

Articoli/Articles

BIOETICA E ANDROLOGIA

MAURIZIO SOLDINI

Dipartimento di Emergenza e Accettazione,
Area di Medicina Interna
Università degli Studi di Roma "La Sapienza", I

SUMMARY

BIOETHICS AND ANDROLOGY

In the present article the Author examines the relationship between Andrology and Bioethics. He takes into consideration the historical context in which the two new disciplines were born. They are practically coeval, being both come to the light about at the 60th years of XXth Century. He analyses the clinical problems of the sexuality and some diagnostic and therapeutic potentialities of the Andrology in connection with the implications of moral order. After synthetically outlining the most diffuse Bioethics' theories, and later outlining a scheme of methodological approach, he reaches the conclusions inclining for a personalist vision of the moral problems and he is wishing a theoretical and practical attitude by the Andrology specialist doctor in conformity with virtues' ethics.

*A Vinicio Marescotti in memoriam
(Professore di Medicina a Pisa,
pioniere dell'andrologia,
8 giugno 1923 - 24 Febbraio 2001)*

Introduzione

Il progresso delle scienze di base avvenuto nel secolo XX ha interferito profondamente sui paradigmi della medicina e in particolare ha determinato un sovvertimento della prassi clinica. Già negli anni Cinquanta, eminenti clinici sottolineavano come la parcellizzazione del sapere medico fosse da una parte necessaria

Key words: Bioethics - Andrology - Sexuality

e indispensabile, in virtù dell'amplificazione delle conoscenze di base, mentre dall'altra parte fosse deleteria perché determinante una frammentazione disciplinare, che avrebbe portato ad una rottura di quel paradigma *olistico*, di impronta ippocratica, che aveva caratterizzato per duemila anni un particolare approccio paradigmatico proprio della medicina clinica¹. Dalla medicina interna nascevano così come diretta filiazione le discipline specialistiche, quali la neurologia, la cardiologia e così via, che andavano acquisendo sempre più nel corso degli anni una propria autonomia². Lo sviluppo tecnologico, che pure ha visto enormi progressi sempre nel secolo appena trascorso, che ha determinato in gran parte il parallelo sviluppo scientifico di base, ha consentito traguardi della medicina mai ottenuti in precedenza, in virtù delle metodiche strumentali e di laboratorio messe a disposizione della diagnostica e della terapeutica. Lo sviluppo tecnologico ha messo a disposizione un crescente numero di macchinari, spesso sofisticati, che richiedono abilità particolari ed esigono competenze ultra-specifiche: fu così che nell'ambito delle specializzazioni nacquero e continuano a nascere le sottospecializzazioni. Se il clinico fino all'inizio del XX secolo poteva dirsi al più *o medico o chirurgo*, oggi la specifica competenza del medico del XXI secolo è completamente mutata, essendo egli per lo più un fine conoscitore del suo delimitato settore di competenza. Se allora era indispensabile la visione d'insieme, la conoscenza di *tutto* l'organismo, e una buona conoscenza della semeiotica, che consentisse di riconoscere sintomi e segni in correlazione tra loro e con l'anatomopatologia, era sufficiente a fare un buon clinico in sede diagnostica, oggi le cose si sono fatte così complesse e complicate che una sola persona non riesce a dominare tutto lo scibile e il fattibile della medicina.

Oggi siamo così davanti ad una situazione in cui - si condivida o meno, ma non è questa la sede per affrontare il discorso³ - i medici non sono più *in dialogo* con un organismo malato, ma con organi malati. Siamo passati da una *medicina organismica* - il *tutto* - ad una *medicina d'organo* - che riguarda espressamente l'organo di riferimento quale cuore, fegato, reni, etc. - e ci stiamo avviando verso una medicina sempre più riduttiva attraverso il passaggio a quanto di più limitato esiste: tessuti, cellule,

molecole. E in questo momento storico è molto in auge la *medicina bio-molecolare*⁴. I notevoli progressi della medicina hanno così portato a conquiste in precedenza insperate e hanno creato un ottimismo quale prima non era mai esistito. D'altro canto, si sono create anche situazioni nelle quali è divenuta dilemmatica la decisione del medico in relazione alle scelte da assumere e quando e come e con chi assumerle. Basti pensare alla complessa problematica dei trapianti, che pone sin dagli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento i medici davanti a scelte dettate da situazioni complessive che comportano non solo la considerazione di parametri biologici, ma anche di problematiche psicologiche, sociali, economiche, politiche, e così via⁵. Pure negli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento, proprio sulla scorta di quel travolgente progresso nel cosmo della scienza, ma per quel che ci riguarda nel mondo della medicina, si assiste ad una richiesta di riflessione su quanto sta accadendo e ci si interroga soprattutto sulla liceità morale di quanto la scienza e la tecnica consentono di fare e di operare. La richiesta di prudenza e di riflessione morale sui nuovi orizzonti aperti dalla scienza proveniva soprattutto dal mondo religioso, e soprattutto dal Magistero di uno dei più discussi, nel bene e nel male, Pontefici, quale fu Pio XII, dotato di una personalità particolarmente forte e di una lungimiranza in molti settori della cultura, che lo portarono, attraverso un attento monitoraggio della medicina del suo tempo, a prendere in considerazione problematiche che in seguito sarebbero entrate di diritto nel novero di quella nuova disciplina che è la Bioetica⁶. A proposito della storia della Bioetica, il ruolo avuto dal Magistero della Chiesa cattolica in quel periodo è stato visto come la preistoria della Bioetica⁷.

La bioetica

Alla fine degli anni Sessanta, anche nell'ambito scientifico, che in ampi settori della biologia si rifaceva ai principi dell'evoluzione di Darwin, si cominciò a parlare di *etica dell'evoluzionismo*, *morale della socialità* o *della simpatia*, e di *difesa della vita*, nelle analogie trovate nel mondo animale, con una prima consistenza *nel fondamento biologico*, tanto da parlare di *biomoralità*⁸. La *Bioetica* era così vicina alla sua nascita ufficiale. *Bioetica* è in-

fatti un termine nuovo: la parola, in lingua inglese *bioethics*, riscontrata per la prima volta in letteratura nel 1970, viene infatti usata dall'oncologo statunitense Van Rensselaer Potter⁹. *Bioethics* è una parola composta da *bio*, vita, ed *ethics*, etica o meglio riflessione sui comportamenti umani. In tal caso il significato sta proprio nel voler intendere quella disciplina che dovrebbe impegnarsi in riflessioni morali riguardo le problematiche poste, *stricto sensu*, dalla vita. In effetti Van Rensselaer Potter, già nel suo articolo, *Bioethics: the Science of the Survival*¹⁰, prospettava un preciso campo di azione: secondo lui, ma anche secondo altri¹¹, la specie umana era allora sempre più messa a repentaglio dal cosiddetto sviluppo tecnologico, che padroneggiava le scelte spesso compiute a danno dell'uomo non solo direttamente, ma anche indirettamente, attraverso un attacco efferato nei confronti di tutto il sistema ecologico, motivo per cui vedeva nella bioetica *la scienza della sopravvivenza*. Van Rensselaer Potter nel 1971¹² sosteneva che la bioetica dovesse fungere da ponte gettato verso il futuro, in cui si doveva pensare alla sopravvivenza di una vita, per la quale era necessario aspirare ad una qualità di essa più che accettabile; ma il ponte avrebbe dovuto, per raggiungere lo scopo, collegare e finalmente riavvicinare le due culture: quella scientifica e quella umanistica. André Hellegers, ginecologo-ostetrico di origine olandese, fu un altro pioniere della bioetica. Egli fondò a Washington, all'interno della Georgetown University, nel 1971, *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of the Human Reproduction and Bioethics*¹³. Hellegers focalizzò la sua attenzione, a differenza dell'idea originaria di Potter, sui problemi e le istanze poste dai dilemmi della medicina, quali la riproduzione umana, il controllo delle nascite, le politiche demografiche e concepì la bioetica come una disciplina che integra e sintetizza le conoscenze mediche e quelle etiche. Hellegers ebbe molti meriti. Egli istituzionalizzò il termine bioetica, non solo inserendolo nella denominazione dell'Istituto da lui fondato, ma anche introducendo la disciplina in campo accademico, nella didattica, nella ricerca, e la inserì nel campo delle scienze biomediche, della politica e dei mass-media.

L'eredità di Hellegers, in contrasto con *l'eredità di Potter*, per usare il termine della bilocazione data da Reich¹⁴, ebbe il sopravven-

to e prevale tuttora. Mentre Potter vedeva nella bioetica un "ponte tra biologia ed etica", con un approccio globale a tutte le componenti della vita, e non solo di indole medica, Hellegers diffuse un concetto di bioetica come "ponte tra medicina, filosofia ed etica" con una metodologia di tipo interdisciplinare, che secondo Hellegers avrebbe portato il clinico-bioeticista ad essere più esperto del moralista tradizionale nei dilemmi problematici riguardanti la vita, la salute e la malattia¹⁵. Oggi la bioetica che prevale segue in gran parte l'eredità di Hellegers, con la sua *opzione medica*, anche se non dimentica l'importante ruolo avuto da Potter, che con la sua *bioetica globale* ha portato un notevole contributo alla presa in considerazione delle problematiche ecologiche.

Oggi la Bioetica ha assunto una importanza del tutto particolare in ambito accademico e una discreta notorietà pubblica, al punto che non esiste giornale che ogni giorno non vi faccia riferimento. Per quanto riguarda la sua *definizione*, di cui non parleremo in questa sede per motivi di spazio e per non sconfinare in un tema che rientra nel novero del dibattito epistemologico sull'identità e sullo statuto della disciplina stessa, e che spesso daremo per scontata, ricordiamo delle numerose proposte, tanto per avere chiaro il campo definitorio in cui si articola il dialogo della disciplina stessa, quella di W. T. Reich riportata nella sua monumentale opera enciclopedica:

*"La bioetica rappresenta lo studio sistematico delle dimensioni morali – comprendenti la visione morale, le decisioni, i comportamenti e le politiche – delle scienze della vita e della salute, avvalendosi di una varietà di metodologie etiche e con una struttura multidisciplinare"*¹⁶.

L'andrologia

Abbiamo visto, anche se per sommi capi¹⁷, in quale situazione si sviluppi quella nuova disciplina che è la Bioetica. Vediamo ora di riprendere il discorso dello sviluppo tecno-scientifico e delle implicazioni avute sulla medicina e sulla nascita delle specializzazioni, per affrontare brevemente il discorso relativo alla disciplina dell'Andrologia.

L'Andrologia può essere considerata una coetanea della Bioetica. Nasce infatti negli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento, in piena epoca di sviluppo tecno-scientifico. Essa prende cor-

po all'interno della più vasta branca dell'Endocrinologia, che pure aveva germogliato dalla Medicina Interna. La prima Società di Andrologia nasce in Italia, a Pisa, nel 1976. Ed è proprio nell'ambito della Scuola clinica che aveva avuto origini dal suo caposcuola Cataldo Cassano, prima a Pisa, e quindi a Roma, che si forma quel primo nucleo di endocrinologi versati in modo particolare nello studio di quelle malattie che entreranno presto nel novero dell'Andrologia. Ricordiamo che nel 1968 nell'ambito del LXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna fu presentata la Relazione "Gli ipogonadismi maschili" da Fabio Tronchetti e da Vinicio Marescotti e Collaboratori e da Carlo Conti e Aldo Fabbrini e Collaboratori¹⁸. Molti di questi medici saranno in seguito cattedratici di Andrologia e in particolare vogliamo ricordare Aldo Fabbrini e Aldo Isidori che con V. Santemma e altri Collaboratori presenteranno nell'ambito del XC Congresso della Società Italiana di Medicina Interna la Relazione "Medicina Interna e riproduzione: gli ipogonadismi maschili"¹⁹. In questa sede si delinea con forza il campo di azione dell'Andrologia. L'Andrologia si occupa della patologia e della clinica dell'apparato genitale maschile. Questa specializzazione viene a colmare un vuoto e si trova ad affiancare la figura del ginecologo, specialista che il tempo, le tradizioni e la cultura hanno ormai omologato per i problemi legati all'apparato genitale femminile. Nel trattare di ipogonadismi i Relatori del XC Congresso del 1989 sottolineano anzitutto come per essi si intenda

*"ogni condizione riconducibile ad insufficienza della funzione androgenica. È però preferibile dare dell'ipogonadismo una definizione estensiva comprendente sia l'ipoandrogenismo sia la sterilità sia l'impotenza"*²⁰.

Tre aspetti fondamentali, scindibili sul piano teorico della patologia, ma che spesso si embricano nel paziente reale, nel quale non è

*"sempre facile una separazione netta fra patologia della sfera sessuale, patologia del soma, psicopatologia"*²¹.

La complessità della nuova disciplina, nata negli anni Sessanta sull'onda delle conoscenze acquisite sulla gonade maschi-

le, veniva riletta alla luce della complessità della riproduzione umana. Veniva così colta in pieno dagli Autori della Relazione nelle conclusioni introduttive l'impossibilità di una riduzione teorica e pratica della disciplina che comunque sarebbe dovuta rientrare in una concezione olistica;

"nata nel seno della medicina interna, sviluppatasi come specializzazione di una specializzazione (l'endocrinologia), la giovane disciplina che pone al centro dei propri interessi la gonade maschile, e che per questo prende il nome di 'andrologia', sembrava aver perso, al suo nascere, i rapporti con quella matrice da cui era originata e progredire in modo autonomo. In effetti così non era"

e gli Autori cercheranno di sottolineare nella loro Relazione proprio quel

*"recupero di rapporti che legano ... la componente riproduttiva alle altre due ... somatica e psichica"*²².

L'andrologo sta avendo e sicuramente continuerà ad avere la fortuna che merita e senza dubbio si radicherà nella cultura e nelle tradizioni future, come è avvenuto per il ginecologo, ma siamo d'accordo con Fabbrini, Isidori e Santemma che è indispensabile un approccio di tipo olistico che non faccia perdere di vista la complessità dei problemi. Oggi l'andrologia, che come abbiamo detto si occupa prioritariamente della patologia degli organi genitali maschili, è impegnata con lo studio teorico e le relative applicazioni pratiche soprattutto sul fronte della sterilità e dell'impotenza. Oggi molto è possibile fare in questi campi e l'armamentario terapeutico a nostra disposizione ci fa interrogare se tutto ciò che è fattibile sia altrettanto lecito sul piano morale.

La sessualità

Se lo sviluppo dell'Andrologia è legato senza ombra di dubbio ai progressi scientifici nel campo della conoscenza della gonade maschile, con l'acquisizione di conoscenze mediate dalle scienze di base quali l'istologia, la genetica, la biologia molecolare, e così via, va comunque riconosciuto che il terreno culturale per un approccio diversificato ai temi della sessualità veniva spia-

nato sempre negli anni Sessanta da un nuovo atteggiamento mentale nei confronti della stessa sessualità. La nuova mentalità che si veniva delineando era in antagonismo con una visione di tipo tabuistico quale era stata assunta ufficialmente dalla cultura imperante. Si parlava di liberazione della sessualità e per ottenerla era necessaria una rivoluzione²³. La rivoluzione invocata dal neofreudiano Reich, omonimo del bioeticista, era puramente basata sul biologismo ed era di marca prettamente materialistica. Ai tabù, negativi e controproducenti, si contrapponeva così una visione permissivista, anche questa deleteria, se solo si pensi alle critiche mosse da diversi settori culturali, e non solo dalla cultura spiritualistica delle confessioni religiose²⁴. In questa sede non abbiamo la possibilità di affrontare più compiutamente il problema della sessualità. Sta di fatto comunque che il movimento di liberazione della sessualità dal retaggio tabuistico del passato ebbe se non altro il merito storico di porre il problema allo scoperto. Anche se, come spesso succede, da un eccesso si passa all'eccesso contrario, la rivoluzione sessuale portò ad un atteggiamento di permissivismo esaltato e di sbilanciamento verso una sessualità completamente genitalizzata. Comunque si pose maggiore attenzione al fatto biologico come determinante della sessualità espressa in una dualità che può essere maschile e femminile e questo ha la sua importanza. Insomma, aldilà di qualsivoglia giudizio sulle varie posizioni espresse sulla sessualità, a noi interessa il fatto che negli anni Sessanta venne meno il tabù sui problemi della sessualità e il fatto che la cultura cominciò ad aprirsi ai discorsi non più ritenuti indicibili e favorì in modo biunivoco la crescita delle conoscenze scientifiche che come abbiamo visto confluirono in gran parte nel campo dell'Andrologia, che proprio in quegli stessi anni cominciava a prendere una sua fisionomia e ad acquisire autonomia. Va anche detto che il corpo ha assunto nella riflessione filosofica del XX secolo un ruolo di primo piano e oggi parlare di corporeità significa attribuire valore anche a quanto nel passato era considerato pura materia e pertanto senza alcun valore. Si pensi a tutta la tradizione che da Platone in poi vedeva nel corpo un legaccio, un carcere dell'anima. Oggi sono pochi coloro che vedono nel corpo qualcosa di reietto, e questo anche

perché non si può parlare di valori dello spirito di per sé, considerando che la stessa libertà, primo tra i valori universalmente riconosciuti, non può darsi se non si incarna in un corpo, motivo per cui il corpo è indispensabile all'espressione dei valori che ineriscono la spiritualità, ammesso che si possa dare una dualità di spirito e corpo. La realtà antropologica dell'uomo sembrerebbe essere sostanziabile in quella unitotalità somato-psichico-spirituale a cui hanno condotto tra i primi la riflessione filosofica di scuola fenomenologica e personalista, che noi abbiamo abbracciato, in quanto da noi ritenuta più rispondente alla realtà²⁵. La distinzione tra *Körper* e *Leib* nella riflessione fenomenologica, riferendosi rispettivamente ad un corpo come semplice oggetto e ad un corpo come presenza soggettiva, la dice lunga²⁶. Il corpo come *Leib* trascende la sua dimensione biologica in una sussunzione di un tutto che ne implica complessivamente oltre al corpo biologico e materiale le sue caratteristiche psicologiche e spirituali, rimandando a quella unicità e irripetibilità di ciascuna vita umana. Inoltre, si consideri la frase del filosofo francese Gabriel Marcel assunta ormai ad aforisma "*Il mio corpo non è qualcosa che ho, io sono il mio corpo*"²⁷.

Va comunque sottolineato che sia la scienza medica sia le scienze umane si resero ben presto conto del fatto che la sessualità non può essere ridotta ad un problema puramente biologico, viste le variabili culturali, sociali, psicologiche, morali etc. che contribuiscono ad una delle caratteristiche più proprie dell'essere umano. La sessualità, insomma, non è riducibile alla funzione di una pura genitalità, che comunque rappresenta un significato biologico fondamentale, ma che, aldilà della finalità biologica, ha un senso che trascende il momento biologico e che solo una concezione antropologica complessa gli può donare²⁸.

Bioetica e andrologia

Come abbiamo visto gli anni Sessanta del Novecento sono determinanti per la nascita sia dell'Andrologia che della Bioetica. In effetti le due discipline nascono su un terreno di cultura che ne facilita la loro origine che per certi versi si embrica integrandosi vicendevolmente. Non per niente abbiamo visto come uno dei due maggiori pionieri della Bioetica, che ha visto poi preva-

lere la sua impostazione della disciplina stessa, fu André Hellegers, che si occupava in quegli anni proprio delle problematiche della riproduzione umana. E abbiamo detto anche, per bocca di alcuni dei pionieri italiani dell'altra disciplina, come l'Andrologia abbia il suo principale campo di studio e di operatività proprio nella riproduzione umana. In effetti, se la ginecologia conosce, studia, ricerca, cura l'apparato genitale femminile, l'andrologia fa altrettanto per quanto riguarda l'apparato genitale maschile; pertanto, mentre la prima si occupa della sterilità femminile, la seconda si occupa della sterilità maschile, ed entrambe cooperano nello studio della sterilità di coppia.

Ora succede che sia in fase diagnostica sia in fase terapeutica si possono sollevare dilemmi di natura morale. Le possibilità di manipolazione dei gameti da parte dei medici sono diventate, mercé le metodiche di laboratorio e strumentali, così routinarie e di facile accesso, che oggi è possibile aggirare l'ostacolo della sterilità di coppia attraverso la fecondazione *in vitro*. La nascita della prima bambina concepita *in vitro*, Louise Brown, avvenne il 25 luglio del 1978 in Gran Bretagna ad opera dell'equipe di Robert Edwards²⁹. La fecondazione *in vitro* e più in generale la cosiddetta *procreazione medicalmente assistita* presentano una serie di delicate problematiche non solo etiche, ma anche deontologiche, legali e sociali di non facile soluzione a livello politico, motivo per cui in questo momento in Italia siamo davanti ad una situazione *orfana* di una normativa che dia una regolamentazione *ope legis* ad un campo che purtroppo è terra di nessuno e dove vige una vacanza legislativa, a cui cerca per ora di fare fronte, in modo limitato, un dettato deontologico imposto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. Proprio perché il dibattito sulla *procreazione medica assistita*, che forse meno eufemisticamente e in modo più semplice potremmo definire *procreazione artificiale*, è complesso, decidiamo di non entrare qui nel merito delle problematiche, che ci è bastato accennare per dire quante implicazioni vi siano a rendere complessa una metodica medica che presa di per sé non è problematica; solo se si voglia calarla nella realtà del mondo della vita, vita intesa non solo riduttivamente in senso biologico, si apre ad una problematicità che abbisogna di argomentazioni razionali nella valu-

tazione della sua liceità morale e legale. Le problematiche sollevate dal progresso scientifico e tecnologico abbisognano allora di una valutazione complessa e complessiva che si deve avvalere di uno

*"studio sistematico delle dimensioni morali - comprendenti la visione morale, le decisioni, i comportamenti e le politiche - delle scienze della vita e della salute, avvalendosi di una varietà di metodologie etiche e con una struttura multidisciplinare"*³⁰

che solo la Bioetica può permettere. E la Bioetica consente di affrontare, per esempio, le problematiche della vita nascente in modo non riduttivo. Si pensi, tanto per portare un esempio, appena accennato, alle questioni sollevate dall'identità e dallo statuto dell'embrione umano, intorno a cui gira quasi tutta la problematicità della fecondazione *in vitro*; si pensi al problema della clonazione, della sperimentazione sugli embrioni e via di seguito³¹. Ecco perché già Hellegers sentiva la necessità di avvalersi di una metodologia più complessa per affrontare i problemi della riproduzione umana ed ecco perché trovò nella Bioetica, così come la intendeva egli stesso, come "*ponte tra medicina, filosofia ed etica*" con una metodologia di tipo interdisciplinare, uno strumento altamente validativo del comportamento nell'ambito delle scienze della vita e della salute.

Va anche detto per inciso che nei grandi mutamenti avvenuti nel XX secolo non si è assistito soltanto a progressi della scienza e della tecnologia, ma ci si è trovati di fronte a mutamenti del pensiero che hanno portato ad una profonda crisi del pensiero filosofico. Nel XX secolo, infatti, abbiamo assistito non soltanto ad una profonda e ultima messa in discussione del pensiero metafisico e fondativo, che era stata avviata nei secoli precedenti, ma anche ad una messa in discussione di tutto il pensiero filosofico, da una parte con il *neo-positivismo* e la sua tendenza a scientizzare il pensiero e dall'altra parte con la *de-costruzione*, che ha portato agli ultimi termini anche quelle concezioni atomistiche e individuali, che aveva fatto sue il liberalismo ottocentesco, sgretolando così del tutto anche la soggettività; conducendo altresì a forme di nichilismo passivo, che con la negazione di qualunque tipo di razionalità avrebbero cercato di de-

cretare la fine della filosofia stessa³². Avrebbero cercato, perché in effetti, e per fortuna, così non è stato. Se è vero, come è vero, che non tutti i mali vengono per nuocere, la travolgente presenza del progresso scientifico e tecnologico determinarono in pieno Novecento l'avvento di quel "movimento della filosofia pratica" che fece di tutto, riuscendoci, per riabilitare la filosofia morale, recuperando una tradizione di tipo cognitivo che, partendo da Aristotele, faceva dell'Etica una disciplina con un suo statuto epistemologico e una sua propria dignità³³. Così, come si va ripetendo ormai da più parti, la scienza e la tecnica, che come abbiamo detto in precedenza hanno sollevato e continuano a sollevare numerosi e delicati dilemmi morali, hanno salvato la filosofia dalla sua morte.

Per quanto questo 'movimento' abbia avuto e continui ad avere adesioni, tuttavia resta il fatto che il caleidoscopico mondo filosofico del XX secolo continua a mandare i suoi molteplici giochi di luce, forme e colori i più vari e plurimi, in modo che in un'epoca come la nostra, definita post-moderna, in cui sarebbe venuta meno la possibilità di dare fondamento al pensiero e all'azione, imperversa un pensiero debole, senza verità, nichilistico, in cui ognuno pensa e agisce in base ad un volontarismo decisionista legato all'attimo fuggente.

Succede allora che l'Etica, e di riflesso la Bioetica, che da questa dipende strettamente per quanto riguarda il sostrato teorico, si declina in più modi, tanti quanti sono le teorie di riferimento teorico, ovvero tanti quanti sono gli individui che pensano e agiscono, se si condivide la possibilità di declinare l'etica sulla base di scelte e decisioni che non si basino su qualche razionalità, ma sulle volontà infondate, se non su di loro stesse, come il pensiero debole pretende che sia.

Ora, come abbiamo sostenuto anche in molte altre circostanze, il medico, in tale caso lo specialista andrologo, non può esimersi dall'aver anche una preparazione umanistica con conoscenze filosofiche che gli consentano di sapersi muovere in un mondo così articolato e di prendere decisioni che possano avere dalla loro parte argomenti razionali o quantomeno condivisibili e che rendano pertanto il suo comportamento moralmente lecito. In precedenza, abbiamo visto come l'operato dell'andrologo

entri di pieno diritto riflessivamente e operativamente nel campo dello studio e della diagnosi e cura della sterilità e quindi anche nell'esecuzione materiale della procreazione artificiale. In questa sede, dicevamo, non riteniamo opportuno scendere nel merito della liceità o meno dal punto di vista morale di una complessa metodica, che prevede la manipolazione di cellule, i gameti, che per loro natura sono diverse dalle altre cellule, somatiche, dell'organismo. Così come non intendiamo fare una analisi delle diverse problematiche legate alla fecondazione artificiale³⁴. Ci basti il concetto di una problematicità che può essere affrontata, come dicevamo, non solo con la conoscenza e l'esperienza scientifica e tecnica ma con una consapevolezza umanistica e, in particolare, etica. Questa consapevolezza, del resto, è ben radicata in molti Maestri di questa disciplina, come abbiamo potuto leggere anche sopra relativamente a quanto affermato nel 1989 nell'ambito del 90° Congresso Nazionale degli Internisti italiani³⁵. Inoltre per rimanere ad alcune problematiche più semplici, ma allo stesso modo importanti anche dal punto di vista bioetico, va segnalato, tra i pochissimi lavori esistenti in letteratura relativamente ai rapporti tra Bioetica e Andrologia, il contributo di Aldo Isidori a proposito di "Prelievo, diagnostica e conservazione dello sperma" nel Trattato di Adriano Bompiani "Bioetica in Medicina" del 1996³⁶. In quel contesto Isidori metteva in risalto l'importanza, fino ad allora messa a parte, del "ragionamento e del giudizio etico-deontologico... inerente la raccolta e il trattamento del liquido seminale umano" prelevato per scopi clinico-diagnostici o a scopi procreativi. Per quanto riguarda la modalità di raccolta del liquido seminale, egli si sofferma sui delicati aspetti che coinvolgono il rispetto e la dignità della relazione medico-paziente, al di là di credenze religiose e confessionali, ma non solo, che, pure, sia il medico sia il paziente hanno in quanto persone. È notorio che la raccolta del seme avviene per lo più tramite masturbazione. A questa modalità si oppongono diverse persone, anche a prescindere dal loro credo religioso. Infatti

"è comune l'osservazione di soggetti 'laici' che dichiarano la loro repulsione concettuale e pertanto la loro impossibilità alla raccolta del liquido seminale mediante masturbazione come atto contrario alla dignità della persona".

E del resto anche il medico può avere problemi di coscienza nel consigliare tale modalità di raccolta. Egli si sofferma allora sulle varie modalità possibili, mettendo però in evidenza come le metodiche "alternative", quali ad esempio il prelievo tramite la stimolazione elettrica, non rispondano a criteri di realtà, essendo in tal modo il liquido seminale alterato nella sua normale composizione. Pur affermando di guardare con speranza a nuove metodiche "alternative", che possano risolvere i problemi attuali, Isidori suggerisce che l'adozione della metodica di "raccolta del seme in profilattico perforato, nel corso di un normale rapporto sessuale", potrebbe essere per ora una alternativa più che valida alla raccolta del seme con la masturbazione, che prima di essere rispettosa di atteggiamenti conformi a credi religiosi, è una metodica che dal punto di vista razionale ci sembra essere in accordo con il rispetto della dignità del medico, del paziente, della partner del paziente e, non per ultimo, anche se non soprattutto, del potenziale nascituro, che potrebbe scaturire da una inseminazione artificiale o da una fecondazione omologa, ammesso che se ne ritenga, soprattutto di questa ultima procedura, la liceità dal punto di vista morale. In tal caso la metodica adottata "non disgiunge il momento unitivo da quello procreativo", rendendo più dignitosa per tutti la raccolta del seme per uso clinico. Sempre nella stessa circostanza Isidori si sofferma in modo dettagliato sulle modalità di trattamento del seme al fine di accertarne le proprietà fecondanti ed eventualmente potenziarle e sulle possibilità di manipolazione dello sperma a fini selettivi ed eugenetici per poi affrontare i procedimenti di conservazione del seme³⁷. Non stiamo qui a riportare il dettagliato studio minuzioso di Isidori, al quale rimandiamo, ma riportiamo le sue conclusioni, con le quali ci sentiamo in accordo, così come lo siamo con tutto quello che è stato detto nella sua analisi³⁸. Gli spunti di riflessione etica su un argomento così controverso come quello della seminologia, in stretta connessione con le problematiche della procreazione artificiale, sono trattati con la competenza di colui, che oltre ad essere stato uno dei pionieri dell'Andrologia, è stato per molti anni membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, la massima istituzione bioetica del nostro Paese, in cui ha profuso il suo impegno con alto spessore

culturale per la competenza scientifica e per la consapevolezza etica. Isidori conclude le sue riflessioni rimandando infine alla coscienza e alla formazione etica di ciascun andrologo, che comunque dovrà tenere

"presenti tre aspetti fondamentali del suo operare; anzitutto il rispetto della dignità personale del paziente; secondariamente la considerazione che questo campo della medicina clinica, la Medicina della Riproduzione, è infinitamente diverso da qualsiasi altro, essendo l'obiettivo finale dell'intervento terapeutico la nascita di un nuovo individuo"

e infine il fatto di cooperare con la coppia a procreare (e non a creare lui stesso!) lo immerge in una affascinante avventura che è nello stesso tempo una "tremenda responsabilità". Tale responsabilità implica una condizione per l'Andrologo in cui questi

"non può prescindere, chiamandosi 'fuori' in una situazione asettica dei soli aspetti tecnici, ma deve conoscerli e giudicarli nell'ambito di una valutazione globale del problema".

Teorie e bioetiche

La consapevolezza etica di ciascuno, nella fattispecie di ciascun andrologo, si gioca pertanto oltre che sulla propria coscienza, anche sulla formazione etica, che può dipendere da fattori socio-culturali e che spesso si radica nelle tradizioni in cui ciascuno si trova a nascere e a crescere. È pertanto necessario che ciascuno abbia una consapevolezza etica, che si può acquisire come si acquisiscono le conoscenze biologiche, per quanto si debbano fare le opportune distinzioni. Ecco che allora diventa necessario conoscere le principali *teorie bioetiche* per potersi muovere tra esse in modo razionale, senza intuizionismi lasciati alla volontarietà individuale. Qui di seguito tratteremo un breve quadro delle teorie bioetiche di riferimento³⁹. Difatti, per essere chiari, dobbiamo dire che al momento attuale non esiste una sola bioetica, ma esistono *tante bioetiche*, tante quante sono le teorie e i modelli di riferimento a cui ci si ispira. È necessario pertanto fare una scelta. Le teorie etiche che sottostanno alle diverse bioetiche sono infatti numerose e solo per elencarne alcune ricordiamo il *deontologismo*, come quello di impostazione

kantiana, il *proceduralismo*, il *contrattualismo* e il *neocontrattualismo*, il *teleologismo*, il *principlismo*, la *neo-casistica*, l'*etica delle virtù*, sia di impostazione *aristotelica*, sia di impostazione *tomistica*, e i *personalismi* tra cui quello *fondato sull'ontologia*⁴⁰. Tra le bioetiche più in voga, e soprattutto nei paesi anglofoni, spicca per importanza la *bioetica principlista*, fondata sui *quattro principi di beneficalità, di non maleficalità, di autonomia e di giustizia*. Molto quotata è anche la *bioetica utilitarista*, la quale si basa sul *principio di utilità*, che ricerca il maggior bene, ovvero il maggior piacere e il minor dolore, per il maggior numero di individui; il *principio di qualità della vita*⁴¹ è per questo approccio bioetico il massimo che si debba ricercare. A nostro modo di vedere, pur considerando la qualità di vita un argomento teorico e pratico di notevole portata, non ci sentiamo di poter accettare un sistema per cui tra l'altro anche soltanto a livello teorico ci possono essere delle discriminazioni tra una maggioranza e una minoranza, così come non possiamo accettare i paradigmi di riferimento utilitaristici quali il piacere e di contro il *dispiacere*. Altre bioetiche si stanno affermando e tra queste vi è quella *contrattualista*, dove il contratto interindividuale e sociale è basato sopra un metodo e una filosofia di tipo *proceduralista*. Al di là di distinzioni sottili, possiamo però affermare che fondamentalmente le teorie etiche si possono suddividere in due categorie in base al loro essere di *tipo cognitivista* oppure di *tipo non cognitivista*. In Italia le correnti bioetiche sono altrettanto numerose, ma la suddivisione che per lo più viene fatta con enfasi e, diciamo noi, forse con troppo semplicismo, ma forse proprio sulla base del fatto di *essere o meno una bioetica di tipo cognitivista*, è tra la *bioetica cosiddetta laica* e la *bioetica cattolica*⁴². La *bioetica laica* sarebbe quel filone di pensiero, per lo più con scaturigini dalla filosofia analitica, con caratteristiche e impronta liberal-radicali, che sostiene fondamentalmente una linea pratica ed empirica in cui dovrebbe vigere, in un contesto pluralista, il *principio di tolleranza*, e alla cui base vi è, come dicevamo poco sopra, un approccio bioetico di tipo non cognitivista⁴³. Non è certo questa la sede per un dibattito sulla metaetica e in particolare sulla metabioetica, ma certo non possiamo accettare una bioetica non cognitivista e nominalista, in cui viene meno ogni

confronto, in barba proprio al principio di tolleranza, e in cui la cosiddetta libertà individuale sfocia ineludibilmente in un libertarismo inaccettabile, con il risultato di far approdare ad un deleterio relativismo morale, che sicuramente porterebbe all'anarchia morale, dal momento che non vi sarebbero valori su cui potersi confrontare e valori riconosciuti e riconoscibili. Pertanto ci sentiamo di dover delineare la necessità di un indirizzo e di un approccio bioetico che, soltanto sulla base di una struttura argomentativa forte, potranno far prendere nella dovuta considerazione gli innumerevoli problemi che si presentano all'andrologo. Riteniamo di avere dei motivi più che fondati per asserire che il *personalismo ontologicamente fondato* sia la teoria etica, se così vogliamo chiamarla, che offre qualche garanzia ad un approccio globale e integrale della salute anche nella gestione delle problematiche andrologiche. Per il

*"personalismo di tipo sostanzialista e cognitivista fondato metafisicamente sull'essere, vale innanzitutto il principio di difesa della vita fisica come valore fondamentale, da cui si deduce il principio del valore personalista della corporeità, quindi il principio di libertà e responsabilità e il principio di totalità o terapeutico, nonché il principio di socialità e di sussidiarietà"*⁴⁴.

Il *personalismo* ci sembra avere una adeguatezza alla realtà, e in particolare alla realtà clinica, che non presentano le altre teorie etiche, proprio perché esso cerca di trovare un fondamento veritativo, che le altre teorie e soprattutto quella tra le più affermate in campo medico, quale il *principlismo*, non riescono a dare⁴⁵. Difatti i quattro principi di *beneficalità, di non maleficalità, di autonomia e di giustizia* e anche il quinto aggiunto successivamente di *integrità del professionista* (che sarebbe un principio di *autonomia del medico*), valgono solo *prima facie e ut in pluribus* e spesso entrano in conflitto, proprio per il fatto che si muovono in una circolarità senza fine per il fatto di non avere un fondamento alla loro base. Pertanto, per avere una visione globale riteniamo che non si può eludere di fondare la riflessione e il giudizio etico su un fondamento antropologico, che dia successivamente delle indicazioni etiche fondate. Non si potrà avere una visione d'insieme, sintetica, globale se non ci porremo

il quesito: *chi è l'uomo?* E avremo una risposta soprattutto nelle considerazioni antropologiche. Essenzialmente possiamo affermare, per quel che ci concerne, anche se può sembrare pleonastico, che *l'uomo è una persona*; ovvero è una *unitotalità somato-psichico-spirituale*, che vale di per sé, per quello che è e non solo per quello che fa o che ha. La persona, ogni persona, è un individuo sostanziale di natura razionale - "*rationalis naturae individua substantia*"⁴⁶, - che tra le altre caratteristiche ha quella di potersi trascendere e di essere *aperta all'altro e all'Assoluto*. In poche parole la persona, questa unitotalità somato-psichica-spirituale, è *uno spirito incarnato*⁴⁷. La persona è una creatura e in quanto tale non può disporre della sua vita, che deve essere gestita da ciascuno per sé e per gli altri con libertà ma che deve purtuttavia essere tutelata con estrema responsabilità. La Bioetica personalista, pertanto, si pone nei confronti di ciascun essere umano con spirito rispettoso della dignità di ciascuna persona a partire dal suo concepimento, attraverso tutti gli stadi della vita, fino alla morte naturale. Le problematiche bioetiche, che riguardano l'Andrologo, quali il *consenso informato*, nel più vasto rapporto medico-paziente, la *sperimentazione e la prescrizione farmacologica*, la già ricordata *procreazione artificiale*, la *clonazione*, il *trapianto di organi* - si pensi alla riflessione sulla liceità del per ora solo ipotetico *trapianto di gonadi!* -, *l'allocazione delle risorse* e la *sessualità*, con particolare riferimento alle problematiche della *genitalità*, in tutte le età della vita, e anche nella senescenza⁴⁸, sono numerose e complesse, molto più complesse della metodica di raccolta del seme, che pur nella sua semplicità di primo acchito, abbiamo visto presentare una sua complessità problematica. L'abbiamo portata ad esempio e ne abbiamo parlato, come invece non faremo per tutte le problematiche che qui abbiamo solo accennato per il fatto che richiederebbero una trattazione diffusa e particolareggiata. Vogliamo ritornare soltanto sul problema, di cui ci siamo occupati in altra sede⁴⁹, delle nuove terapie farmacologiche venute alla ribalta delle cronache del tutto recentemente per contrastare la disfunzione erettile e lo faremo soltanto per portarlo ad esempio nella descrizione della metodologia bioetica, riprendendo quanto avevamo già affermato.

La metodologia bioetica

Abbiamo fin qui visto come molto spesso i problemi che vengono posti dal paziente all'andrologo non sono risolvibili solo in una dimensione tecnica, asettica e priva di valutabilità. Spesso, se non sempre, in clinica il medico è costretto ad esprimere delle valutazioni. Possiamo ben dire che la clinica non può essere in alcun modo avalutativa, ma che la sua valutatività, sempre presente, deriva oltre che dai dati tecnici e scientifici, da cui è pur necessario partire, dalle implicazioni antropologiche e morali, che quasi sempre accompagnano il problema posto in essere. L'andrologo allora non potrà esimersi dal percorrere una strada che lo porti con razionalità e in base a valori scelti e condivisi insieme al paziente verso una scelta che sia la migliore nel rispetto della dignità e del bene integrale di tutta la persona di entrambi, anche se *in primis* prevale il bene del paziente, e non solo a livello somatico, ma vieppiù ai livelli psichico e spirituale. A nostro giudizio è allora prudentiale percorrere una strada - metodo deriva appunto dal greco μέθοδος, da μετά attraverso e ὁδός strada - che conduca a scelte prudenti e corroborate da principi razionali che possano fondarsi su una forte base antropologica. A tale proposito, abbiamo sempre sostenuto l'adeguatezza alla complessa realtà in cui ci muoviamo, riflettiamo e agiamo, del *metodo triangolare* di Sgreccia⁵⁰, che prevede di dare *fondamento antropologico e metafisico* alla soluzione dei problemi morali.

"La metodologia triangolare prevede anzitutto la considerazione del fatto scientifico sperimentale (A) nella sua oggettività, la cui esplorazione può richiedere diverse competenze mediche. I dati di questo esame, per assumere il loro significato unitario e globale, dovranno confrontarsi con l'antropologia (B), cioè con la visione della persona umana nella sua ricchezza e peculiarità: ad esempio altro è il significato della sperimentazione sull'animale, altro è il significato della sperimentazione sull'uomo e, in questo secondo caso, ... altro è la sperimentazione sul malato cosciente e sul sano volontario e tutt'altro è il senso che acquista la sperimentazione sul bambino, sull'embrione e sul malato mentale. Da questo punto-vertice, quello antropologico, occorre pensare al terzo punto (C), quello delle indicazioni operative, etiche anzitutto"⁵¹.

Per tale motivo il *personalismo* si oppone a visioni etiche che rifuggono dalla verità, oppure che approvano come unica verità

quella dell'autonomia intesa in senso liberal-radical⁵², che porta inesorabilmente al relativismo morale; si oppone inoltre all'*utilitarismo*, al *contrattualismo*, al *proceduralismo*, al *sociobiologismo* e a quanto altro non difenda la vera realtà dell'essere uomo. Critica anche l'approccio ai problemi bioetici col metodo del *principialismo* di Beauchamp e Childress, che continua ad ottenere tanto favore in campo internazionale nella riflessione bioetica e che, come dicevamo anche in precedenza, si rifà ai *principi di beneficalità, non maleficalità, autonomia, giustizia*, che tra l'altro hanno il grande difetto di valere *prima facie*. Quello che comunque viene contestato al *principialismo*, non è tanto il fatto di rifarsi a dei singoli principi, quanto, come anche abbiamo detto, di non cercare di dare loro un fondamento appropriato. Ecco perché anche il *personalismo ontologico* possiede dei principi, che però cercano di radicarsi in una teoria etica ben fondata, come abbiamo cercato di delineare più sopra. Tenendo presente quanto fin qui detto, a nostro avviso il personalismo fornisce un fondamento ad una metodologia che si arricchisce percorrendo una strada con allo sfondo un cognitivismo etico che sarebbe di quanto più realistico si possa pretendere per un approccio alle problematiche etiche poste dalla clinica. Siccome però, come abbiamo avuto modo di dire, non tutti si riconoscono nella stessa teoria bioetica, prendendo atto del pluralismo imperante, può essere anche utile, dovendo affrontare un caso clinico particolare, una scaletta mnemonica di cose da fare, in cui sono indicati i passi da compiere per operare un'analisi di un problema morale concreto che possa risultare per tutti soddisfacente. In questo senso seguiremo le indicazioni date da Paolo Cattorini nella strategia del *ragionamento etico in situazione*⁵³. Innanzitutto A) *si individua il problema morale*. È necessario allora distinguere gli elementi tecnici da quelli etici; quindi bisognerà indicare gli ulteriori elementi fattuali che si vogliono conoscere. Quindi B) *si esprime un'immediata valutazione*; e si decide la preferenza per una certa soluzione. A questo punto è necessario C) *giustificare la propria preferenza*; bisogna individuare i principi e i valori in conflitto; indi bisognerà esporre le argomentazioni a sostegno della propria valutazione ricorrendo a regole, principi e teorie etiche. A questo punto è necessario D) *con-*

frontare la propria posizione con le altre, riconoscendo l'esistenza di valutazioni morali diverse dalla propria, ricostruendo le giustificazioni addotte al loro sostegno, individuando i punti in cui esse paiono meno convincenti e confessando le zone d'ombra della propria posizione. È necessario allora E) *abbozzare una soluzione in merito al problema morale di partenza*, confermando o smentendo la valutazione inizialmente espressa. È necessario poi F) *indicare i metodi per comporre un eventuale dissenso che rimane insanabile entro l'équipe o fra gli attori morali coinvolti*. Infine è necessario G) *raccomandare una strategia per prevenire o limitare in futuro le contraddizioni più gravi*.

A questo punto possiamo prendere in considerazione le nuove possibilità terapeutiche – farmacologiche per combattere le disfunzioni erettili. Dal 14 ottobre 1998 la faticosa *pillola azzurra*, il *Viagra*, ovvero il *sildenafil*, anche in Italia è ora a disposizione di tutti i medici e in particolare degli andrologi per il trattamento delle disfunzioni erettili, così come presto lo sarà l'*apomorfina*, ormai entrata nell'uso in diversi Paesi europei. Preso atto del fatto che si conoscono ormai bene gli effetti benefici e gli effetti collaterali del farmaco, che potrà essere usato con competenza, ci si chiese e ci si continua a chiedere se sono sufficienti anche per questo tipo di farmaco le sole considerazioni biologiche. La risposta è ovviamente no, anche in relazione alle riflessioni fin qui condotte. Nella misura in cui si vede nell'essere umano qualcosa in più di un organismo, ovvero si abbia la consapevolezza di avere di fronte non un oggetto, bensì una persona, quindi un soggetto e non un puro oggetto biologico, allora la risposta al nostro quesito è che il discorso sulle potenzialità di un farmaco importante come il *sildenafil* non possono essere riducibili a semplici considerazioni farmacologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche. Gli Andrologi non possono considerare la sola funzione genitale, nella considerazione degli effetti del farmaco a livello della semplice erezione, che pure è importante per un uomo, ma che è ben poca cosa se non inquadrata in un contesto molto più ampio e se ridotta ad una pura e semplice funzione strumentale. Il problema della sessualità non può risolversi semplicisticamente con argomentazioni solamente biologiche e relative alla sola funzione genitale. Trattandosi

del *sildenafil*, ovvero di un farmaco particolare, che riguarda la cura di un aspetto particolarmente importante della vita di un uomo, ovvero la sessualità, implicando la totalità della sua dimensione somato-psichico-spirituale, c'è la necessità che si affronti il problema della *eticità* del farmaco soprattutto nel momento prescrittivo. Tanto per fare un esempio, è lecito che un paziente che abbia una disfunzione erettile e che richieda all'andrologo la prescrizione del farmaco, la ottenga sempre e comunque? E l'andrologo da parte sua prescriverà, oppure dovrà prescrivere sempre e comunque il farmaco? Il medico nel prescrivere il farmaco si deve fermare al piano dell'organismo, della disfunzione somatica, dell'efficacia, degli effetti collaterali, oppure è necessario che *vada oltre* considerando l'uomo che ha davanti a sé nella sua interezza, nella sua integralità? Tutti i farmaci hanno una *dimensione etica*, ma i farmaci che interferiscono con la funzione sessuale, secondo noi, la possiedono a maggior ragione. Viste le perplessità morali sollevate da più parti all'uscita del farmaco, il 15 maggio 1998, il Comitato Nazionale per la Bioetica diffuse un comunicato sugli *Aspetti bioetici delle nuove terapie andrologiche*, nel quale conduceva alcune riflessioni sul problema dell'impotenza sessuale maschile o meglio sull'insufficienza erettile, che è fisiologica nell'età avanzata, ma che in età giovanile può configurarsi come malattia, psicogena e/o organica, primitiva o secondaria, con conseguenze notevoli sul piano personale e sociale, e recitava che

*"per la soluzione di problematiche bioetiche di questa complessità, possiamo ricorrere a diversi principi (autonomia, beneficiabilità, giustizia, utilità); ma l'unica garanzia di un rispetto pieno ed integrale dell'essere umano risiede in una visione non riduttiva né settoriale della sua salute e della sua dignità"*⁵⁴.

Cerchiamo allora di analizzare alcuni punti dei possibili problemi sollevati dall'uso del *sildenafil*, affrontabili in chiave anche bioetica, cercando di percorrere la strada, il metodo, proposto più sopra. Il *sildenafil* è un farmaco e come tale è analogabile a qualunque altro farmaco e come qualunque altra sostanza farmacologica deve rispondere sul piano clinico innanzitutto al *principio terapeutico*, secondo il quale un farmaco, come ogni

trattamento medico, deve rispettare l'integrità, ovvero *la totalità della persona*. Per esempio, una amputazione è lecita solo in casi in cui è a beneficio della totalità, ovvero dell'intero organismo, o meglio a beneficio della salute complessiva e della sopravvivenza del paziente; un medico amputa un arto soltanto se vi è una gangrena che, qualora non eliminata, potrebbe mettere in pericolo tutto l'organismo; per il duplice effetto, è moralmente lecito asportare l'arto, solo perché non è intenzionalmente primaria l'asportazione stessa dell'arto, ma è secondaria alla scelta, in questo caso indispensabile e proporzionata, di asportare la gangrena. Nel caso dei farmaci per la cura dell'impotenza erettile, come il *sildenafil*, di principio c'è una intrinseca *liceità morale* del farmaco, ma nella misura in cui si rispetti il *principio terapeutico*, ovvero in misura del rispetto del *rapporto rischi/benefici*, nei casi in cui il trattamento abbia una sua *ratio*. Nel caso, per esempio, di un paziente che attraverso l'assunzione del *Viagra* riesce a normalizzare la sua funzione erettile, che gli consente di avere un rapporto sessuale completo, in precedenza compromesso dalla disfunzione organica, consentendogli tra l'altro di poter procreare naturalmente, lì dove prima non vi era per la coppia questa possibilità, si capisce come il *Viagra* sia consonante col principio terapeutico e sia di conseguenza lecito sul piano morale. Non sono invece lecite sia l'assunzione sia la prescrizione del farmaco nella misura in cui non si rispetti il *principio di totalità* e si cerchino edonisticamente delle superprestazioni, che tra l'altro non sono previste dalla farmacodinamica del farmaco che agisce solo lì dove è presente una disfunzione erettile. A tale proposito il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica recita che

*"non è da considerarsi terapia il supposto – ma assai dubbio – potenziamento della attività sessuale in un soggetto normale che desideri solo superprestazioni. Si configurerebbe in tal caso un doping o una farmacologia del desiderio cui è estranea deontologicamente ed eticamente la prassi medica"*⁵⁵.

Fin qui abbiamo valutato il caso dal nostro punto di vista personalistico; proviamo ora a misurarci con il *principio di autonomia*, che dal mondo del dibattito bioetico sta sempre più guada-

gnando l'attenzione dell'opinione pubblica. Diciamo subito, contrariamente a quanto si intende nella maggior parte dei casi, che l'*autonomia*, però, non è solo del paziente, ma vi è anche quella del medico, come abbiamo già detto, e quest'ultima si può far coincidere con il *principio di integrità morale della professione*. La prescrizione, a tale proposito, non può partire se non da un atto che propriamente è medico. La prescrizione, infatti, deve essere fatta secondo *scienza e coscienza*. Ecco che il *principio di autonomia* confligge con la stessa autonomia del medico. Bisogna allora analizzare il problema da un'altra prospettiva. Forse nel *rapporto medico-paziente* che si configuri secondo il *principio di beneficenza nella fiducia*, si può ottenere qualche risultato migliore. Ma il bene del medico non deve confliggere con quello del paziente e viceversa. Il medico in tal caso consiglia da buon amico e informa il paziente sui benefici complessivi, e non solo su quelli riduttivamente funzionali, biologici, e sui rischi della terapia; saranno insieme, quindi, il paziente e il medico a decidere, dopo avere condiviso la scelta, il trattamento da eseguire. Il medico può e talora deve spiegare che non è possibile alcun trattamento, onde evitare ulteriori danni, se non false speranze, al paziente. Nel caso in cui sia il paziente a suggerire la terapia al medico, questi non dovrà accondiscendere prontamente sempre e comunque al desiderio espresso dal paziente, senza aver vagliato il problema nel caso particolare, attenendosi con competenza clinica e consapevolezza etica ai principi di riferimento. Sarà la valutazione globale, e non riduttiva, del caso, a far decidere della fattibilità della prescrizione, che potrà anche non avvenire nel caso in cui il medico abbia ritenuto non benefica la prescrizione, proprio in conformità al suddetto *principio di integrità morale della professione medica*. L'*alleanza terapeutica* rappresenta spesso un terreno necessario per risolvere i conflitti tra principi diversi. Resta il fatto, però, che, la soluzione dei problemi e dei possibili conflitti si può trovare più facilmente, anche secondo la nostra esperienza clinica, facendo riferimento piuttosto al *principio di libertà e responsabilità*, in una *dimensione etica di impostazione personalista*. *Libertà e responsabilità* non possono essere scindibili, dal momento che l'una implica l'altra e viceversa. La *libertà*, sia del medico che del paziente, è vera-

mente tale solo nella misura in cui riesce a far *rispondere* a sé e agli altri della scelta che si fa relativamente a quello che si è e alla dignità che si ha. Ribadiamo a tale proposito che sul piano morale, non tutto quello che è possibile fare è consequenzialmente lecito, soprattutto quando non venga rispettata la dignità dell'uomo. In definitiva, il *Viagra*, come anche i farmaci ad esso analoghi, lo possiamo ritenere un farmaco che ha *valore sul piano clinico* ma ha *valore anche sul piano morale*, purché vengano rispettati quei principi che sopra abbiamo esposto quali il *principio di terapeutività* e il *principio di responsabilità e libertà* in dipendenza dal *principio personalista della corporeità*. L'uomo, come dicevamo, non ha soltanto un corpo, è anche *corpo*, e in particolare *quale* corpo: è *uno spirito incarnato*, è *una unitotalità somato-psichico-spirituale*, che non può essere assolutamente riducibile a semplice materia, a puro organismo, a sole funzioni, e nella fattispecie all'unica funzione sessuale, e ancora più riduttivamente a funzione genitale. Solo nella *dimensione antropologica* che si riuscirà a dare all'uomo si potranno affrontare globalmente anche i problemi della sessualità, le sue disfunzioni e il relativo trattamento.

Conclusioni

L'andrologo è un professionista nato soltanto da alcuni decenni nell'ambito della medicina interna, come abbiamo potuto vedere dai brevi cenni storici relativi all'origine della nuova disciplina dell'andrologia. Egli è relativamente '*giovane*', ma riteniamo che sia di già sufficientemente maturo, come in genere oggi i giovani sanno essere, se decidono di esserlo, perché hanno i mezzi per poter fare quanto in altri tempi i loro coetanei non potevano permettersi di fare. Egli ha l'onore di avventurarsi in un campo meravigliosamente affascinante, dove gli viene richiesta una competenza scientifica particolarmente selettiva e approfondita, che gli richiede però anche un onere particolarmente impegnativo di studio e aggiornamento continui. Ma l'onere maggiore è quello di un diuturno lavoro affrontato con responsabilità morali non indifferenti che lo chiamano a testimoniare una particolare integrità personale che si rifletta sulla serietà e integrità di tutta la classe professionale medica che egli

rappresenta. I mezzi che l'andrologo ha a disposizione sono oggi essenzialmente quelli che la bioetica, questa altrettanto nuova disciplina coetanea alla stessa andrologia, come abbiamo visto, gli offre per poter affrontare con competenza e consapevolezza etica una professione che lo pone davanti a numerosi dilemmi morali. Oggi la Bioetica, con il suo armamentario teorico, metodologico e pratico, che finalmente è entrato di diritto nel *Cursus studiorum* delle Facoltà di Medicina, insieme alla Storia della Medicina, nei Corsi integrati di Scienze Umane, rappresenta una conquista non indifferente per la professione medica, e i giovani studenti di oggi, i medici in formazione, avranno una marcia in più per esercitare la professione aspirando ad essere quel *buon medico*, che deve essere caratterizzato *in primis* da perizia e abilità scientifiche e tecniche particolarmente profonde, ma anche da una sana preparazione e consapevolezza umanistica. Nell'affrontare le delicate problematiche cliniche, l'andrologo si troverà ineludibilmente, nel bilanciamento dei dati biologici, fisici, psicologici, spirituali, a cimentarsi con scelte difficili e non sempre risolvibili nel migliore dei modi; sarà però importante un atteggiamento il più possibile prudentiale nel massimo rispetto della *dignità integrale della persona umana*. Sarà inoltre proficuo, in tale dimensione, che sia consapevole della sua capacità del bene e del vero, a cui ogni uomo deve cercare di tendere. Ognuno di noi deve sforzarsi in *prima persona* di affinarsi e di accrescersi in conformità ad una eccellenza di tipo sapienziale, piuttosto che soltanto in conformità all'efficienza scientifica e tecnica. A tale proposito ci sorregge *l'etica delle virtù*⁵⁶, che come è stato messo di recente in evidenza⁵⁷, non solo è compatibile con il *personalismo*, ma ne rappresenterebbe una delle attuali nuove configurazioni nel pensiero di McIntyre⁵⁸. Questo filosofo infatti avrebbe dato nuovo senso e vigore ad una prospettiva di pensiero, il *personalismo* appunto, che nella sua dinamicità metamorfica e fenomenica vedrebbe sempre viva e vegeta, anzi rinata la sua essenza: la *persona*.

"Ricoeur ... già nel 1983 pubblicava ... 'Meurt le personalisme, revient la personne'. Il personalismo come movimento tipicamente antideologico declina, anzi muore col morire delle ideologie, rinasce tuttavia il suo fondamento speculativo: la persona"⁵⁹.

L'etica delle virtù, nella misura in cui riesce a far guardare al *telos* del bene e del vero, bene e vero che nello stesso tempo sono informati alla *lex fundamentalis* rappresentata dalla legge morale naturale⁶⁰, normativa, in quanto propria dell'indole di ciascun uomo, così come sono normative la *vita buona* e la *felicità* a cui tendiamo per natura, ci aiuta a scoprire che se per taluni versi è d'uopo la domanda "*Che cosa devo fare?*", per altri versi la domanda "*Chi voglio essere?*", o meglio "*Quale uomo voglio diventare?*", o meglio ancora "*A quali sviluppi del mio essere voglio tendere?*" è un interrogativo che ci chiama a rispondere – *la responsabilità!* – direttamente, *in primis*, con tutto il nostro essere, con tutta la nostra intelligenza, con la nostra volontà, con la nostra libertà.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Cfr. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. Bari, Editori Laterza, 1994.
2. Cfr. PREMUDA L., *La costituzione delle specialità*. In: GRMEK M., *Storia del pensiero medico occidentale*. 3. *Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma, Editori Laterza, 1998.
3. Cfr. SOLDINI M., *Bioetica e Medicina Interna*. La Clinica Terapeutica 1998; 149, 5: 365-368.
4. Cfr. SCHAFFNER K. F., *Philosophy of Medicine*. Ch. Eight. In: *Introduction to the Philosophy of Science*. New Jersey, Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1992.
5. Il primo trapianto di rene su un uomo fu eseguito nel 1954 da Joseph Murray, premio Nobel nel 1990. Nel 1963 furono eseguiti il primo trapianto di fegato sull'uomo da parte di Thomas Starzl e il primo trapianto di polmone da James Hardy. Nel 1967 Christiaan Barnard eseguì il primo trapianto di cuore su un uomo. Nel 1998 i medici Jean-Michel Dubernard e Earl Owen compiono il primo trapianto di un arto.
6. Cfr. PIO XII, *Discorsi ai medici*. Roma, Edizioni Orizzonte Medico, 1960⁶.
7. Cfr. RUSSO G. (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*. Roma, Armando Editore, 1995, pagg. 15-17 e SOLDINI M., *Argomenti di Bioetica*. Roma, Armando, 1999.
8. Cfr. FORTI U., *Storia della scienza nei suoi rapporti con la filosofia, le religioni, la società*. Dall'Oglio Editore, 1969, vol. 6.
9. Cfr. RUSSO G. (a cura di), *op. cit.* nota 7.
10. POTTER V. R., *Bioethics. The Science of Survival*. *Prospectives in Biology and Medicine* 1970; 14: 120-153.
11. Cfr. JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino, Einaudi, 1996³ e JONAS H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Torino, Einaudi, 1997.
12. POTTER V. R., *Bioetica ponte verso il futuro*. Messina, Sicania, 2000.
13. Cfr. RUSSO G. (a cura di), *op. cit.* nota 7, e SGRECCIA E., *Manuale di bioetica. Volume I, Fondamenti ed etica biomedica*. Milano, Vita e Pensiero, 1999.
14. REICH W. T., *Il termine "bioetica". Nascita, provenienza, forza*. In: RUSSO G. (a cura di), *op. cit.* nota 7, pp. 157-206.

15. Cfr. SGRECCIA E., *op. cit.* nota 13.
16. Cfr. REICH W. T., *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Mac Millan, 1995.
17. Rimandiamo per una più diffusa trattazione della storia della bioetica a RUSSO G. (a cura di), *op. cit.* nota 7 e SOLDINI M., *op. cit.* nota 7.
18. Cfr. GUARINI G., *I cento Congressi della Società Italiana di Medicina Interna*. Roma, Società Editrice Universo, 1999.
19. Cfr. FABBRINI A., ISIDORI A., SANTIEMMA V., *Medicina Interna e riproduzione: gli ipogonadismi maschili*. Atti del 90° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Roma 16-20 ottobre 1989, Edizioni Luigi Pozzi, Roma, 1989, pagg. 1-160.
20. *Ibidem*, pag. 3.
21. *Ibidem*, pag. 3.
22. *Ibidem*, pag. 8.
23. Cfr. REICH W., *La rivoluzione sessuale*. Milano, Feltrinelli, 1963.
24. Per il dibattito sulla sessualità in quegli anni si veda anche MARCUSE E., *Eros e civiltà*. Torino, Einaudi, 1964 e MARCUSE E., *L'uomo a una dimensione*. Torino, Einaudi, 1967 e HORKHEIMER M., ADORNO T. W., *Dialettica dell'illuminismo*. Torino, Einaudi, 1966.
25. Cfr. SOLDINI M., *Bioetica e medicina. Quale futuro?* In: SOLDINI M., *op. cit.* nota 7.
26. Per il problema della corporeità la letteratura è copiosa. Si rimanda tra gli altri a uno degli ultimi volumi usciti di recente: MARZANO PARISOLI M. M., *Norme e natura: una genealogia del corpo umano*. Napoli, Vivarium, 2001.
27. Cfr. MARCEL G., *Giornale metafisico*. Roma, Abete, 1966.
28. In questa sede non abbiamo modo di poter compiere una rassegna su quanto ci sarebbe da dire a proposito della sessualità soprattutto in una considerazione complessiva che mediti sui fondamenti dell'antropologia filosofica. Rimandiamo così a PALUMBIERI S., *Antropologia e sessualità*. Torino, Società Editrice Internazionale, 1996 e LUCAS R., *Antropologia e problemi bioetici*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo, 2001.
29. Cfr. EDWARDS R., *La vita prima della nascita*. Milano, Edizioni Frassinelli, 1990.
30. Riprendiamo qui la definizione di Bioetica data da W. Reich e accettata dal maggior numero di studiosi. Cfr. *op. cit.* nota 16.
31. Per una ampia rassegna delle problematiche bioetiche che riguardano la procreazione medicalmente assistita, la clonazione, la sperimentazione e la manipolazione sugli embrioni si veda SOLDINI M. (a cura di), *Bioetica della vita nascente. 'In pueri homo'*. Roma, CIC Edizioni Internazionali, 2001.
32. Cfr. RORTY R., *La filosofia dopo la filosofia*. Roma-Bari, Editori Laterza, 1989.
33. Cfr. NEPI P., *Individui e persona. L'identità del soggetto morale in Taylor, McIntyre e Jonas*. Roma, Edizioni Studium, 2000.
34. Si rimanda pertanto alla letteratura esistente. Cfr. RUSSO G., *La fecondazione artificiale. Riflessioni bioetiche*. In: SOLDINI M. (a cura di), *op. cit.* nota 30. Inoltre PESSINA A., *La nascita e l'origine: aspetti etico-antropologici della generazione extracorporea*. In: PESSINA A., *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano, Bruno Mondadori, 1999 e RUSSO G. (a cura di), *Bioetica della sessualità*. Leumann (TO), Elledici, 1999. FERRANDO G., *Libertà, responsabilità e procreazione*. Padova, CEDAM, 1999 e MORI M., *La fecondazione artificiale*. Roma-Bari, Editori Laterza, 1995.
35. Vedi nota 19.
36. Cfr. BOMPIANI A., *Bioetica in Medicina*. Roma, CIC Edizioni Internazionali, 1996.
37. A tale proposito ricordiamo a titolo di cronaca che il 29 agosto 2000 a Denver negli Stati Uniti è nato il primo bambino geneticamente predeterminato a scopo terapeutico, derivato da una selezione di 15 embrioni ottenuti con la fecondazione *in vitro* con i gameti dei genitori, portatori sani di una anomalia genetica che provoca la leu-

- cemia. Il bambino è stato concepito per consentire il trapianto di midollo ad una sorellina affetta dalla malattia. A tale proposito, senza scendere nei dettagli, ci sembra di poter dire che le problematiche etiche legate a questo caso di *eugenetica* sono molteplici e che seppure il fine è buono, il mezzo ci sembra non esserlo per innumerevoli motivi. Motivi che forse potranno scaturire in parte da quello che diremo in seguito alle riflessioni che stiamo per fare.
38. ISIDORI A., *Prelievo, diagnostica e conservazione dello sperma*. In: BOMPIANI A., *op. cit.* nota 34.
 39. Per maggiori dettagli sulle teorie etiche è sufficiente segnalare e rimandare ai principali Trattati o Manuali di Bioetica, quali ANGELETTI L. R., *Storia della medicina e bioetica*. Milano, Etaslibri, RCS, 1992. ENGELHARDT H. T. Jr., *Manuale di bioetica*. Milano, Il Saggiatore, 1999. SGRECCIA E., *Manuale di bioetica, Volume I, Fondamenti ed etica biomedica*. Milano, Vita e Pensiero, 1999. BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F., *Principi di etica biomedica*. Firenze, Casa Editrice Le Lettere, 1999. GRACIA D., *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*. Milano, Vita e Pensiero, 2001 e in particolare il capitolo di CATTORINI P. e REICHLIN M., *La bioetica: storia, teorie, problemi*, pagg. 157-180.
 40. Per avere una visione complessiva e approfondita delle diverse teorie etiche e per orientarsi nella selva problematica delle medesime, soprattutto nel loro momento conflittuale, proponiamo di vedere il saggio di ABBÀ G., *Quale impostazione per la filosofia morale? Ricerche di filosofia morale - I*. Roma, LAS, 1996. In particolare, l'Autore sostiene la tesi che sia necessario superare l'etica vista *dalla parte della terza persona* per approdare ad un'etica della prima persona, in conformità al recupero della *tommaseiana etica delle virtù*. Questa figura di etica non solo appare originale e difendibile dal punto di vista razionale e argomentativo, ma potrebbe essere il punto di incontro tra interlocutori diversi, che piuttosto che rifarsi a differenti teorie etiche, con il rischio di rimanere *stranieri morali*, cercano di sviluppare il loro essere in un *divenire virtuoso* che abbia come *telos* la vera vita buona e felice di ciascuno e di tutti; *telos* che nello stesso tempo si configura come *normativo* per ciascuna persona. Queste considerazioni ci paiono interessanti e stimolanti anche per il campo della Bioetica, in quanto siamo convinti che sia necessario per chiunque si occupi di questa disciplina, viste le delicate problematiche che affronta, cercare di superare gli steccati ideologici, alla ricerca di un dialogo razionale e realistico che faccia superare le barriere delle divisioni e delle intolleranze, ma che soprattutto ricerchi il vero bene di e per ciascuna persona e di conseguenza di e per tutta la comunità.
 41. Del tutto recentemente una delle più importanti riviste filosofiche italiane ha dedicato a questa problematica, molto sentita, un numero in cui la questione è stata presa in esame monograficamente. Cfr. LECALDANO E., VECA S., *La qualità della vita*. Rivista di filosofia, 2001; 1, XCII.
 42. A tale proposito si veda il saggio di PRIVITERA S., *Antropocentrismo come fondamento ed avvio alla riflessione etica*. In: SORICELLI E. e BARCARO R. (a cura di), *Bioetica e antropocentrismo etico*. Milano, Franco Angeli, 1998. Siamo d'accordo con l'Autore quando sostiene che *"proprio perché antropologicamente fondata e proprio perché il suo oggetto fondamentale è il valore vita, la bioetica può accomunare tutti in questa ricerca dialogica delle più adeguate soluzioni per i problemi normativi relativi alla vita"*, e pertanto *"non può esserci... una bioetica laica... e non può esserci nemmeno una bioetica cattolica. C'è e deve esserci una bioetica senza aggettivazione..."*. Tuttavia nella realtà personale e socio-politico-culturale spesso non è possibile esimersi dal precisare e difendere quella che è la propria appartenenza, soprattutto quando ci si batte, collocandosi in una dimensione di tipo *cognitivistica*, per una *verità* che possa venir negata da atteggiamenti altrui riduzionistici se non nihilistici.

43. Cfr. uno degli ultimi contributi in letteratura di uno dei più affermati sostenitori della *Bioetica laica*: LECALDANO E., *Bioetica. Le scelte morali*. Roma-Bari, Editori Laterza, 1999. Si veda anche il caposcuola della bioetica laica, da lui stesso denominata 'bioetica senza verità' SCARPELLI U., *Bioetica laica*. Milano, Baldini&Castoldi, 1998.
44. Basilare nel dibattito bioetico odierno la scuola di pensiero di SGRECCIA E., caposcuola del *personalismo ontologico*. Sgreccia è il fondatore del Centro e dell'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Per un approfondimento delle tematiche proprie del *personalismo ontologicamente fondato*, appena sfiorate in questo nostro contributo, si consiglia, tra le numerose opere pubblicate da questa Scuola di pensiero, l'approfondimento con i volumi SGRECCIA E., *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milano, Vita e Pensiero, e SGRECCIA E., *Manuale di bioetica. II. Aspetti medico-sociali*. Milano, Vita e Pensiero, 1996².
45. Cfr. BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F., *op. cit.*, nota 36.
46. Cfr. ORBETELLO L. (traduzione italiana di), BOEZIO S., *Contra Eutichem et Nestorium*. III, 25, Milano, Rusconi, 1979.
47. Fondamentale il saggio di LUCAS R., *Luomo spirito incarnato. Compendio di filosofia dell'uomo*. Cinisello Balsamo (Milano), Edizioni San Paolo, 1997².
48. Cfr. ISIDORI A., FRANCESCHI F., ROMANELLI F., *La costituzione biologica dell'anziano tra salute e malattia*. In: SOLDINI M., ACCETTELLA U., BURGALASSI S. (a cura di), *La bioetica e l'anziano. Prospettive e garanzie per una salute globale dell'anziano alle soglie del nuovo millennio*. Acireale (CT), Edizioni I. S. B., Istituto Siciliano di Bioetica, 1999.
49. Cfr. SOLDINI M., *Aspetti bioetici del Viagra* TM. La Clinica Terapeutica 1999; 150, n. 5: 33-36.
50. Cfr. il nostro SOLDINI M., *op. cit.* nota 7.
51. SGRECCIA E., *Manuale di bioetica. II. Aspetti medico-sociali*. Milano, Vita e Pensiero, 1996², pagg. 530-532.
52. Cfr. ENGELHARDT H. T. Jr., *op. cit.* nota 38. H. T. Tristram Engelhardt Jr. è tra gli esponenti maggiori di questa scuola di pensiero. In questa ultima edizione del suo Manuale, l'Autore attenua e addolcisce il concetto di autonomia, o meglio lo sostituisce con il *principio del permesso*, in una prospettiva maggiormente di tipo *contrattualista e proceduralista*, dove deve essere tenuto in considerazione massima il *consenso*. Non condividiamo questa impostazione per tanti motivi e soprattutto perché ha una concezione *debole* della bioetica, nel momento in cui relativizza i problemi, creando ad artificio i cosiddetti *stranieri morali*, spostando i problemi medesimi sul piano di sofistiche elucubrazioni che cercano il consenso in trattative di tipo politico. Riteniamo piuttosto che sia maggiormente produttivo e benefico per tutti, comuni amici e non stranieri morali, cercare di dare un *fondamento forte* alla bioetica, in modo da poter raggiungere quanto più possibile la tutela responsabile della vera libertà di ciascuno, soprattutto quando questo qualcuno non sia in grado di portare in prima persona le sue istanze in difesa dei suoi diritti fondamentali, tra cui quello di poter vivere
53. Cfr. CATTORINI P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano, Masson, 2000².
54. Cfr. *Il Comitato Nazionale per La Bioetica (1990-1998). Relazione al Presidente del Consiglio*. Comunicato sugli "aspetti bioetici delle nuove terapie andrologiche" (15 maggio 1998), pagg. 310-313, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1999.
55. Cfr. *Il Comitato Nazionale per La Bioetica (1990-1998). Relazione al Presidente del Consiglio*. Comunicato sugli "aspetti bioetici delle nuove terapie andrologiche" (15 maggio 1998), pagg. 310-313, *op. cit.* nota 52.

56. Oltre al già citato saggio di ABBÀ G., *op. cit.* nota 39 si vedano il libro dello stesso ABBÀ G., *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*. Roma, LAS, 1995² e il volume COMPAGNONI F. e LORENZETTI L. (a cura di), *Virtù dell'uomo e responsabilità storica. Originalità, nodi critici e prospettive attuali della ricerca etica della virtù*. Cinisello Balsamo (Milano), San Paolo, 1998. Segnaliamo inoltre dei fautori di un'etica delle virtù in bioetica le opere PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *Medicina per vocazione*. Roma, Edizioni Dehoniane, 1994 e PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*. Cinisello Balsamo (Milano), Edizioni Paoline, 1992 e il recente SAVIGNANO A., *Bioetica delle virtù. Il soggetto e la comunità*. Guida Editori, Napoli, 1999.
57. Cfr. NEPI P., *op. cit.* nota 32.
58. Il pensiero di questo filosofo è stato molto importante per la svolta determinata in pieno ambito analitico, con una volontà di recuperare la tradizione del pensiero occidentale e soprattutto continentale a partire da Aristotele e passando per S. Tommaso. Inoltre di fondamentale importanza la già accennata svolta nel contesto della filosofia pratica in cui si è proposto il passaggio, o meglio il ritorno, da un'etica di terza persona ad un'etica di prima persona. Cfr. McINTYRE A., *Dopo la virtù*. Milano, Feltrinelli, 1988.
59. Cfr. RIGOBELLO A., Prefazione a NEPI P., *Individui e persona. L'identità del soggetto morale in Taylor, McIntyre e Jonas*. *Op. cit.* nota 32. L'articolo citato da Rigobello è RICOEUR P., *Muore il personalismo, ritorna la persona....* In: RICOEUR P., *La persona*. BERTOLETTI I. (a cura), di Morcelliana, Brescia, 1998.
60. Cfr. GATTI G., *Legge naturale, morale e diritto positivo*. In: SOLDINI M. (a cura di), *Bioetica della vita nascente. 'In puero homo', op. cit.* nota 30.

Correspondence should be addressed to:
Maurizio Soldini, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Area di Medicina Interna,
Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - 00161 Roma, I