

 BARRETTA.JPG (3616 byte)

"Bioetica Ricerca e orientamenti"

*A cura del Gruppo di
lavoro sui problemi
etici posti dalla scienza,
nominato dalla Tavola
Valdese, composto da
persone appartenenti
alle chiese evangeliche
e attive nell'ambito
della ricerca,
dell'università e della
chiesa*

Sul presente documento il Sinodo del 1998 si è espresso con un [proprio atto](#)

Introduzione

Il presente documento è un tentativo di mettere a fuoco alcune idee sugli argomenti della bioetica. In ogni capitolo è brevemente descritto il fenomeno scientifico, sono indicati i problemi conseguenti e vengono offerti spunti di riflessione etica. L'interlocutore che abbiamo immaginato è qualsiasi persona che, in una prospettiva di fede o non di fede, si pone interrogativi sulla moralità di certe pratiche scientifiche e mediche.

Dalla lettura del documento stesso risulterà evidente che non diamo risposte chiuse e definitive, anche se proponiamo il nostro modo di affrontare i problemi. Su singoli punti sono rimaste opinioni discordi, ma i criteri complessivi del Gruppo emergono con sufficiente chiarezza. Del resto questa analisi, più simile a un lavoro istruttorio che a una sentenza, deve esser ripresa e continuata o su punti specifici delle stesse tematiche o su altre tematiche controverse.

Lo stile complessivo del documento risente probabilmente delle discussioni che hanno preceduto e accompagnato ogni fase della sua stesura. Così sarà anche più utile ai lettori, dai quali ci aspettiamo critiche e proposte, che ci giungeranno assolutamente gradite.

1 – Procreazione assistita

1) Le nuove tecnologie riproduttive, che permettono alla medicina di assistere le persone nella generazione di figli, stanno offrendo possibilità sempre maggiori, con conseguente incremento delle richieste. Provenienti dalla zootecnia, dove vengono utilizzate per l'allevamento del bestiame, hanno trovato applicazione anche nell'ambito umano, sia per contrastare le malattie genetiche (ricorrendo a gameti donati o alla selezione degli embrioni), sia per sopperire all'infertilità delle persone.

2) I principali fruitori delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sono le coppie infertili, cioè che non riescono a iniziare una gravidanza nonostante regolari rapporti sessuali, e le coppie ad alto rischio genetico, cioè che hanno alte probabilità di generare figli con patologie dovute ad alterazioni del patrimonio ereditario. A queste si aggiungono le donne singole e le coppie omosessuali.

3) Questa medicina non cura la sterilità né le malattie genetiche ma fa in modo che, scavalcando gli ostacoli, si possa ugualmente arrivare al risultato desiderato, cioè il figlio (sano).

4) Per alcuni trattamenti si pone il problema di valutare, anche dal punto di vista della classica etica medica, l'opportunità di sottoporre una donna a trattamenti ormonali intensivi, che certamente nuocciono alla sua salute (con effetti collaterali immediati e a lungo termine), al solo scopo di ottenere la maturazione di molti ovuli da utilizzare per tentare di iniziare una gravidanza. Anche le basse percentuali di successo devono rientrare nei dati che concorrono a formulare la valutazione. Argomenti a favore, invece, sono che la gravidanza, se desiderata, rientra nel benessere psicofisico della persona e, in secondo luogo, che gli insuccessi dei trattamenti possono rientrare nella normalità di una giovane pratica medica e si può legittimamente pensare che diminuiranno con l'aumentare dell'esperienza.

5) L'etica generale pone invece il problema se sia giusto o non giusto che la medicina operi in questi campi. Mentre non si può negare il disagio, a volte anche molto profondo, che provano molti adulti di fronte all'impossibilità di avere dei figli, in una prospettiva più ampia si vedono tanti figli senza genitori e tanti bambini già nati senza speranza di diventare un giorno adulti. Perciò, secondo noi, l'offerta di tecniche mediche per superare la sterilità è solo seconda all'impegno che la società deve assumere di difendere i diritti dei bambini, assicurando loro una famiglia (mononucleare, allargata, una casa-famiglia, o altro), l'educazione, l'istruzione e tutto ciò di cui hanno bisogno.

6) Bisogna in definitiva commisurare i desideri degli adulti con i diritti dei bambini. È opportuno rilevare che tra questi diritti va ricompreso il diritto del bambino ad avere un genitore "contemporaneo" e vivente con lui per l'usuale periodo di tempo. Questo significa che occorre tener conto di una normale differenza di età tra genitori e figli. Del tutto da escludere ci sembra invece la possibilità di essere generati da elementi appartenuti a una persona deceduta.

7) È necessario, inoltre, valutare la distribuzione delle risorse della medicina, poiché il denaro convogliato in una direzione non può essere utilizzato in altri settori. Come minimo sarebbe auspicabile privilegiare, rispetto all'assistenza alla procreazione, gli interventi di prevenzione della sterilità e delle malattie genetiche.

8) Per quanto riguarda le singole tecniche e i metodi utilizzati, non rileviamo particolari problemi dal punto di vista etico, fatta salva la necessità di salvaguardare i diritti di tutti. In particolare, è necessario proteggere i bambini da eventuali disconoscimenti da parte di genitori non genetici.

9) Il ricorso a una donna compiacente per la gestazione deve essere valutato con la massima cautela, non tanto perché presenti problemi etici intrinseci, quanto per la scarsità di conoscenze sul rapporto che intercorre fra gestante e nascituro e quindi sulle conseguenze (per entrambi!) della separazione subito dopo la nascita. La pratica suddetta appare inaccettabile nei casi in

cui, oltre ai problemi già accennati, si configurano circostanze di sfruttamento di condizioni di bisogno.

2 – Ricerche sull’embrione umano

10) Un embrione umano è un insieme di poche cellule in attiva proliferazione derivate, per divisioni successive, da uno zigote (risultante dalla fusione di uno spermatozoo con una cellula uovo).

11) Nel corso delle tecniche di fecondazione in vitro (Fiv), tale massa cellulare viene mantenuta in provetta dove, grazie ad opportune condizioni di coltura in vitro, si sviluppa per 2-5 giorni prima di essere impiantata in utero. A questo stadio l’embrione appare come un corpo sferico, trasparente, di 0,1 mm di diametro circa.

12) Anche nei paesi dove è ammesso il principio della ricerca sull’embrione umano, in generale, la costituzione di embrioni non può essere effettuata al solo scopo di eseguire delle ricerche su di essi, mentre è possibile utilizzare per la sperimentazione gli embrioni soprannumerari che non sono stati impiantati durante la fecondazione in vitro.

13) Diverse sono le posizioni assunte riguardo alle modalità della sperimentazione sugli embrioni umani negli stati europei dove esiste una forma di regolamentazione a questo riguardo. In Francia il "Co-mitato etico nazionale" esorta a non eseguire ricerche su embrioni di più di una settimana, in altri paesi invece questa ricerca è lecita finché dura lo stato preembrionale (che viene distinto dallo stato embrionale e dura per 14 giorni dal momento della formazione dello zigote) e vi sono paesi, infine, dove è stato proposto di riconoscere lo statuto dell’embrione soltanto a partire da un mese dal concepimento (per *statuto* dell’embrione si intende un insieme di principi, raccomandazioni, regolamenti e norme volti alla tutela dell’embrione considerato come valore da proteggere in quanto forma di espressione della vita umana).

14) Benché le differenze tra le posizioni assunte sul tema della sperimentazione sull’embrione da parte di paesi pur così vicini e intercomunicanti come quelli europei, sottolineino la necessità e l’urgenza della creazione di una normativa a livello internazionale, tuttavia il progetto di convenzione di bioetica (sul quale gli esperti dei 32 stati membri del Consiglio europeo hanno lavorato per circa otto anni) ha subito numerosi emendamenti e modificazioni prima di essere approvato dall’assemblea parlamentare nel febbraio 1995. Tra le questioni più aspramente dibattute durante la lunga gestazione di questa convenzione, quella riguardante la ricerca sull’embrione occupava il primo posto.

15) La legge esita e si contraddice: nel frattempo la ricerca scientifica produce dei dati che permettono l’instaurarsi di pratiche (non regolate da alcuna normativa) a cui difficilmente in seguito sarà possibile rinunciare.

16) Quali sono oggi le pratiche che hanno come oggetto gli embrioni umani tanto nell’ambito della ricerca che in campo medico? Per ciò che riguarda la ricerca, non sono numerosi in Europa i laboratori che dispongono dei mezzi e delle competenze necessari per fare della reale sperimentazione sull’embrione. Nella maggior parte dei casi le ricerche in questo settore sono volte a migliorare l’efficacia della Fiv e sono motivate dalla necessità di trovare nuovi sbocchi tanto a livello medico quanto a livello industriale.

17) Non è dunque per ora indispensabile proibire la sperimentazione sull’embrione, quanto necessario e urgente cominciare a interrogarsi su

quale è l'utilità, chi sono i beneficiari e chi trae vantaggio da queste ricerche.

18) In campo medico, a una coppia che presenta un rischio reale di generare un figlio affetto da grave malattia genetica vengono proposte o una diagnosi prenatale (eseguita su cellule fetali ottenute mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali) seguita eventualmente da aborto terapeutico, oppure una diagnosi prenatale preimpianto che consiste in una Fiv seguita da un'analisi genetica degli embrioni prodotti e da un impianto degli embrioni che sono risultati normali. (L'analisi genetica viene realizzata su una delle 6-8 cellule che costituiscono l'embrione a questo stadio. Dopo coltura in vitro di questa cellula o amplificazione del suo materiale genetico mediante una tecnica chiamata Pcr, è oggi possibile selezionare gli embrioni mediante analisi diretta dei cromosomi o del gene a rischio, oppure indirettamente, determinando il sesso dell'embrione, quando la patologia in questione è legata al sesso).

19) La diagnosi prenatale dà dei risultati affidabili al 100% e presenta un basso rischio per il feto, ma implica l'eventualità di dover ricorrere all'aborto terapeutico. La diagnosi preimpianto (seguita dal reimpianto nell'utero del o degli embrioni risultati sani) che evita alla donna l'esperienza traumatica dell'aborto, pur costringendola però a sottoporsi a una serie di pratiche mediche gravose, presenta invece dei rischi di errore diagnostico maggiori, un basso tasso di successo (13%) e un costo molto elevato.

20) Con la diagnosi prenatale si possono evitare geni indesiderabili agendo sul feto e decidendo, in funzione dei risultati, se far continuare la gravidanza o interromperla. La diagnosi genetica preimpianto, invece, implica un intervento su numerosi embrioni e permette così non solo di evitare geni indesiderabili, ma anche di selezionare, tra gli embrioni, quelli che si reputano essere i "migliori".

21) Tale tecnica apre la porta alla possibile messa in atto di una forma strisciante e insidiosa di eugenismo ("l'eugenismo democratico" di cui parla il ricercatore francese Jacques Testart) volto al "miglioramento" della specie umana. Anche la terapia genica sull'embrione che, in tempi più o meno brevi, diventerà una possibilità a portata di mano potrebbe analogamente suscitare tentazioni e fornire allettanti opportunità di pratiche eugeniche.

L'allarme rispetto al possibile impatto sociale di queste pratiche mediche appare tanto più giustificato se si pensa alla velocità con cui procedono le ricerche nell'ambito del progetto "Genoma umano" che mira all'identificazione strutturale e funzionale dell'intero corredo genico umano. Quando quest'impresa sarà portata a termine, i marcatori genetici disponibili diventeranno numerosissimi e permetteranno di dimostrare che tutti gli embrioni sono, in un modo o nell'altro, "anormali": si imporrà dunque la necessità di una selezione degli embrioni recanti le mutazioni "meno dannose" in base a criteri la cui scelta risulterà molto ardua e rischiosa.

22) Qualsiasi progetto teso a selezionare gli individui sulla base di un qualsivoglia determinismo genetico è da considerarsi moralmente inaccettabile e pericoloso per il destino della specie umana.

23) Allo scopo di tentare di evitare i rischi biologici ed etici legati a tutte le pratiche di carattere diagnostico o terapeutico che hanno come oggetto l'embrione umano, è necessario intervenire in due direzioni: a) promuovere il dibattito su argomenti quali lo statuto dell'embrione e mettere a

disposizione dei cittadini informazioni chiare ed esaurienti sullo stato delle ricerche e delle applicazioni nel settore; b) promuovere l'istituzione di norme giuridiche rigorose e coerenti per la regolamentazione della sperimentazione genetica affinché il genoma umano venga protetto, la sua diversità rispettata e nessun interesse scientifico possa prevalere sulla libertà della persona umana.

3 – Interruzione volontaria della gravidanza

24) A differenza di tanti altri capitoli della bioetica, l'aborto si presenta come un tema antico, non dipendente dalle recenti innovazioni in biologia e medicina. Dati ufficiali segnalano la diminuzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, regolata dalla legge 194/78, negli ultimi dodici anni considerati (1982-1993); parallelamente risulta in calo, secondo le stime, anche l'aborto clandestino.

25) Fondamentale è la prevenzione dell'aborto: una corretta educazione sessuale nelle scuole (a partire da quelle dell'obbligo) e un successivo intervento sul territorio (consultori familiari) sono le basi per la riduzione massima del fenomeno. L'uso dei contraccettivi ci sembra una pratica giusta, priva di controindicazioni morali, per evitare quella che è, comunque, un'esperienza dolorosa per tutte le persone coinvolte.

26) L'aborto è certamente da valutare come fatto negativo, poiché consiste nella soppressione di un essere vivente, per quanto non ancora sviluppato né, ovviamente, autonomo. Tuttavia non lo si può semplicemente condannare, in base al principio di difesa della vita: esiste tutto un contesto in cui il fenomeno si situa. C'è una donna, essere vivente già nato e sviluppato, che alleva nel suo corpo l'embrione: della sua presenza insostituibile bisogna tener conto. C'è poi il contesto familiare in cui il bambino nascerebbe e ci sono eventuali malattie e malformazioni. Alcuni sostengono che è meglio nascere comunque che non nascere affatto: considerando questa affermazione come non convincente, poiché non sufficientemente dimostrata, preferiamo insistere sulla difesa dei diritti di tutti i personaggi coinvolti, senza privilegiarne a priori qualcuno. Consideriamo valido il principio di autodeterminazione della donna e annettiamo importanza alla globale complessiva riduzione del costo umano che veniva pagato nel tempo in cui la pratica non era ancora legalizzata nel nostro paese.

4 – Coppie omosessuali e genitorialità singola

27) L'omosessualità è una realtà documentata in ogni epoca e in ogni tipo di società umana. Ogni generazione vi si trova confrontata e ogni presa di posizione è sempre culturalmente situata. Oggi noi possiamo assumere una posizione di *apertura* e di *rispetto* per gli omosessuali, liberandoci da molti preconcetti che hanno provocato inumane discriminazioni.

28) Le ricerche sull'omosessualità hanno ormai superato l'idea che le radici primarie dell'orientamento omosessuale possano essere attribuite a forme di malattia psichica e pur non essendo oggi dimostrabile scientificamente una predisposizione genetica, vi è largo consenso sul fatto che l'omosessualità non sia una scelta, quanto piuttosto una *condizione esistenziale* che si impone come dato oggettivo a un dato momento della vita.

29) Il riconoscimento dell'omosessualità come *condizione esistenziale* mette in questione sia la pretesa terapeutica, sia il concetto di pratica sessuale "contronatura". Da un punto di vista etico ciò rivela l'incoerenza di chi riconosce da un lato la tendenza innata dell'omosessualità, e dall'altro

giudica amorale l'incontro amoroso omosessuale, proponendo la castità come soluzione cristiana al problema. Noi riteniamo di doverci situare oltre questa contraddizione, pur convinti che un atteggiamento di non giudizio richieda l'interrogazione critica e l'individuazione di vere e proprie patologie, in campo omosessuale come in quello eterosessuale. In particolare ci sembra debba essere riconosciuta e valutata l'influenza dei metodi educativi dell'affettività nei loro diversi riferimenti (soprattutto relazione con la madre).

30) Siamo convinti che numerose forme di emarginazione a cui gli omosessuali sono sottoposti possano essere superate con un'opportuna legislazione che eviti gli aspetti discriminatori ancora esistenti sul piano sociale. Siamo favorevoli a una regolamentazione legislativa che riconosca la coppia omosessuale e ne garantisca la convivenza stabile. Aspettiamo dal nostro Parlamento, in tempi brevi, questa iniziativa raccomandata dal Parlamento europeo e la incoraggiamo.

31) Non crediamo invece che abbia senso l'estensione del concetto di famiglia alla coppia omosessuale; la famiglia umana, pur con tutte le sue anomalie, si costruisce a partire da una relazione amorosa eterosessuale. E non basta dire, cosa vera, che numerose famiglie eterosessuali sono incapaci di realizzare un'autentica relazione di coppia, per inficiare alla base quella relazione strutturante che in essa si può realizzare.

Di conseguenza non condividiamo la superficialità con cui si guarda oggi alla genitorialità singola (*single parenthood*) o alla possibilità di adozioni da parte di coppie omosessuali. È certo che il desiderio umano di educare un figlio è forte anche nelle coppie omosessuali e nei singoli. Non siamo però favorevoli a una legge che istituisca una parità di diritti di adozioni tra coppie omosessuali ed eterosessuali. Così come non crediamo che si debba mantenere o istituire un principio che lo vieti in modo assoluto. Siamo invece favorevoli a valutare queste possibilità caso per caso. Ciò che è prioritario, determinante, ciò che viene prima di ogni desiderio umano di adozione, è il rispetto dei diritti del bambino che ha bisogno di riferimenti forti nella direzione simbolica della paternità e della maternità. E anche qui, il fatto che numerose famiglie eterosessuali siano incapaci di trasmettere un'educazione corretta ai propri figli non può essere invocato come elemento decisivo per abbattere ogni differenziazione.

32) Né ci sembra, infine, di poter raccomandare la possibilità, rivendicata da numerose lesbiche, dell'inseminazione artificiale medicalmente assistita.

33) Sul piano ecclesiale ci dobbiamo liberare dai vecchi stereotipi di una cultura che ha espresso un duro giudizio sull'omosessualità. I testi biblici vanno letti nell'intelligenza della cultura di cui sono figli; noi leggiamo oggi la Bibbia con l'intelligenza dello Spirito, nella situazione culturale moderna, con gli strumenti conoscitivi che sono i nostri e di cui portiamo la responsabilità. Riconoscere la realtà dell'amore omosessuale, fatto indubbiamente perturbante, significa, noi crediamo, prendere atto di quella parte di "mistero" inerente al fatto omosessuale e che le nostre conoscenze umane non sono oggi in grado di spiegare. Non dobbiamo però dimenticare che il criterio di appartenenza a una comunità cristiana è il criterio della fede e non un altro.

34) Siamo anche favorevoli a "forme di benedizione" per le coppie omosessuali cristiane che ne facciano richiesta e al loro inserimento come coppia nella comunità cristiana.

35) La sessualità umana non è però un mero fatto biologico, ma porta in sé anche una dimensione *simbolica* della vita. E su questo piano simbolico i riferimenti alla *differenza* e all'*alterità* di ogni singola persona, nel suo genere specifico, non possono essere confusi o considerati indifferenti. Crediamo che la dimensione simbolica a cui l'eterosessualità rinvia, debba restare il punto di riferimento fondamentale della vita e della cultura umana.

5 – Controllo delle nascite e contraccezione

36) Sin dal XVIII secolo e prima ancora dell'intervento della medicina moderna è iniziata, nei paesi sviluppati, la curva discendente della natalità, corrispondente alla progressiva diminuzione della mortalità infantile. Per far crescere due o tre figli non sono più necessarie dieci gravidanze. L'assillo non è più costituito dall'estinzione della specie umana ma dal controllo della sua crescita.

37) In seguito ai progressi della medicina, l'eccesso delle nascite fa crescere la popolazione mondiale di circa un milione di individui ogni cinque giorni. La crescita ha proporzioni tali da scatenare in breve tempo una serie di tragiche conseguenze, già presenti nei paesi più poveri. Soltanto con irresponsabilità si può sostenere in tali circostanze una crescita incontrollata della popolazione in base a un astratto principio di vita, mentre in realtà si condannano alla morte precoce milioni di esseri umani. D'altro canto le tragedie del Terzo Mondo hanno le loro radici nel Primo Mondo, nell'egoismo della nostra cultura e nella sua mancanza di responsabilità etica civile e religiosa.

38) Oggi esistono diversi metodi contraccettivi in grado di arrestare la riproduzione non desiderata della specie umana; essi fanno parte della nostra cultura e offrono ad ogni coppia la possibilità di una responsabile e libera pianificazione familiare. È ciò che oggi avviene in tutti i paesi sviluppati, al di là di ogni distinzione religiosa; per certe culture il controllo delle nascite e l'uso di contraccettivi fa parte della *educazione ricevuta*, mentre in altre è *una pratica* ormai consolidata, anche in contrasto con le prescrizioni religiose ufficiali.

6 – Prevenzione

39) La prevenzione è costituita da un complesso di attività, solo in parte di tipo sanitario, finalizzate a evitare la comparsa di una vasta gamma di malattie e, più in generale, a promuovere la salute umana intesa come benessere fisico e psicosociale. Da un punto di vista storico, si può constatare come molti successi della prevenzione siano stati conseguenza indiretta del progresso scientifico e sociale e dell'affermazione dei diritti umani (diffusione dell'istruzione, miglioramento delle condizioni di vita e del lavoro, evoluzione della società in senso democratico).

40) Numerose questioni etiche sono sottese alla progettazione e all'attuazione di diverse tipologie di interventi preventivi.

41) In primo luogo, i modelli di salute che vengono perseguiti sono largamente determinati da considerazioni extrascientifiche, espressione dei valori condivisi dalle comunità nelle quali sono stati elaborati; l'esplicitazione di tali valori si rende di regola necessaria per definire obiettivi e procedure della prevenzione

42) In secondo luogo, vi è una specifica problematica etica legata al rapporto fra produzione di conoscenze scientifiche sulle cause delle malattie e adozione di misure preventive. Vi è, nella fattispecie, la necessità di

definire quando si sappia abbastanza su un certo argomento per avviare azioni preventive efficaci e tempestive. Un caso particolare riguarda l'identificazione di soggetti che, per il loro patrimonio genetico, hanno un rischio accresciuto di contrarre un dato tumore. Se l'identificazione precoce di tale tumore incide sfavorevolmente sulla sopravvivenza e/o sulla qualità della vita, il fatto di disporre di questo tipo di informazione e di comunicazione richiede un'attenta valutazione di tipo etico.

43) Vi è inoltre la questione della limitatezza delle risorse, per cui si rende necessario formulare valutazioni di priorità sulle iniziative di prevenzione da intraprendere. Questo implica effettuare delle scelte sulle fasce di popolazione da tutelare maggiormente (sia all'interno della comunità nazionale, sia con riferimento alle realtà più svantaggiate a livello internazionale), e stabilire in che misura i costi della prevenzione si debbano rapportare ai costi dell'assistenza sanitaria. In generale, le spese per la prevenzione rappresentano pochi punti percentuali della spesa sanitaria complessiva, anche perché i benefici sono spesso differiti nel tempo e difficili da percepire per il singolo soggetto, il che significa una bassa priorità in sede politica.

44) Va infine rilevato come molte iniziative di prevenzione prefigurino un conflitto tra la tutela della salute collettiva e la salvaguardia di interessi economici particolari. La composizione di tali conflitti richiede un'attenta valutazione alla luce dei tradizionali principi dell'etica, quali beneficenza, giustizia distributiva, autonoma decisionale e veridicità, con riferimento agli specifici contesti in esame.

45) Appare chiaro come, su questi temi, possa venire dalle chiese uno stimolo al mutamento degli atteggiamenti individuali e all'avvio di processi di crescita collettiva: in particolare

– è opportuno che le chiese concorrano alla diffusione di una sensibilità finalizzata alla promozione della salute, intesa come bene primario del singolo e come opportunità da assicurare a tutti. Tale compito richiede sia una riflessione teologica, sia una capillare attività di tipo educativo;

– è opportuno che le chiese contribuiscano a formare un'opinione pubblica capace di esprimersi in merito ai complessi processi decisionali attinenti alla tutela della salute collettiva. È infatti chiaro che le decisioni assunte dalle autorità sanitarie nazionali e le indicazioni formulate dalle autorità sovranazionali, pur poggiando su elementi tecnici, rappresentano momenti di mediazione fra interessi specifici. Solo un'opinione pubblica informata e portatrice di valori esplicitati con chiarezza può contribuire a indirizzare i processi decisionali nella direzione della tutela della collettività.

7 – Rischi ambientali

46) L'etica ambientale, così come si è delineata a partire orientativamente dagli anni '70, ha come questione centrale la definizione del dovere morale della specie umana nei confronti delle altre forme viventi e dell'ambiente nel suo complesso. L'esigenza di non infliggere sofferenza ad alcuna forma di vita nasce dal riconoscimento di una capacità di sentire propria di forme di vita anche apparentemente "inferiori" nella scala evolutiva; a questa istanza si unisce un senso di "simpatia" esteso anche alle componenti non viventi dell'ecosistema, in quanto vi è la consapevolezza della profonda interdipendenza fra l'umanità e tutti i costituenti dell'ambiente.

47) L'etica ambientale, pur non partendo da premesse antropocentriche, perviene spesso a forme più o meno temperate di antropocentrismo, anche

perché risulta assai problematico stabilire quale sia il bene da perseguire per l'ambiente nel suo complesso, se si prescinde del tutto dal punto di vista umano. Ha contribuito al superamento dell'antinomia fra etiche ambientali antropocentriche e non antropocentriche l'accresciuta consapevolezza delle connessioni fra integrità ambientale e salvaguardia della salute umana.

48) In questo quadro si sta affermando un approccio etico che prevede come regola generale il rispetto della natura, con eccezioni qualora siano messi in discussione diritti umani primari come la sopravvivenza e la salute. La tutela dell'integrità ambientale deve invece avere la precedenza su altri tipi di diritti umani, come la proprietà e l'accumulo di ricchezze, anche perché il danno ambientale può rappresentare una minaccia per la stessa sopravvivenza dell'umanità.

Consegue da questa impostazione una spiccata attenzione per tutte le questioni connesse all'equità intesa come uguale opportunità di fruizione di risorse da parte di cittadini di una nazione, fra nazioni, fra generazioni. Un approccio etico di questo tipo poggia su valori quali giustizia, solidarietà, condivisione e responsabilità.

49) Un primo compito delle chiese è l'elaborazione di una riflessione teologica che chiarisca il ruolo dell'essere umano nella natura non in termini di dominio, ma di "partnership", anche valorizzando filoni teologici tradizionalmente "minoritari", da Francesco d'Assisi ad Albert Schweitzer.

50) Un altro contributo che le chiese possono fornire riguarda la formazione di un'opinione pubblica attenta alla "sostenibilità ecologica" così come prospettata dal Consiglio ecumenico fin dagli anni Settanta. A fronte dell'estrema specializzazione del dibattito tecnico su una serie di aspetti della crisi ecologica, è infatti importante che l'opinione pubblica spinga i governi ad adottare politiche globali tese a salvaguardare l'ambiente e, implicitamente, la sopravvivenza umana.

51) L'adozione di un modello di sviluppo che tenga conto delle compatibilità ambientali richiede quindi l'individuazione di valori dei quali le chiese sono tradizionalmente portatrici e che possono offrire alla società, svolgendo un'azione anticipatrice. Questo può rappresentare un aspetto saliente della testimonianza nel nostro tempo, rispetto al quale si possono verificare significative convergenze ecumeniche e interreligiose.

8 – Parità di accesso alle cure. Etica professionale del medico

52) L'accesso alle cure e alla salute viene considerato dalla Costituzione italiana (art. 32) come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Resta il problema di come si possano stabilire delle priorità nella destinazione delle risorse per la sanità, che sono divenute scarse per diversi motivi: complessità e costi crescenti delle tecnologie, invecchiamento della popolazione, maggior domanda di salute da parte dei cittadini.

53) Per tutti i paesi afflitti da povertà e scarsità di risorse (dove cioè la prima causa di malattia è la povertà), si pone addirittura la questione immediata delle condizioni igienico-alimentari fondamentali per la sopravvivenza prima ancora della disponibilità di terapie efficaci per allontanare alcune malattie: paradossalmente per alcuni il "diritto" certo è quello di morire prima ancora di ammalarsi. Non possiamo esimerci dal rilevare con sdegno e riprovazione come gli stati economicamente più sviluppati siano in prima fila anche per quel che concerne le spese destinate a scopi bellici, sicché le

risorse impiegate per la morte sopravanzano di molto quelle dedicate a proteggere la vita.

54) Questa è la prima e la più grande delle iniquità: l'ineguale distribuzione mondiale delle risorse. Esiste poi, all'interno di ogni organizzazione statale (quale che sia la disponibilità economica) il problema di stabilire un criterio di eguaglianza di tutti gli individui rispetto alle possibilità di accesso alle migliori conoscenze scientifiche in termini di erogazione di prestazioni (preventive, curative, di recupero). Ciò dipende sicuramente da molte variabili: come stabilire l'accesso? chi finanzia? quale ruolo per lo stato e per le organizzazioni private (assicurazioni per la salute)? può essere giustificato il criterio *profit* da parte di chi eroga le prestazioni? Esistono inoltre delle difficoltà come l'impreparazione e la mancanza di collegamento tra gli enti deputati a fornire le prestazioni.

55) D'altra parte si assiste ora all'inizio di un cambiamento di costume nei rapporti tra medico e paziente, che a nostro parere merita considerazione e incoraggiamento. Le conoscenze scientifiche migliori devono tener conto della soggettività della persona a cui sono dirette nella pratica medica. In altre parole si impone ai tecnici una sorta di sollecitudine, di *care* (aver cura, non semplicemente "curare") che diventa poi un metodo di lavoro: diminuisce un poco l'importanza di *ciò* che si fa (ogni possibilità tecnica ha il suo limite), mentre acquista importanza il *come* lo si fa.

È l'affacciarsi nel mondo scientifico di una concezione inconsueta (nei paesi anglosassoni si parla di "agape" e di "amore fraterno", *brotherly love*) che potrebbe tradursi in un cambiamento sostanziale del rapporto medico-paziente. È quotidiana constatazione che le migliori conoscenze tecniche non rendono automaticamente i tecnici capaci di essere graditi ai propri pazienti. Un coinvolgimento empatico di tecnici e pazienti sembra essere una tappa ineludibile nella costruzione di un servizio sanitario che abbia a suo fondamento l'equità e la solidarietà.

9 – Trapianto di organi

56) Si dovrebbe innanzitutto distinguere tra gli *organi* dotati di una specifica autonomia funzionale e quindi trapiantabili come tali in un altro corpo e i *componenti* privi di autonomia funzionale come le cellule, i tessuti, le proteine, gli ormoni, il Dna. Gli organi non subiscono attività di trasformazione: essi passano dal proprietario originario al destinatario del trapianto. I componenti, essendo invece privi di autonomia funzionale, sono per lo più trasformati e modificati dal lavoro umano, e solo così essi divengono utilizzabili.

57) La fase intermedia di passaggio tra chi (vivente o cadavere) cede l'organo o il componente può comportare problemi di custodia e di conservazione: essa può svolgersi al di fuori degli interessi immediati di chi cede e di chi riceve, e può essere gestita da società con criteri meramente utilitaristici e imprenditoriali (imprese farmaceutiche, strutture ospedaliere, centri di ricerca). In altre parole i componenti o gli organi del corpo possono diventare fonte di profitto per chi gestisce la fase intermedia di passaggio; salvo scaricare i costi del trasferimento sugli "utilizzatori" finali o sulla collettività.

58) Per alcuni, poi, il problema non è quello della proprietà del corpo umano, ma quello della trasferibilità delle sue parti: con quali regole, a quali condizioni e con quali limiti organi e componenti del corpo umano possono essere prelevati, trasferiti, utilizzati, trapiantati? Anche il principio della

donazione (da vivente e da cadavere) su cui si basa il sistema attuale di trasferimento di organi e componenti nella maggior parte dei paesi occidentali non è immune da critiche; alcuni infatti giustificano la "compravendita" di organi e di componenti con la libertà di disporre del proprio corpo e del diritto di proprietà; da altri questo viene considerato all'opposto manifestazione di contrattualismo individualistico che nega ogni concetto di solidarietà.

59) Se un criterio orientativo deve essere posto, noi riteniamo che esso vada individuato nella prospettiva del "dono di organi". La promozione di una cultura e di un'educazione al dono è in grado di contrastare efficacemente il commercio del corpo umano e gli abusi e gli atti criminali che vi possono esser connessi. È la cultura del "dono" che l'etica (cristiana e non) può e deve incoraggiare in un tempo in cui si calcola che il trapianto di organi costituirà, nell'anno 2000, circa il 50% degli interventi chirurgici effettuati sui bambini.

60) Infine vi è, nel nostro paese, una questione legislativa e di informazione. Abbiamo bisogno di una nuova legge e di un'informazione capillare fra la gente. La vecchia legge del 1975 è da lungo tempo superata e non ha mai avuto un'adeguata informazione. Ora, in seguito all'approvazione della legge del 1993 sull'accertamento e la certificazione della morte (la morte di un individuo coincide con la morte del suo cervello), si fa sentire l'urgenza di una nuova legge che consenta il prelievo (da cadavere) di organi, tessuti e cellule là dove esiste il consenso o la non opposizione del cittadino.

Su questo terreno crediamo che le chiese cristiane abbiano una responsabilità specifica da esercitare: favorire la cultura del dono e una corretta informazione.

10 – Malati inguaribili e cure palliative

61) Il concetto di *cure palliative* è ancora poco conosciuto e spesso frainteso. In tutte le lingue moderne lo si fa derivare dal latino *pallium*, mantello; esso intende trasmettere l'idea della protezione, della "copertura" della persona inguaribile.

62) Le cure palliative rivestono oggi una grande importanza per l'umanizzazione della medicina e del rispetto della vita dei malati inguaribili. La medicina moderna appare spesso come scissa in due orientamenti fondamentali: l'uno, di tipo scientifico-tecnologico (con tutte le sue specializzazioni), interessato essenzialmente a combattere e sconfiggere la malattia; l'altro, di ispirazione umanistico-filosofica, cerca invece di attirare l'attenzione sulla *persona* del malato e di curarlo anche quando sa di non poter vincere il male che lo affligge. Queste due anime della medicina moderna non sono da contrapporre: esse evidenziano piuttosto orientamenti e interessi diversi. La medicina palliativa viene ad assumere un significato simbolico di rilievo a diversi livelli:

a) mette in luce l'illusione di una medicina unilateralmente orientata alla guarigione della persona. Una certa visione della scienza medica che ha la tendenza a considerarsi "onnipotente" viene ricondotta al principio di realtà e confrontata con il volto umano della medicina come scienza umana, anch'essa limitata e parziale, fallibile, impotente di fronte al dramma della morte e del limite temporale dell'esistenza;

b) permette di focalizzare l'attenzione sulla persona del malato inguaribile e di considerarlo come soggetto terapeutico. Si viene

così a praticare una medicina della persona in cui la terapia non è più imposta al malato dall'alto, ma concordata col medico e con l'infermiere. Il malato è considerato soggetto etico della terapia;

c) la medicina palliativa, infine, impone una rivisitazione critica dell'impostazione e dell'articolazione complessiva del sistema sanitario dominante.

63) Assumendo il principio dell'autodeterminazione del malato come valore etico imprescindibile, la medicina palliativa pone fine all'accanimento terapeutico e combatte la tendenza della medicina curativa che si arrende e abbandona il malato quando verifica che da un punto di vista medico-scientifico "non c'è più nulla da fare".

64) Proprio perché la medicina palliativa non ha alcun potere di intervento sulla "quantità" della vita, si sforza di dare "qualità" alla vita che ancora resta. Rientra pienamente nella prospettiva della qualità della vita la somministrazione di farmaci con alto potere sedativo e analgesico, i quali sono in grado di tenere sotto controllo il dolore.

65) Siamo anche convinti che, nell'ambito delle strutture tanto pubbliche quanto private, occorra fare ogni sforzo per trovare spazi alternativi alla clinica e all'ospedale al fine di venire incontro ai bisogni reali dei malati inguaribili. Gli "ospizi" e le cure domiciliari richiedono una cooperazione tra famiglia ed équipe curative di non facile realizzazione, ma gli esperimenti in corso in numerosi paesi dimostrano che è questa la strada da seguire. Opportunamente organizzata, questa alternativa è in grado di abbattere i costi sociali dell'assistenza e di fare spazio alle offerte di collaborazione volontaria.

66) La medicina palliativa richiede un'intensa assistenza spirituale di cui deve essere responsabile l'intera équipe curativa: è nell'ambito di questa rete di collaborazione interdisciplinare che si situa oggi la figura del cappellano, con la sua specifica formazione all'accompagnamento pastorale.

11 – Eutanasia

67) Affrontare il problema dell'eutanasia significa anche riflettere sul modo in cui nella nostra società si affronta la malattia terminale, inguaribile, sul come viene vista e accettata la morte, sul ruolo che la medicina tecnologicamente sofisticata svolge nel modificare la storia della malattia.

68) Innanzitutto, è importante rilevare che le problematiche sollevate dalla proposta di accettare come lecita l'eutanasia intesa come il porre termine alla vita di un ammalato prima della sua fine "naturale", non sono una prerogativa del nostro tempo. La civiltà greca affronta il dibattito, accettando anche il suicidio nella fase terminale. D'altro canto, proprio al greco Ippocrate e al suo divieto per il medico di nuocere al paziente ci si richiama quando si vuole negare la liceità dall'eutanasia. Presso altri popoli presero di volta in volta il sopravvento posizioni contrastanti, a favore del lasciarsi morire o dell'accelerare la morte, oppure dalla strenua difesa della vita sino all'ultimo.

69) Il fatto quindi che non si sia mai raggiunta una risposta definitiva, dovrebbe indurre a diffidare delle soluzioni di certezza. È comunque innegabile che mai come oggi i conflitti etici sono stati così aspri e laceranti: le possibilità dalla medicina di modificare e condizionare la nostra vita sono enormemente aumentate, generando situazioni e aspettative del tutto nuove.

Inoltre nuove malattie, come l'Aids, si vanno rapidamente diffondendo, creando paure, emarginazioni, ansie del tutto sconosciute un tempo.

70) Se prendiamo ad esempio il problema del cancro, che è la patologia che più spesso "produce" malati terminali, bisogna ricordare che le possibilità di cure chirurgiche, radioterapiche e chemioterapiche prolungano spesso di alcuni mesi o anni la vita degli ammalati: questo rinvio della morte genera tuttavia spesso sofferenze intollerabili. Le stesse terapie sono di per se stesse origine e causa di effetti collaterali devastatori. D'altro lato l'impiego di questi mezzi ha consentito in alcuni casi anche la guarigione dai tumori; in ogni caso bisogna fare i conti con questa situazione, negarne l'importanza non serve a nessuno.

71) I malati di Aids vanno spesso incontro a infezioni opportunistiche che, se non curate, causano una morte rapida che spesso avviene in un pietoso stato di coma; il trattamento con potenti antibiotici "salva" spesso la vita al paziente, prolungando nel tempo sofferenze ed emarginazione.

72) Le tecniche di rianimazione consentono di tenere in uno stato vegetativo persone colpite da eventi gravissimi che pochi anni fa ne avrebbero causato la morte immediata; inevitabilmente, in tali casi, nasce il problema dell'eticità del mantenere questo stato vegetativo oppure dello "staccare la spina".

73) Tutto questo non implica alcun giudizio di merito sugli interventi medici quando essi sono compiuti nel rispetto delle regole di buona pratica clinica ed evitano l'accanimento terapeutico, ma resta la fondamentale questione di trovare una risposta alle domande poste dalle persone che si trovano in questa situazione, dai loro familiari, dai medici stessi.

74) A parte le più sottili distinzioni tracciabili, di fronte a un ammalato terminale sofferente in maniera intollerabile il medico può limitarsi a sospendere ogni cura: la cosiddetta "eutanasia passiva"; oppure può agire attivamente per accelerare la morte: l'"eutanasia attiva". Esiste anche la possibilità che il malato si procuri da solo la morte con l'aiuto del medico: il suicidio "assistito".

75) Molti medici e moralisti accettano l'eutanasia passiva, considerandola come "naturale", mentre rifiutano quella attiva, vista come un'inaccettabile violazione della sacralità della vita. Questa distinzione sfuma molto se si tiene conto che oggi in nessun caso l'evoluzione di un processo patologico può essere considerata naturale, essendo profondamente condizionata e manipolata da una serie di interventi medici: il malato terminale è perciò profondamente condizionato da quanto è stato fatto nel periodo precedente della malattia, al punto che la richiesta di porre fine alla vita può essere considerata come un estremo atto di libertà da parte del paziente.

76) Considerando la questione della "sacralità della vita" che, come si è già ricordato, costituisce un argomento forte portato da chi si oppone all'eutanasia, pare necessario affermare con decisione che la vita stessa non può essere considerata un semplice fatto biologico identificabile esclusivamente con l'esistenza; occorre distinguere fra la vita biologica, intesa come semplice sequenza di fatti vegetativi, e vita biografica, intesa invece come consapevolezza dall'esistere e come somma ed elaborazione di esperienze. Del resto, non si può negare che esistano delle circostanze in cui si accetta che la vita possa essere troncata; si vedano ad esempio le guerre difensive e l'autodifesa. Possono perciò darsi dei casi in cui l'adesione a

principi assoluti debba essere messa in discussione in favore di altri diritti non trascurabili.

77) Un altro argomento a sostegno della negazione dell'eutanasia è rappresentato dal timore che, una volta accettato il principio della non punibilità, si possa giungere ad abusi fino al punto di sostituire le cure palliative con l'eutanasia. Vi sarebbe poi il rischio del diffondersi di una cultura che tenda a sopprimere i deboli, gli emarginati, i sofferenti, magari generando la richiesta di morte nello stesso soggetto.

78) A questi argomenti è doveroso rispondere che il timore di trovarci su un piano sdruciolevole (*slippery slope*) dovrebbe se mai stimolarci a elaborare delle regole precise e accettate dalla maggioranza, piuttosto che a negare assolutamente l'esistenza del problema.

79) Di fronte a una richiesta di eutanasia e di assistenza al suicidio è evidente il conflitto che nasce nella coscienza del medico, il quale da un lato è stimolato a fare ciò che l'ammalato gli chiede, quando tutti i suoi tentativi di lenire le sofferenze sono falliti, mentre dall'altro è tenuto dalla deontologia professionale a non compiere alcun gesto che danneggi la vita del paziente.

L'esperienza olandese dimostra comunque che esiste una notevole sensibilità da parte dei medici nell'accogliere le richieste dei pazienti terminali incurabili: si dimostra così ancora che non esiste un valore assoluto chiamato vita, da difendere e promuovere ad ogni costo anche quando la sofferenza è inaccettabile e compromette la stessa dignità dell'individuo. C'è invece il dovere del medico di fare tutto quanto è in suo potere per rendere degna di questo nome la vita anche nei momenti finali dell'esistenza, accettando di aiutare il suo paziente ad accelerare il trapasso quando tutte le altre armi sono state esaurite.

12 – Orientamenti etici generali

80) Dopo aver così descritto molte situazioni etiche relative ad alcuni dei temi più urgenti oggi sul tappeto, riteniamo opportuno terminare con un riepilogo sull'impostazione etica cristiana e sulla sua relazione con l'etica pubblica.

81) Dopo aver preso una decisione, o compiuto un'azione, in cui si potesse riconoscere un obiettivo contenuto di giustizia o di carità, abbiamo spesso constatato di essere convinti del fatto che la stessa identica decisione o azione avrebbe potuto essere presa o compiuta da chiunque altro al nostro posto, lasciata da parte ogni distinzione religiosa o culturale. Proprio in questo consiste, a nostro avviso, il valore *etico* delle suddette azioni o decisioni. Che cosa caratterizza, allora, un'etica da un punto di vista cristiano?

82) Il nostro assunto potrebbe articolarsi in una distinzione di livelli. In tale distinzione l'annuncio evangelico costituisce, come premessa, il fondamento di ogni altro discorso a cui corrisponde, sul piano umano, l'etica. In tale annuncio è infatti riconoscibile *un determinato appello*, che l'etica cristiana, in particolare, ha il compito di rendere esplicito.

83) Il rapporto tra Evangelo e etica va tuttavia liberato da alcune false impostazioni.

84) Tale rapporto non va concepito come autorealizzazione di un soggetto etico, il quale immediatamente farebbe coincidere il proprio fine con

l'Evangelo stesso, identificandovisi. Ne risulterebbe che l'enunciato della verità evangelica si confonderebbe con i fini del soggetto etico medesimo. L'annuncio evangelico non è sostituibile, come alcuni sembrano ritenere, con la costituzione di una personalità etica.

85) D'altra parte l'annuncio evangelico non si traduce, come altri ritengono, in "orientamenti" o in norme che potrebbero prenderne il posto. L'annuncio evangelico resta una realtà autonoma, non traducibile in realizzazioni umane.

86) Inoltre l'etica cristiana non si prefigge di elaborare norme di appartenenza a una comunità religiosa che identifica se stessa come gruppo etico e che, sulla base di regole stabilite al suo interno, sarebbe tentata di far valere nei rapporti pubblici le stesse regole, secondo un modello che oggi viene talvolta denominato "fondamentalista".

87) Nel campo dell'umano occorre invece mirare esplicitamente e fin dall'inizio a promuovere la vita sociale privata e pubblica mediante modelli di comportamento e leggi statali, il cui compito sia quello di istituire e migliorare la comune convivenza e diritti o doveri universali.

88) È appunto questo il compito che noi attribuiamo al livello etico del nostro discorso. Le norme che ci possiamo dare quali esseri umani devono avere un carattere pubblico, confrontabile con esigenze di carattere pragmatico ed empirico, e non devono essere considerate l'espressione di un legame metafisico con qualche verità pretesamente ultima, alla quale verrebbe data traduzione pratica mediante norme a carattere etico. È infatti su un altro piano e a un altro livello che noi abbiamo già precedentemente considerato quella che potrebbe essere una verità "fondante", e l'abbiamo caratterizzata inequivocabilmente come annuncio e come libertà, che non può essere tradotta in norme, se non quelle "umane" che abbiamo richiamato, da tutti condivisibili e da tutti controllabili o criticabili.

89) Ci sembra perciò doveroso prendere le distanze anche da quelle posizioni che, confondendo tutto, dichiarano che la legge pubblica avrebbe il compito di garantire alle comunità di culto il "diritto" di modellare la propria vita privata o pubblica secondo le proprie norme religiose, al di là di quel che costituisce comune norma civile. Tale prospettiva non rientra nel nostro schema né può rientrarvi.

90) Dopo questi enunciati generali sul modello etico che noi proponiamo, è necessario passare a qualche motivo di fondo della nostra etica. Se l'annuncio evangelico contiene un determinato appello, è doveroso tentare di rendere esplicito quest'ultimo delineando in concreto delle linee di condotta. Questo non significa, come abbiamo appena detto, rendere la fede obiettivamente riscontrabile in un'etica, col rischio di porre leggi religiose a sé o ad altri; significa, all'opposto, esplicitati i propri principi, tendere a un consenso umano non tanto su principi ultimi quanto su attuazioni pratiche.

91) Le basi di tale consenso, espresse nei termini di una teologia cristiana e quindi di un'etica cristiana, sono le seguenti:

- a) un principio positivo;
- b) un principio critico;
- c) un principio di relazione.

92) Un *principio positivo*: carattere ottimistico ed evolutivo della vita, tendente al miglioramento delle condizioni generali. L'idea di vita come possibilità etica, come contenuto a cui vale la pena aderire.

93) Un *principio critico*: considerando la natura umana nella sua limitatezza (limitatezza, sulla quale richiamano giustamente la nostra attenzione alcune filosofie contemporanee), esercitare la disponibilità a sottoporre a revisione e a verifica ogni decisione presa.

Il carattere critico dell'esistenza umana dovrebbe esser messo in evidenza a questo punto del nostro discorso. La vita umana non contiene una verità evidente. Molto spesso si tratta di scegliere tra due mali e di progredire tenendo presenti esigenze diverse e talora opposte. Il progresso della scienza potrebbe per esempio essere messo a confronto con il rispetto dei diritti riconosciuti alle persone, e questi ultimi ne potrebbero risultare temporaneamente limitati, così come avviene normalmente in ogni campo della vita sociale.

Nessuna decisione etica metterà al riparo da possibili eterogenee conseguenze, che dovranno a loro volta essere riesaminate e affrontate.

94) In terzo luogo abbiamo detto un *principio di relazione*, vale a dire un ordine di reciprocità, di giustizia e di eguaglianza alla base di ogni rapporto. È qui il caso di richiamare una serie di valori, a cui si è fatto cenno in diversi paragrafi del documento, appartenenti al bagaglio più autentico delle chiese, quali la responsabilità, l'equità e la tutela dei soggetti meno favoriti.

95) Gli studi etici si sono attualmente moltiplicati e non possiamo qui entrare in discussione con l'etica filosofica generale. La nostra proposta supera l'astratta contrapposizione tra "etica della convinzione" ed "etica della responsabilità", come l'opposizione tra "principialisti" e "conseguenzialisti". Può d'altronde essere stabilita una relazione con ogni etica umana, che sia in armonia con i principi sopra enunciati. Tale consonanza dovrà essere cercata soprattutto nelle sedi più particolari, in relazione all'esame di questioni molto specifiche, dove difficilmente un'etica critica e un'etica cristiana possono avere soluzioni enormemente differenti.

Roma, 17 giugno 1995

Il Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza

Gli altri documenti del Gruppo sono:

[L'eutanasia e il suicidio assistito](#)

[L'interruzione volontaria della gravidanza](#)

Le riflessioni e le proposte di chiese, gruppi e singole persone vanno inviate al "[Gruppo di lavoro sulla bioetica](#)", via Pietro Cossa 42, 00193 Roma.

Il documento è stato pubblicato su Testi&Documenti n. 11 del settimanale evangelico [Riforma](#) (n. 28 dell'14 luglio 1995)

Il documento può essere liberamente riprodotto, in tutto o in parte, citando la fonte.



[Documenti](#)
[Sinodo 1998](#)

Sommario
Eventi