed. by), *The Goals of Medicine, the Forgotten Issues in Health Care Reform*, op. cit., pp. 1-54. Per l'edizione italiana, curata da Maurizio Mori e presentata in occasione del Convegno internazionale tenutosi a Napoli il 19-21 giugno 1997, cfr. Rapporto dello Hastings Center, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, in «Notizie di Politeia», 13 (1997), n. 45, pp. 3-51. Il *Rapporto* è stato l'esito di un lavoro di ricerca che ha trovato in Daniel Callahan l'ideatore e il promotore dell'iniziativa e che ha coinvolto ben tredici paesi, tra cui l'Italia. Per i motivi che hanno portato Callahan a incoraggiare un'attenta riflessione sugli scopi della medicina, cfr. M. Mori, «*Gli scopi della medicina: nuove priorità*». Osservazioni a qualche anno di distanza, in «Notizie di Politeia», 19 (2003), n. 71, pp. 14-16.

<sup>63</sup> Cfr. Rapporto dello Hastings Center, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, trad. it. cit., p. 13.

professionisti della medicina di darsi una visione più adeguata del proprio ruolo, nonché degli obblighi e delle aspettative che ne conseguono. La medicina ha bisogno di possedere propri valori interni orientanti e stabili e tali valori saranno più forti se scaturiranno dai suoi scopi tradizionali e in larga misura universali<sup>64</sup>.

Pur dovendo continuamente dialogare con la società, la medicina necessita però di una sua direzione interna, di propri valori di fondo che le consentano di rimanere inerme ai possibili abusi e prepotenze che potrebbero provenire dal contesto sociale nel quale essa opera. Basti ad esempio ricordare la profonda evoluzione che la medicina subì a causa del movimento dell'eugenetica e quale ruolo assunse nel progetto di genocidio nazista: dapprima impegnata per il controllo sociale della selezione naturale e infine completamente ideologizzata, la professione medica arrivò persino a giustificare sterilizzazioni coatte e addirittura uccisioni mediche dirette.

La necessità di riconoscere gli scopi della medicina *qua* medicina è richiesta anche al fine di delineare i ruoli e le aspettative dei soggetti coinvolti in essa: il paziente potrà comprendere quale tipo di assistenza gli spetti e giudicarlo di conseguenza e, a sua volta, il medico prenderà maggiore consapevolezza dei doveri richiesti dall'esercizio della sua professione.

La delimitazione delle finalità della pratica medica da parte del *Rapporto* è preceduta dalla presa in considerazione delle due principali concezioni riguardanti la natura e gli scopi della medicina, ossia quella *essenzialista* e quella *storicistica*. Mentre la prima rintraccia i fini della medicina a partire da un'analisi sulla natura della pratica medica, la seconda afferma che la medicina non può avere alcun compito dato a priori. Pertanto, in base all'approccio storicistico, i fini della medicina risulterebbero determinati dai valori e dagli obiettivi della società in cui opera la medicina stessa, in quanto quest'ultima consiste in un insieme di pratiche cliniche prive di un nucleo sostanziale stabile. Dinanzi alle concezioni essenzialista e storicistica, il *Rapporto* cerca di individuare una "via di mezzo ragionevole" (*reasonable middle ground*); si legge infatti:

La medicina ha scopi intrinseci, frutto di ideali più o meno universali e di pratiche di carattere storico; ma le sue conoscenze e le sue abilità si prestano ad essere intese in misura significativa anche in termini di costruzione sociale. Il pericolo vero è quello di ridurre il primo punto di vista al secondo, non quello di sostenerli entrambi in un fecondo rapporto di tensione reciproca<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> *Ivi*, p. 15.

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 17.

Sulla base di queste considerazioni, il *Rapporto* individua quattro scopi della medicina:

- prevenzione delle malattie e dei danni fisici e promozione e conservazione della salute;
- alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie;
- assistenza e terapia dei malati, assistenza di quelli che non possono più essere guariti;
- rimozione dei rischi di morte prematura e propiziazione di una morte serena<sup>66</sup>.

Non è mia intenzione esaminare singolarmente queste finalità; quello che intendo fare è invece soffermarmi, alla luce di alcune osservazioni compiute da Pellegrino, su quella che il *Rapporto* definisce una “ragionevole via di mezzo” tra la concezione essenzialista e storicistica per comprendere se, esplicita in questi termini, essa possa davvero essere definita tale. Nel momento in cui il *Rapporto* afferma che la medicina presenta degli scopi intrinseci (*essential ends*), esso intende tuttavia questi ultimi come determinati da (*shaped by*) ideali più o meno universali (*more or less universal ideals*) e da pratiche storiche (*historical practices*)<sup>67</sup>. A mio avviso, espressa in questi termini, tale impostazione giunge a nascondere una mascherata presa di posizione verso la concezione storicistica: il *Rapporto*, facendo derivare i fini intrinseci della medicina dai valori e dalle pratiche di carattere storico, sembra infatti descrivere tali finalità nei termini di ciò che la società desidererebbe ottenere mediante la medicina stessa.

Se una convergenza tra la concezione essenzialista e quella storicistica appare necessaria, visto il dialogo che la medicina è chiamata a perpetuare con la società, sarà possibile ricercare una ragionevole via di mezzo che eviti di ricadere in una delle due suddette concezioni? E se sì, in quali termini?

Per porsi alla ricerca delle risposte a questi interrogativi, andrebbe a mio parere

---

<sup>66</sup> Cfr. *ivi*, pp. 19-28. Dopo l'analisi di questi quattro fini, il *Rapporto* prende anche in esame gli scopi sbagliati della professione sanitaria e gli abusi delle conoscenze mediche. Questi ultimi vengono suddivisi in quattro categorie: usi sbagliati e inaccettabili delle conoscenze mediche (ad esempio l'uso delle potenzialità della medicina per torturare le persone), usi non medici accettabili di esse (come il ricorso alla chirurgia estetica per conseguire obiettivi che non hanno direttamente a che fare con la salute, quali cambiamento o miglioramento dell'aspetto fisico), usi della medicina accettabili in alcune circostanze (come l'uso dell'ormone umano della crescita per aumentare la statura di persone basse, ma sane, e l'utilizzo degli steroidi anabolizzanti per il miglioramento delle prestazioni sportive) e usi della stessa medicina accettabili solo in circostanze rarissime (l'uso dei poteri predittivi della medicina potrebbe ad esempio stigmatizzare le persone e mettere a repentaglio posti di lavoro e tutela assicurativa); cfr. *ivi*, pp. 28-32.

<sup>67</sup> Cfr. Project Report, *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, in Hanson, Callahan (ed. by), *The Goals of Medicine, the Forgotten Issues in Health Care Reform*, p. 17.

compiuto un ulteriore passo nella comprensione dei fini della medicina. Si potrebbe ad esempio ritornare alla tesi dell'integrità della professione medica precedentemente analizzata, pur nella consapevolezza del dilatarsi dei compiti richiesti alla medicina e della necessità per quest'ultima di un costante, seppur difficile, dialogo con la società.

#### 6.6 Sulla distinzione tra gli *ends* e i *goals* della medicina

Pellegrino, ritenuto il rappresentante più significativo, almeno negli Stati Uniti, del paradigma essenzialistico, propone una distinzione, a suo avviso determinante, tra gli *ends* (fini) e i *goals* (scopi) della medicina<sup>68</sup>. I fini, sottolinea Pellegrino, sono da intendersi nel significato classico di *telos* e pertanto, nel caso della medicina, sono legati alla natura di quest'ultima, alla sua essenza e sono ciò che consente di definire la pratica medica, distinguendola così dalle altre attività umane. Diversamente dagli *ends*, i *goals* vengono determinati sulla base delle esigenze espresse dalla medicina stessa o dalla società e costituiscono delle finalità che non sono legate all'essenza della pratica medica, ma possono conformarsi o meno alla natura di quest'ultima<sup>69</sup>. Pertanto, mentre gli scopi della medicina conoscono una certa variabilità, i fini qualificano il valore e l'identità della professione medica, conferendole in un certo modo una valenza non dipendente da un contesto storico o sociale.

Per Pellegrino, la ricerca degli *ends* avviene mediante l'indagine fenomenologica dell'interazione clinica, che evidenzia come tale rapporto interpersonale consista in una particolare relazione, inevitabilmente asimmetrica, tra un soggetto vulnerabile e dipendente (paziente) e un medico. Quest'ultimo, come si ricorderà, “dichiara a voce alta” di essere una figura professionale competente e di possedere quella conoscenza specifica per rispondere ai bisogni del malato; egli si impegna inoltre a mettere il proprio bagaglio conoscitivo a servizio del paziente, promettendo così di agire nel miglior interesse di quest'ultimo. A parere di Pellegrino, gli impegni assunti dal medico

---

<sup>68</sup> Cfr. E.D. Pellegrino, *The Goals and Ends of Medicine: How Are They to be Defined?*, in Hanson, Callahan (ed. by), *The Goals of Medicine, the Forgotten Issues in Health Care Reform*, cit., pp. 55-68.

<sup>69</sup> A parere di Pellegrino, il *Report* dello Hastings Center precedentemente richiamato tralascia la distinzione tra *ends* e *goals* già nel titolo (*The Goals of Medicine. Setting New Priorities*). Inoltre, si è già osservato come, nonostante il testo utilizzi l'espressione “*essential ends*” per riferirsi agli scopi intrinseci della medicina, il *Rapporto* intenda questi ultimi come il frutto di ideali più o meno universali e di pratiche a carattere storico, avvicinandosi quindi di più al significato espresso dal termine *goals* rispetto a quello indicato dalla voce *ends*.

trovano il loro adempimento in uno specifico atto che identifica la stessa pratica medica e che consiste in “una giusta e buona azione di cura” presa nell'interesse di un particolare malato. Di conseguenza, il fine interno (*telos*) della medicina consiste proprio nell'agire per il bene del paziente.

Ammettere l'esistenza di fini intrinseci (*ends*) non significa però considerare la pratica medica svincolata dal contesto sociale: infatti, pur ritenendo l'analisi del rapporto duale medico-paziente il punto di partenza per la ricerca delle finalità interne alla medicina, Pellegrino non trascurava la realtà all'interno della quale la pratica medica costantemente opera. Anzi, egli ritiene che una relazione tra i fini della medicina e gli scopi che quest'ultima o la società desidererebbero ottenere mediante la medicina stessa sia non solo possibile, ma anche necessaria. E' il non puntare alla conformità dei *goals* agli *ends* che conduce a un profondo cambiamento della pratica medica, profondo in quanto modificerebbe radicalmente l'essenza della medicina stessa. Qualora si arrivasse a considerare i fini di quest'ultima, le sue pratiche e il suo *ethos* come risultati meramente sociali, la medicina modificerebbe radicalmente la sua essenza, giungendo a negoziare con lo Stato, la società o i singoli pazienti l'individuazione delle sue finalità. Si tratta quindi, precisa Pellegrino, di riconoscere il contesto sociale nel quale opera la medicina e la realtà esistenziale del paziente nonché i suoi valori, ma anche di puntare alla conformità degli scopi ai fini. In questo modo, la concezione essenzialista accoglie alcune istanze di quella storicistica poiché riconosce la possibilità di una mutabilità anche profonda della medicina<sup>70</sup>, pur continuando a sostenere l'esistenza degli *ends*, che qualificano la pratica medica e la distinguono nel tempo dalle altre attività umane.

---

<sup>70</sup> Tale mutabilità può verificarsi attraverso la riformulazione degli scopi (*goals*) della pratica medica e questo può avvenire all'interno della medesima oppure essere indotto dall'esterno, ad esempio mediante un intervento legislativo. Relativamente a quest'ultimo aspetto, Antonio Da Re (*Costruttori di relazioni, non manager della cura*, in «Etica per le Professioni», 11 (2009), n. 3, pp. 29-34, in particolare pp. 33-34) mette in luce quanto recentemente accaduto in Italia mediante l'approvazione da parte del nostro Parlamento del cosiddetto “pacchetto sicurezza”. Tale provvedimento obbligava medici, infermieri e personale della Sanità Pubblica a denunciare alle autorità gli immigrati clandestini che si rivolgevano al sistema sanitario. L'emendamento sopprimeva quindi il comma 5 dell'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione del 1998, il quale affermava: «L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano» (comma 5, art. 35 D.L. n. 286/98). Come opportunamente ricorda Da Re, va elogiata la coraggiosa presa di posizione mostrata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, il quale ha invitato i Consigli regionali a non avviare procedimenti disciplinari nei confronti di coloro che non assolvono a tale obbligo di denuncia (cfr. *ivi*, p. 34). L'obbligo per i medici di denunciare il reato di clandestinità contrastava infatti palesemente con la deontologia medica e con la sua intrinseca dimensione etica; una tale obbligazione dava inoltre avvio a quella pericolosa sostituzione dei fini della pratica medica con gli scopi socialmente stabiliti (in questo specifico caso dettati da un ordinamento legislativo).

Credo che la distinzione tra gli *ends* e i *goals* della medicina consenta non solo di delineare quella ragionevole via di mezzo fra le concezioni essenzialista e storicistica, ma permetta anche di riconoscere la presenza nella pratica medica di scopi che oltrepassano gli obiettivi di carattere strettamente diagnostico-terapeutico, come ad esempio quelle finalità che hanno per oggetto il miglioramento delle prestazioni umane mediante interventi medici farmacologici e/o biotecnologici. Mi riferisco alle opportunità offerte dal biopotenziamento (*enhancement*)<sup>71</sup>, che permettono a individui già sani di potenziare le proprie prestazioni fisiche e cognitive. Gli strumenti biotecnologici stanno infatti aprendo la concreta possibilità di cambiare radicalmente la condizione umana<sup>72</sup>, soddisfacendo alcuni dei sogni più antichi dell'umanità: intervenire sul patrimonio genetico del nascituro (*better children*), avere prestazioni fisiche e mentali superiori (*superior performance*), prolungare l'arco della vita (*ageless bodies*) ed eliminare le sofferenze emotive (*happy souls*)<sup>73</sup>. L'*enhancement* quindi non presenta, in linea di principio, finalità di carattere terapeutico, bensì migliorativo: visto che l'impiego di interventi farmacologici e/o biotecnologici per il potenziamento si rivolge a individui sani, la medicina sembra chiamata non più alla *restitutio ad integrum* di un soggetto malato, bensì alla *transformatio ad optimum*<sup>74</sup> di una persona sana.

---

<sup>71</sup> Nonostante non vi sia un consenso unanime sulla definizione di *enhancement*, con questo termine solitamente si indica quell'insieme di interventi medici (farmacologici e/o biotecnologici, quali impianti, protesi) che hanno come obiettivo il potenziamento delle prestazioni cognitive e fisiche di un individuo, il prolungamento dell'arco di vita (riuscendo così a contrastare le cause dell'invecchiamento) e la modulazione delle disposizioni emotive.

<sup>72</sup> Il raggiungimento di questi obiettivi di carattere miglioristico è in parte già reso possibile grazie a quella che viene definita *convergenza NBIC*, acronimo inglese di *Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology, Cognitive Sciences*: si tratta infatti di una *convergenza tecnologica*, cioè di una sinergia tra diversi ambiti di ricerca, tra cui appunto la nanoscienza e la nanotecnologia, la biotecnologia e la biomedicina (compresa l'ingegneria genetica), le tecnologie dell'informazione (basti pensare all'intelligenza artificiale e alle tecnologie per la comunicazione, ma anche alla robotica) e le scienze cognitive (in particolare la neuroscienza cognitiva). Le possibilità di miglioramento delle prestazioni umane mediante questa convergenza tecnologica sono state indagate in un'importante conferenza tenutasi in Virginia il 3-4 Dicembre 2001 e organizzata dalla National Science Foundation (NSF) e dal Department of Commerce (DOC). Per il rapporto relativo a questa conferenza, cfr. M.C. Roco - W.S. Bainbridge (ed. by), *Converging Technologies for Improving Human Performance*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2003. Questo primo NBIC workshop ebbe così tanto successo che fu replicato nel 2003 (Los Angeles), nel 2004 (New York City) e nel 2005 (Kailua-Kona, Hawaii).

<sup>73</sup> Proprio a queste tematiche è dedicato il *Report* del 2003 del *President's Council on Bioethics* dal titolo *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness* (Government Printing Office, Washington D.C. 2003). Scopo principale del *Report* consiste nel chiarire le rilevanti possibilità scientifiche delle nuove biotecnologie, ma soprattutto nell'esplorare le implicazioni etiche e sociali derivanti dall'uso dei poteri biotecnologici per fini che vanno al di là della terapia. Su questo aspetto cfr. E. Parens (ed. by), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1998.

<sup>74</sup> Cfr. U. Wiesing, *The History of Medical Enhancement: From Restitutio ad Integrum to Transformatio*

La pratica medica appare così sempre più impegnata nel raggiungimento di scopi non esclusivamente terapeutici; dinnanzi a queste considerazioni, credo risulti lecito chiedersi: fino a che punto sono moralmente legittime le finalità di carattere migliorativo? Una risposta che si appelli alla distinzione tra terapia e miglioramento non è affatto soddisfacente sia per la difficoltà di scindere in modo netto ciò a cui i due concetti rimandano, sia per la conseguente impossibilità di considerare moralmente legittimo qualsiasi intervento medico-terapeutico e, viceversa, illegittimo quello di stampo miglioristico<sup>75</sup>. A mio avviso, una riflessione sulle finalità della medicina e sulla distinzione tra i suoi fini e scopi può invece rivelarsi proficua. Un'analisi di questo tipo, infatti, da un lato sottolinea l'importanza e la necessità di una correlazione tra gli *ends* e i *goals* della medicina, dall'altro ricorda come questi ultimi debbano conformarsi ai primi, per evitare che un'eventuale sostituzione completa dei fini della pratica medica con i suoi scopi modifichi l'essenza della medicina stessa. Tale riflessione si rende, a mio parere, necessaria dinnanzi alle sfide poste dall'*enhancement*: lo smisurato sviluppo tecnologico e biomedico, oltrepassando i fini terapeutici, potrebbe infatti giungere a sostituire del tutto le finalità intrinseche alla medicina con altre socialmente costruite, puntando in questo caso esclusivamente al biopotenziamento di individui già sani.

Nonostante la legittima dilatazione degli spazi di intervento attribuiti alla medicina e la necessaria presa in considerazione delle esigenze strutturali, organizzative ed economiche che provengono dal contesto sociale nel quale essa opera, la pratica medica non può rinunciare al suo statuto ontologico e/o modificarlo sulla base di pericolose costruzioni sociali. Vi è infatti il rischio di considerare la pratica medica come un'attività di riferimento non più solo per il ripristino della salute, ma anche, se non del

---

*ad Optimum?*, in B. Gordijn, R. Chadwick (ed. by), *Medical Enhancement and Posthumanity*, Springer, New York 2008, pp. 9-24.

<sup>75</sup> La distinzione terapia-miglioramento non è infatti così giustificata, netta e inequivocabile come potrebbe sembrare a un primo sguardo. Innanzitutto il termine miglioramento è altamente problematico, astratto e impreciso: se il principale obiettivo del biopotenziamento è quello di migliorare le proprie capacità psicofisiche o quelle del nascituro, allora una discussione di carattere morale su tali pratiche riguarderà come intendere ciò che è meglio per sé e per il futuro bambino e quanto ci si può considerare liberi nello scegliere la direzione in cui "progredire". Anche la nozione di terapia è a sua volta problematica: essa infatti, avendo di mira il perseguimento della salute, chiama in causa altri concetti, quali la salute stessa, ma anche la malattia e l'idea di normalità, che presentano ulteriori nodi problematici. Un altro problema legato alla distinzione terapia-miglioramento deriva poi dal loro accavallamento semantico: infatti, poiché il trattamento medico si risolve spesso proprio in un miglioramento di certe caratteristiche ritenute patologiche, non è così semplice scindere gli interventi migliorativi da quelli terapeutici. Pensiamo inoltre alla profilassi: come non intenderla una pratica consistente nel rafforzare, e dunque potenziare, le capacità di un corpo sano allo scopo di prevenire l'insorgere di certe patologie?

tutto, per il raggiungimento di obiettivi non completamente conformi a essa, quali giovinezza, bellezza e felicità. Si tratta della *progressiva medicalizzazione dei bisogni-desideri della società*, la quale accentua l'oramai diffusa convinzione che il naturale desiderio di benessere e di felicità possa essere soddisfatto soprattutto, se non esclusivamente, dalla medicina.

Infine, come giustamente evidenzia il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 14 dicembre 2001, dal titolo *Scopi, limiti e rischi della medicina*<sup>76</sup>, la dilatazione dei compiti della medicina può generare il pericolo di insufficienti risposte da parte della pratica medica ai suoi obiettivi primari tradizionali (fini). Gradualmente trasformata in una “medicina dei desideri”, la pratica medica potrebbe infatti diminuire, sia quantitativamente sia qualitativamente, quelle sue prestazioni volte a ripristinare la salute che preesisteva a un evento patologico.

Di conseguenza, tanto la socializzazione della medicina quanto la sua tecnologizzazione, nonostante costituiscano i principali processi della realtà medica contemporanea, non possono rendere il sapere medico un mero insieme di conoscenze e di tecniche dal valore esclusivamente strumentale, né tanto meno giungere a modificare e/o annullare del tutto la vocazione etica della medicina alla cura della salute e al sollievo dalla sofferenza.

In conclusione, alla luce di queste riflessioni, credo si possa affermare che il modello normativo della *beneficence-in-trust* proposto da Pellegrino e Thomasma, pur tornando al significato profondo espresso dal principio di beneficenza e continuando a ritenerlo il fondamento dell'etica medica, non si traduca in un mero ritorno al passato né tanto meno risulti estraneo e inconciliabile con la realtà medica contemporanea. Tale paradigma infatti, nonostante ritrovi nell'agire per il bene del paziente il *telos* della pratica medica, riconosce l'importanza e la necessità della compresenza di questo fine con gli scopi della medicina, ammettendo così una certa variabilità storica e sociale della stessa. In questo modo, il modello della “beneficenza-nella-fiducia” non esclude affatto la possibilità di altri scopi della medicina di carattere non esclusivamente diagnostico-terapeutici, ma ricorda sempre come tali scopi non debbano mai completamente sostituirsi ai fini della pratica medica. L'attenzione rivolta al rapporto duale medico-paziente è quindi fondamentale sia perché permette la delineazione degli

---

<sup>76</sup> Documento consultabile online al sito [www.governo.it/bioetica/pareri.html](http://www.governo.it/bioetica/pareri.html).

*ends* della medicina sia in quanto consente di puntare al loro raggiungimento in qualsiasi corso d'azione. Al tempo stesso, però, l'analisi compiuta da questi autori mostra come l'esame dell'interazione clinica debba sempre tener presente il contesto storico-sociale all'interno del quale essa avviene per rintracciare gli scopi della pratica medica e vagliare quanto essi si conformino ai fini della medicina.

## Conclusioni

Il presente lavoro di ricerca si è proposto di saggiare il valore teorico e la forza normativo-applicativa del principio di beneficenza, esaminando la centralità che il monito ad agire per il bene del paziente assume nell'etica medica e nella bioetica.

Se tale tematica poteva inizialmente apparire così scontata da non necessitare alcun approfondimento, questo elaborato ne ha fatto emergere la sua problematicità sin dalle prime pagine. Nel primo capitolo è infatti emersa la complessità della natura e del significato dei termini chiamati in causa dal principio di beneficenza. Si è innanzitutto registrata la mancanza di un'univoca traduzione del termine inglese "*beneficence*" nel dibattito bioetico contemporaneo di lingua italiana e la conseguente necessità di giustificare una traduzione rispetto alle altre. Persino le espressioni richiamate dal monito ad agire per il bene del paziente si sono mostrate ambigue: si è infatti ritenuto necessario precisare cosa s'intenda con la locuzione "bene del paziente", ma ancor prima a cosa alluda lo stesso termine "bene". Inoltre, dovendo analizzare anche i concetti di "dovere" e "giusto", è risultato inevitabile interrogarsi relativamente alla natura della moralità e dei termini in essa impiegati. Riprendendo poi le varie critiche formulate nei riguardi della netta distinzione fatti-valori, si è sottolineata la compenetrazione di elementi valutativi e descrittivi nella nozione di bene del paziente.

Quest'ultimo aspetto ha trovato conferma nell'analisi del modello normativo della "beneficenza-nella-fiducia" (*beneficence-in-trust*) e nella descrizione che esso offre del concetto di bene del paziente come di un insieme composito, formato cioè da diversi elementi legati l'uno all'altro, ma allo stesso tempo distinti tra loro. Lungi dal poter essere considerato un concetto monolitico, il bene del paziente presenta per Pellegrino e Thomasma quattro importanti significati, ossia il bene in senso biomedico, il miglior interesse del malato, il bene del paziente in quanto persona e infine il bene supremo. Qualsiasi intervento terapeutico dovrebbe quindi promuovere ciascuno di questi elementi, evitando che ognuno di essi prevalga a priori sugli altri. Ad esempio, qualora il bene ottenibile attraverso la competenza medica in senso tecnico divenisse il più importante, se non l'unico, obiettivo che deve essere raggiunto da qualsiasi azione

terapeutica, allora verrebbe conferito un valore assoluto al bene biomedico o strumentale, verrebbero automaticamente esclusi gli interessi e i valori del malato e si considererebbe l'interazione clinica un rapporto unidirezionale con l'inevitabile rischio del paternalismo. A sua volta, se si identificasse il bene del paziente con ciò che quest'ultimo ritiene sia meglio per sé (paradigma autonomista), il malato risulterebbe l'unico vero agente di quel determinato contesto clinico e il medico un mero esecutore delle volontà del primo.

Viceversa, le due situazioni ipotetiche appena tracciate manifestano un duplice errore: da un lato prendono le mosse da una scorretta lettura dei concetti di beneficenza e di autonomia, mettendoli così in netta contrapposizione tra loro, dall'altro non riconoscono l'intersezione di elementi valutativi e descrittivi nella nozione di bene del paziente. Così facendo, l'interazione clinica non si rivela per ciò che essa è, vale a dire un rapporto *bidirezionale* volto al raggiungimento di un obiettivo *comune* a tutti i soggetti coinvolti: agire per il bene del paziente.

La chiarificazione concettuale del principio di beneficenza offerta nella prima parte di questo scritto ha inoltre constatato come l'intervento attivo e concreto verso la promozione e realizzazione del bene altrui (beneficenza) vada distinto dalla disposizione interiore a desiderare il bene dei propri simili (benevolenza). Infatti, questo tratto del carattere non richiede necessariamente il compimento di un atto benefico: ognuno di noi potrebbe cioè desiderare il bene degli altri senza limiti, anche verso persone lontane o del tutto sconosciute, e tuttavia non impegnarsi concretamente in alcun tipo di azione benefica.

La distinzione è quindi rilevante in quanto essa non è di carattere meramente linguistico, bensì contenutistico. Anche analizzando la radice etimologica di entrambi i termini, si è constatato come essi alludano a due diversi, anche se non opposti, concetti: con l'espressione "beneficenza" si indica un intervento attivo dell'agente a prodigarsi per il bene altrui, mentre con la parola "benevolenza" si intende solamente la disposizione a compierlo.

Tale differenziazione ha permesso di svolgere, al termine del secondo capitolo, un'importante riflessione sull'adempimento del dovere di beneficenza nella pratica medica: se non è accompagnato dalla disposizione interiore ad agire per il bene altrui, il rapporto interpersonale che caratterizza l'interazione clinica risulta pericolosamente

impoverito. Quest'ultima potrebbe mostrarsi manchevole di spontaneità qualora il professionista giunga a compiere atti benefici prevalentemente in vista del proprio utile, puntando ad esempio a vantaggi economici e/o all'avanzamento di carriera. In questo modo, la promozione e la realizzazione del bene del paziente avvengono senza volgere adeguatamente lo sguardo al malato come persona. Viene per di più trascurato il bisogno che questi ha di vedere nel medico una figura competente che lo aiuti e lo assista in vista del ripristino della salute, e che sappia mettere in secondo piano il perseguimento di eventuali interessi personali.

L'adempimento dell'obbligazione a compiere atti benefici verso il malato richiede quindi un forte impegno da parte di coloro che esercitano la professione medica. Tuttavia, agire per il bene altrui delinea un ideale morale troppo esigente per essere del tutto tradotto in pratica: se la beneficenza non assumesse, almeno in parte, un carattere supererogatorio, annullerebbe se stessa, oltre al soggetto agente (medico), in quanto verrebbero dissipate persino le azioni benefiche realizzate nei confronti degli individui concretamente incontrati (pazienti).

Il dovere di beneficenza non può però essere completamente identificato con l'esclusiva attuazione delle volontà espresse dal malato: una concezione individualistica dell'autodeterminazione arriva a sua volta ad annullare se stessa perché trascura l'interazione clinica e la dimensione relazionale della vita morale in cui il principio di autonomia si inserisce.

Da qui emergono il riconoscimento del carattere imperfetto dell'obbligazione a compiere azioni benefiche in ambito clinico e la necessità di prendere in considerazione sia l'autonomia del paziente sia quella del medico, senza tralasciare però l'inevitabile e ineliminabile asimmetria che caratterizza qualsiasi interazione clinica.

Nella prospettiva di una chiarificazione teorica del principio di beneficenza, credo sia stato importante l'*excursus* storico svolto nel terzo capitolo: esso ha indagato il diverso fondamento assunto dal dovere di beneficenza nelle principali fasi dello sviluppo dell'etica medica e della bioetica. In questo modo, è stata completata quella riflessione linguistica e contenutistica del principio di beneficenza precedentemente compiuta: sono così emerse la complessità del significato dei termini chiamati in causa dal dovere a compiere atti benefici e la differente valenza che tale obbligazione acquisisce in seguito alla giustificazione assegnatagli.

Ad esempio, a partire dalla fase di burocratizzazione della professione medica i confini del dovere di beneficenza risultano ampliati poiché il rapporto terapeutico è visto come un evento che si verifica all'interno di una struttura sanitaria riconosciuta a livello sociale. Un contesto di questo genere richiede quindi a ogni medico di agire non solo nel miglior interesse del malato, ma anche dell'istituzione sanitaria di appartenenza così come della società in generale. Inoltre, risulta ancor più difficoltoso definire il bene del paziente e comprenderne il suo significato profondo visto che esso non appare più come l'indiscusso e unico obiettivo da perseguire nella pratica medica.

L'*excursus* storico ha permesso poi di constatare come il passaggio dal *dovere* al *principio* di beneficenza provochi una diminuzione della sua forza normativa. Si è osservato infatti come esso, all'interno dell'approccio basato sui principi, risulti manchevole di una sufficiente consistenza teorica e carente di una riflessione etica capace di fondarlo e giustificarlo. Affiancato ai principi di autonomia, non-maleficenza e giustizia, il principio di beneficenza rischia così di rimanere un'astratta e per di più "ovvia" considerazione morale, persino non indispensabile nelle specifiche situazioni dell'agire quotidiano. Si verificano inoltre dei conflitti tra questi principi, spesso irrisolvibili, che fanno emergere l'esigenza di individuare delle strategie argomentative per risolvere le medesime situazioni conflittuali e per motivare la scelta di dare priorità a un determinato principio rispetto agli altri.

Il quarto capitolo, dedicato appunto al tema del conflitto tra principi in bioetica, ha esaminato una di queste strategie, cioè quella proposta da Robert Veatch. La *mixed strategy* prende avvio dalla distinzione fra i principi non-conseguenzialistici (autonomia, veridicità, fedeltà alle promesse, astensione dall'uccisione e giustizia) e quelli consequenzialistici (non-maleficenza e beneficenza). Di fronte a situazioni conflittuali, Veatch suggerisce un ordine tra i due gruppi di principi e concede priorità assoluta a quelli non-conseguenzialistici, asserendo cioè che ciascuno di questi ultimi deve essere completamente soddisfatto prima di prendere in considerazione i principi di non-maleficenza e di beneficenza. Com'è stato osservato, questa strategia risulta problematica soprattutto per due ragioni: da un lato pone il principio di beneficenza, letto in termini puramente consequenzialistici, in netta contrapposizione a quello di autonomia, dall'altro stabilisce che, in situazioni di conflitto, il primo venga sempre subordinato al secondo.

Ciò accade perché l'impostazione di Veatch prende le mosse da una lettura scorretta dei due principi e manca di una teoria etica unitaria che faccia loro da sfondo. Da qui l'esigenza di un'ulteriore analisi dei suddetti principi che, consapevole del valore e della necessità di ciascuno di essi, eviti di porli in opposizione e di subordinare il principio di beneficenza a quello di autonomia o viceversa.

E' proprio alla luce di queste considerazioni che la parte conclusiva del quarto capitolo si è soffermata sul tema del conflitto tra questi due principi e ha analizzato i più importanti modelli di etica medica che ad essi si richiamano, ovverosia il paternalismo e il paradigma autonomista. Tali proposte teoriche sono apparse così diverse tra loro da dover costringere a una rigida alternativa nel momento in cui si cerchi un'adeguata giustificazione a un atto terapeutico: quest'ultimo è finalizzato e giustificato o sulla base del bene del paziente, inteso in termini biomedici, o sul rispetto dei valori del malato e della sua autonomia decisionale. L'analisi degli approcci ippocratico-paternalistico e libertario-autonomistico ha quindi messo in rilievo un inevitabile *aut-aut* tra il principio di beneficenza e quello di autonomia.

Nel quinto capitolo, riprendendo il modello normativo della "beneficenza-nella-fiducia", proposto da Pellegrino e Thomasma come "terza via" dell'etica medica, si è cercato di superare i punti deboli dei due approcci sopraccennati, tornando al significato originario espresso dal concetto di beneficenza. Nell'impostazione di questi autori infatti, tanto il principio di autonomia quanto quello di beneficenza necessitano di essere *ridefiniti e fondati* nell'interazione clinica. E' proprio guardando ai soggetti coinvolti in quest'ultima che è possibile cogliere il fine interno (*telos*) della pratica medica, ossia agire per il bene del paziente. Ogni rapporto clinico si avvia in quanto ciascuno di noi, percependo qualche significativa alterazione nel normale svolgimento delle funzioni del proprio corpo e non riuscendo a ripristinarne l'equilibrio, è costretto a rivolgersi a un professionista e ad affidarsi alle sue conoscenze e abilità. Il rapporto interpersonale che ne deriva mira al raggiungimento di un *obiettivo comune*: ripristinare lo stato di benessere interrotto dall'evento patologico e, qualora ciò non risulti possibile, sollevare il paziente dalla sofferenza provocata dal vissuto di malattia.

Medico e malato sono quindi chiamati a partecipare attivamente in ogni contesto clinico in vista del perseguimento di quell'obiettivo comune; il bene del paziente non può che essere considerato quindi un *bene relazionale*, la cui promozione riconosce il

carattere imperfetto dell'obbligazione ad agire per il bene altrui e la dimensione intersoggettiva della vita morale nella quale si realizza l'autonomia. Interpretata correttamente, quest'ultima costituisce quindi il polo opposto al paternalismo medico, ma non alla beneficenza, in quanto promuovere l'autodeterminazione del malato costituisce un importante aspetto dell'agire per il bene del paziente.

In sintesi, il modello normativo della *beneficence-in-trust*, pur riconoscendo lo scopo benefico della medicina e riprendendo il tradizionale monito ad agire nel migliore interesse del paziente, giunge a una riformulazione del principio di beneficenza, sottraendolo a quella lettura paternalistica che tanto lo aveva caratterizzato ed evitando di intendere lo stesso principio in termini puramente consequenzialistici.

Come già sottolineato, il paradigma della "beneficenza-nella-fiducia" manca di una formula ben definita relativa al bene del paziente e tale carenza emerge nel momento in cui le diverse componenti di questa complessa nozione danno vita a situazioni conflittuali. Nonostante Pellegrino e Thomasma propongano alcune modalità giustificate sul piano metaetico e procedurale per la risoluzione di questi conflitti, sembrano comunque assenti dei precisi criteri di orientamento capaci di farvi fronte. Si tratta tuttavia di una lacuna in qualche misura inevitabile, che, a mio avviso, testimonia la consapevolezza degli stessi autori riguardo la complessità di ogni contesto clinico e il carattere pratico di qualsiasi scelta medica.

Sarebbe impensabile e altamente riduttivo pretendere di applicare un'unica formula prestabilita di "bene del paziente" per qualsiasi deliberazione ed azione in ambito medico. Confrontando ad esempio due o più interazioni cliniche, anche simili tra loro, si può facilmente osservare come in esse non compaiano mai gli stessi soggetti agenti; di conseguenza, la promozione e la realizzazione del bene del paziente dovrà sempre prendere in esame la specifica situazione venutasi a creare, i protagonisti della stessa e, non da ultimo, i loro valori personali.

In questo può sicuramente essere di aiuto l'esercizio della virtù della *phronesis*, per l'appunto inserita da Pellegrino e Thomasma tra quelle disposizioni interiori che abilitano il soggetto al raggiungimento del fine della pratica medica. E' infatti la virtù della saggezza pratica che permette al medico di valutare i dati a sua disposizione, le diverse possibilità terapeutiche, i risultati e i rischi che da queste sorgono, i suoi valori professionali e personali e non da ultimo quelli del paziente. La *phronesis* risulta perciò

fondamentale nel quotidiano svolgimento della pratica medica: essa è quella virtù indispensabile per raggiungere il bene del paziente poiché la determinazione di tale bene richiede un costante processo decisionale che prenda in adeguata considerazione tutti i diversi aspetti presenti in ogni situazione clinica.

Va altresì ribadito come Pellegrino e Thomasma, riflettendo filosoficamente sul significato della pratica medica, si soffermino innanzitutto sull'esperienza della malattia comune a tutti gli esseri umani e sugli effetti che essa produce in questi ultimi, passando poi ad esaminare la particolare intersezione tra il mondo-della-vita del paziente e quello del medico. L'approccio fenomenologico alla medicina proposto da questi autori non trascurava quindi l'indagine antropologica, ma anzi la considera indispensabile per una profonda comprensione della pratica medica e del *fine interno* che la caratterizza. Tutto questo permette di guardare all'individuo nella sua totalità, dando perciò la giusta importanza ai valori morali che permeano l'esistenza dei soggetti coinvolti nei contesti clinici.

Nella parte conclusiva di questo elaborato ci si è chiesti se il modello normativo della "beneficenza-nella-fiducia" possa trovare applicazione nella realtà medica contemporanea. È risultato inevitabile porsi tale interrogativo perché, qualora questo paradigma non si fosse mostrato pertinente all'attuale ambito medico, anche la riformulazione del principio di beneficenza offerta da tale approccio si sarebbe rivelata inadatta, se non addirittura inutile.

Si è constatato come tale modello consideri di fondamentale importanza un'analisi del rapporto duale medico-paziente: per Pellegrino e Thomasma, solo indagando questa particolare relazione interpersonale è davvero possibile cogliere l'essenza della pratica medica. Infatti, ciò che rimarrà sempre presente nella medicina, nonostante le sue inevitabili e costanti trasformazioni, sono l'esperienza della malattia, che ognuno di noi sperimenta nell'arco della propria vita, e la conseguente risposta da parte del professionista alla domanda di aiuto formulata dal paziente.

Malgrado i ruoli sociali dei medici e dei pazienti vengano diversamente definiti a seconda dei tempi e dei luoghi in cui si svolge l'evento clinico, non muta fondamentalmente la loro qualificazione: l'interazione clinica sarà sempre descrivibile come un incontro tra una persona che è malata e cerca un valido e competente aiuto allo stato di bisogno causato dall'evento patologico e un'altra che professa di curare e di

possedere quindi quelle conoscenze e abilità per far fronte alla malattia.

Come si è visto, questa focalizzazione sul rapporto duale medico-paziente tiene conto del contesto sociale all'interno del quale si verifica tale relazione: il modello della "beneficenza-nella-fiducia" non sorvola sulla natura collaborativa del lavoro di *équipe* che oggigiorno caratterizza l'attività terapeutica, e nemmeno sottovaluta le strutture organizzative che sostengono la ricerca e permettono la realizzazione delle medesime pratiche mediche. La riflessione sull'interazione clinica non risulta comunque per nulla secondaria: il fatto cioè che si interpongano altri soggetti o presenze tra gli agenti in essa coinvolti, non toglie né tanto meno sminuisce il momento dell'incontro fra colui che è malato e chi professa di curarlo, così come non annulla il loro obiettivo comune, ovverosia la promozione del bene del paziente.

Ciò non significa affatto che la pratica medica sia esclusivamente impegnata nel perseguimento di quest'ultima finalità. Agire per il bene del malato costituisce senza dubbio il principale intento di qualsiasi atto terapeutico; esistono però degli scopi (*goals*) che vengono determinati sulla base delle esigenze espresse o dalla medicina oppure dalla società. Diversamente dai fini (*ends*) che qualificano il valore e l'identità della professione medica, conferendole in un certo modo una valenza non dipendente da un contesto storico o sociale, gli scopi non sono legati all'essenza della pratica medica, conoscono una certa variabilità e possono conformarsi o meno alla natura della medicina.

La distinzione *ends/goals* proposta da Pellegrino mette in luce come la pratica medica sia sempre più impegnata nel raggiungimento di scopi non esclusivamente terapeutici, come ad esempio il potenziamento delle prestazioni fisiche e psichiche di individui sani. A suo parere, una relazione tra i fini e gli scopi della medicina non va esclusa, anzi è da considerare possibile e addirittura necessaria. E' semmai l'eventuale difformità dei *goals* rispetto agli *ends* che conduce a un profondo cambiamento della pratica medica: qualora si arrivasse a considerare i fini di quest'ultima, le sue pratiche e il suo *ethos* come risultati meramente sociali, la medicina modificherebbe radicalmente la sua essenza, giungendo a negoziare con lo Stato, la società o i singoli pazienti l'individuazione delle sue finalità. Per evitare un'eventuale completa sostituzione dei fini della pratica medica con i suoi scopi, occorre tenere sempre in considerazione l'interazione clinica perché è a partire da un esame di tale relazione interpersonale che si

può giungere alla delimitazione degli *ends* della medicina e puntare così al loro perseguimento.

Ritengo si possa a questo punto parlare di una vera e propria sfida per la medicina: essa è chiamata contemporaneamente a mantenere il suo statuto ontologico e a modificarsi sulla base di esigenze provenienti da se stessa o dal contesto storico-sociale in cui opera, evitando però una completa sostituzione dei fini con i suoi scopi.

Al termine di questo percorso di ricerca, considero raggiunti i due obiettivi prefissati: da un lato saggiare il valore teorico e la forza normativa del principio di beneficenza, dall'altro favorirne la ripresa e l'attualizzazione. E' stata infatti elaborata una riflessione linguistica, contenutistica, storica e normativa dello stesso principio, in seguito alla quale si è avvertita l'esigenza di indagarlo ulteriormente a partire dall'interazione clinica. Da questa analisi, agire per il bene del paziente costituisce il fine interno della pratica medica e, concepito in questi termini, il principio di beneficenza risulta fondato sul rapporto medico-paziente, ovverosia su quella particolare relazione interpersonale che rimarrà costantemente presente nella medicina. Nonostante le inevitabili modificazioni di quest'ultima, il principio di beneficenza resterà così un importante punto di riferimento poiché a partire da esso potranno essere vagliati i fini e gli scopi della stessa medicina.



## Bibliografia

### Opere di argomento bioetico

- E. Agazzi, *Quale etica per la bioetica?*, Franco Angeli, Milano 1990.
- R. Baker, D. Porter, R. Porter, *Medical Ethics and Etiquette in the Eighteenth Century*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1993.
- H.K. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, in «New England Journal of Medicine», 274 (1966), n. 24, pp. 1354-1360.
- J. Berlant, *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*, University of California Press, Berkeley 1975.
- J. Boyle, *Medical Ethics and Double Effect: the Case of Terminal Sedation*, in «Theoretical Medicine», 25 (2004), n. 1, pp. 51-60.
- A. Buchanan, *Medical Paternalism*, in «Philosophy and Public Affairs», 7 (1978), n. 4, pp. 371-390.
- C. Burns, *Reciprocity in the Development of Anglo-American Medical Ethics, 1765-1865*, in Id. (ed. by), *Legacies in Ethics and Medicine*, Science History Publications, New York 1977, pp. 300-307.
- D. Callahan, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with "A Response to my Critics"*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995<sup>2</sup>.
- R. Carter, *Justifying Paternalism*, in «Canadian Journal of Philosophy», 7 (1977), n. 1, pp. 133-145.
- P. Cattorini – R. Mordacci (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1993.

P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996.

P. Cattorini, *Il ruolo dell'etica nella formazione del medico*, in Id. – V. Ghetti (a cura di), *La bioetica nelle facoltà di medicina*, Franco Angeli, Milano 1997, pp. 17-27.

G. Cosmacini, *Medicina e mondo ebraico: dalla Bibbia al secolo dei ghetti*, Laterza, Roma 2001.

G. Davenport, I. McDonald, C. Moss-Gibbons (ed. by), *The Royal College of Physicians and its Collections. An Illustrated History*, James & James Publishers, London 2001.

I.C. De Paula, N. Comoretto, *Per una medicina centrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente*, in «Medicina e Morale», 55 (2005), n. 3, pp. 557-566.

V. Di Benedetto, *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*, Einaudi, Torino 1986.

G. Dworkin, *Paternalism*, in R.A. Wasserstrom (ed. by), *Morality and the Law*, Wadsworth Publishing Co., Belmont – CA 1971, pp. 107-126.

L. Edelstein, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*, in O. Temkin, *Ancient Medicine, Selected Papers of Ludwig Edelstein*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1967, pp. 3-63.

H.T. Engelhardt, Jr, *Manuale di bioetica*, trad. it. della II ediz. inglese (1996: notevolmente ampliata rispetto alla I ediz.) di S. Rini, Il Saggiatore, Milano 1999.

P.L. Entralgo, *Il medico e il malato*, ed. it. di A. Savignano, Apèiron, Bologna 1999.

J. Feinberg, *Legal Paternalism*, in «Canadian Journal of Philosophy», 1 (1971), n. 1, pp. 105-124.

J. Feinberg, *Harm to Self*, vol. III: *The Moral Limits of the Criminal Law*, Oxford University Press, New York 1986.

- M. Gensabella Furnari (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005.
- B. Gert – C.M. Culver, *Paternalistic Behavior*, in «Philosophy and Public Affairs», 6 (1977), n. 1, pp. 45-57.
- B. Gert, C.M. Culver, K.D. Clouser, *Bioethics: A Systematic Approach*, Oxford University Press, Oxford - New York 2006<sup>2</sup>.
- B. Gordijn, R. Chadwick (ed. by), *Medical Enhancement and Posthumanity*, Springer, New York 2008.
- D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo* (1989), trad. it. di A.J. Feliciani e S. Spinsanti, San Paolo, Cinisello Balsamo 1993.
- M.J. Hanson, D. Callahan (ed. by), *The Goals of Medicine, the Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1999.
- H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità* (1987), trad. it. di P. Becchi e A. Benussi, Einaudi, Torino 1997.
- W.H.S. Jones, *The Doctor's Oath: an Essay in the History of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1924.
- A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1998.
- J. Jouanna, *Ippocrate* (1992), trad. it. di L. Rebaudo, SEI, Torino 1994.
- L. Kass, *Neither For Love Nor Money: Why Doctors Must Not Kill*, in «The Public Interest», 24 (1989), n. 94, pp. 25-46.
- L. Kass, *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana* (2002), trad. it. di S. Colombo, Lindau, Torino 2007.
- G. Khushf (ed. by), *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2004.

- C. Leake (ed. by), *Percival's Medical Ethics*, Williams and Wilkins, Baltimore 1827<sup>2</sup>.
- D. Lombardi, *L'essenziale nelle professioni sanitarie: riflessioni di un clinico*, in «Medicina e Morale», 51 (2001), n. 1, pp. 61-99.
- S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano 2005.
- L.B. McCullough (ed. by), *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998.
- S.H. Miles, *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*, Oxford University Press, New York 2005.
- R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.
- M. Mori, “*Gli scopi della medicina: nuove priorità*”. *Osservazioni a qualche anno di distanza*, in «Notizie di Politeia», 19 (2003), n. 71, pp. 14-16.
- G. Mottura, *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.
- E. Parens (ed. by), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1998.
- J.H. Parker (ed. by), *Percival's Medical Ethics* (1803), Oxford University Press, Oxford 1849<sup>3</sup>.
- E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York 1981.
- E.D. Pellegrino, *Percival's Medical Ethics. The Moral Philosophy of an 18th-Century English Gentleman*, in «Archives of Internal Medicine», 146 (1986), n. 11, pp. 2265-69.

E.D. Pellegrino, *Fondamenti morali in medicina*, Padova 1988, dattiloscritto rinvenibile presso la Biblioteca della Fondazione Lanza di Padova.

E.D. Pellegrino, *Character, Virtue, and Self-Interest in the Ethics of the Professions*, in «Journal of Contemporary Health Law and Policy», 5 (1989), n. 1, pp. 53-73.

E.D. Pellegrino, *The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30 Year Retrospective*, in «Journal of the American Medical Association», 269 (1993), n. 9, pp. 1158-1162.

E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *Helping and Healing. Religious Commitment in Health Care* (1997); *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, ed. it. a cura di A. Puca e trad. dall'inglese di T. Poccioni, Edizioni Dehoniane, Roma 1994.

E.D. Pellegrino – D.C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1996.

E.D. Pellegrino, J.C. Harvey, *Whom Should the Patient Trust? A Friendly Reply to Kevin Wildes*, in «America. The National Catholic Weekly», 185 (2001), n. 9, pp. 19-23 (documento reperibile online al seguente indirizzo: [http://www.americamagazine.org/content/article.cfm?article\\_id=1051](http://www.americamagazine.org/content/article.cfm?article_id=1051)).

E.D. Pellegrino, *Some Things Ought Never Be Done: Moral Absolutes in Clinical Ethics*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 26 (2005), n. 6, pp. 469-486.

F. Pilotto - P. Badon, *Ethos ippocratico e deontologia sanitaria*, in «Bioetica e Cultura», 12 (2003), n. 24, pp. 269-281.

Van R. Potter, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing 1988.

Van R. Potter, *Bioetica: ponte verso il futuro* (1971), trad. it. di R. Ricciardi, Sicania, Messina 2000.

- Van R. Potter, *Bioetica. La scienza della sopravvivenza* (1970), trad. it. di F. Bellino, Levante Editore, Bari 2002.
- J. Rachels, *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia* (1989), trad. it. di P. Garavelli, Sonda, Casale Monferrato 2007<sup>2</sup>.
- M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.
- M. Reichlin, *Aborto: la morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007.
- M. Reichlin, *Etica della vita: nuovi paradigmi morali*, Bruno Mondadori, Milano 2008.
- K.A. Richman, *Ethics and the Metaphysics of Medicine. Reflections on Health and Beneficence*, The MIT Press, Cambridge – MA 2004.
- M.C. Roco - W.S. Bainbridge (ed. by), *Converging Technologies for Improving Human Performance*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2003.
- G. Russo (a cura di), *Bioetica fondamentale e generale*, SEI, Torino 1995.
- G. Russo (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*, Armando Editore, Roma 1995.
- G. Russo (a cura di), *Bilancio di 25 anni di bioetica. Un rapporto dai pionieri*, Elle Di Ci, Torino 1997.
- R. Sartorius (ed. by), *Paternalism*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1983.
- Scientia Pro Bono Humani Generis, *Beyond Tomorrow: Trends and Prospects in Medical Science: a Seventy-fifth Anniversary Conference, March 8, 1976*, Rockefeller University Press, New York 1977.
- E.E. Shelp (ed. by), *The Clinical Encounter. The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1983.

E.E. Shelp, *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht 1985.

H.E. Sigerist, *A History of Medicine*, vol. II: *Early Greek, Hindu, and Persian Medicine*, Oxford University Press, New York 1961.

D.H. Smith, L.M. Bernstein (ed. by), *No Rush to Judgment: Essays on Medical Ethics*, The Indiana University Foundation, Bloomington 1978.

A.G. Spagnolo, *Bioetica clinica: l'etica al letto del paziente. Intervista al Prof. Edmund D. Pellegrino*, in «Leadership Medica», 17 (2001), n. 5, pp. 4-9.

S.F. Spicker, H.T. Engelhardt (ed. by), *Philosophical Medical Ethics. Its Nature and Significance*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1977.

S. Spinsanti, *L'ethos ippocratico*, in «Medicina e Morale», 22 (1982), n. 2, pp. 144-159.

S. Spinsanti, *Bioetica in sanità*, La Nuova Italia Scientifica, Urbino 1993.

S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Franco Angeli, Milano 1995.

D.C. Thomasma – J. Lee Kissell (ed. by), *The Health Care Professional as Friend and Healer*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2000.

F. Turolto (a cura di), *Etica e umanizzazione delle cure. Atti del VI Congresso Nazionale della S.I.B.C.E.*, Fondazione Lanza – Euganea Editoriale Comunicazioni, Padova 2007.

F. Turolto (a cura di), *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e sui Diritti Umani dell'UNESCO*, Fondazione Lanza – Gregoriana Libreria Editrice, Padova 2007.

F. Turolto, *Bioetica ed etica della responsabilità: dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editore, Assisi 2009.

R.M. Veatch, *Medical Ethics: Professional or Universal?*, in «Harvard Theological Review», 65 (1972), n. 4, pp. 531-559.

R.M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.

R.M. Veatch, *The Hippocratic Ethic is Dead*, in «The New Physician», 48 (1984), n. 6, pp. 41-42, 48.

R.M. Veatch, C. Mason, *Hippocratic vs. Judeo-Christian Medical Ethics: Principles in Conflict*, in «Journal of Religious Ethics», 15 (1987), n. 1, pp. 86-105.

R.M. Veatch, *Death, Dying and the Biological Revolution* (1976), Yale University Press, New Haven 1989<sup>2</sup>.

R.M. Veatch, *The Basic of Bioethics*, Upper Saddle River, New Jersey 2003<sup>2</sup>.

R.M. Veatch, A.M. Haddad, D.C. English, *Cases Studies in Biomedical Ethics. Decision-Making, Principles, and Cases*, Oxford University Press, New York 2010.

C. Viafora (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1990.

C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1995.

C. Viafora, *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005.

C. Viafora, S. Mocellin (a cura di), *L'argomentazione del giudizio bioetico. Teorie a confronto*, Franco Angeli, Milano 2006.

A. Viridis, *Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica*, in «Medicina e Morale», 56 (2006), n. 5, pp. 951-979.

J.K. Walter, E.P. Klein (ed. by), *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Explorations*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2003.

S. Wear, *Informed Consent. Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1993.

G. Weisz (ed. by), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1990.

R.M. Zaner, *Ethics and the Clinical Encounter*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1988.

### **Opere relative ai principi dell'etica biomedica e al loro possibile conflitto**

M. Bayles, *Principles of Legislation: the Uses of Political Authority*, Wayne State University Press, Detroit 1978.

T.L. Beauchamp, *The Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics*, in «Contemporary Health Law & Policy», 6 (1990), n. 3, pp. 145-155.

T.L. Beauchamp, *Principlism and Its Alleged Competitors*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n. 3, pp. 181-198.

T.L. Beauchamp – J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, 1994<sup>4</sup>, (1<sup>a</sup> ed. 1979), trad. it. di S. Buonazia, Le Lettere, Firenze 1999.

T.L. Beauchamp, voce *The Principle of Beneficence in Applied Ethics* (2008), in *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, documento reperibile online al seguente sito: <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/>.

E.J. Cassell, *The Principles of the Belmont Report Revisited. How Have Respect for Persons, Beneficence, and Justice Been Applied to Clinical Medicine?*, in «Hastings Center Report», 30 (2000), n. 4, pp. 12-21.

P. Cattorini, E. D'Orazio, V. Pocar (a cura di), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana e l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999.

J.F. Childress, *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York 1982.

J.F. Childress, *The Place of Autonomy in Bioethics*, in «Hastings Center Report», 20 (1990), n. 1, pp. 12-17.

J.F. Childress, E.M. Meslin, H.T. Shapiro (ed. by), *Belmont Revisited. Ethical Principles for Research with Human Subjects*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2005.

K.D. Clouser e B. Gert, *A Critique of Principlism*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), n. 2, pp. 219-236.

K.D. Clouser, *Common Morality as an Alternative to Principlism*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n. 3, pp. 219-236.

R. Dell'Oro, *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica nordamericana*, in «Rivista di teologia morale», 27 (1995), n. 2, pp. 203-220.

E. DuBose, R. Hamel, L. O'Connell (ed. by), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge – PA 1994.

G. Dworkin, *The Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, Cambridge 1988.

J. Erde, *Measuring Patient's Desire for Autonomy: Decision Making and Information-seeking among Medical Patients*, in «Journal of General Internal Medicine», 4 (1989), n. 1, pp. 23-30.

G. Fornero, voce *Beneficialità*, in *Dizionario di filosofia*, 3<sup>a</sup> edizione aggiornata a cura di N. Abbagnano e ampliata da G. Fornero, UTET, Torino 2006, p. 124.

D. Garcia, *Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today*, in «Bioethics», 9 (1995), n. 9, pp. 192-204.

M. Gensabella Furnari, *Tra autonomia e responsabilità. Percorsi di bioetica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2000.

- R.M. Green, *Method in bioethics: a troubled assessment*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 15 (1990), n. 2, pp. 179-197.
- F. Illhardt, *Fare l'etica: la pratica della bioetica in America vista da un europeo*, in «L'arco di Giano», 1 (1993), n. 2, pp. 245-254.
- R. Mordacci, voce *Beneficenza*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. II, Bompiani, Milano 2006, p. 1165.
- L.B. Murphy, *The Demands of Beneficence*, in «Philosophy and Public Affairs», 22 (1993), n. 4, pp. 267-292.
- T. Nys, Y. Denier, T. Vandeveld, *Autonomy & Paternalism. Reflections on the Theory and Practice of Health Care*, Peeters, Leuven – Paris – Dudley, MA 2007.
- O. O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- L. Palazzani, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, in «Medicina e Morale», 42 (1992), n. 1, pp. 59-85.
- L. Palazzani, *Il recente dibattito sulla bioetica dei principi*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», 9 (2001), n. 4, pp. 644-660.
- E.D. Pellegrino – D.C. Thoma, *The Conflict Between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution*, in «Contemporary Health Law & Policy», 3 (1987), pp. 23-46.
- E.D. Pellegrino, *The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics*, in «Bulletin of PAHO», 24 (1990), n. 4, pp. 361-371.
- E.D. Pellegrino – D.C. Thoma, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica* (1988), trad. it. di A. Cipolla, Paoline, Milano 1992.
- S. Privitera, *Sui principi della bioetica. Riflessioni di metodo*, in «Bioetica e cultura», 2 (1993), n. 3, pp. 39-58.

- M. Reichlin, *Il concetto di “beneficence” nella bioetica contemporanea*, in «Medicina e Morale», 45 (1995), n. 1, pp. 33-58.
- H. Richardson, *Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems*, in «Philosophy and Public Affairs», 19 (1990), n. 4, pp. 279-310.
- D.J. Rothman, *The Origins and Consequences of Patient Autonomy: A 25-Year Retrospective*, in «Health Care Analysis», 9 (2001), n. 3, pp. 255-264.
- C. Schneider, *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*, Oxford University Press, New York 1998.
- E.E. Shelp (ed. by), *Justice and Health Care*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1981.
- E.E. Shelp (ed. by), *Beneficence and Health Care*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht 1982.
- C.M. Smith, *Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm!*, in «The Journal of Clinical Pharmacology», 45 (2005), n. 4, pp. 371-377.
- A.G. Spagnolo, *I principi della bioetica nord-americana e la critica del “principlismo”*, in «Camillianum», 10 (1999), n. 20, pp. 225-246.
- A.I. Tauber, *Historical and Philosophical Reflections on Patient Autonomy*, in «Health Care Analysis», 9 (2001), n. 3, pp. 299-319.
- A.I. Tauber, *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, The MIT Press, Cambridge, MA – London 2005.
- S. Toulmin, *The Tyranny of Principles*, in «The Hastings Center Report», 11 (1981), n. 6, pp. 31-39.
- S. Toulmin, *How Medicine Saved the Life of Ethics*, in «Perspectives in Biology and Medicine», 25 (1982), n. 4, pp. 736-750.

R.M. Veatch, *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner, Part 2*, Indiana University Press, Bloomington – Indianapolis 1991.

R.M. Veatch, *Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 5 (1995), n. 3, pp. 199-218.

R.M. Veatch, *Doctor Does Not Know Best: Why in the New Century Physicians Must Stop Trying to Benefit Patients*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 25 (2000), n. 6, pp. 701-721.

R.M. Veatch, *Patient, Heal Thyself. How the New Medicine Puts the Patient in Charge*, Oxford University Press, New York 2009.

C. Viafora, *I principi della bioetica*, in «Bioetica e cultura», 2 (1993), n. 3, pp. 9-37.

### **Documenti di deontologia medica e pareri dei Comitati di bioetica**

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Scopi, limiti e rischi della medicina*, 14 dicembre 2001, documento consultabile online al sito [www.governo.it/bioetica/pareri.html](http://www.governo.it/bioetica/pareri.html).

Council on Ethical and Judicial Affairs, *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*, AMA, Chicago 2010-2011 Edition.

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice italiano di Deontologia Medica*, 16 dicembre 2006.

President's Council on Bioethics, *Being Human. Readings from the President's Council on Bioethics*, Government Printing Office, Washington D.C. 2003 (disponibile online al seguente indirizzo: <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/bookshelf/>).

President's Council on Bioethics, *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Government Printing Office, Washington D.C. 2003.

President's Council on Bioethics, *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*, Government Printing Office, Washington D.C. 2008.

Project Report, *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, in «The Hastings Center Report», 26 (1996), n. 6, pp. 1-28. Rapporto dello Hastings Center, *Gli scopi della medicina: nuove priorità*, ed. it. a cura di M. Mori, in «Notizie di Politeia», 13 (1997), n. 45, pp. 3-51.

S. Spinsanti (a cura di), *Documenti di deontologia e etica medica*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1985.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *Research Involving Prisoners*, DHEW Publication No. (OS) 76-131, Washington 1976.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, DHEW Publication No. (OS) 78-0012, Washington 1978.

### **Opere sulla filosofia della medicina in generale**

A. Caplan, *Does the Philosophy of Medicine exist?*, in «*Theoretical Medicine*», 13 (1992), n. 1, pp. 67-77.

H.T. Engelhardt, Jr. e F. Jotterand, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Notre Dame – Indiana 2008.

G. Federspil, P. Giaretta, C. Rugarli, C. Scandellari, P. Serra, *Filosofia della medicina*, a cura di G. Federspil, P. Giaretta, S. Moriggi, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

P. Giaretta, A. Moretto, G.F. Gensini, M. Trabucchi, *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, Il Mulino, Bologna 2009.

A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma 2010.

E.D. Pellegrino, S.F. Spicker, "Back to the Origins": Erwin Straus – *Philosopher of Medicine, Philosopher in Medicine*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 9 (1984), n. 1, pp. 3-5.

E.D. Pellegrino, *The Relationship of Theory and Praxis in the Philosophy and Ethics of Medicine*, in E. Sgreccia, V. Mele, G. Miranda (a cura di), *Le radici della bioetica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1998, pp. 343-351.

E.D. Pellegrino, *Philosophy of Medicine: Should It Be Teleologically or Socially Construed?*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 11 (2001), n. 2, pp. 169-180.

E.D. Pellegrino, *Physician and Philosopher. The Philosophical Foundation of Medicine: Essays by Dr. Edmund Pellegrino*, Carden Jennings Publishing, Charlottesville 2001.

V. von Weizsäcker, *Filosofia della medicina*, trad. it. di L. Bottani e G. Massazza, Guerini, Milano 1990.

K. Wildes, *The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 11 (2001), n. 1, pp. 71-86.

H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filosofia della medicina*, trad. it. di A. Parodi, Cortina, Milano 1995.

### **Opere di carattere generale**

G. Abbà, *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, Libreria Ateneo Salesiano, Roma 1989.

F. Allegri, *Le ragioni del pluralismo morale. William David Ross e le teorie dei doveri prima facie*, Carocci, Roma 2005.

- E. Anscombe, *Modern Moral Philosophy*, in «Philosophy», 33 (1958), n. 124, pp. 1-19.
- E. Anscombe, *On Brute Facts*, in «Analysis», 18 (1958), n. 3, pp. 69-72.
- D. Antiseri – M. Tomio, *La medicina basata sulle evidenze. Aspetti epistemologici*, Edizioni Memoria, Cosenza 2000.
- Aristotele, *Etica Eudemia*, trad. it. di P. Donini, Laterza, Roma-Bari 2005.
- Aristotele, *Etica Nicomachea*, trad. it. di C. Natali, Laterza, Roma-Bari 2009<sup>6</sup>.
- Aristotele, *Retorica*, trad. it. di M. Dorati, Mondadori, Milano 2005.
- J. Berkman, *How Important is the Doctrine of Double Effect for Moral Theology? Contextualizing the Controversy*, in «Christian Bioethics», 3 (1997), n. 2, pp. 89-114.
- E. Berti et al., *Etica oggi: comportamenti collettivi e modelli culturali*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1989.
- A. Bompiani (a cura di), *Formare un buon medico. Prospettive a confronto*, Franco Angeli, Milano 2006.
- R. Bucci (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadigroma, Roma 2006.
- D. Callahan, S. Bok (ed. by), *Ethics Teaching in Higher Education*, Plenum Press, New York 1980.
- G. Carcaterra, *Il problema della fallacia naturalistica. La derivazione del dover essere dall'essere*, Giuffrè, Milano 1969.
- E.J. Cassell, *The Place of the Humanities in Medicine*, The Hastings Center, New York 1984.
- P. Cattorini, *Narrare il dolore. Il ruolo delle Medical Humanities*, in «La rivista italiana di cure palliative», 5 (2005), n. 4, pp. 27-32.

P. Cendon, A. Baldassari (a cura di), *Codice civile annotato con la giurisprudenza*, UTET giuridica, Milano 2007, limitatamente alle pp. 228-237.

J. Cohen, *Who is Starving Whom?*, in «Theoria», 47 (1981), n. 2, pp. 65-81.

S. Cremaschi, *Naturalizzazione senza naturalismo: una prospettiva per la metaetica*, in «Etica & Politica», 9 (2002), n. 2, pp. 201-217.

F. D'Agostini, *Analitici e continentali*, Cortina, Milano 1997.

F. D'Agostini - N. Vassallo (a cura di), *Storia della filosofia analitica*, Einaudi, Torino 2002.

A. Da Re, *La saggezza possibile. Ragioni e limiti dell'etica*, Fondazione Lanza – Gregoriana Editrice, Padova 1994.

A. Da Re, *Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti*, Bruno Mondadori, Milano 2003.

A. Da Re, G. De Anna (a cura di), *Virtù, natura e normatività*, Il Poligrafo, Padova 2004.

A. Da Re, *Vita professionale ed etica*, in S. Semplici (a cura di), *Il mercato giusto e l'etica della società civile*, in «Annuario di etica», n. 2, Vita e Pensiero, Milano 2005, pp. 93-123.

A. Da Re, voce *Metaetica*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. VIII, Bompiani, Milano 2006, pp. 7339-7341.

A. Da Re, *Costruttori di relazioni, non manager della cura*, in «Etica per le Professioni. Questioni di etica applicata», 11 (2009), n. 3, pp. 29-34.

A. Da Re, *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, Milano 2010.

S. Darwall, *Philosophical Ethics*, Westview Press, Boulder 1998.

- M. De Caro, D. Macarthur (ed. by), *Naturalism and Normativity*, Columbia University Press, New York 2010.
- R. De Franco, *In nome di Ippocrate. Dall'“olocausto medico” nazista all'etica della sperimentazione contemporanea*, Franco Angeli, Milano 2001.
- N. Dixon, *The Friendship Model of Filial Obligations*, in «Journal of Applied Philosophy», 12 (1995), n. 1, pp. 77-87.
- P. Donatelli, E. Lecaldano (a cura di), *Etica analitica. Analisi, teorie, applicazioni*, LED, Milano 1996.
- M. Dummett, *Alle origini della filosofia analitica* (1988), trad. it. di E. Picardi, Einaudi, Torino 2001.
- P.T. Durbin (ed. by), *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, Free Press, New York 1984.
- J. English, *What Do Grow Children Owe Their Parents?*, in N.S. Jecker (ed. by), *Aging and Ethics*, The Humana Press, Totowa – New Jersey 1992, pp. 147-154.
- G. Federspil, *Le Humanities e il ragionamento clinico*, in «Medic», 12 (2004), n. 3, pp. 27-36.
- J. Finnis, *Gli assoluti morali. Tradizione, revisione e verità* (1991), trad. it. di A.M. Maccarini, Edizioni Ares, Milano 1993.
- P. Foot, *La natura del bene* (2001), trad. it. di E. Lalumera, Il Mulino, Bologna 2007.
- W.K. Frankena, *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale* (1973), trad. it. di M. Mori, Edizioni di Comunità, Milano 1981.
- H.-G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute* (1993), trad. it. di M. Donati e M.E. Ponzio, Cortina, Milano 1994.

H.-G. Gadamer, *Il dolore. Valutazioni da un punto di vista medico, filosofico e terapeutico* (2003), trad. it. di E. Paventi, Apeiron Editori, Roma 2004.

F. Galton, *Hereditary Talent and Character*, in «Macmillan's Magazine», 12 (1865), pp. 157-166 e 318-327.

F. Galton, *Hereditary Genius: An Inquiry into Its Laws and Consequences*, Macmillan and Co., London 1869.

F. Galton, *Inquiries Into Human Faculty and Its Development*, Macmillan and Co., London 1883.

F. Galton, *Eugenics, Its Definition, Scope and Aims*, in Id., *Sociological Papers*, Macmillan, London 1905.

J.L.A. Garcia, voce *Double Effect*, in *Encyclopedia of Bioethics*, a cura di W.T. Reich, vol. II, Macmillan, New York 1995<sup>2</sup>, pp. 636-641.

P. Geach, *Ascriptivism*, in «Philosophical Review», 69 (1960), n. 2, pp. 221-225.

P. Geach, *Good and Evil* (1956), in P. Foot (ed. by), *Theories of Ethics*, Oxford University Press, Oxford 1967, pp. 64-73.

B. Gert, *How Common Morality Relates to Business and the Professions*, in M. Korthals, R.J. Bogers (ed. by), *Ethics for Life Scientists*, Springer, Dordrecht 2004, pp. 129-139.

B. Gert, *Morality: Its Nature and Justification*, Oxford University Press, New York 2005.

H.-J. Glock (ed. by), *The Rise of Analytic Philosophy*, Blackwell, Oxford 1997.

N. Goodman, *I linguaggi dell'arte* (1968), ediz. it. a cura di F. Brioschi, Il Saggiatore, Milano 1976.

K.E. Goodpaster (ed. by), *Perspectives on Morality. Essays of William K. Frankena*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 1976.

J.-P. Gury, *Compendium Theologiae Moralis*, tomo I, Typografia Vaticana, Roma 1887<sup>9</sup>.

D. Hume, *Trattato sulla natura umana* (1739-1740), in Id., *Opere filosofiche*, ed. it. a cura di E. Lecaldano, Laterza, Roma-Bari 1999<sup>5</sup>.

D. Hume, *Ricerca sui principi della morale* (1751), trad. it. di M. Dal Pra, Editori Laterza, Bari 1997.

E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane e discorsi parigini* (1950), trad. it. di F. Costa, Bompiani, Milano 1960.

E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (1959), trad. it. di E. Filippini, Il Saggiatore, Milano 1987.

I. Kant, *Critica della ragion pratica* (1788), trad. it. di V. Mathieu, Bompiani, Milano 2000.

I. Kant, *La metafisica dei costumi* (1797), trad. it. di G. Vidari, Laterza, Roma-Bari 2004<sup>8</sup>.

M.H. Kater, *Doctors Under Hitler*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.

J.F. Keenan, *The Function of the Principle of Double Effect*, in «Theological Studies», 54 (1993), n. 2, pp. 294-316.

S. Keller, *Four Theories of Filial Duty*, in «The Philosophical Quarterly», 56 (2006), n. 223, pp. 254-274.

D.J. Kevles, *In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1985.

*La Sacra Bibbia*, Edizione ufficiale della C.E.I., UELCI, Roma 1996 (*Giobbe*, pp. 505-532).

E. Lecaldano, *Le analisi del linguaggio morale*, Edizioni dell'Ateneo, Roma 1970.

E. Lecaldano, *Introduzione a Moore*, Laterza, Roma-Bari 2005<sup>3</sup>.

G.W. Leibniz, *Nuovi saggi sull'intelletto umano* (1765), trad. it. di E. Cecchi, UTET, Torino 1968.

R.J. Lifton, *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, trad. it. di L. Sosio, Rizzoli, Milano 1988.

A. MacIntyre, *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale* (1981), trad. it. di P. Capriolo, Feltrinelli, Milano 1988.

J.T. Mangan, *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, in «Theological Studies», 10 (1949), n. 59, pp. 41-61.

C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2004.

D.B. Marquis, *Four Versions of Double Effect*, in «The Journal of Medicine and Philosophy», 16 (1991), n. 5, pp. 515- 544.

G.M. Miglietta, *Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997.

G.M. Miglietta, *Fondazione e struttura del principio del duplice effetto: dalla «tassonomia» alla «geometria» di un principio morale pratico*, in «Alpha Omega», 4 (2001), n. 2, pp. 283-313.

M. Milani, *A immagine del Cristo «paziente». Sofferenza, malattia e salvezza nella Scrittura*, Edizioni Messaggero, Padova 2004.

A. Miller, *An Introduction to Contemporary Metaethics*, Polity Press, Cambridge 2003.

- S.C. Miller, *Filial Obligation, Kant's Duty of Beneficence, and Need*, in J.M. Humber, R.F. Almeder, *Care of the Aged*, Humana Press, Totowa – New Jersey 2003, pp. 169-198.
- G.E. Moore, *The Nature of Judgment*, in «Mind», 8 (1899), n. 30, pp. 176-193.
- G.E. Moore, *Principia Ethica* (1903), trad. it. di G. Vattimo, Bompiani, Milano 1964.
- G.E. Moore, *Etica* (1912), ed. it. a cura di M.V. Predaval Magrini, Franco Angeli, Milano 1982.
- I. Murdoch, *Esistenzialisti e mistici. Scritti di filosofia e letteratura* (1999), ed. it. a cura di P. Conradi, Il Saggiatore, Milano 2006.
- P.H. Nowell-Smith, *Etica* (1954), trad. it. di E. e M. Cingoli, La Nuova Italia, Firenze 1974.
- P. Pagani, voce *Benevolenza*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. II, Bompiani, Milano 2006, pp. 1169-1171.
- A. Pagnini, *Filosofia analitica*, in P. Rossi (a cura di), *La filosofia*, UTET, Torino, 1995, vol. 4, pp. 147-187.
- D. Parfit, *Ragioni e persone* (1984), trad. it. di R. Rini, Il Saggiatore, Milano 1989.
- C. Penco, *Vie della scrittura. Frege e la svolta linguistica*, Franco Angeli, Milano 1994.
- N. Pitrelli, G. Sturloni (a cura di), *Atti del V Convegno Nazionale sulla Comunicazione della Scienza*, Polimetrica International Scientific Publisher, Monza 2007.
- A. Ploetz, *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*, Fischer, Berlin 1895.
- S. Pollo, *Peter Singer: l'utilitarismo e la vita buona*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», 10 (2002), n. 3, pp. 476-486.

G. Preti (a cura di), *Moore. Studi filosofici*, Laterza, Bari 1971.

S. Privitera, voce *Principi morali tradizionali*, in *Nuovo dizionario di Teologia morale*, a cura di F. Compagnoni, G. Piana, S. Privitera, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 987-994.

H. Putnam, *Fatto/Valore. Fine di una dicotomia e altri saggi* (2002), trad. it. di G. Pellegrino, Fazi Editore, Roma 2004.

W.V.O. Quine, *Da un punto di vista logico: saggi logico-filosofici* (1953), trad. it. di P. Valore, Cortina, Milano 2004.

J. Rawls, *Una teoria della giustizia* (1971), trad. it. di U. Santini, Feltrinelli, Milano 1982.

M. Rhonheimer, *La prospettiva della morale. Fondamenti dell'etica filosofica* (2001), trad. it. di Anselm Jappe, Armando Editore, Roma 2006<sup>2</sup>.

W.D. Ross, *Il giusto e il bene* (1930), ed. e trad. it. di R. Mordacci, Sudi Bompiani, Milano 2004.

G. Samek Ludovici, *L'utilità del bene: Jeremy Bentham, l'utilitarismo e il consequenzialismo*, Vita e Pensiero, Milano 2004.

M. Santambrogio (a cura di), *Introduzione alla filosofia analitica del linguaggio*, Laterza, Roma-Bari 1992.

C. Scandellari, *La diagnosi clinica. Principi metodologici del procedimento decisionale*, Masson, Milano 2005.

H. Sidwick, *I metodi dell'etica* (1874), trad. it. di M. Mori, Il Saggiatore, Milano 1995.

P. Singer, *Sidwick and Reflective Equilibrium*, in «The Monist», 58 (1974), pp. 490-517.

P. Singer, *Etica pratica* (1979), trad. it. di G. Ferranti della I ed., Liguori Editore, Napoli 1989.

P. Singer, *La vita come si dovrebbe* (1995), Il Saggiatore, Milano 2001.

P. Singer, *One World. L'etica della globalizzazione* (2002), trad. it. di P. Cavalieri, Einaudi, Torino 2003.

P. Singer, *Scritti su una vita etica. Le idee che hanno messo in discussione la nostra morale* (2000), Net, Milano 2004.

P. Singer, *Salvare una vita si può. Agire ora per cancellare la povertà* (2009), trad. it. di F. Tondi, Il Saggiatore, Milano 2009.

R. Spaemann, *Felicità e benevolenza* (1989), trad. it. di M. Amori, Vita e Pensiero, Milano 1998.

B. Spinoza, *Etica dimostrata secondo l'ordine geometrico* (1677), trad. it. di S. Giametta, Bollati Boringhieri, Torino 1992.

E.W. Straus, *Phenomenological Psychology; Selected Papers*, Basic Books, New York 1966.

E.W. Straus – M.A. Natanson – E. Ey (ed. by), *Psychiatry and Philosophy*, Springer Verlag, New York 1969.

E.W. Straus, *Il vivente umano e la follia. Studio sui fondamenti della psichiatria* (1963), a cura e con introduzione di A. Gualandi, Quodlibet, Macerata 2010.

D. Tettamanzi, voce *Duplici effetto*, in *Dizionario di bioetica*, a cura di M. Doldi, Piemme, Casale Monferrato 2002, pp. 162-163.

Tommaso D'Aquino, *La Somma Teologica*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1996.

M. Vegetti (a cura di), *Opere di Ippocrate*, UTET, Torino 1965.

F. von Baader, *Filosofia erotica*, trad. it. di L. Procesi Xella, Rusconi, Milano 1982.

R.A. Wasserstrom (ed. by), *Morality and the Law*, Wadsworth Publishing Co., Belmont – CA 1971.

R.M. Zaner, *The Problem of Embodiment: Some Contributions to a Phenomenology of the Body*, Martinus Nijhoff, The Hague 1964.

R.M. Zaner, D. Ihde, *Phenomenology and Existentialism*, Capricorn Books and Putnam's Sons, New York 1973.

## ABSTRACT

Il lavoro di ricerca intende saggiare il valore teorico e la forza normativo-applicativa del principio di beneficenza, esaminando la centralità che il monito ad agire per il bene del paziente assume nell'etica medica e nella bioetica.

L'analisi terminologica di questo principio distingue la beneficenza dalla benevolenza e cerca di precisare cosa si intenda con la locuzione "bene del paziente" e ancor prima a cosa alluda lo stesso termine "bene". Da tale approfondimento emergono la complessità della natura e del significato dei termini chiamati in causa dal principio di beneficenza e la compenetrazione di elementi valutativi e descrittivi nella nozione di "bene del paziente".

L'indagine di carattere contenutistico e normativo del principio di beneficenza indaga il fondamento dell'obbligazione ad agire per il bene altrui nella pratica medica e nell'esperienza morale in generale. Esaminando le principali fasi di sviluppo dell'etica medica e della bioetica, si analizza poi la diversa giustificazione assegnata in ognuna di esse al monito ad agire per il bene del paziente. Si rileva così l'indebolimento della forza normativa della beneficenza a causa del graduale passaggio da una sua comprensione nei termini del dovere a una formulazione che si appella al lessico dei principi. In tal modo, la beneficenza viene compresa in riferimento agli altri principi dell'etica biomedica, entrando spesso in contrasto con essi, in particolar modo con quello di autonomia. In seguito alla trattazione del tema del conflitto tra principi, si constata l'insufficiente consistenza teorica del principio di beneficenza all'interno di tale impostazione e la necessità di una sua riformulazione.

Dopo aver messo in luce i limiti degli approcci ippocratico-paternalistico e libertario-autonomistico così come le scorrette letture che questi offrono dei principi di beneficenza e di autonomia, si richiama il modello normativo della "beneficenza-nella-fiducia" (*beneficence-in-trust*), proposto da E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma. Attraverso un approccio fenomenologico all'interazione clinica, tale modello ritrova i fini interni della medicina (*ends*) nell'agire per il bene del paziente. Concepito in questi termini, il principio di beneficenza risulta fondato su quella particolare relazione interpersonale che, nonostante le inevitabili modificazioni della medicina e delle sue finalità, rimarrà costantemente presente nella pratica medica.

## ABSTRACT

This research project highlights the theoretical value and practical application of the principle of beneficence, trying to underscore its meaning and primary role in medical ethics and bioethics.

The linguistic clarification of this principle distinguishes “benevolence” from “beneficence” and attempts to specify what is meant by the expression “patient’s good” and the term “good”. On the one hand, this analysis points to the complexity of the nature of the words and meaning referred by the principle of beneficence. On the other hand, it underlines the presence of descriptive and value elements in the expression “patient’s good”.

A survey of the descriptive and prescriptive content of the principle of beneficence brings about an inquiry into the foundation of the obligation to act for someone else’s good — both within medical practice and moral experience in general. Furthermore, this underlines the different justifications of that obligation during the main phases of medical ethics and bioethics. It also notes a weakening in the concept’s normative strength due to a gradual change from understanding it in terms of duty, to a formulation that appeals to the vocabulary of principles. In this way, beneficence becomes understood with reference to, and in contrast with, the other principles of biomedical ethics, especially the principle of autonomy. After analyzing the conflicts among the principles, this work discusses the inadequate theoretical consistency of the principle of beneficence within that setting and argues for the necessity of its reformulation.

In order to reach this goal, the weak links of the Hippocratic-paternalistic and the libertarian-autonomy approaches are exposed, as well as their erroneous descriptions of the principles of beneficence and autonomy. On account of this, I refer to the normative model called “*beneficence-in-trust*”, proposed by E.D. Pellegrino and D.C. Thomasma. Through a phenomenological and teleological approach to the clinical encounter, this model locates the *ends* of medicine in acting for the patient’s good. Expressed in these terms, the principle of beneficence is grounded on a particular human relationship that will remain constant over time in medical practice despite the unavoidable modifications of medicine and its goals.