

# La storia di Adele: un problema di bioetica quotidiana

Maria Merlo

Pediatra, ACP Ovest

Questa storia è stata discussa in un gruppo di lavoro sulla “bioetica del quotidiano”. Il gruppo, formato da 6 pediatri di famiglia<sup>1</sup>, coordinato da un pediatra ospedaliero esperto di problemi di bioetica e coadiuvato da una bioeticista e da un’antropologa, ha lavorato per circa 2 anni su casi affrontati nel lavoro quotidiano.

Nel nostro lavoro raramente dobbiamo affrontare i grandi e dolorosi problemi bioetici di inizio e fine vita. Quotidianamente invece affrontiamo problemi di bioetica molto meno drammatici ma solo apparentemente meno complessi (Box 1). Spesso non li individuiamo come tali e li superiamo in modo pressoché automatico, senza rifletterci molto e senza confrontarci con i colleghi. Ma, come per tutte le scelte fatte senza basi sicure e consapevoli, può restarci un senso di disagio, a volte componente non irrilevante del nostro *burn out*.

La storia di Adele ci ha permesso di riflettere su alcuni di questi problemi etici “minori”. Ci ha anche inevitabilmente messo a confronto con i grandi interrogativi dell’etica e ci ha stimolato a esplorare gli affascinanti contributi della neuroetica, recente branca della psicologia morale che utilizza, invece del ragionamento teologico o filosofico, gli strumenti delle neuroscienze e della neurobiologia.

## La storia raccontata dalla pediatra

*Adele, 10 anni, è una ragazzina introversa, riservata, sempre spaventata da tutto, specialmente da qualsiasi tentativo di avvicinarla per problemi relativi alla sua salute. Anche i suoi genitori sono sempre molto preoccupati per lei, con poca capacità di sostenerla e aiutarla. La mamma spesso parla con la pediatra a insaputa della figlia per valutare l’opportunità di indagini e terapie e solo in un secondo tempo tenta di convincerla ad accettare quanto è ormai stato deciso.*

*Spesso Adele è arrivata in studio in lacrime, preoccupatissima, con la paura anche solo di essere visitata. È sempre stato molto difficile parlarle: non guarda in faccia e non risponde se non a monosillabi, guardando sempre la mamma, quasi a chiederle cosa può dire.*

*Due anni fa si è ammalata, senza complicazioni, di porpora di Schönlein-Henoch e ha dovuto affrontare i normali controlli di feci e*

*urine che i genitori, preoccupatissimi, richiedevano anche più frequentemente di quanto fosse necessario. Adele, visibilmente provata, supplicava ogni volta con gli occhi di non toccarla. Il tentativo di coinvolgerla e di farle raccontare qualcosa sulla sua salute non ha mai ottenuto una risposta: la ragazzina manteneva sempre lo sguardo basso e non rispondeva. Salvo poi rivolgersi all’improvviso alla pediatra dicendo, quasi con rabbia: “Ma io sto bene, non voglio fare niente!” oppure, in altri momenti, lamentarsi dell’atteggiamento dei familiari dicendo: “La mamma è cattiva perché non ha fiducia in me. Io non ho dolore”. L’estate scorsa è stata punta da una zecca. Nella nostra area geografica la terapia antibiotica non è ritenuta necessaria, mai genitori la hanno assolutamente voluta. Adele non si è opposta a parole, ma il suo sguardo... Qualche settimana dopo, la comparsa di alcuni linfonodi palpabili in sede laterocervicale ha di nuovo scatenato ansie di malattia e richieste di controlli clinici e di esami, peraltro sempre normali.*

## Il quadro

Si confrontano 3 attori:

- **Il medico.** Ha a disposizione protocolli molto chiari e non teme per la salute di Adele. Tenta il dialogo con genitori e ragazzina, utilizzando tutte le sue competenze di *counseling*, ma non riesce in nessun modo a rassicurarli.
- **I genitori.** Vivono male la situazione: sono molto preoccupati e si spingono, per sedare la loro ansia, a cercare di so-

stituirsi al medico suggerendo esami e terapie.

- **Adele.** Dice di non voler fare accertamenti e di sentirsi fisicamente bene, ma sicuramente è spaventata. Forse teme esami o terapie dolorose o forse condive coi genitori una modalità ansiosa e ipocondriaca di fronte alla malattia o teme una espropriazione del suo corpo e una limitazione della sua libertà (di gioco, di relazioni, di attività...). Oppure altro ancora. Non è ascoltata né sostenuta dai genitori e non è disponibile al dialogo con la pediatra.

Il disagio della pediatra in questa storia ha tante radici: la difficoltà di trattare con i genitori, il dubbio che ci sia una seria patologia familiare di fondo, il dispiacere di vedere Adele compressa e sofferente, il dovere, legato al suo ruolo, di aiutarla e l’impossibilità di farlo. Ma nasce anche dal dover comunque prendere una decisione (scrivere o non scrivere esami e terapie) senza avere ben chiari i termini e le implicazioni del problema e senza essere ben convinta di cosa sia “giusto” fare. Nasce, cioè, anche dai problemi etici da affrontare.

## I problemi etici in questo caso

1. **Chi deve scegliere il percorso diagnostico-terapeutico quando c’è diversità di vedute fra medico, genitori, bambino?**

È un problema relativamente nuovo. Fino a circa 30 anni fa i genitori e Adele avrebbero delegato al medico diagnosi e cura.

### BOX 1. Qualche problema di bioetica del quotidiano

Alcuni problemi di bioetica del quotidiano permeano tutto il nostro lavoro: assumere verso i pazienti un atteggiamento paternalistico oppure di negoziazione e dialogo; considerare solo gli aspetti biologici della malattia o prendere in carico il paziente in modo aperto anche agli aspetti psico-sociali; stabilire una relazione con il paziente tecnica e asettica o metterci in gioco come esseri umani (per esempio di fronte alla faticosa domanda: “Ma lei dottore cosa farebbe?”); coinvolgere nel dialogo solo i genitori o anche il bambino; accettare o non accettare il dissenso e modelli di salute differenti dal nostro (genitori che rifiutano le vaccinazioni, che alimentano il bambino in modo vegano, che consultano spesso medici omeopati o specialisti da cui dissentiamo ecc.). Altri problemi sono più contingenti: fare o non fare una richiesta di intervento di fimosi, mascherando i motivi religiosi con motivi sanitari; fare o non fare un certificato compiacente di malattia del bambino perché la madre lavoratrice possa stare a casa con lui; visitare o non visitare un paziente adolescente che non accetta la nostra intrusione; accettare o non accettare di dare un farmaco di seconda scelta solo perché il bambino rifiuta quello di prima scelta; amministrare la nostra, limitata, risorsa tempo secondo le richieste dei genitori (più tempo a chi più chiede) o secondo le nostre priorità (più tempo a bambini cronici, più tempo per aggiornarci a costo di sacrificare le “banalità” ecc.).

Molti pazienti oggi invece non vogliono più un medico paternalista che decida al posto loro. Si informano, vogliono essere ulteriormente informati, vogliono discutere le varie opzioni e decidere in prima persona, secondo i loro valori, le loro convinzioni, le loro priorità. Il percorso di diagnosi e cura non è più imposto dal medico secondo le sue conoscenze, ma nasce sempre più spesso da negoziazioni e contrattazioni fra medico e paziente, all'interno di un rapporto non più di subordinazione del paziente, ma di un'alleanza terapeutica più o meno faticosamente costruita.

Non sempre ci rendiamo conto che il passaggio dal paternalismo all'alleanza terapeutica non è una realtà più o meno scomoda del nostro tempo che ci tocca subire ("come era meglio quando non c'era Internet..."), ma nasce da una scelta etica. Nel modello ippocratico, paternalista, il fondamento dell'attività clinica è la difesa della vita, che il medico, una volta investito della richiesta di cure, deve perseguire comunque, anche, al limite, al di là della volontà del paziente. Nel modello del consenso informato, invece, il fondamento dell'attività clinica è la volontà del paziente [1]. L'autonomia e l'autodeterminazione del paziente sono principi che si sono affermati dopo gli abusi del passato, quando i medici potevano, senza informare il paziente e senza ottenerne il consenso, somministrare terapie e fare esperimenti (e quelli dei nazisti non sono stati gli unici, anche se i più terribili e odiosi). Questi principi sono attualmente recepiti e tutelati dalle Convenzioni Internazionali, dalla nostra Costituzione, dalle leggi e dal codice deontologico (art. 33, 35)<sup>2</sup>. Quindi: costruire il percorso diagnostico-terapeutico con i genitori è un dovere etico ormai universalmente riconosciuto e sancito da leggi e codice deontologico.

## 2. Anche il bambino ha diritto all'autodeterminazione e a partecipare al percorso diagnostico-terapeutico?

Anche questo è un importante nodo etico non sempre riconosciuto come tale, le cui radici si ritrovano nel rispetto del bambino come persona. Certo, i bambini sono immaturi e necessariamente dipendenti dagli adulti. Ma fin dalla nascita hanno delle competenze anche riguardo alla loro salute: sanno se hanno fame, sete, caldo, freddo. E lo segnalano. Crescendo, la loro competenza matura, pur con tempi e modi diversi nei vari individui: secondo il temperamento, secondo le esperienze di vita e soprattutto secondo l'autonomia e la competenza che viene loro riconosciuta. Conosciamo tutti bambini affetti da malattie croniche (per esempio diabete) capaci

di autogestirsi molto bene e di partecipare alle scelte che li riguardano (per es. infusore o no).

Adele invece si sottrae al dialogo col medico e solo a volte accenna con rabbia al suo parere. Probabilmente in famiglia non le è mai stata riconosciuta la possibilità e la capacità di costruire con medico e genitori il percorso di diagnosi e cura. Attualmente esistono numerose Convenzioni Internazionali e l'articolo 38 del nostro codice deontologico<sup>3</sup> che dichiarano il diritto del bambino a essere informato sulle questioni che lo riguardano e a essere ascoltato tenendo conto della sua volontà [2].

## E se non si arriva a un accordo fra medico e genitori? È giusto che il medico ceda alle insistenze dei genitori o è giusto che neghi esami e terapie inutili?

Nella storia di Adele contrattazione e negoziazione sono molto difficili e non portano a un'alleanza terapeutica ma a una serie di compromessi: il medico prescrive, malvolentieri, più esami e terapie di quanto ritiene giusto, ma sempre meno di quanto richiedono i genitori. Il risultato è che tutti sono scontenti e che l'ansia dei genitori non è sedata.

La situazione del pediatra dal punto di vista etico è complessa. Il paziente adulto che decide di fare o non fare una terapia è la stessa persona che subisce le conseguenze della sua scelta. Il pediatra, invece, ha di fronte un individuo, il genitore che decide, e un altro, il suo paziente, su cui ricadono le conseguenze della scelta.

Nei casi banali come quello di Adele, leggi e codice deontologico ci aiutano ben poco. Essi si pronunciano solo se la salute del bambino è a grave rischio (rifiuto di trattamenti salvavita ecc.). Ci orientano poco anche i principi etici generali cui spesso ci riferiamo nelle questioni bioetiche, il *best interest* del bambino (Box 2) e i principi di Belmont (autonomia, beneficiabilità, giustizia) (Box 3). Qual è il *best interest* di Adele? È, come dicono i genitori, fare molti esami e terapie? O, come pensa il pediatra, una vigile attesa? È avere un pediatra rigoroso, che prescrive secondo scienza e coscienza, o un pediatra flessibile, disposto a essere accondiscendente coi genitori a costo di mettere da parte le sue convinzioni? Chi deve individuare il *best interest*? I genitori, che sono i responsabili della figlia? Il medico, forte della posizione privilegiata che gli dà la scienza? La ragazzina, se è abbastanza matura?

Anche i principi di autonomia, beneficiabilità e giustizia rivelano tutti i loro limiti. Anch'essi non ci dicono cosa vuol dire "*beneficiabilità*" per Adele né se il bene di Adele

### BOX 2. Il "best interest" del bambino

Il principio del *best interest* del bambino è enunciato al punto 3 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (1989) e dice testualmente: "*In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche e private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative e degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente*". Riferito inizialmente all'ambito giuridico, questo principio è stato ben presto utilizzato anche in altri ambiti, compreso quello sanitario.

### BOX 3. Autonomia, beneficiabilità, giustizia: i principi di "Belmont"

Negli USA, nel 1978, è stata istituita la Commissione Belmont per individuare, in una società multiculturale e pluralista, principi etici comuni. Il documento finale li ha identificati in: *autonomia* (con il conseguente diritto all'autodeterminazione del paziente), *beneficiabilità* (o *non maleficiabilità*) e *giustizia*. Ha utilizzato però inevitabilmente termini dal significato non univoco (*giustizia*, per esempio può voler dire dare a ognuno in parti uguali o dare secondo i bisogni, o dare secondo i meriti ecc.). Inoltre non ha esplicitato una gerarchia fra i principi o una teoria che li armonizzi in caso di conflitti fra loro (per esempio fra il principio all'*autonomia* e quello di *beneficiabilità* nei casi di trattamento sanitario obbligatorio o di obbligo di vaccinazione o di comunicazione di diagnosi infausta).

è un valore assoluto che deve perciò prevalere su tutti gli altri, per esempio su quello della correttezza scientifica della prescrizione o su quello dell'equità (non sprecare soldi pubblici).

### Le nostre risposte

Nel nostro gruppo è stato facile trovare un accordo sui primi due punti: accettare la negoziazione con i genitori e favorire l'autonomia della ragazzina erano abitudini consolidate per tutti. Sul terzo punto invece ci sono state opinioni contrastanti.

C'era chi sosteneva che il pediatra non dovrebbe cedere alle insistenze dei genitori. Le motivazioni non erano, però, univoche. Per qualcuno era importante operare secondo scienza e coscienza, senza tener conto delle possibili conseguenze del proprio comportamento, tra l'altro poco prevedibili. Per altri era importante non avallare l'etichetta di bambina malata imposta dai genitori ad Adele. Per altri ancora era giusto tener conto anche di tutta la comunità e dunque non sprecare soldi del SSN e non contribuire a diffondere idee sbagliate sui modi di affrontare i comuni problemi di salute.

C'era chi, invece, sosteneva che era meglio cedere. Anche qui le motivazioni erano varie: per mantenere comunque i rapporti con una famiglia problematica e sulla quale il controllo del pediatra avrebbe potuto in seguito rivelarsi utile; per cercare di tranquillizzare i genitori con un beneficio indiretto anche per Adele; per non favorire il *doctor shopping* o la ricerca di sistemi di cura inappropriati.

### Confronto con i grandi problemi dell'etica

È stato chiaro che il problema era di difficile soluzione perché poneva in conflitto valori tutti importanti ma inconciliabili. Ognuno di noi ne privilegiava qualcuno e difendeva la sua scelta argomentandola con molta passione. Se un collega gli demoliva qualche giustificazione, era pronto a trovarne altre più accettabili, ma non a cambiare la sua scelta iniziale nemmeno in una discussione disinteressata e onesta: "Sì, sì, hai ragione anche tu, io comunque non me la *sentirei* di fare così".

Non riuscivamo, inoltre, ad accordarci su criteri oggettivi e validi sempre che potessero stabilire quali valori andassero privilegiati. Non sembrava possibile, dunque, individuare "la soluzione giusta" per Adele, ma solo soluzioni diverse che salvaguardavano valori diversi.

Ci siamo così trovati, anche se il problema era chiaramente banale e minore, a sfiorare i grandi e insoluti problemi dell'etica: Perché comportarsi bene? Esistono valori morali assoluti? Da dove originano? Forse da un Dio, o dalle nostre funzioni superiori ("coscienza" o ragione) o da una morale "naturale" e universale? Oppure buono e giusto sono concetti relativi e culturali? I giudizi etici nascono da ragionamenti volontari, consapevoli e trasparenti o sono emotivi e intuitivi (*senso* che è meglio così)?

A questo punto è stato interessante confrontarci con i contributi della neuroetica, disciplina che indaga con strumenti neuroscientifici cosa succede nel cervello umano di fronte a una scelta etica (Box 4) [3].

L'etica, secondo gli studiosi di neuroetica, sarebbe un fenomeno naturale, a base biologica, selezionato dall'evoluzione, modellato dalla cultura.

I valori che orientano le nostre scelte etiche non verrebbero "da fuori", da Dio o dall'educazione, ma sarebbero radicati nella nostra biologia. Non verrebbero identificati dalla ragione, ma emergerebbero in modo intuitivo dal nostro io profondo, irrazionale e inconsapevole.

In estrema sintesi, *Homo sapiens* sarebbe caratterizzato da un sistema neurobiologico dell'empatia molto più sviluppato che

in altre specie. Sarebbe questa la caratteristica fondamentale che lo avrebbe favorito dal punto di vista evolutivo perché lo avrebbe reso capace di sfruttare i vantaggi del vivere in comunità interdipendenti e collaborative. La biologica capacità di empatia (unita a modificazioni dell'area cognitiva che gli permettono di comprendere cosa succede nella mente degli altri) lo spingerebbe a preoccuparsi degli altri e costituirebbe il nucleo di una sua moralità innata. Su di esso, come su una impalcatura, si sarebbero poi costruite le varie culture con le norme che stabiliscono cosa è giusto e cosa è ingiusto fare nei singoli casi e che vengono profondamente interiorizzate nell'infanzia. Le nostre convinzioni etiche emergerebbero da questo nucleo profondo, insieme biologico e culturale, in modo emotivo e istintivo, senza il concorso della ragione. La ragione verrebbe da noi utilizzata solo in un secondo tempo, sostanzialmente soltanto per trovare giustificazioni *ex post* a scelte già fatte. Non esisterebbero, inoltre, scelte giuste o sbagliate in assoluto, ma solo tentativi di cercare, volta per volta, le migliori possibili soluzioni a complessi problemi di convivenza umana.

Le ipotesi di questi studiosi sembravano, a molti di noi, confermare e spiegare quanto avevamo percepito con stupore nelle nostre discussioni sul caso di Adele: la forte componente emotiva e irrazionale nelle nostre scelte, poco modificabili dalla ragione; l'impossibilità di individuare un metodo o un principio che ci permettesse di concordare una gerarchia di valori; i limiti di Convenzioni Internazionali, Costituzione, leggi, codice deontologico che affondano le loro radici nella cultura dominante e indicano non ciò che è giusto in assoluto, ma ciò che nella nostra epoca si è concordato o è stato imposto come tale.

### Cosa abbiamo imparato

- 1 Rispettare l'autonomia della famiglia e del bambino non è un comportamento scomodo ma inevitabile con i pazienti di oggi, o uno stratagemma per favorire la *compliance*, o un *optional* frutto della scelta personale di un medico "buono", ma è una linea di condotta ormai obbligata, maturata nel dibattito bioetico e recepita dalle Convenzioni Internazionali, dalla nostra Costituzione, dalla legge e dal codice deontologico.
- 2 Molti temi di bioetica quotidiana, soprattutto quelli riguardanti il modello di medico, hanno una vasta letteratura. Molti altri, invece, sono assai poco esplorati e richiederebbero un maggiore confronto fra noi.
- 3 Riflettere su un problema etico, anche se piccolo e banale, ci porta inevitabilmente

### BOX 4. La morale e "Homo sapiens" secondo la neuroetica (e altre discipline)

La neuroetica è una branca della psicologia morale che, dagli anni '70, studia con gli strumenti delle neuroscienze (tecniche di *neuroimaging*, pazienti con lesioni cerebrali) e della neurobiologia (neurotrasmettitori, ormoni ecc.) come il cervello umano reagisce a un dilemma etico. I contributi di questa disciplina si integrano sorprendentemente bene con quelli dell'etologia (gli animali sono altruisti?), della psicologia evolutiva (come si è evoluto il senso morale?), dell'antropologia (valori comuni e valori differenti nelle varie culture), della psicologia dello sviluppo (i bambini nascono buoni o cattivi?), della psicologia cognitiva e sociale (analisi dei processi decisionali). Da tutti questi contributi emerge un insieme coerente di ipotesi e teorie che, senza l'ambizione di dare risposte definitive, si inserisce nel dibattito sull'etica, precedentemente limitato all'ambito teologico e filosofico.

mente a contatto con i problemi di fondo dell'etica.

- 4 Convenzioni Internazionali, Costituzione, leggi e codice deontologico ci orientano in alcune scelte difficili, ma non in tutte. Inoltre ciò che è legale non è perciò stesso sempre e automaticamente giusto (vedi le leggi razziali, sull'*apartheid*, sulla schiavitù ecc.). Anche il codice deontologico riflette equilibri, mediazioni e contraddizioni presenti nella cultura dei medici come in quella della società.
- 5 È stato interessante confrontarci con le ipotesi della neuroetica secondo cui:
  - è illusorio, nelle situazioni complesse, cercare qual è "la scelta giusta" o quella "sbagliata". I giudizi morali non sono "giusti" o "sbagliati" come le teorie scientifiche. Non esiste un *corpus* di principi morali cui riferirsi, oggettivo, universale e conoscibile con la ragione. Di fronte a un problema etico il nostro obiettivo può essere solo quello di cercare, nei singoli casi, qual è il modo per evitare guai peggiori;
  - le scelte etiche non nascono dalla ragione, ma dal profondo di noi, da una parte irrazionale, non consapevole e poco modificabile. È per questo che discutere di scelte etiche può scatenare forti emozioni, può essere molto divisivo e può apparentemente portare a pochi cambiamenti di opinioni;
  - per convincere qualcuno, dato che in questione non è la ragione, è inutile affilare sempre più i nostri ragiona-

menti cercando di demolire le sue posizioni. Più utile è discutere in modo aperto, disteso, senza radicalizzazione, in modo che il nostro interlocutore possa avere il tempo e la libertà emotiva e mentale di cogliere l'esperienza da cui nascono le nostre idee e sia messo nella condizione adatta a maturare eventualmente posizioni diverse.

- 6 Il confronto fra colleghi su temi con valenza etica, anche se non è servito a riconoscere le scelte giuste, ci è sembrato una novità affascinante e molto utile che ci sentiamo di consigliare a tutti. È servito a conoscerci un po' meglio (perché scelgo così?); a stoppare certi nostri automatismi; a cogliere alcuni nostri pregiudizi, condizionamenti, incoerenze; a individuare con più precisione i termini dei problemi da affrontare, i valori in gioco e come ci stiamo schiarendo; a valutare meglio le conseguenze delle nostre scelte; a riconoscere più facilmente il senso e la legittimità di scelte differenti dalle nostre; a fare maturare in noi idee alternative e inizialmente non prese in considerazione e che, gradualmente accettate, in certi casi possono entrare a far parte profondamente di noi, modificando il nostro sentire.

### Storia evolutiva del senso morale

Il successo di una specie, cioè la sua sopravvivenza e riproduzione, sembra legato non tanto a una sua maggiore "intelligenza" o alla sua aggressività quanto alla capacità di stabilire rapporti solidali e di collaborazione coi simili (da solo caccio una lepre, con altri caccio un cervo). Nel processo evolutivo che ha favorito *Homo sapiens* sarebbero quindi stati selezionati gli individui più pro-sociali, cioè con le caratteristiche emotivo-cognitive più adatte a interagire con gli altri, a collaborare, a vivere in comunità. Essi sarebbero contraddistinti da uno sviluppo particolare di alcune aree cerebrali: 1) il circuito dell'empatia (costituito dai neuroni specchio, da aree cerebrali limbiche e paralimbiche, da ormoni e neurotrasmettitori come ossitocina, dopamina, oppioidi endogeni ecc.), che è comune a tutti i mammiferi e che sta alla base dell'attitudine a prendersi cura dei cuccioli; 2) le aree coinvolte nell'intenzionalità condivisa e nella teoria della mente. Queste modificazioni avrebbero permesso ai *sapiens* di avere a cuore il benessere non solo dei piccoli ma anche degli altri membri della comunità [4,5]. Ecco costituita (per utilizzare la terminologia di M. Tomasello, psicologo USA [6]) la *prima gamba* del primitivo nucleo del senso morale: la complessa capacità di provare *simpatia*. La *seconda gamba*, il *senso di equi-*

*tà*, sarebbe emersa nella vita in comunità sperimentando ruoli e doveri reciproci: se tu e io possiamo avere ruoli intercambiabili, allora siamo uguali, abbiamo la stessa dignità e abbiamo gli stessi diritti e doveri. Questo nucleo primitivo della morale, a base biologica, fatto di *simpatia ed equità*, costituirebbe il *primo step* dell'etica e sarebbe stato sufficiente per 250.000 anni (il 95% della nostra esistenza come specie) a regolare le interazioni fra i componenti dei piccolissimi gruppi di cacciatori-raccoglitori. Sarebbe insufficiente invece nelle situazioni complesse della vita negli ultimi 10.000 anni, quando, con la comparsa dell'agricoltura e di gruppi umani molto più grandi, è diventato inevitabile che valori, principi e interessi venissero a volte in conflitto fra loro. Per regolare le situazioni complesse del vivere in grandi gruppi sarebbe necessario il passaggio al *secondo step* dell'etica, fatto della *cultura* elaborata dalle varie società.

Le regole culturali, che ci dicono cosa è giusto fare e cosa no, permeano l'ambiente in cui veniamo alla luce, perciò ci appaiono facilmente come oggettive, universali, "naturali" (come la forza di gravità). Le apprendiamo fin dai primi giorni di vita, in modo spesso implicito e sempre con forti valenze emotive. Cerchiamo di seguirle per attivare il circuito della ricompensa e per non minare i preziosissimi legami di attaccamento. Anche esse, quindi, come quelle biologiche, sono profondamente radicate in noi. L'ontogenesi sembra seguire gli stessi 2 *step* ipotizzati nella filogenesi. I bambini, relazionali fin da neonati, sembrano essere in tutte le culture collaborativi e solidali in modo spontaneo nei primissimi anni di vita (1° *step*, a base biologica). Solo dopo i 3 anni il loro comportamento sembra uniformarsi ai valori propri della loro cultura (2° *step*, culturale).

### Da dove nasce il nostro senso morale

I valori morali da seguire dunque non nascerebbero dall'alto (Dio) o da fuori (educazione) e non verrebbero identificati dalla ragione. Nascerebbero dal basso, dal nostro profondo non consapevole, ed emergerebbero alla nostra consapevolezza attraverso il sistema intuitivo [7,8]. Esso è comune a tutti i mammiferi, è legato al cervello emotivo ed è alimentato dagli istinti (cioè dalla nostra biologia), dalle nostre caratteristiche temperamentali e da esperienze e apprendimenti così precoci (cultura) che si sono ormai automatizzati. È alla base di tutte le nostre scelte di "pancia", è attivo sempre e agisce spesso fuori dalla nostra coscienza.

E la ragione, di cui siamo tanto fieri? La ragione, secondo alcuni, interverrebbe solo a scelte già fatte e avrebbe soltanto l'obiettivo di trovare loro qualche giustifica-

zione, sia agli occhi nostri che degli altri. Dice J. Haidt (psicologo USA) [9]: "Chi esprime un giudizio morale non si comporta come uno scienziato che cerca la verità, ma come un avvocato che cerca qualche giustificazione".

### Valori e norme etiche

I valori e le norme etiche non sarebbero un insieme monolitico, coerente e sempre valido. Sarebbero un miscuglio, a base biologica e culturale, rappezzato insieme da una grande varietà di fonti, in periodi diversi, durante molti anni di evoluzione umana, con lo scopo di cercare di mettere insieme, in qualche modo, interessi contrastanti per permettere la vita in comune.

✉ [merlomaria@alice.it](mailto:merlomaria@alice.it)

1. Mori M. Introduzione alla bioetica. 12 temi per capire e discutere. *Espress*, 2012.
2. Tognoni A. Il consenso informato del minore. Aspetti generali e casi pratici. *Quaderni acp* 2013;20:84-7.
3. Corbellini G, Lalli C. Bioetica per perplessi. Una guida ragionata. Mondadori Università, 2016.
4. Churchland PS. Neurobiologia della morale. Raffaello Cortina Editore, 2012.
5. de Waal F. Il bonobo e l'ateo. In cerca di umanità fra i primati. Raffaello Cortina Editore, 2013.
6. Tomasello M. Storia naturale della morale umana. Raffaello Cortina Editore, 2016.
7. Kahneman D. Pensieri lenti e veloci. Mondadori, 2012.
8. Edmonds D. Uccideresti l'uomo grasso? Il dilemma etico del male minore. Raffaello Cortina, 2014.
9. Haidt J. Menti tribali. Perché le brave persone si dividono su politica e religione. Codice, 2013.

<sup>1</sup> Chiara Guidoni, Patrizia Levi, Maria Merlo, Paolo Morgando, Ivo Picotto, Danielle Rollier.

<sup>2</sup> Cod. Deontologico. Art. 33 "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche". Cod. Deontologico. Art. 35: "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente... In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostico-curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona".

<sup>3</sup> Cod. Deontologico, art. 38. "Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprendere e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tener conto della sua volontà".