*Corrado Viafora**

Bioetica clinica:

un approccio centrato sul rispetto per la dignità del paziente come persona

Abstract

This essay is inspired by the insights gained in over three decades of engagement within clinical contexts. Not only has such engagement been particularly significant to understand the moral experience embedded within clinical practice, but it has also been instrumental in shaping a bioethical approach capable of interpreting that moral experience. A first, fundamental insight is that, in view of the radical challenges currently moved against the constitutive aims of clinical practice, we need to interpret them in the light of an ethical principle that is also functional for clinical practice. This principle could be the idea of human dignity, shaped in terms of respect for the patient as a person. Within this perspective, particular emphasis is placed on the distinction between recognising every patient as a person, with a commitment to respecting her dignity, and justifying what this recognition entails in specific clinical contexts. This underscores the need for an argumentative framework that leverages the idea of human dignity to justify ethical judgments in the highly sensitive domain of clinical practice. The essay aims to explain the rationale behind this framework and the stages through which it develops. As contemporary clinical practice increasingly faces problems of a distinctly ethical nature, requiring the application of the inherent logic of moral reasoning, the importance of fostering a genuine ethical-argumentative mindset among health professionals emerges as the central goal of the “critical companionship” offered by a philosophically oriented clinical bioethics.

Keywords

Clinical bioethics, clinical practice, health care ethics, human dignity, respect for person, clinical judgement.

1. Introduzione

In questo saggio mi propongo di ricostruire le acquisizioni maturate in un trentennio di frequentazione di alcuni contesti che si sono rivelati

* Università degli Studi di Padova.

particolarmente significativi per comprendere l'esperienza morale della pratica clinica e impostare un approccio bioetico in grado di interpretarla¹. La partecipazione alla vita di uno dei primi Comitati etici in sanità – il Comitato di Bioetica presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova, attivo dal 1994 – così come la costante vicinanza alla nascente rete dei Comitati di etica per la pratica clinica in Regione Veneto, sono state di fondamentale importanza per capire come costruire all'interno dell'istituzione sanitaria lo spazio per un'effettiva riflessione etica: per renderlo attivo e accessibile, per farne uno strumento utile e credibile. L'organizzazione del Corso di perfezionamento in bioetica dell'Università di Padova, di cui sono stato responsabile per un ventennio, mi ha fatto incontrare professionisti della salute – soprattutto medici e infermieri – che hanno continuato a offrire spunti di prima mano per intercettare le profonde trasformazioni in atto nella sanità e istruire le questioni etiche all'interno dei contesti clinici eticamente più impegnativi: il contesto delle cure intensive, quello delle cure oncologiche, quello delle cure a lungo termine, insieme a quello delle cure neonatali e quello delle cure palliative. A farmi ulteriormente avvicinare al mondo della pratica clinica è stato l'insegnamento di Bioetica clinica nel Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche. Il vissuto con cui in questo corso mi sono confrontato è quello espresso dall'esperienza morale che caratterizza in particolare la professione infermieristica: la sofferenza morale (*moral distress*) che gli infermieri in particolare vivono quando, pur avvertendo i valori in gioco in una situazione e individuando la scelta eticamente più giusta, non riescono tuttavia a metterla in atto a causa, in sostanza, di mancanza di potere decisionale. Cosa fare? Perché non valorizzare proprio questa sofferenza morale? Perché non impegnarsi a trasformare le convinzioni sottese alla sofferenza morale in argomentazioni in grado di esprimerne le ragioni?

Nel corso di questa diversificata frequentazione con il mondo della pratica clinica, mi è stato dato di impostare nei confronti dei professionisti della salute coinvolti una sorta di “compagnia critica”. È questa l'espressione che trovo più adeguata per definire il mio ruolo di bioeticista².

¹ Il saggio riprende un recente lavoro, sintesi del mio impegno nel campo della bioetica clinica: C. Viafora, *La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica*, FrancoAngeli, Milano 2023. La forma data al saggio è quella di un resoconto espresso in prima persona. Mi è sembrato il modo più immediato per rileggere un percorso dove esperienza diretta sul campo e riflessione critica sono strettamente connesse. Alcuni passi di questo saggio che figurano in altre precedenti pubblicazioni assumono qui un significato nuovo nel quadro della ricostruzione di un approccio alla bioetica clinica nella sua globalità.

² Per quanto riguarda il ruolo del bioeticista all'interno dei Comitati di etica per la pratica clinica (*Health care ethics committees*) e di altri analoghi organismi di supporto all'etica clinica (*Clinical ethics support services*) ho fatto mie le indicazioni che, a partire dalla

Dico “compagnia” nel senso che nella frequentazione di questi professionisti della salute – che fosse l’ambito della formazione o l’ambito delle attività di un Comitato etico – ho sempre cercato di curare la qualità delle relazioni personali, condizione imprescindibile per sviluppare un aperto confronto su questioni di natura etica. La scelta poi di creare spazi e tempi dedicati al racconto e all’analisi etica di storie cliniche direttamente vissute dai miei interlocutori si è rivelata il modo più efficace per fare emergere l’esperienza morale della pratica clinica: il suo fondamentale orientamento alla cura, insieme alle particolari sensibilità che intervengono a qualificarla nei diversi contesti in cui essa si articola. Definisco inoltre “critica” questa compagnia nel senso che in un mondo, come quello sanitario, dove per tanti motivi domina un’attitudine *direttiva*, ho cercato sistematicamente di promuovere un’attitudine *argomentativa*, quella di cui si nutre ogni analisi di natura etica. Narrare e argomentare: ritengo che siano queste le attitudini che una bioetica clinica filosoficamente orientata ha il compito di promuovere e valorizzare. Questo comporta stimolare, da una parte, un’aperta condivisione all’interno della comunità di cura delle incertezze e dei conflitti che determinate storie cliniche producono e fornire, dall’altra, gli strumenti per identificare i problemi propriamente etici che queste storie cliniche sollevano; registrare e discutere le diverse scelte possibili; e, soprattutto, valutare gli argomenti su cui queste scelte si basano. L’integrazione di queste due attitudini – narrare e argomentare – è il modo migliore per far emergere e affrontare la problematica propriamente etica della pratica clinica³.

Ho voluto espressamente richiamare l’esperienza che ho connotato come “compagnia critica” proprio perché l’approccio alla bioetica clinica che sono venuto elaborando deve molto alle acquisizioni maturate all’interno di questa esperienza. Obiettivo del saggio è ricostruire que-

riflessione sulla sua diretta esperienza, dà Margaret Urban Walker, filosofa statunitense di ispirazione femminista: M. Urban Walker, *Keeping Moral Spaces Open. New Images of Ethics Consulting*, in “Hasting Center Report”, XXIII, n. 2, 1993, pp. 33-44. Il bioeticista non è tanto “l’esperto (*technical expert*)” che fornisce agli altri le regole di quel particolare sapere che è l’etica, quanto piuttosto un partecipante che facilita le dinamiche di “un confronto a livello morale (*moral negotiation*)”, dove ognuno si impegna “a render reciprocamente conto (*mutual accountability*)” delle ragioni delle proprie posizioni. In questa prospettiva, specifica responsabilità del bioeticista è di contribuire a progettare e mantenere “aperti, accessibili e attivi (*open, accessible, active*)” specifici “spazi morali (*moral spaces*)”, che, all’interno di una “pratica clinica dell’acuzie sempre più sommersa da adempimenti burocratici e sempre più frammentata (*busy bureaucratized and balkanized acute care settings*)” e sempre più “costretta entro la *routine* e direttive istituzionali (*a setting steeped in routine and in hierarchy*)” che non si discutono, possano promuovere e favorire una genuina riflessione morale.

³ È la prospettiva che in bioetica clinica continua a sviluppare il Gruppo di ricerca “Filosofia morale e bioetica” da me fondato all’interno della Scuola di Medicina dell’Università di Padova, attualmente incardinato nel Dipartimento di Medicina Molecolare.

sto approccio. Lo faccio attraverso tre passaggi, volti rispettivamente a: (i) chiarire i presupposti epistemologici implicati in questo particolare approccio alla bioetica clinica; (ii) render conto dell'idea di dignità umana che questo approccio pone a fondamento del giudizio bioetico; (iii) delineare i livelli attraverso cui giustificare il giudizio etico-clinico, attraverso cui in altre parole giustificare la scelta più rispettosa della dignità del paziente come persona. Concludo indicando tre ordini di questioni che a livello epistemologico, metodologico e fondativo rimangono ancora aperte e che interpellano direttamente la filosofia morale.

2. Bioetica clinica: l'esperienza morale della pratica clinica in termini pubblicamente giustificabili

L'approccio alla bioetica clinica che sono venuto elaborando si caratterizza in sintesi per un duplice intento: contribuire, da una parte, all'opera di interpretazione dei fini costitutivi della pratica clinica; e impegnarsi, dall'altra, nella loro articolazione normativa in termini pubblicamente giustificabili⁴. Provo a esplicitare i presupposti epistemologici di questo approccio. Il primo e fondamentale ha a che fare con la natura della medicina e dell'attività sanitaria come pratica in senso forte: nel senso cioè con cui il concetto viene assunto all'interno della tradizione aristotelica e neoaristotelica. Stando a questa tradizione, la pratica medica non è una mera tecnica, moralmente neutra, ma una "pratica normativa" centrata sulla cura e con dei fini intrinseci che ne determinano la qualità morale⁵. E tuttavia, a meno che non si voglia sostenere una concezione "essenzialista" della medicina, non si può neanche ignorare il fatto che il contenuto di questi fini che determinano la qualità morale della cura non sia sempre così evidente⁶. E che non sia sempre evidente, da sottoporre

⁴ Per il quadro teorico entro cui ho elaborato questo approccio rimando a C. Viafora (a cura di), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht 2005. Rimando in particolare alla prima parte: *Clinical Bioethics. Comparing theoretical Models*, pp. 2-71.

⁵ H. ten Have, *A Helping and Caring Profession: Medicine as a Normative Practice*; R. Mordacci, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, entrambi i saggi in C. Viafora (a cura di), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, cit., rispettivamente pp. 41-51; 101-113. Sulle peculiarità strutturali della pratica clinica una bella analisi è offerta da S. Tusino, *Curare e prendersi cura: la dimensione etica nella pratica clinica*, in C. Viafora, E. Furlan, S. Tusino (a cura di), *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano 2019, pp. 199-217. L'analisi, ulteriormente arricchita, è ripresa in E. Furlan, S. Tusino, *I presupposti filosofici della pianificazione condivisa delle cure: vulnerabilità, autonomia relazionale, medicina come pratica di cura*, in "BioLaw Journal/Rivista di Biodiritto", I, 2025, pp. 5-20.

⁶ Sul concetto di "inevidenza dei fini della medicina" riprendo e sviluppo alcune considerazioni che trovo in R. Dell'Oro, *La bioetica clinica come etica applicata. Problemi teorici*

quindi a una continua interpretazione, dipende certo dai cambiamenti cui va incontro il sistema sanitario, ma a livello più profondo dipende dal fatto che il significato delle esperienze più immediatamente coinvolte nella pratica clinica – come vita e qualità della vita, salute e malattia, sofferenza e morte – è legato all'autocomprensione che storicamente abbiamo della nostra umanità. La difesa della vita costituisce senz'altro il più tradizionale dei fini della medicina. Conservare e prolungare la vita ha rappresentato da sempre il nucleo normativo della medicina. Che ne è di questo fine di fronte all'ampliata potenzialità tecnica della medicina che le consente di conservare e prolungare la vita, ma in condizioni che ne compromettono gravemente la qualità umana? Promozione della salute: altro fine altrettanto evidente. Che ruolo normativo può avere questo fine al tempo in cui il significato di salute registra una crescente soggettivizzazione? Quanto all'alleviamento del dolore e della sofferenza, continua certo a essere evidente che fine costitutivo della medicina è farsene carico; non sono però altrettanto evidenti i limiti che tradizionalmente si imponevano alla medicina nel suo farsene carico. Confesso che mi ha continuato a colpire il senso di destabilizzazione prodotto in molti professionisti della salute dalla percezione della crescente invidenza di fini ritenuti parte integrante della propria pratica professionale. Cos'altro è se non l'espressione della radicalità con cui oggi i fini della medicina vengono sfidati?

La convinzione che sono venuto maturando è che di fronte alla radicalità di questa sfida sia necessario interpretare il senso dei fini della medicina alla luce di un principio etico che sia alla sua altezza. Da qui il ricorso all'idea di dignità umana e al principio etico fondamentale che essa ispira: il rispetto per il paziente come persona. Mi è sembrato con questa prospettiva di fornire una risposta al senso di destabilizzazione di fronte alla crescente invidenza dei fini della medicina: restano valide le ragioni per continuare a riferirsi a fini costitutivi della pratica clinica, assunti, però, dentro un orizzonte più radicale e più ampio. Entro questo orizzonte rimane l'orientamento alla difesa della vita, alla tutela della salute, al sollievo della sofferenza, ma questi fini sono tutti normativamente determinati dal riferimento alla dignità del paziente come persona: la difesa della vita, ma non della vita in assoluto, la vita di questa persona; la tutela della salute, non però della salute in termini generali di funzionamento biologico, ma della salute di questa persona; il sollievo della sofferenza, non solo però della sofferenza fisica, ma della sofferenza della persona nella sua singolarità e nella sua globalità.

della consulenza etica nell'istituzione sanitaria, in M. Picozzi, M. Tavani, P. Cattorini (a cura di), *Verso una professionalizzazione del bioeticista. Analisi teorica e ricadute pratiche*, Giuffrè, Milano 2003, pp. 43-65.

A questo punto, il compito a cui nella mia ricerca ho dovuto far fronte è stato quello di costruire una struttura argomentativa che rispondesse al duplice intento dell'idea di bioetica clinica prospettata: contribuire cioè all'opera di interpretazione dei fini costitutivi della pratica clinica e impegnarsi nella loro articolazione normativa in termini pubblicamente giustificabili. La convinzione a cui sono giunto è che più di altre sia proprio l'idea di dignità umana quella in grado di aprire l'orizzonte entro cui costruire questa struttura. Ritengo che questa idea riesca, da una parte, a mettere in luce le dimensioni umane implicate nella pratica clinica e a offrire, dall'altra, la base per una loro articolazione normativa in termini pubblicamente giustificabili all'interno di società pluraliste come le nostre⁷.

3. Il rispetto per la dignità umana a fondamento dell'argomentazione bioetica

Dignità umana? Un'idea vaga e ambigua non in grado di fornire indicazioni normative univoche, non in grado perciò di costituire la base per una valida argomentazione. Di più, un'idea inutile, dal momento che tutto quello che l'idea di dignità confusamente propone, può essere detto in termini molto più precisi con l'idea di autonomia. Senza perdere alcun contenuto. Sono solo alcune delle critiche che accompagnano il crescente appello alla dignità umana che da anni ormai si registra nel dibattito etico e in quello bioetico in particolare⁸. L'idea che mi sono fatto è che, se è vero che l'appello alla dignità umana rischia in molti casi di ridursi a un vuoto slogan, l'alternativa più o meno esplicitamente prospettata di eliminarla dal discorso etico e bioetico, nella convinzione che con questo

⁷ Sullo stato del dibattito in tema di dignità umana a livello internazionale si vedano E. Pellegrino, T. Merrill, A. Schulman (a cura di), *Human Dignity and Bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame 2009; C. McCrudden (a cura di), *Understanding Human Dignity*, Oxford University Press, Oxford 2013 e M. Düwell et al. (a cura di), *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 2014. In Italia il dibattito ha coinvolto in particolare il mondo giuridico. Ad alimentarlo ha contribuito molto sia il confronto con la Convenzione di Oviedo (1997), dove l'idea di dignità umana assume il ruolo di vero e proprio paradigma; sia la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000), che dedica alla dignità umana l'art. 1, antepoendola allo stesso diritto alla vita proclamato all'art. 2. Si veda al riguardo E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano 2009. Continuano a essere di particolare rilievo il saggio di P. Becchi (pp. 113-142) in prospettiva etico-giuridica e i saggi di M. Reichlin (pp. 143-161) e P. Donatelli (pp. 333-354) in prospettiva etico-filosofica.

⁸ Una per tutte: R. Macklin, *Dignity is a Useless Concept*, in "British Medical Journal", CCCXXVII, 2003, pp. 1419-1420.

non si perderebbe nulla, a ben vedere risulta molto poco credibile. Si perderebbe tanto, invece. Si perderebbe la capacità di articolare importanti intuizioni morali con la conseguenza di non poco conto di indebolire le nostre potenzialità di analisi critica nei confronti di pratiche umanamente significative, come sono quelle su cui si concentra l'attenzione bioetica⁹.

Ridimensionate quindi queste critiche, mi sono trovato sempre più d'accordo con chi, contando sulle risorse che l'idea di dignità può offrire, ritiene che non si presti loro l'attenzione che merita, che non ci sia un adeguato impegno ad articolarne il senso, che su molte questioni bioetiche il suo ruolo rimanga ancora non adeguatamente teorizzato ("undertheorized role")¹⁰. Sempre più orientato a prendere sul serio l'idea di dignità umana, ho fatto particolare attenzione al richiamo che Herbert Spiegelberg in un saggio risalente agli anni della nascita della bioetica rivolgeva ai filosofi suoi contemporanei a "chiarire e approfondire" l'idea di dignità umana, "un'idea vitale dei nostri tempi più di quello che comunemente si pensi"¹¹. Ho trovato di grande utilità le indicazioni di metodo che il fenomenologo statunitense di origini tedesche traccia per guidare la ricerca sull'idea di dignità umana. Le richiamo brevemente: *a.* l'attenzione, innanzitutto, a condurre una sistematica "pulizia semantica" del nostro linguaggio in tema di dignità umana, a cominciare dalla netta distinzione tra "dignità" e "dignità umana", tra dignità umana come "dotazione intrinseca" e "senso della propria dignità"; *b.* la valorizzazione di un "approccio indiretto" per fare emergere gli specifici aspetti della dignità umana violati nelle diverse situazioni che suscitano la nostra "indignazione"; *c.* la priorità attribuita alla "viva esperienza della dignità umana" rispetto ai "fondamenti" che le diverse concezioni ne propongono. Ritengo quest'ultima di grande rilevanza. È in questa prospettiva che ho inteso ispirarmi alla concezione kantiana di dignità umana, nella convinzione che essa dia modo di render conto di dati dell'esperienza morale nella pratica clinica che altri approcci pur dominanti non prendono sul serio. Mi riferisco in particolare all'approccio centrato sulla difesa della vita e a quello centrato sulla rivendicazione dell'autonomia¹². Ispirata alla concezione kantiana, l'i-

⁹ V. Arnason, *In Defense of Dignity: Reflections on the Moral Function of Human Dignity*, in "Bioethics", XXXV, 2020, pp. 31-39.

¹⁰ È la tesi che con particolare riferimento al ruolo dell'idea di dignità umana nel dibattito sull'aiuto medico a morire sostiene S. Muders: sua è l'espressione "undertheorized role" che ricorre nell'*Introduction* a S. Muders (a cura di), *Human Dignity and Assisted Death*, Oxford University Press, New York 2017, disponibile on line.

¹¹ H. Spiegelberg, *Human Dignity: a Challenge to Contemporary Philosophy*, in R. Gotesky, E. Laszlo (a cura di), *Human Dignity*, Gordon and Breach, New York 1971, pp. 39-64.

¹² Ho analizzato ragioni e limiti di questi approcci in C. Viafora, *La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica*, cit., pp. 53-57.

dea di dignità umana permette di spiegare perché la vita, pur rimanendo fondamentale, non sia un bene assoluto: più importante della vita è la persona; e se la vita è importante, lo è perché è la vita della persona. Permette di capire, inoltre, come mai prima di ogni contratto stipulato tra individui estranei sussista tra gli esseri umani un più profondo vincolo che originariamente ci lega. Chiarisce, infine, perché l'umano che ci abita abbia una valenza normativa che si impone alla nostra stessa autonomia individuale e rende ragione di un'esperienza morale fondamentale: al di là di ogni calcolo, c'è una legge morale in noi che ci fa indignare di fronte a condizioni che tutti avvertiamo come umanamente intollerabili. Si tratta di risorse di senso di non poco conto per la fondazione dell'argomentazione etica e bioetica in particolare. Sono tutte radicate in quello che può essere considerato il nucleo dell'idea kantiana di dignità umana, così come emerge in maniera molto chiara – se lo si liberi dalle categorie razionalistiche del suo tempo – dalle pagine della *Fondazione della metafisica dei costumi*: l'identificazione della dignità umana come valore intrinseco e incondizionato di ogni essere umano in quanto persona, in quanto cioè capace di moralità¹³. L'essere umano “esiste” come persona, è l'unico suo modo di esistere. E il principio etico fondamentale che il riconoscimento della natura personale dell'uomo ispira è il rispetto. Le cose si usano, si posseggono, si scambiano. Le persone si rispettano. Tutto questo, come si sa, Kant lo sintetizza nella formula dell'umanità come fine: “Agisci in maniera tale da considerare l'umanità, sia nella tua persona che nella persona di ogni altro, sempre al tempo stesso come fine e mai semplicemente come mezzo”.

Alle prese con una problematica come quella tipica della bioetica, particolarmente esposta al conflitto delle interpretazioni, ho ritenuto che il principio del rispetto espresso in questa formula – riconducibile alla non-strumentalizzazione delle persone – potesse effettivamente essere la base condivisa per l'argomentazione bioetica in una società moralmente plu-

¹³ Per quanto riguarda questa linea interpretativa del pensiero morale di Kant e del ruolo che “il principio dignità” vi svolge, mi sono riferito in particolare a Thomas E. Hill, esponente di spicco della rinascita contemporanea della tradizione kantiana: T.E. Hill, *Dignity and Practical Reason in Kant's Moral Theory*, Cornell University Press, Ithaca 1992; Id., *Respect for Humanity*, The Tanner Lectures on Human Values, Stanford University 1994. Su questa linea nello scenario italiano si situano R. Mordacci e M. Reichlin, distinguendosi tuttavia per un'interpretazione dell'etica kantiana in termini più “realistici”, meno “costruttivistici”. Per il primo si veda R. Mordacci, *Un'introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, dove l'“etica del rispetto per le persone” (pp. 329-379) viene analizzata nel quadro di un confronto con le teorie etiche più impiegate nell'ambito della bioetica. Per il secondo si vedano M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002 e Id., *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma 2007: pur dedicati a tematiche specifiche, i due lavori sono esplicitamente ispirati all'“etica del rispetto per le persone”.

ralistica come la nostra. La tensione che, tuttavia, rimane nella formula kantiana tra rispetto per l'umanità e rispetto per la persona mi ha spinto ad un ulteriore approfondimento. Mi ha fatto da guida l'interpretazione personalista che della formula dell'umanità dà Paul Ricoeur¹⁴. Nella formula – ricorda Ricoeur – ci sono due termini chiave: quello di “umanità” e quello di “persona”. L'interpretazione del senso del rispetto che la formula prescrive dipende molto dal rapporto che si stabilisce tra questi due termini. Quello che, dal mio punto di vista, ho cercato di evidenziare è il fatto che è a questo livello che si situa la differenza tra l'interpretazione del rispetto che dà la tradizione personalista e quella che dà un'altra tradizione che ha fatto e fa ampio uso dell'idea di dignità e di rispetto: la tradizione liberale. Ritengo questa differenza di grande rilevanza nel dibattito bioetico. Mi sono impegnato perciò a darne una più compiuta articolazione¹⁵.

Una *prima* differenza si riferisce alla direzione che va dall'umanità alla persona¹⁶. Per la tradizione liberale la dignità è *della* persona nel senso che è la persona che ne dispone, in maniera tale che la valutazione di una scelta come più o meno rispettosa della dignità dipende da ragioni che, individualmente, la singola persona si dà, sganciate dal riferimento a ogni dimensione universale dell'umano. Per la tradizione personalista, la di-

¹⁴ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris 1990; tr. it. di D. Iannotta, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993; mi riferisco in particolare al paragrafo 2 dello studio *La sollecitudine e la norma*, pp. 319-328. Interessanti sviluppi di questa linea interpretativa che dà Ricoeur sono forniti da H. Haker, *Transcending Liberalism, Avoiding Communitarianism: Human Rights and Dignity in Bioethics*, in L. Congiunti, A. Ndreca, G. Formica (a cura di), *Oltre l'individualismo. Relazione e relazionalità per pensare l'identità*, Urbanian University Press, Città del Vaticano 2017, pp. 85-100.

¹⁵ Per farlo, ho ripreso il confronto tra le diverse interpretazioni che queste tradizioni danno dell'idea di dignità umana così come si è sviluppato in uno dei momenti che ritengo tra i più significativi del dibattito bioetico italiano. Mi riferisco a due convegni organizzati insieme da Centro studi Politeia e dalla Facoltà di Filosofia dell'Ospedale San Raffaele a Milano, rispettivamente in tema di “dignità della vita umana” (18 ottobre 1997) e di “autonomia degli individui” (9 giugno 1998). Gli interventi dei due convegni sono pubblicati in P. Cattorini, E. D'Orazio, V. Pocar (a cura di), *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*, Zadig, Milano 1999. Si vedano in particolare, per l'interpretazione personalista, C. Vigna, *Sulla dignità della vita umana in prospettiva bioetica*, pp. 3-26 e P. Cattorini, R. Mordacci, M. Reichlin, *La nozione di dignità della vita umana: universalità e singolarità*, pp. 73-102; per l'interpretazione liberale, E. Lecaldano, *La nozione di dignità della vita umana: esposizione critica e ricostruzione*, pp. 27-44 e D. Neri, *Sul fondamento della dignità della vita umana*, pp. 99-102.

¹⁶ Riprendo ed elaboro la distinzione tra dignità che è *della* persona e dignità che è *nella* persona proposta originariamente da J.D. Velleman, *A Right of Self-Termination?*, in “Ethics”, CIX, n. 3, 1999, pp. 606-628 e ulteriormente elaborata di recente da M. Digen, *Assisted Death, Dignity, and Respect for Humanity*, in “The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine”, XLVII, 2022, pp. 701-710.

gnità è certo *nella* persona, nel senso che è la persona il luogo dove effettivamente la dignità si dà, ma questo non vuol dire che sia la persona nella sua autoreferenzialità a disporne. È la presenza dell'umanità, piuttosto, a istituire ogni essere umano come persona, capace cioè di moralità. Certo rimane il compito di spiegare come nella persona si integrino dimensione singolare e dimensione universale. Resta il fatto comunque che, senza un qualche riferimento all'universale, sarebbe difficile dar conto di come alcune scelte, pur autonome, possano degradare la propria dignità personale. In questo senso l'idea di dignità umana indica un ideale etico cui aspirare e che in molti casi il nostro comportamento può non realizzare¹⁷.

Una *seconda* differenza tra interpretazione personalista e interpretazione liberale del rispetto si riferisce alla direzione che va dalla propria persona alla persona di ogni altro. Mentre per la tradizione liberale, gli individui, liberi da ogni legame, si rapportano tra loro sulla base di un contratto, per la tradizione personalista la condivisione della stessa umanità fonda un vincolo che originariamente ci lega come soggetti alla stessa legge morale. È il vincolo che, solo, riesce a spiegare lo stretto rapporto che si dà tra rispetto per la dignità dell'altro e rispetto per la propria. Che riesce a spiegare l'esperienza che facciamo quando avvertiamo che, violando la dignità dell'altro, non ne va solamente della sua dignità, ma insieme della nostra. Che riesce a spiegare l'esperienza che facciamo quando l'indignazione suscitata in noi dall'oltraggio patito dall'altro ci fa avvertire che la dignità compromessa nell'altro è compromessa sempre e comunque anche per noi. Si potrebbe dire che la dignità non appartiene solo al singolo, ma che è il legame stesso tra gli esseri umani, accomunati in primo luogo da questo valore che essi non possono né creare né distruggere, ma piuttosto sfigurare o confermare. Si tratta di esperienze significative che portano alla luce un'ulteriore dimensione della dignità umana: la sua dimensione *intersoggettiva*, oltre alla dimensione *oggettiva* e a quella *soggettiva*¹⁸.

Conseguenza della valorizzazione di tutte le dimensioni della dignità umana che questa interpretazione personalista del rispetto fa valere è che, se da una parte essa amplia la nostra *percezione morale*, dall'altra,

¹⁷ È quanto, entro questa tradizione personalista di matrice kantiana, Massimo Reichlin connota come "dimensione vocazionale" della dignità umana: M. Reichlin, *La discussione sulla dignità umana nella bioetica contemporanea*, in "BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto", II, 2017, pp. 93-101, qui p. 99.

¹⁸ All'interno della tradizione personalista, rinnovate ragioni a sostegno della valorizzazione della dimensione intersoggettiva della dignità umana si trovano in P. Valadier, *Dignità della persona e diritti dell'uomo*, in A. Pavan (a cura di), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un'idea*, Il Mulino, Bologna 2003, pp. 399-406 e in P. Gilbert, *Il fondamento filosofico della dignità umana*, in I. Sanna (a cura di), *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma 2009, pp. 20-38.

rende molto più impegnativa la *giustificazione etica* delle nostre scelte. Da qui l'impegno a far sì che la struttura argomentativa che mi proponevo di costruire fosse in grado di intercettare tutte le risorse di senso che l'idea di dignità umana offre per la giustificazione del giudizio etico, cuore della bioetica clinica.

4. La giustificazione del giudizio etico nella pratica clinica e i momenti della sua costruzione

Volendo far valere il riconoscimento della dignità di ogni uomo per il solo fatto di essere un essere umano, Kant, come si sa, si concentra sulla dimensione universale della dignità umana, non prestando la stessa attenzione a dimensioni, come singolarità e corporeità che, per la sua mentalità razionalista, avrebbero potuto metterla a rischio. La convinzione che così mi sono andato facendo è che un'adeguata implementazione della concezione kantiana del rispetto potesse venire da un'analisi fenomenologica dell'esperienza vissuta di essere persona in grado di mostrare le dimensioni di cui è fatta la vita della persona nella sua unità e di identificarne in questo modo le premesse per specificarne il rispetto¹⁹.

Sulla base di questi presupposti, la costruzione della struttura etico-argomentativa che sono andato elaborando si articola in due livelli²⁰. Il primo concerne il “*che*” ogni essere umano in quanto persona debba essere rispettato: è una predisposizione che ci abita come soggetti morali e può a giusto titolo costituire il principio etico fondamentale su cui co-

¹⁹ Per questa implementazione ho fatto riferimento alla “prospettiva personalista di matrice kantiana” proposta da Roberto Mordacci. Si veda in particolare R. Mordacci, *Il linguaggio del rispetto per la vita personale*, in C. Viafora, S. Mocellin (a cura di), *L'argomentazione bioetica. Teorie a confronto*, FrancoAngeli, Milano 2006, pp. 144-164. Riprendendo l'interpretazione personalista che Ricoeur dà della norma morale tracciata da Kant, Mordacci sostiene che “tener conto delle diversità dei modi in cui la vita personale appare è essenziale per dar corpo al principio fondamentale kantiano” (p. 150): ossia, per specificare e attualizzare il principio etico fondamentale del rispetto per la dignità di ogni essere umano in quanto persona. L'analisi fenomenologica di cui nella mia ricerca mi avvalgo per mettere in luce le dimensioni della persona più coinvolte nella pratica clinica è quella sviluppata all'interno della tradizione personalista che va da Mounier a Ricoeur: l'analisi delle “strutture dell'universo personale” del primo: E. Mounier, *Le personalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1949; tr. it. di A. Cardin riveduta da M. Pesenti, *Il personalismo*, Editrice Ave, Roma 2004 (dodicesima edizione riveduta e ampliata); l'“ermeneutica del Sé” del secondo: P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, cit.

²⁰ Per la costruzione di questa struttura argomentativa mi sono ispirato all'epistemologia del giudizio etico teorizzata, nel solco della tradizione kantiana, da Diego Gracia. Rimando in particolare a D. Gracia, *En torno a la fundamentación y el método de la bioética*, in *Introducción a la bioética*, Editorial El Buho, Bogotá 1991, pp. 107-156; e a D. Gracia, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Triacastela, Madrid 2007².

struire la giustificazione del giudizio etico. La determinazione tuttavia di “*che cosa*” il rispetto in un determinato contesto clinico esige è affidata a un secondo livello: è l’argomentazione in senso stretto del giudizio etico.

A sua volta questo livello si realizza attraverso due momenti entrambi necessari. Il *primo momento* richiede di identificare le dimensioni costitutive della persona più coinvolte nella pratica clinica e di articularle normativamente attraverso principi etici di medio livello in grado di esprimere le proposizioni di senso in esse contenute; è in rapporto a queste dimensioni che si determina la scelta *in linea di principio* più rispettosa. Il *secondo momento* richiede di confrontare la scelta in linea di principio più rispettosa della dignità del paziente come persona con le particolari circostanze del contesto clinico per verificare se, oltre che rispettosa in linea di principio, lo sia anche *effettivamente*, se cioè sia rispettosa di *questo* paziente in *questo* particolare contesto clinico.

4.1. Primo momento: riferimento ai principi

Il primo momento dell’argomentazione ha a che fare dunque con il riferimento ai principi di medio livello che articolano normativamente le dimensioni della persona più direttamente coinvolte nella pratica clinica. Parlando di principi etici di medio livello, l’orientamento bioetico con cui naturalmente mi sono confrontato è l’*approccio dei principi* formulato, a partire dal 1979, da Tom L. Beauchamp e James F. Childress: il modello tuttora dominante in bioetica²¹. Le differenze, però, non sono di poco conto. Nell’approccio di Beauchamp e Childress, i “principi dell’etica biomedica” – il rispetto per l’autonomia, non maleficenza, beneficenza e giustizia – sono espressamente sganciati da ogni riferimento allo statuto del soggetto morale. E tuttavia, come determinare il principio di autonomia, se non si identifica il soggetto di cui si vogliono rispettare le scelte? Come determinare il principio di beneficenza, così come il principio di non maleficenza, se non si identifica il soggetto di cui si vuole promuovere il bene o rispetto a cui evitare di recare danno? Come determinare il principio di giustizia, se non si identificano i soggetti da includere nella comunità morale? Nella rielaborazione che ne propongo, i principi etici acquistano senso come espressione di una vera e propria “ermeneutica

²¹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 2019⁸. Per un’introduzione storico-teoretica a tale approccio si veda lo studio di E. Furlan, *Il principlismo di Beauchamp e Childress. Una ricostruzione storico-filosofica*, FrancoAngeli, Milano 2020. Per una valutazione critica dell’approccio dei principi, si vedano: M. Reichlin, ‘Principles of Biomedical Ethics’: un bilancio, in “La società degli individui”, LXXII, n. 3, 2021, pp. 13-25; E. Furlan, *Beauchamp and Childress’ Principlism: Theoretical Reasons of Some Persistent Conceptual Issues*, in “Medicina e Morale”, LXXIII, n. 1, 2024, pp. 65-78.

del sé” e si configurano come dispositivi orientati ad articolare normativamente le dimensioni della persona più direttamente coinvolte nella pratica clinica, con la funzione di specificare e attualizzare il principio etico fondamentale del rispetto per la dignità del paziente come persona²².

Unità della persona e principio di beneficenza

Funzione del *principio di beneficenza* è fornire un’articolazione normativa di una prima dimensione che l’esperienza vissuta di essere persona fa emergere: la sua unità. Nel vissuto di ogni persona, componente spirituale e componente corporea si danno in un’unica e medesima esperienza. Un dato di grande importanza per specificare e attualizzare il rispetto del paziente come persona, specialmente in un contesto come quello sanitario dove l’umano è particolarmente alla prova per le minacce cui in esso è esposta proprio l’unità della persona: attaccata dall’impatto disgregante della malattia e minacciata da un approccio riduttivo a salute e malattia tipico di tanta pratica della medicina moderna. Dire salute è dire integrità personale. Il rischio più grave che in questa prospettiva la malattia comporta è proprio quello di disintegrare questa integrità²³. Di fronte a questa minaccia, compito della relazione di cura della medicina e dell’assistenza in generale è di aiutare il paziente a mantenere l’integrità personale, aiutandolo a costruire un atteggiamento attivo nei confronti della malattia, in maniera tale che egli possa rimanere se stesso anche in questa nuova condizione. Se la malattia rischia di minacciare l’integrità della persona, un approccio riduttivo a salute e malattia da parte della medicina rischia di minacciare l’altro aspetto dell’unità della persona: la sua integralità. Di fronte a questa seconda minaccia, compito della relazione di cura è di fare attenzione a tutti gli aspetti del bene del paziente: a quelli strettamente medici, insieme a quelli globalmente umani²⁴. Sulla base di queste premesse specificanti di natura antropologica, ho così riformulato il principio di beneficenza: “Agisci in maniera tale che le conseguenze dell’intervento sanitario risultino a vantaggio del bene del paziente nella sua integrità e nella sua integralità”.

²² I principi che figurano in questa rielaborazione sono tre: beneficenza, autonomia, giustizia. Il principio di non maleficenza è compreso nel principio etico fondamentale del rispetto per la dignità della persona come non-discriminazione e non-strumentalizzazione.

²³ Esemplari al riguardo restano le analisi dell’esperienza umana della malattia fornite da S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1993; e da A.W. Frank, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago 1995; tr. it. di C. Delorenzo, *Il narratore ferito. Corpo, malattia, etica*, Einaudi, Torino 2022.

²⁴ E. Pellegrino, *The ‘telos’ of medicine and the good of the patient*, in C. Viafora (a cura di), *Clinical bioethics*, cit. pp. 21-32; C. Rugarli, *Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*, Cortina, Milano 2017.

Responsabilità in prima persona e principio di autonomia

Funzione del *principio di autonomia* è di fornire un'articolazione normativa di un'ulteriore dimensione che l'esperienza vissuta di essere persona fa emergere: la soggettività morale. È l'esperienza di essere soggetti della nostra vita, nel senso che nessuno può sostituirsi a noi nel darle forma nella sua unicità. Ne siamo noi responsabili in prima persona. L'accento che, in questi termini, si pone sulla responsabilità in prima persona non deve, tuttavia, far dimenticare un dato da cui non si può prescindere per una comprensione più adeguata della soggettività umana: è la costitutiva interazione che nel vissuto della nostra vita personale si dà tra *soggettività e intersoggettività*²⁵. Alla luce di questa interazione, la responsabilità in prima persona rimane, ma compresa in termini più adeguati di quanto non facciano resoconti pur molto diffusi portati a interpretare la responsabilità in prima persona in una prospettiva riduttivamente individualista e relativista. Rispondere in prima persona non vuol dire che delle nostre scelte siamo chiamati a rispondere solo di fronte a noi stessi. Pur rimanendone noi responsabili in prima persona, non possiamo non tener conto dell'impatto che le nostre scelte hanno sulla rete di relazioni che intessono e alimentano la nostra vita personale. Rispondere in prima persona, inoltre, non vuol dire che le nostre scelte si giustificano sulla base di ragioni da considerare insindacabili solo perché nostre. Pur rimanendo in capo al soggetto morale la decisione finale, è solo la disponibilità a valutare criticamente le ragioni alla base delle scelte – a renderne cioè conto sulla base di principi universalizzabili – che ne fa delle scelte responsabili. Sulla base di queste premesse specificanti di natura antropologica, ho così riformulato il principio del rispetto dell'autonomia: “Agisci in maniera tale da rispettare la volontà del paziente come persona e il diritto che a lui compete di decidere responsabilmente se accettare o rifiutare un percorso di cura proposto”.

Condivisione della comune umanità e principio di giustizia

Funzione del *principio di giustizia*, infine, è di fornire un'articolazione normativa di un'ulteriore dimensione che l'esperienza vissuta di essere persona fa emergere: il fatto che il primo e più radicale vincolo che come persone ci lega non è dato dal contratto che si stabilisce tra individui originariamente irrelati, ma dalla solidarietà fondata sulla condivi-

²⁵ Su questa interazione è interessante la convergenza tra l'analisi fenomenologica sviluppata dalla tradizione personalista e le acquisizioni delle neuroscienze. Si veda al riguardo G. Bonaccorso, *Il corpo nella sua interezza. Pensare l'uomo al tempo delle neuroscienze*, in C. Viafora, E. Furlan, S. Tusino (a cura di), *Questioni di vita*, cit., pp. 126-150. Contributi veramente stimolanti offrono da una prospettiva più direttamente neuroscientifica V. Gallese, U. Morelli, *Cosa significa essere umani? Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*, Cortina Editore, Milano 2024.

sione della comune umanità²⁶. Di tutte le dimensioni dell'umano, questa è probabilmente quella oggi messa maggiormente alla prova per il fatto che la figura individualista del soggetto che ha finito per prevalere nella modernità porta ad allentare il riferimento all'umano che ci è comune e a indebolire i legami di solidarietà²⁷. Tutto questo ha un diretto impatto sul contesto della pratica clinica. Di fronte al prolungamento di certe fasi terminali, di fronte a un crescente numero di persone anziane gravate da demenza, il riconoscimento dell'umano che ci è comune può essere messo drammaticamente alla prova. Scatta allora il meccanismo della *dis-identificazione* e con essa l'accecamo morale. Oltre che nella pratica clinica quotidiana, l'estenuarsi dei legami incide in forme altrettanto pervasive sul modo di pensare e di costruire un sistema sanitario all'altezza della nostra comune vulnerabilità e dell'interdipendenza che in fatto di salute governa le nostre vite. Per quanto si tenda a rimuoverle, sono dimensioni essenziali dell'umano, come la recente pandemia ha drammaticamente richiamato. Il primo e più consistente passo da fare per rinsaldare la consapevolezza della nostra strutturale interdipendenza è a livello culturale e consiste nel superamento della tendenza moderna a rapportarci all'umanità che ci accomuna molto più in termini di limite per le nostre individualità che di condizione della nostra comune fioritura. Si tratta di un passo indispensabile per poter radicare il mondo della sanità nel terreno della solidarietà, con dirette implicanze su ognuna delle sue componenti²⁸. Sulla concezione della *salute* innanzitutto: alla luce della solidarietà basata sulla condivisione della comune umanità, essa rafforza il suo statuto di diritto umano fondamentale. In questa prospettiva, inoltre, particolare rilevanza acquista l'*istituzione sanitaria*, nella misura in cui essa si organizza a servizio dell'equa distribuzione delle risorse richieste per rendere effettiva la promozione della salute. Altrettanto importante, infine, l'implicanza sul modo di intendere la *funzione sociale della medicina*: espressione del vincolo di solidarietà che ci lega e insieme strumento che rinsalda questo stesso vincolo. A partire da queste premesse specificanti di natura antropologica, ho così riformulato il principio di giustizia: "Agisci in maniera tale che a ogni paziente si possano garantire trattamenti che abbiano il massimo di efficacia compatibile con un'equa allocazione delle risorse a disposizione".

²⁶ Sulla portata normativa dell'idea di solidarietà, sul suo rapporto con il principio del rispetto per la dignità umana si veda R. Mordacci, *Active Respect and Critical Solidarity*, in "Critical Horizons", XXV, n. 1, 2024, pp. 2-12.

²⁷ P. Sequeri, *L'umano alla prova. Soggetto, identità, limite*, Vita e Pensiero, Milano 2012.

²⁸ Al riguardo si veda R. ter Meulen, *Solidarity and Justice in Health Care. A Critical Analysis of Their Relationship*, in "Diametros", XLIII, 2015, pp. 1-20.

4.2. Secondo momento: riferimento al contesto clinico

Articolando normativamente le dimensioni dell'umano più coinvolte nel contesto della pratica clinica, i principi indicano dunque la scelta *in linea di principio* più rispettosa della dignità del paziente come persona. Questo primo momento tuttavia non basta ancora a giustificare il giudizio etico. Solo il confronto con le circostanze di un determinato contesto clinico è in grado di indicare la scelta *effettivamente* più rispettosa. La giustificazione del giudizio etico passa attraverso l'integrazione di questi due momenti, affidata in ultima analisi alla "saggezza pratica"²⁹. L'analisi di una questione ricorrente nel particolare contesto delle cure oncologiche – ma che più in generale interessa il nucleo etico di ogni relazione di cura, la comunicazione – è il modo migliore per indicare le specifiche funzioni di ognuno dei due momenti che compongono la struttura etico-argomentativa che in questi anni ho elaborato e verificare il modo di giustificare il giudizio etico nella pratica clinica sulla base del rispetto per la dignità del paziente come persona.

Comunicare la prognosi a un paziente con tumore in fase avanzata?

In linea di principio è giusto che, anche in casi come questi, la prognosi venga comunicata, dal momento che il rispetto per la dignità personale del paziente esige che egli conosca tutti i dati necessari per poter decidere della sua vita in prima persona. *Nel caso* tuttavia si diano valide ragioni per pensare che la comunicazione della verità risulti un peso da cui *questa* persona rischia di rimanere schiacciata, comunicare la prognosi può non essere la scelta effettivamente più rispettosa. Nel presupposto, tuttavia, che anche la fase terminale sia un tempo da vivere, da includere pienamente nello spazio della dignità umana, si sapranno trovare tempi e modi per accompagnare *questa* persona nel *suo* processo di consapevolezza, e per far sì, nello stesso tempo, che questo processo non avvenga nell'isolamento. Una giustificazione di natura etica chiede che a contare sia la forza degli argomenti. Quelli che nell'analisi del caso vengono richiamati a sostegno della scelta di comunicare la prognosi possono tutti essere ricondotti a istanze costitutive della dignità del paziente come persona. Se pure in una situazione di bisogno e di dipendenza egli rimane persona, con il diritto di sapere. È la condizione per poter essere in prima persona responsabile del senso da dare al compimento della propria vita; per po-

²⁹ Coerentemente con la sua lettura personalista della formula kantiana dell'“umanità come fine”, particolare attenzione dedica a questa integrazione Paul Ricoeur, individuandone lo strumento nella “saggezza pratica”, espressione per lui della “sollecitudine”, più precisamente della “sollecitudine critica”. Se ne veda la trattazione nello *Studio Nono* in P. Ricoeur, *Sé come un altro*, trad. it. cit., e in Id., *Les trois niveaux du jugement médical*, in “Esprit”, XII, 1996, pp. 21-33, trad. it. di D. Jervolino, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006.

ter vivere anche nella fase terminale della propria vita, vivente tra viventi; per potersi sentire confermato come interlocutore degno di stima. Se questi sono gli *argomenti* a sostegno della comunicazione della prognosi, quali potrebbero essere gli eventuali *contro-argomenti*? Sono contro-argomenti che si collocano a livello di principio o a livello empirico? Una volta giustificata a livello di principio la scelta di comunicare la prognosi, si pone il problema di verificare se ci siano dati che fanno pensare che il paziente non sia in grado di far fronte all'impatto della verità. Quali risorse in questo caso si potrebbero attivare per aiutarlo a farvi fronte? Come impostare la comunicazione perché ci si possa sintonizzare con i bisogni di questa persona e accompagnarla in maniera tale che il processo di consapevolezza non avvenga nell'isolamento?

Per quanto soltanto accennata, l'analisi di questa questione è sufficiente a evidenziare la logica che guida l'argomentazione del giudizio etico alla luce del rispetto per la dignità del paziente come persona. Si tratta, innanzitutto, di un approccio argomentativo di chiara natura deontologica, basato su un principio etico fondamentale. Si sviluppa attraverso due momenti: il riferimento a principi di medio livello modellati da determinati presupposti antropologici radicati nell'esperienza vissuta di essere persona. Al principio etico-fondamentale si fa riferimento per determinare quale dei principi di medio livello debba prevalere e guidare la scelta in linea di principio più rispettosa. A questo stesso principio etico-fondamentale si fa riferimento per decidere poi se la scelta *in linea di principio* più rispettosa lo sia anche *effettivamente*: più rispettosa, cioè, di *questa* persona in *questo* particolare contesto clinico. Come si vede, in questa strategia argomentativa contano certo i principi, ma la centralità va al paziente come persona. L'incontro con il paziente nella sua unicità e globalità personale è la condizione prima che suscita e alimenta lo sguardo morale. Rappresenta insieme il riferimento ultimo per la giustificazione del giudizio etico.

5. Bioetica clinica: questioni aperte a livello epistemologico, metodologico e fondativo

A conclusione di questo percorso che, pur a partire da un'esperienza particolare, mira più in generale a tracciare il campo stesso della bioetica clinica, vorrei segnalare alcune questioni che rimangono ancora aperte e che ritengo interpellino direttamente la filosofia morale³⁰. Lo faccio,

³⁰ Per una più generale istruzione delle sfide che una bioetica clinica orientata filosoficamente è chiamata ad affrontare rimando a C. Viafora, *Per un confronto spregiudicato: l'approccio filosofico alla problematica bioetica*, in P. Donatelli, E. D'Orazio (a cura di), *La*

richiamando ognuno degli aspetti cui mi sono riferito per definire questo campo: l'aspetto epistemologico, quello metodologico, quello fondativo.

Quanto all'aspetto epistemologico, mi sembra che, nonostante la bioetica faccia registrare una crescente attenzione all'approccio empirico (*empirical turn in bioethics*), ci sia bisogno di un ulteriore impegno per poter chiarire il rapporto tra momento *empirico* e momento *normativo*³¹. L'impegno richiesto è certo a livello teorico, con l'obiettivo di precisare ulteriormente il quadro concettuale entro cui integrare la raccolta di dati empirici, relativamente ai problemi etici posti dalla pratica clinica, con la riflessione etico-normativa. Altrettanto importante è però l'impegno a coinvolgersi, come bioeticisti, nella progettazione e nella conduzione di ricerche di bioetica empirica per l'opportunità che la collaborazione tra rappresentanti di saperi descrittivi e di saperi prescrittivi dà di acquisire una più approfondita comprensione dei contesti clinici e dei relativi problemi etici, insieme a una formulazione di soluzioni normative più persuasive.

Un'attenzione ulteriore si rende necessaria anche per quanto riguarda l'aspetto metodologico, in particolare la concettualizzazione del rapporto tra componente *narrativa* e componente *argomentativa*. L'esperienza dimostra quanto importante sia questo rapporto per l'impostazione di proposte di formazione bioetica che intendano fare dell'analisi etica di storie cliniche il loro metodo privilegiato. L'analisi etica di storie cliniche consente in effetti sia di mettere alla prova le teorie e i principi etici con la complessità delle situazioni concrete e di riflettere in modo critico sui contesti professionali in cui si agisce; sia di coltivare la capacità di percepire la dimensione etica intrinseca alla pratica clinica e assistenziale, grazie all'atteggiamento di apertura e ascolto che la narrazione sollecita verso i protagonisti delle storie e i loro vissuti³².

filosofia e l'impegno civile di Maurizio Mori: Quarant'anni di bioetica in Italia, Le Lettere, Firenze 2021, pp. 147-159. A questo stesso saggio rimando per ridimensionare le preoccupazioni di chi, con riferimento ad alcune sfide poste alla bioetica nell'attuale scenario italiano, tende a prospettare una sorta di "crisi della bioetica": C. Chirurgo, F. Marin, F. Zilio (a cura di), *Tra medicalizzazione e diritto. Una sfida per la bioetica*, in "Etica per le professioni", I, 2024.

³¹ Di grande utilità per sviluppare la ricerca al riguardo possono essere due saggi di E. Furlan, maturati nel diretto coinvolgimento con le problematiche etiche della sanità e nell'attiva partecipazione alla vita dei Comitati etici per la pratica clinica: E. Furlan, *Ricerca empirica e riflessione normativa*, in E. Gius (a cura di), *Assistere presenze assenti. Una ricerca sulle famiglie di persone in stato vegetativo*, FrancoAngeli, Milano 2013, pp. 7-32; Id., *Per una bioetica costruita 'dal basso'. Affinità elettive tra bioetica empirica e comitati etici per la pratica clinica*, in "Bioetica. Rivista interdisciplinare", XXVI, n. 1, 2018, pp. 55-82.

³² In questo saggio mi sono concentrato sulla componente *argomentativa*, dando conto delle operazioni attraverso cui si costruisce la giustificazione del giudizio etico in tutta la sua funzione singolarizzante. Per quanto riguarda la componente *narra-*

Quanto poi all'aspetto fondativo, si deve riconoscere che, se il rispetto per la dignità del paziente come persona può valere in un contesto di pluralismo morale come fonte condivisa di giustificazione e vincolo della cura³³, rimane aperta la questione di come fare perché la cura possa ispirarsi alla dignità umana in tutte le sue dimensioni: la dimensione *oggettiva*, la dimensione *sogettiva* insieme a quella su cui da più parti si tende a concentrare l'attenzione: la dimensione *intersoggettiva*³⁴. Delle questioni aperte segnalate quest'ultima è senz'altro quella che maggiormente avrebbe bisogno dello specifico contributo della filosofia morale.

tiva, interessanti indicazioni in merito all'istruzione delle storie cliniche destinate alla formazione etica sono fornite dal lavoro di E. Furlan, S. Tusino, L. Piva, *Creare e gestire un database di storie cliniche per l'analisi etica: questioni etiche e giuridiche*, in "Medicina e Morale", LXXIV, n. 1, 2025, pp. 11-27. L'obiettivo di questo lavoro, maturato all'interno dell'attività del Gruppo di ricerca "Filosofia morale e bioetica" è di analizzare e discutere le questioni etico-giuridiche connesse alla creazione di un database di storie cliniche pensate per la formazione etica degli operatori sanitari. L'analisi è però preceduta da una specifica riflessione sulle caratteristiche peculiari delle storie destinate alla formazione bioetica.

³³ Rimando per questo al mio libro *La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica*, cit., in particolare pp. 210-212.

³⁴ Un'ampia rassegna nella recente letteratura al riguardo è fornita da I. Martineau, Naïma Hamrouni, Johanne Hébert, *From Ontological to Relational: A Scoping Review of Conceptions of Dignity Invoked in Deliberations on Medical Assisted Death*, in "BMC Medical Ethics", XXV, 1, 96, 2024, disponibile online: <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01095-z>. In questa rassegna, speciale attenzione viene data alla proposta di integrazione tra dimensione soggettiva (*experienced dignity*), dimensione intrinseca (*intrinsic dignity*) e dimensione relazionale (*relational dignity*) della dignità elaborata da C. Leget, *Analyzing Dignity: A Perspective from the Ethics of Care*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", XVI, 2013, pp. 945-952. L'aspetto che più qualifica la proposta del bioeticista olandese, direttore del dipartimento di "Ethics of Care" dell'Università di Utrecht, è l'idea che un valido aiuto per costruire questa integrazione possa venire dall'"etica della cura" (*care ethics*). Una proposta certo interessante, non accompagnata tuttavia da un'adeguata giustificazione a livello filosofico delle interazioni tra cura e dignità. Più rigorosi e convincenti si presentano i contributi che, nell'esplicita prospettiva dell'etica della cura, sono offerti da M. Urban Walker, *Humane Dignity*, in C. Leget, C. Gastmans, M. Verkerk (a cura di), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven 2011, vol. I, pp. 163-181, e A. van Heijst, *Dignity as Relational Concept. Arguments pro and contra from the Ethics of Care*, in H.J.M.J. Goris (a cura di), *Bodiliness and Human Dignity An Intercultural Approach/Leiblichkeit und Menschenwürde. Interkulturelle Zugänge*, LIT, Münster 2006, pp. 89-99. Su un'analoga linea si collocano le recenti proposte di S. Clark Miller, *Reconsidering Dignity Relationally*, in "Ethics and Social Welfare", XI, n. 2, 2017, pp. 108-121, e S. Tusino, *Rispetto e cura: una proposta di integrazione alla luce della vulnerabilità*, in "Paradosso", I, 2021, pp. 159-170.