

Luisella Battaglia

INTRODUZIONE

È propria di questi anni la ricerca di un *pensiero complesso* che riunisca ciò che appare disgiunto e sappia discernere le interdipendenze e le retroazioni tra i fenomeni. La complessità è, in tal senso, una figura positiva giacché ripropone in termini non più antagonisti alcune coppie di concetti chiave del nostro approccio cognitivo al mondo (ordine/disordine, natura/ragione, spirito/corpo). Al paradigma di semplificazione, corrispondente al metodo cartesiano che intende dividere le difficoltà e trattarle separatamente, si contrappone un metodo per il quale la conoscenza delle parti non ha senso che se legata alla conoscenza di un tutto meritevole di essere studiato in sé stesso. Da qui il riconoscimento delle interrelazioni tra forme e aspetti del vivente, la consapevolezza delle retroazioni che si instaurano tra i fenomeni e il loro contesto e tra ogni contesto e quello planetario (ecologia delle azioni) e, infine, l'accettazione dell'incertezza, cioè degli elementi di imprevedibilità, innovazione e mutamento (fallibilismo).

È appunto il pensiero della complessità a proporre un collegamento tra le specifiche questioni attinenti alle diverse dimensioni della bioetica: medica, ambientale, animale.

Quanto alla *bioetica medica*, fondamentale è una nuova visione della corporeità. Nella concezione meccanicistica, fondata sulla separazione tra materia e spirito, il corpo viene concepito come una macchina costituita di parti scomponibili e manipolabili e i problemi mentali, a loro volta, vengono distinti da quelli somatici e quindi trattati disgiuntamente. Nella visione sistemica, al contrario, il corpo viene riguardato come un sistema complesso di parti interagenti in cui non è possibile separare il corporeo dal mentale. Ciò rappresenta un indubbio progresso dal punto di vista epistemologico – in quanto consente il superamento del dualismo cartesiano e di due opposti riduzionismi, il biologismo e il mentalismo – ma costituisce, altresì, un'acquisizione importante dal punto di vista etico: si recupera, infatti, la totalità dell'essere umano, in quanto il paziente viene riguardato come *persona* nell'unità inseparabile di tutte le sue dimensioni. Ne deriva un'antropologia rinnovata che considera l'essere umano come una totalità integrata di parti e vede la malattia come un prodotto dell'uomo intero: corpo, psiche, spirito, storia, società. I problemi della salute umana vengono inoltre collocati in una prospettiva ecologica, nella loro correlazione con la salute ambientale: da qui una definizione più ampia di *qualità della vita*.

Quanto alla *bioetica ambientale*, la visione del pianeta come sistema, unità complessa, fisico-biologico-antropologica, in cui la vita è un'emergenza della storia della terra e l'uomo è un'emergenza della storia della vita terrestre, fa sì che la nostra relazione con la natura non possa venir concepita in maniera riduttiva e separata. L'ecologia è la scienza che ha restaurato la comunicazione tra uomo e natura facendoci scoprire la fragilità di quest'ultima e avvertire la nostra responsabilità di custodi della vita nel cosmo immenso. La rivoluzione copernicana ha cominciato a iscriversi nella nostra coscienza generando un duplice sentimento: di spaesamento (siamo su un pianeta secondario, in una galassia marginale) e di appartenenza (questa è la nostra terra, la nostra unica dimora). La consapevolezza della *comunità di destino* terrestre ha costituito, come rileva Edgar Morin, l'evento chiave di fine millennio: occorre essere solidali con la Terra giacché la nostra vita è legata alla sua.

Infine, venendo alla *bioetica animale*, la filosofia della complessità ci insegna a ripensare in termini non antagonistici la coppia umanità/animalità. Proveniamo da una cultura fortemente antropocentrica che ha visto nell'animalità il disordine, il caos e il male e, per contrasto, nell'umanità l'ordine, la ragione e il bene. Il superamento, sia pure lento e graduale, di tale demonizzazione dell'animalità – grazie soprattutto all'apporto dell'etologia – ha avuto significativi riflessi in ambito etico. Stiamo diventando sempre più consapevoli che l'uomo non può essere l'unico referente del discorso morale; si tratta, dunque, di andare oltre un'etica incentrata sulla persona umana, secondo il monito di Albert Schweitzer per il quale «un'etica che si occupa solo degli esseri umani è disumana». Si apre, così, un orizzonte ulteriore del concetto di bioetica. Come può configurarsi, all'interno del pensiero della complessità, il rapporto con l'altro da me, il non umano? Innanzitutto l'altro è colui che – guardato – non mi restituisce l'immagine speculare di me stesso, delle mie categorie, delle mie certezze. L'altro crea un elemento di sconcerto, di perturbazione, mi costringe a mettermi in discussione, mi ricorda la mia finitudine, la mia incompletezza, il mio essere un *punto di vista* ma, aggiungerei, l'altro non è solo fuori di me giacché abita anche dentro di me. Una teoria della complessità dovrebbe aiutarci a prendere coscienza di questa dialettica di somiglianza e di diversità che contraddistingue il rapporto uomo/animale e del valore di diversità rappresentato dall'animale che occorre salvaguardare contro ogni antropomorfizzazione arbitraria.

Quali sono, infine, i riflessi di una visione ispirata al pensiero della complessità sul concetto di qualità della vita? Dobbiamo pensare in termini planetari la politica, l'economia, la demografia, la salvaguardia di tesori biologici, ecologici e culturali regionali. La stessa nozione di *qualità della vita* viene ridefinita in relazione a parametri più ampi che corrispondono agli interessi non solo dell'umanità attuale ma anche delle generazioni future, dell'ambiente e delle altre specie – i nuovi soggetti morali emergenti dalla bioetica.

Occorre, tuttavia, sgomberare il campo da un equivoco: quello di chi ritiene che il superamento dell'antropocentrismo avrebbe un esito antiumanistico. Si teme che la cura per l'ambiente e il rispetto per i non umani richiedano il sacrificio dei tradizionali obiettivi dell'etica umanistica: la giustizia, la libertà, il benessere, il progresso della conoscenza. In realtà, se pensiamo in termini di complessità e quindi riconosciamo la comunanza di destini tra uomo e natura, dobbiamo sforzarci di mettere in relazione le questioni relative all'ambiente e alla qualità della vita con quelle attinenti alla libertà e alla giustizia. La sfida è, dunque, di integrare i principi dell'etica umanistica con i nuovi doveri verso la natura e le altre specie. Si potrebbe parlare di un *umanesimo dell'alterità*, consapevole che l'esclusiva concentrazione sull'uomo significa immiserimento, atrofia del nostro essere, disumanizzazione. Un umanesimo aperto, capace di andare oltre le mura della città dell'uomo, nel riconoscimento di nuovi soggetti che appartengono anch'essi alla comunità di vita della terra.

I saggi qui raccolti sono accomunati dal progetto di guardare alla bioetica nell'orizzonte della complessità, un tema cui l'Istituto Italiano di Bioetica fin dall'anno della sua fondazione, nel 1995, ha dedicato costante attenzione, declinandolo in una pluralità di direzioni e di percorsi teorici ma con una sostanziale fedeltà ad un'idea di bioetica globale come *etica del mondo vivente*.

In questo quadro, Evandro Agazzi, ricostruendo la storia del termine 'bioetica', ne sottolinea il riferimento privilegiato, fin dalle origini, ai problemi etici sollevati dai rapporti tra nuove tecnologie, l'uomo e il suo ambiente. Il vocabolo fu coniato nel 1927 dal teologo e pastore protestante Fritz Jahr per designare i rapporti etici che avrebbero dovuto instaurarsi tra l'uomo e il mondo vegetale e animale, per poi essere ripreso, nel 1971, dal cancerologo americano Van Potter nel volume *Bioetica. Un ponte verso il futuro*. Appare degno di nota che, in entrambi i casi, la bioetica non facesse riferimento alla sola pratica medica, un settore che, negli anni successivi, sarà invece indicato come suo ambito specifico, se non esclusivo. Quali le ragioni? La spiegazione può esser fatta risalire ad una contingenza storica, legata al fatto che i due centri presso cui si svilupparono le ricerche e gli insegnamenti della bioetica furono, negli USA, lo "Hastings Center" e il "Kennedy Institute" entrambi indirizzati allo studio dei problemi etici connessi con la medicina. Ciò fece sì che non si ritenessero appartenenti alla bioetica rigorosamente intesa questioni come il trattamento degli animali o i rischi ambientali. Una situazione, questa, che oggi può considerarsi largamente superata grazie all'allargamento del campo disciplinare della bioetica, un allargamento che è conseguenza della natura eminentemente complessa dei problemi affrontati che esigono un'apertura interdisciplinare e una prospettiva rigorosamente sistemica. Da quanto detto risulta chiaro – sottolinea Agazzi – che l'etica animalista rientra a pieno titolo in una bioetica che,

pur partendo legittimamente da un interesse per il modo eticamente corretto di trattare gli esseri umani, si dilata, prendendo atto che nell'ecosistema esistono anche altre forme di vita non umane, quali appunto gli animali) anch'esse degne di attenzione etica.

La definizione di 'bioetica globale' proposta da Brunetto Chiarelli evidenzia anche essa il proposito di elaborare un nuovo modo di interpretare la relazione tra uomo e natura e di promuovere un 'umanesimo scientifico' che incorpori l'ambiente e tutte le forme di vita. Il superamento della divisione tra 'scienze della natura' e 'scienze umane' intende favorire una visione transdisciplinare che sappia considerare, nella loro interdipendenza, fenomeni biologici, sociali ed economici in modo di pervenire ad un nuovo tipo di educazione. Ne discende, sul piano etico, l'impegno per la protezione della biosfera nel quadro di uno sviluppo sostenibile in grado di assicurare un miglioramento della condizione umana a vantaggio anche delle future generazioni. Da qui la necessità, sia di una radicale trasformazione delle nostre concezioni etiche e sociali, ancora attardate, sia di un investimento in intelligenti innovazioni biotecnologiche che possano assicurare la sopravvivenza nostra e delle generazioni future su questo pianeta.

La nascita della bioetica può, per molti aspetti, riportarsi alla svolta in senso sistemico, storico e complesso avviata dalla filosofia morale. Secondo Giuseppe Gembillo, la ricostruzione del percorso che nel 900 ha segnato le tappe fondamentali della storicizzazione dell'etica – dalle indagini di Rachel Carlson sull'inquinamento e le sue devastanti conseguenze alle correlazioni stabilite dal medico oncologo Van Potter tra salute umana e ambientale – consente di definire quell'allargamento di orizzonte di senso della morale che riguarda ormai il pianeta Terra e tutte le creature che lo abitano. Ciò ha favorito la consapevolezza che l'uomo, in quanto agente morale, deve operare con rinnovata prudenza e saggezza dal momento che l'intero ecosistema è parte integrante del suo stesso essere, diventando – per riprendere l'espressione di Edgar Morin – "il copilota della natura". Ecco, dunque, profilarsi la "Nuova Alleanza" tra uomo e natura: grazie ad essa, l'etica, dopo essersi sviluppata in bioetica, dovrebbe trasformarsi in 'ecoetica' per far emergere pienamente la sua dimensione planetaria.

Ma come educare a pensare il tutto come una rete di relazioni? Come riconoscere la complessità del mondo, insieme naturale e umano, prodotto di storie molteplici, tutte eticamente rilevanti? E ancora, come scoprire la pluralità delle appartenenze dei popoli, delle culture e delle specie che abitano con noi la Terra? Altrettante sfide che richiedono, a parere di Franca Pinto Minerva, una vera e propria rivoluzione culturale che dovrebbe trovare nella scuola il suo luogo privilegiato. La scuola, in effetti, può diventare un laboratorio delle differenze che educi ad una nuova sensibilità nei confronti del mondo vivente, riallacci legami comunitari e riprogetti modi di sentire e pensare la natura

come un tutto organico di cui siamo parte integrante. Si tratta di conciliare la specificità delle singole maniere di esistere con l'istanza di un universalismo etico attraverso un'educazione dello sguardo che recuperi la creatività del vedere e sappia riannodare i fili di quelle 'reti della vita' che accomunano in uno stesso destino tutti i viventi. A tal fine vengono esaminate le importanti ricadute, in ambito pedagogico, delle categorie della 'differenza' e della 'pluralità'. Grazie ad esse si è avviata sia una rilettura del rapporto io/mondo evidenziando le trame di interconnessioni tra tutte le forme di vita, sia una ridefinizione del saper pedagogico come costitutivamente interdisciplinare, aperto a intrecci e contaminazioni con altri saperi: la biologia, la psicologia, la sociologia, la filosofia, la bioetica.

Come e a quali condizioni – occorre a questo punto chiedersi – potrebbe attuarsi una proiezione della cura in ambito pedagogico? A parere di Giuseppe Annacontini la cura si può e si deve insegnare ritrovando nella nostra memoria i modi e i luoghi del suo apprendimento: in casa, nella famiglia che promuove principalmente una comprensione emotivo-relazionale della cura; a scuola, nelle università e in ogni occasione formativa in riferimento alla cura per il sé come per il noi professionale, sociale e culturale; nella vita quotidiana, attraverso scenari urbani, ambientali, naturalistici che trasmettono l'insegnamento della cura per il bello e il rispetto dei beni comuni. Si deve tuttavia rilevare che se, da un lato, è evidente la pervasività delle azioni di formazione alla cura, lo è altrettanto l'assenza di un sapere pedagogico che pensi ad una progettualità coordinata e diffusa che consenta il passaggio dal momento formativo a quello propriamente educativo. Per promuovere una mentalità orientata alla cura occorrerebbe, innanzitutto, abbandonare l'idea che essa si identifichi con la sola pratica terapeutica per recuperare una visione della cura pedagogica rivolta primariamente alla relazione io-mondo e impegnata a istruire e educare sui modi di abitare la terra. Si tratta, pertanto, di cogliere la differenza sostanziale tra il semplice vivere biologico e funzionale e il più complesso abitare esistenziale, inteso sia come un fine che un mezzo di affermazione dell'umano. L'abitare richiede, infatti, che il soggetto sia formato al crocevia di istanze sociali e culturali che attivino una rappresentazione della cura di sé come cura dell'altro e del mondo, in un orizzonte di impegno pratico ed etico.

Il tema del rispetto e della dignità della persona, nella sua identità fisica e psichica, è cruciale per una bioetica multiculturale finalmente guarita da quella 'malattia dell'etnocentrismo' che induce a credere che la propria società sia la migliore e sia, pertanto, vocata ad una missione di civilizzazione universale. Laura Marchetti propone, a tal fine, di assumere quello che Lévi-Strauss chiamava "lo sguardo da lontano", capace di distaccarsi da sé e di posizionarsi con l'altro dal punto di vista dell'identità trascendentale del genere umano. La storia delle Conferenze Generali dell'Unesco contro i pregiudizi razziali, a

partire dal 1949, e dei documenti che ne seguirono si rivela particolarmente significativa. Se nella “Dichiarazione sulla razza e i pregiudizi razziali” (1978) ci si attiene ad un paradigma di derivazione straussiana – nell’evidenziare la necessità della ricerca di una comune identità terrestre, che salvaguardi le differenze nella loro autonomia e complessità, e nel sottolineare i limiti di un umanesimo ristretto, che esclude non solo gran parte degli esseri umani ma tutte le altre specie viventi – nella “Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti dell’uomo” (1997), dinanzi ai pericoli innescati dalle tecnoscienze, si ribadisce che, se le ricerche aprono nuove prospettive di miglioramento per la salute degli individui, devono evitare ogni forma di discriminazione nelle loro applicazioni e assicurare il rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo e la tutela della sua dignità. Nel corso degli anni, tuttavia, l’universalismo rispettoso delle differenze sancito nei primi due documenti viene sostanzialmente corretto. Anche l’analisi dei documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica dedicati alla bioetica interculturale, pur nella varietà dei temi, testimonia, a parere di Marchetti, un orientamento di tipo transculturale che rischia di approdare al misconoscimento delle diverse culture in nome dell’identificazione di valori comuni negoziabili, considerando le differenze una sorta di scandalo. Una soluzione auspicabile – secondo la proposta di alcune studiosse femministe e del movimento postcoloniale – è una ripresa del multiculturalismo che potrebbe assicurare un effettivo riconoscimento per le persone (o per identità collettive) che hanno scelto vite diverse e garantire quell’unica, vera ospitalità che, ci ricorda Derrida, può avvenire solo fra i più diversi e lontani.

Nel quadro di una bioetica davvero ‘globale’ occorre altresì definire la natura complessa della medicina nel suo intreccio colla realtà dell’esistenza umana, tenendo conto del fatto che la civiltà occidentale ha voluto attribuirle il carattere di ‘scienza’ secondo il modello proposto dalla modernità, che trova il suo punto di riferimento privilegiato nelle scienze naturali e nel metodo sperimentale. La medicina, tuttavia, – sottolinea Lourdes Velàzquez – non è soltanto scienza e non può pertanto curare le malattie guardando al corpo unicamente come a un sistema fisico-chimico, ignorando la realtà vissuta della persona malata. Intesa come attività pratica, la medicina può qualificarsi come ‘arte’, da intendersi in riferimento al concetto greco di *technè* e quindi ad una forma particolare di ‘scienza poietica’ finalizzata, in questo caso, al recupero della salute. Una concezione valida ancora oggi, una volta che non si riduca il sapere medico al modello delle scienze naturali e ci si riferisca ad un’idea del ‘curare’ come ‘prendersi cura’ della salute intesa in senso globale. Da qui l’importanza dell’etica: il moltiplicarsi delle tecniche mediche e delle scelte che esse aprono richiede, infatti, non un semplice giudizio di efficacia ma un giudizio di liceità morale. Ma qui si colloca anche il punto di intersezione tra l’etica e il diritto, dato il carattere socialmente rilevante della medicina e la necessità di prescri-

zioni legali relative al suo esercizio. In tal modo il terreno della bioetica si apre a quel settore specifico chiamato 'biodiritto' che riguarda questioni cruciali connesse con la tutela della vita, l'integrità del corpo e della salute, alla luce del progresso scientifico e tecnologico.

La natura complessa della medicina fa di essa un sapere storico per l'attività anamnestica e diagnostica, una scienza naturale per l'attività prognostica e predittiva e una tecnologica per l'attività terapeutica che ha al suo centro il 'prendersi cura'. Per questo, secondo Paolo Rossi, la medicina deve conoscere sempre meglio la propria storia, come momento insostituibile di autocomprensione e di crescita. Se la definiamo 'scienza della cura', privilegiamo un approccio che ne valorizza pienamente l'impianto umanistico, sulla scia di una cultura classica, e poi rinascimentale, che la vede affiancata dal sapere filosofico. Con ciò non si intende, in alcun modo, negare l'importanza della medicina cosiddetta 'accademica' ma, piuttosto, recuperare un ruolo di 'arte', in grado di ricomporre un'armonia incrinata dal male, individuando una visione complementare, interpretativa e terapeutica globale che riconosca la centralità della persona nella sua integrità psico-fisica. Lo sguardo del medico umanista è proprio, infatti, di colui che non fa 'medicina della malattia', ma 'medicina dell'uomo e per l'uomo'.

Come intendere dunque il tema, cruciale in ambito bioetico, della cura? Ivana Carpanelli ci invita a distinguere tra il 'curare' – che si manifesta in ambito strettamente sanitario ed è finalizzato alla guarigione o, almeno, all'eliminazione dei danni provocati dalla malattia – e il 'prendersi cura' – che investe ambiti sanitari e sociali e comporta un 'farsi carico' degli altrui bisogni, una capacità di comprendere e di accogliere il malato, riconoscendolo nella sua condizione di sofferenza e ascoltandolo in modo partecipe e non giudicante. Per quanto distinti, nel quadro dell'alleanza terapeutica 'curare' e 'prendersi cura' costituiscono un processo sinergico da cui può scaturire una nuova cultura clinico-assistenziale, basata sull'integrazione tra il modello di medicina fondato sulle prove di efficacia e quello che intende rispondere a bisogni specifici della persona nella sua unicità. Fondamentale, in questa prospettiva, è la consapevolezza della propria *vulnerabilità*, da intendersi come una condizione intrinseca dell'uomo, sano o malato, da cui può scaturire sia la capacità di empatia sia il sentimento di compassione. Ma altrettanto importante, nella pratica quotidiana della cura, è quell'educazione terapeutica del paziente che mira all'acquisizione di competenze necessarie a scelte condivise finalizzate alla ricerca di una 'buona vita'.

La riflessione sui limiti degli attuali modelli professionali e l'esigenza di renderli sempre più adeguati ai bisogni di salute, in vista dell'umanizzazione della medicina, ha condotto all'individuazione di un metodo per le professioni di cura che si è rivelato di particolare utilità per la formazione psicologica del

medico e dei componenti dell'equipe. Si tratta del metodo Balint – dal nome dello psicanalista ungherese che lo inventò – che consiste nella discussione di casi clinici problematici per focalizzarsi sulla relazione paziente/ curante al fine di analizzare e, auspicabilmente, superare le eventuali difficoltà riscontrate nel processo di cura. L'intento – chiarisce Claudia Frandi – è di valorizzare la dimensione psicologica del rapporto, nel riconoscimento delle differenze individuali che rendono unico ogni incontro, dando ampio spazio, nella discussione, ai problemi connessi con la personalità del paziente e del curante, alle loro interazioni, al ruolo della famiglia ma anche ai rapporti con altri soggetti, come i colleghi e l'azienda sanitaria. La discussione di gruppo che ne emerge è volta a stimolare i partecipanti a esaminare criticamente gli approcci individuali alle diverse situazioni, acquisendo maggiori competenze relazionali, e ad esplorare modalità alternative di risposta.

Dal momento che la logica aziendalistica si rivela spesso in conflitto con la logica della pratica medica, è possibile garantire una 'buona medicina' in una realtà, come l'attuale, in cui i medici si imbattono quotidianamente in situazioni che implicano interrogativi di natura etica e sollevano dilemmi morali? Purtroppo – rileva Giorgio Macellari – la formazione medica universitaria, fondata su una quota preponderante di nozioni scientifiche, non prepara adeguatamente il medico a diventare non solo 'un buon medico' ma 'un medico buono', dotato di competenza etica e capace di affrontare le nuove responsabilità legate ad una pluralità di fattori, dai progressi delle biotecnologie alle sfide della globalizzazione, dai problemi di una società multietnica alla nuova visione del rapporto medico/ paziente indotta dal 'consenso informato'. La spinta crescente verso una 'medicina della persona', che si avvale della narrazione come di un supporto al sapere tecnico-scientifico, può diventare un'opportunità di arricchimento per entrambi, curante e curato e ridare equilibrio alla loro relazione. In tal senso, il futuro dell'etica medica appare legato al futuro stesso della medicina destinata a diventare sempre più predittiva, preventiva, personalizzata, partecipativa e, quindi, sempre più legata alla dimensione dei valori e al loro irriducibile pluralismo. Al nuovo medico si dovrà, pertanto, chiedere di essere scrupoloso e preparato, ma anche capace di ascoltare, accogliere, informare, capire, e, soprattutto, rispettare la dignità del malato.

Alla necessità di una tutela della pari dignità dei coprotagonisti della relazione terapeutica si richiama anche Michele Schiavone, evidenziando l'esigenza che essa sia caratterizzata da quel sentimento di fiducia che ne è *conditio sine qua non*. L'esperienza dell'incontro col malato, per la sua stessa complessità, implica una problematizzazione delle modalità applicative dei principi bioetici, a partire dall'autonomia. Se la buona pratica medica è intrinsecamente connotata dal significato etico, all'interno dell'attività professionale si profila il rischio di una divaricazione tra clinica ed etica che può condurre all'enfatizza-

zione di una delle due angolazioni, anziché alla loro sinergia. Si tratta, pertanto, di tutelare il principio del rispetto di autodeterminazione in equilibrio col diritto alla salute: il compito del medico diventa così anche etico-pedagogico, in quanto deve educare a promuovere una scelta responsabile e un uso del consenso nel vero interesse del paziente. Il rapporto tra competenza e libertà assume dunque un carattere interattivo e dinamico, nel suo tener conto, in particolare, delle interazioni tra cognizione e affettività. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di intolleranze emotive dinanzi a informazioni diagnostiche sulla propria salute e alla conseguente attivazione di meccanismi di difesa che potrebbero portare il malato a eccessi di pessimismo o di ottimismo: ciò dovrebbe indurre il medico ad evitare non solo l'accanimento terapeutico, ma anche ogni 'accanimento informativo'.

Un aspetto particolarmente delicato dell'alleanza terapeutica è rappresentato dalla partecipazione del minore alle scelte di cura. Rosagemma Ciliberti e Linda Alfano sottolineano l'importante trasformazione del ruolo sociale del minore che, da semplice soggetto di protezione, viene sempre più considerato titolare di diritti, progressivamente capace di autodeterminazione. Pur se la legge riconosce la piena capacità di agire solo a 18 anni, si assiste infatti, anche sulla base delle Convenzioni Internazionali, a un progressivo ampliamento dello spazio di autonomia dei minori e ad un concomitante ridimensionamento dei poteri degli adulti. È in questo contesto che deve collocarsi la questione del consenso all'atto medico che prevede l'informazione e il coinvolgimento del minore, compatibilmente col suo grado di maturità e il suo discernimento. Non sono tuttavia ancora ben definiti – in documenti come la “Convenzione di Oviedo” e il Codice deontologico dei medici – precisi parametri di riferimento per valutare la relazione tra età del soggetto e la sua capacità di comprensione e le stesse disposizioni legislative risultano piuttosto eterogenee e discordanti; per questo, l'impegno al coinvolgimento del minore nelle scelte terapeutiche che lo riguardano risulta ancora affidato alla discrezionalità dei singoli operatori sanitari. L'attuale crescente attenzione alla volontà del minore trova quindi solo parziali riconoscimenti nelle disposizioni vigenti: si tratta, potremmo dunque dire, in gran parte di autodeterminazione in senso debole che opera più come diritto di resistenza al trattamento sanitario che come effettiva titolarità del diritto al consenso.

Un tema classico della filosofia etico-politica – il *ben vivere* – rientra pienamente nel campo della bioetica globale, con esiti di grande significato, specie se declinato – come suggerisce Monica Toraldo di Francia – secondo l'approccio delle capacità teorizzato da Amartya Sen e ripreso, con alcune modifiche, da Martha Nussbaum. Fondamentale è l'idea di 'fioritura umana', di antica ascendenza aristotelica ma reinterpretata modernamente alla luce di un'ispirazione