

CAP. 2 - I PRINCIPI FONDANTI LA BIOETICA

SCHEMA DEL CAPITOLO

1. Principio di autonomia (o di rispetto della persona)
2. Principio di beneficenza (o beneficalità)
3. Principio di non maleficenza
4. Principio di fedeltà
5. Principio di totalità (o terapeutico)
6. Principio del duplice effetto
7. Principio di prudenza
8. Principio di solidarietà
9. Principio di sussidiarietà
10. Principio di giustizia
11. Principio del primato spirituale
12. Il bene comune

La bioetica ha come riferimento i “principi”!

Illustreremo quelli riguardanti il singolo, e di seguito, quelli che coinvolgono la società, limitandoci ai fondamentali, evidenziando, quando sarà possibile, le diversità di visione dei modelli descritti nel capitolo precedente.

Manterremo come punto di riferimento *la visione personalista ontologica* che riteniamo possa costituire un insieme di “linee guida nella cura”, indispensabili garanzie nei confronti di eventuali strumentalizzazioni del malato o di utilitarismo politico.

Nel complesso panorama della letteratura bioetica contemporanea sono presenti due orientamenti principali:

- di matrice *protestante-anglosassone*¹;
- di derivazione *cattolico-latina*.

Il problema fondamentale sta nell' *identificare nei principi etici degli “elementi comuni”* in cui tutti possono riconoscersi e che costituiscano un criterio di riferimento.

La contrapposizione frequente tra la bioetica personalistica e gli altri modelli, nella soluzione di situazioni problematiche, avviene prevalentemente sul *piano antropologico*.

Tre, sono le tematiche che occupano principalmente la letteratura bioetica, esaminate con modalità divergenti ed anche opposte secondo le opinioni personali o societarie.

-*Vita*: compito e missione ricevuta, oppure bene da godere, considerandosi “padroni” assoluti della stessa?

-*Sofferenza*: sventura radicale, oppure occasione potenzialmente portatrice di

¹ Il modello anglosassone riferendosi al *Rapporto Belmont* (1979) ha un orientamento eminentemente pragmatico ed i principi etici fondamentali sono quelli di autonomia (consenso o rifiuto informato), non-maleficenza (qualità della vita), beneficenza (analisi rischi/benefici), giustizia (equità nell'accesso ad un'equa allocazione delle risorse).

valori umani e spirituali?

-Morte: conclusione di un'esistenza priva di prospettive future, oppure momento decisivo per il destino ultraterreno?².

1. Principio di autonomia (o di rispetto della persona)

Il principio di autonomia afferma che la persona ha il diritto, in tutte le età e le fasi della vita, di "disporre di sé stessa" nei limiti posti dall'etica e dalle leggi, scegliendo se accogliere o rifiutare l'aiuto offerto dall'esterno.

Quando è consapevole e responsabile, l'uomo può scegliere le proprie azioni, non in modo assoluto, ma seguendo alcuni criteri: evitando l'accettazione acritica del desiderio dell'altro; superando l'individualismo che potrebbe ledere la libertà altrui e offuscare il calcolo delle conseguenze negative; tralasciando azioni immorali.

Quello di *autonomia*, è un principio fondamentale nella cura dell'uomo, che potremmo riassumere nella frase: *"onora le libere scelte del tuo paziente evitando indebiti paternalismi"*.

Ma, il coinvolgimento del paziente nelle decisioni, può attuarsi unicamente di fronte ad una precisa e dettagliata *informazione* che acconsenta di prestare *un responsabile consenso informato* e di scegliere quali azioni diagnostiche e pratiche terapeutiche accettare o rifiutare.

Il malato, quindi, deve essere informato adeguatamente affinché abbia l'opportunità di decidere responsabilmente in base ai benefici e agli oneri di ogni trattamento.

Un caso particolare è il *paziente terminale*.

Il più delle volte, solo lui, comprende pienamente i "valori in gioco" e il suo campo di responsabilità, oltrepassando la situazione particolare della malattia.

E qui, si apre, il complesso dilemma della *comunicazione della verità!*

Spesso, ancora oggi, la realtà diagnostica è vergognosamente occultata da medici e da famigliari.

"Nascondere la verità", significa derubare il malato di una componente essenziale della sua dignità di persona!

Ammonisce J. F. Malherbe: "Dire la verità all'interessato è una regola morale che dovrebbe reggere tutti i rapporti umani. La verità non è sempre comoda, ma, se non la si dice occorre tacerla con tutti. Dirla a tutti, tranne che all'interessato, è il peggio che si possa fare"³.

Il principio di autonomia, ben evidenzia, che l'ammalato oncologico, come tutti i pazienti, ha diritto ad essere informato sulle sue condizioni e, quindi, a conoscere la verità che va comunicata mediata, gradualmente e in un clima dialogico, ricordando che il medico ha sempre il dovere di trasmetterla mentre il malato non ha l'obbligo di accettarla o di comprenderla.

Il principio di autonomia, inoltre, non può essere ridotto *ad un'acritica accettazione da parte del medico delle scelte del paziente*. "Significa piuttosto

² Cfr.: L. CICCONE, *Bioetica 1*, in AA VV, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pp. 137-138.

³ J.F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi), pg. 174.

avvertire un valore, una condizione di eticità potremmo dire, nella volontà che si esercita con cognizione (di sé, della realtà e degli altri), in coerenza con i propri principi e con le verità in cui crede e nella libertà da intrusivi condizionamenti esterni”⁴.

In questo contesto, si inserisce la tematica *del rifiuto delle cure*, con due visioni antitetiche ed una “via di mezzo”.

-Per alcuni, *il medico non può accettare passivamente il rifiuto* del paziente alle terapie proposte.

-Per altri, *il rifiuto deve sempre essere rispettato*, ma ciò riduce il medico ad un semplice esecutore dei desideri del paziente.

-P. Cattorini propone *una terza via*: la decisione del paziente può essere accolta se accompagnata da alcune condizioni.

La decisione deve essere: “libera; informata; presa con *competence* (cioè capacità di intenderla e volerla); non lesiva dell’interesse di terzi; rispettosa della dignità professionale e morale del medico; non autolesiva”⁵. L’attenta osservanza delle condizioni riportate, afferma Cattorini, rende la scelta del paziente vincolante per il medico che è liberato in coscienza da ogni responsabilità morale per quanto potrà accadere⁶.

L’argomento, va però contestualizzato nelle tematiche del *rapporto con il paziente* e dell’arte della *comunicazione*, che negli ultimi decenni hanno subito notevoli mutamenti.

Per secoli, nel rapporto medico-paziente, come abbiamo notato nel capitolo precedente, ha prevalso il modello definito *paternalistico* nel quale il medico assumeva le decisioni nell’interesse del malato senza conoscere, il più delle volte, il suo parere, muovendo dal presupposto che il sanitario possiede conoscenze superiori al paziente, incapace di offrire un libero consenso informato.

A commento di questo modello proponiamo due osservazioni di A. Fiori. “Se questo era il paternalismo – nella sua più ampia ed autentica accezione – si deve affermare che il paternalismo sussiste tutt’ora ed è inconsapevolmente richiesto da molti pazienti non solo per patologie minori ma anche per patologie gravi. Il caso Di Bella, venuto alla luce qualche anno fa, è un esempio tra i più eloquenti di ricerca di un medico ‘padre’, incarnato in un vecchio con i capelli bianchi e la voce dolce”⁷.

Fiori, mette anche in guardia da un possibile equivoco, causa del declino del paternalismo medico: “l’atteggiamento autoritario” di alcuni sanitari basato sull’erronea concezione del proprio ruolo: “Se per paternalismo medico si vuole intendere l’atteggiamento arrogante di molti medici che esercitano, spesso inconsapevolmente, un potere di suggestione o di coercizione morale che li porta a sostituirsi in modo apodittico alla volontà del paziente approfittando della sua

⁴ R. PIERANTONI, *Frammento & integrità*, in P. DONGHI – L. Preta, *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Roma-Bari 1995, pg. 97.

⁵ P. CATTORINI, *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. CATTORINI – R. MORDACCI – M. REICHLIN (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, pg. 122.

⁶ Cfr.: *I principi della bioetica e il personalismo*, op. cit., pg. 123.

⁷ A. FIORI, *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, in E. SGRECCIA (a cura di), *Storia della medicina e storia dell’etica medica verso il terzo millennio*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Ct) 2000, pg. 110.

ignoranza e del proprio sapere, questo è un problema di sempre e probabilmente lo sarà anche in futuro perché chi possiede determinate, specifiche competenze, si trova in una posizione privilegiata che consente gli abusi consapevoli o anche inconsapevoli”⁸.

Al modello paternalistico si è sostituito quello definito *contrattuale*, dove le relazioni sono sostituite da un “contratto” tra medico e paziente.

In questo caso, i due interagiscono in modo tale che vi siano obblighi e benefici programmati ed equamente ripartiti tra le parti. Il medico fornisce le informazioni, lasciando totale libertà di scelta al malato. A questo punto, il sanitario, si limiterà ad eseguire ciò che gli è richiesto.

Il modello si presenta con vari limiti tra cui, anche in questo caso, l’ineguaglianza delle conoscenze e dell’esperienza delle due parti e la “commercializzazione” della cura: il medico è il “fornitore” che agisce da tecnico, il paziente è il “cliente”, la medicina è la “merce”.

A detta di molti, anche questo schema è superato, sostituito da un terzo modello definito della *burocrazia parsimoniosa*⁹ che richiede il contenimento delle spese ed adeguati rapporti costi-efficacia.

“Nell’ Era della Parsimonia il bene del paziente è collocato sul piatto di una bilancia che porta sull’altro piatto beni molto diversi, come i bisogni dell’ospedale, i bisogni di coloro che vi lavorano (inclusi ovviamente i medici), e le necessità della società. Il *decision making* non è più consegnato, pertanto, soltanto nelle mani del medico o dello stesso paziente”¹⁰.

Un quarto modello, è quello definito da *Pellegrino, Thomasma*¹¹ e *Cattorini*¹² *fiduciario* o di *alleanza terapeutica* secondo il quale, il medico non deve unicamente ricercare il bene fisico del paziente, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, valorizzando l'autonomia, e riscoprendo il reciproco senso di fiducia in un clima di umana solidarietà. Infatti, “la richiesta di un intervento tecnico è sempre anche desiderio di assicurazione circa la consistenza di buone ragioni per vivere e per guarire, e la consultazione di un tecnico competente è sempre anche un appello ad un riconoscimento, appello ad un altro che, avendo a cuore ciò che accade al malato, prometta di accompagnarlo, di allontanare per quanto possibile la minaccia, di dare conforto e nel far ciò testimoni una dedizione che neppure l’imminenza della morte potrebbe compromettere”^{13/14}.

Il concetto di alleanza terapeutica è presente anche nella versione moderna del “Giuramento d’Ippocrate” quando il medico afferma: “di promuovere l’ alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel

⁸ *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, op. cit., pg. 111.

⁹ Cfr.: M. SIEGLER, *The progression of medicine: from physicians paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony*, Arch. Int. Med. 145 (1985) 713-720.

¹⁰ *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, op. cit., pg. 126.

¹¹ Cfr.: *For the Patient’s Good: the restoration of beneficence in health care*, op.cit.

¹² Cfr.: P. CATTORINI, *Alleanza terapeutica*, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, op. cit, pp. 30-37.

¹³ *Alleanza terapeutica*, op. cit., pg. 33.

¹⁴ La nozione di “alleanza terapeutica” è stata introdotta anche nella nuova versione del “Giuramento di Ippocrate” (punto 6) approvata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri il 27 marzo 2007.

rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica"¹⁵.

Dunque, la decisione del paziente va rispettata, ma anche la *coscienza del medico* non può essere costretta a compiere azioni che non condivide, essendosi impegnato con il "Giuramento di Ippocrate", all'inizio dell'esercizio della sua professione, ad agire sempre per *il maggior interesse del paziente*.

Quindi, il diritto di autonomia del malato, in alcuni casi, potrebbe interferire anche con l'essenza della professione medica.

In queste situazioni, il medico, può rifiutarsi di compiere ciò che contraddice i suoi valori di riferimento, i principi etici e gli standard comportamentali della corporazione professionale.

2. Principio di beneficenza (o beneficalità)

Secondo san Tommaso il principio è riassunto da quattro parole: "Fac bonum, vita malum" (fa il bene ed evita il male). E' il vertice dei principi etici in sanità e racchiude la finalità di ogni professione socio-sanitaria.

Il dovere della medicina, e di conseguenza di ogni operatore sanitario, è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni. Per questo, ogni medico, "giura", "di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza", cui modellerà "con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale"¹⁶.

Motivo fondante della beneficalità nel settore sanitario, non è la pura filantropia, ma *la reciprocità del "dare e del ricevere"*, che struttura ogni relazione umana, impegnando i singoli ad un'alleanza coinvolgente ed irriducibile anche in termini di contratto societario.

La beneficalità, osservata da un'ottica normativa, pone l'interrogativo sul *significato* di "bene dell'altro" che potrebbe interferire con l'autonomia.

Ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero, qual è il "bene dell'altro", trovandosi di fronte ad un adepto dei "Testimoni di Geova" che necessita con urgenza di una trasfusione poichè affetto da anemia gravissima, ma la rifiuta in nome della sua fede religiosa?

Non è nostro intento esaminare problematiche particolari ma unicamente offrire indicazioni generali; perciò ricordiamo che il principio esige di *oltrepassare l'immediato per rispondere ai bisogni "di lungo termine"*.

L'autentica beneficalità deve trasformarsi in "*com-passione*", intesa non come sentimentalismo o superficiale intenerimento per il dolore di molti, ma come capacità "di prendersi a cuore l'altro", di soffrire con il proprio paziente le affezioni, le paure, le tentazioni e la vulnerabilità che ogni malattia comporta¹⁷.

Dunque, la compassione, è la totale comprensione delle sofferenze dell'altro, e di conseguenza la disponibilità ad aiutarlo concretamente, sacrificandosi per lui, come indicava H. Nouwen: "Nessuno può aiutare qualcun altro senza entrare con la sua persona nelle situazioni dolorose; senza assumere il rischio di soffrire,

¹⁵ Deliberato dal Comitato Centrale FNOMCeO il 23 marzo 2007.

¹⁶ *Giuramento di Ippocrate*, testo attuale.

¹⁷ Cfr.: E. D. PELLEGRINO, *Ogni uomo è mio fratello*, in *Dolentium hominum* 7, 1988, pp. 60-61.

ferirsi o anche essere distrutto nell'operazione"¹⁸.

L'autentica com-passione modifica l'abituale rapporto operatore sanitario-paziente e la metodologia di accompagnamento della persona, trasferendo l'interesse dalla patologia all'individuo. Per questo Pellegrino e Thomasma parlano di "arte morale fondamentale per qualsiasi pratica sanitaria o sociale"¹⁹.

3. Principio di non maleficenza

Non maleficenza è l'impegno a non causare un danno o provocare del male, facendo proprio l' aforisma latino "primum non nocere".

Come in ogni attività, anche gli operatori sanitari, possono nuocere al malato ed arrecargli danni.

Per questo, già Ippocrate nel suo Giuramento, aveva incluso la frase: "Difenderò i malati da ogni cosa ingiusta e dannosa. Giammai, mosso dalle insistenze di alcuno, propinerò un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicamento abortivo". Nel testo moderno del Giuramento, il tutto è riassunto dalla frase: "Giuro...di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona".

Il malato, può essere danneggiato "intenzionalmente" con azioni *dolose*, cioè trasgressioni volontarie e coscienti²⁰, ma anche "involontariamente", senza che l'evento negativo sia direttamente voluto; in questo caso le azioni risultano "colpose". I danni possono essere fisici: dall'aumento del dolore all'invalidità fino alla morte ma anche psico-sociali.

Il Codice Penale, afferma, che l'atto colposo si verifica per "negligenza", per "imprudenza" o per "imperizia"²¹.

Si verifica per "negligenza", quando non osservando un comportamento di prassi, si commettono lesioni per disattenzione, per trascuratezza o per mancanza di sollecitudine.

Per "imprudenza", quando non si utilizza la dovuta cautela e non si assumono le opportune misure precauzionali.

Per "imperizia"²², quando non è idonea la preparazione professionale e la competenza tecnica, presupposti indispensabili per l'esercizio di ogni attività, oppure non ci si attiene ai protocolli operativi standard. Può trattarsi di una diagnosi errata o ritardata, un'omessa effettuazione di esami, un intervento

¹⁸ H. NOUWEN, *The wounded healer*, Ny Doubleday 1972, pg.72.

¹⁹ E. PELLEGRINO – D. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, EDB, Bologna 1994, pg. 73.

²⁰ Le più frequenti azioni dolose nell'esercizio della professione sanitaria sono: rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), omissione di referto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della gravidanza (artt. 18 e 19, Legge 22 maggio 1978, n. 194), falsità in atti (artt. 476-493 c.p.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43 Legge 22 dicembre 1975, n. 685), omissione di denuncia obbligatoria (art. 413 c.p.).

²¹ CODICE PENALE, Art. 43, comma 3

²² Per quanto riguarda la colpa professionale addebitata all'imperizia può essere preso in considerazione il principio stabilito dall'art. 2236 C.C. secondo il quale "se la prestazione indica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non nei casi di dolo o colpa grave".

chirurgico compiuto in modo errato, una sbagliata gestione di una terapia...²³.

Di conseguenza, per non danneggiare il paziente, è irrinunciabile sia *la formazione* di base che quella permanente.

In passato, per acquisire abilità sufficienti per svolgere un lavoro erano sufficienti il tempo e il possesso di poche conoscenze. Oggi, i veloci cambiamenti, soprattutto nel contesto sanitario, richiedono un quotidiano adattamento alle situazioni e, anni di esperienza e di pratica, possono velocemente svalutarsi.

Quindi, prima di agire, è indispensabile acquisire aggiornate nozioni e riferirsi, come metodo, alla prassi vigente con la massima prudenza.

Se il filosofo Seneca ricordava che "*errare humanum est*", Bernardo da Chiaravalle ammoniva che "*perseverare autem diabolicum*". Infatti l'errore richiede l'obbligo di correggersi per non ripeterlo.

4. Principio di fedeltà

La fedeltà, ha una valenza etica, essendo il fondamento degli autentici rapporti interpersonali ed è *un vincolo* nell'esercizio di alcune professioni (operatore sanitario, avvocato, consulente finanziario...), fatto salve le eccezioni riguardanti le richieste dell'autorità giudiziaria e le situazioni che impongono la protezione di altri soggetti.

La fedeltà riguarda prevalentemente l'aspetto relazionale e comunicativo.

Chi si rivolge ad un professionista, rivelandogli aspetti particolari ed intimi della sua vita, deve essere sicuro del rispetto della riservatezza della comunicazione, come pure che l'altro non persegua secondi fini, o intenda avvantaggiarsi impropriamente delle informazioni ricevute.

La fedeltà dell'operatore sanitario si concretizza in una serie di atteggiamenti nel rapporto con il malato: l'osservanza del segreto professionale, l'accettazione della singolarità e dei valori dell'altro, la disponibilità all'ascolto e all'azione, l'obiettività nei giudizi quando ne è richiesta l'esplicitazione...

Significative, per comprendere le basi etiche del principio nelle professioni sanitarie, sono le espressioni presenti nella *Carta degli Operatori Sanitari*: "L'attività medico- sanitaria si fonda su una relazione personale di natura particolare; essa è: 'un incontro tra una fiducia e una coscienza'.

La 'fiducia' di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla 'coscienza' di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo"²⁴.

5. Principio di totalità (o terapeutico)

Definito anche d'integrità, si fonda sul rispetto dovuto a noi stessi e agli

²³ Per l'approfondimento dei vari errori medici cfr.: www.erroredelmedico.it

²⁴ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1994, n. 2.

altri quali membri della *comunità umana* interpretata come *unità organica di persone, distinte tra loro*.

Al singolo, il principio chiede la valorizzazione della propria esistenza e lo sviluppo delle doti personali, oltre che prevenire comportamenti ed atteggiamenti dannosi, mentre le Istituzioni sono chiamate a favorire l'individualità e la creatività di ogni cittadino.

Le Istituzioni invece devono offrire le condizioni, affinché ogni uomo, attingendo pienamente e consapevolmente alle proprie possibilità ed opportunità, possa realizzarsi sviluppando le sue capacità ed esprimendo i suoi diritti, raggiungendo un equilibrio, tra interiore ed esteriore, mediante la libertà di parola, di pensiero e di azione.

Il principio, nell'ambito sanitario, rivolge particolare attenzione alla *corporeità* essendo il corpo costituito da parti distinte ma gerarchicamente e organicamente unificate dall'esistenza unica e personale. La corporeità è la manifestazione concreta della persona vivente; di conseguenza, ledere o offendere il corpo, significa ferire e procurare un danno alla persona.

Il Principio di totalità, manifesta la massima responsabilità che l'operatore sanitario si assume nei confronti del corpo del suo paziente, poichè ogni intervento non riguarda unicamente i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge a diversi livelli la stessa persona.

Contemporaneamente, quello di totalità, è *il principio che regge la liceità della terapia medica e chirurgica* poiché la medicina è essenzialmente terapeutica, ordinata cioè a difendere la vita, la sua integrità e la sua salute. Ad esempio, è giustificabile eticamente ed anche obbligatorio un intervento chirurgico quando un' asportazione è essenziale per la salvaguardia della totalità dell'organismo. Sono soggetti al principio di totalità gli interventi che asportano la sezione malata per evitare il contagio o la parte sana che potrebbe trasformarsi in fonte di minaccia.

La motivazione origina dalla ricerca del maggior bene della persona nella sua totalità, consentendogli di esercitare al meglio le altre funzioni.

Nello sforzo di conciliare i diversi aspetti della vita del singolo, alcune azioni, possono essere talvolta subordinati ad altre, ma l'intero non potrà mai essere totalmente sacrificato.

Il principio di totalità, definito anche *terapeutico*, richiede alcune condizioni:

- l'intervento sull'organo malato per salvaguardare la totalità dell'organismo;
- l'assenza di strumenti alternativi;
- le probabilità proporzionalmente alte di successo;
- il consenso informato del paziente.

A questo principio si riferisce anche la *proporzionalità delle terapie e delle cure*.

E' corretto sospendere le *terapie*, quando non giovano alla stabilizzazione del paziente, al suo miglioramento o alla sua guarigione.

Mentre le *cure*²⁵, cioè i provvedimenti medici, psicologici e assistenziali

²⁵ *La cura è il farsi carico globalmente del paziente* come ricorda l'art. 37 del Codice di Deontologia Medica: "In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita".

irrinunciabili per conservare “al meglio” le condizioni psicofisiche del malato fino alla morte, salvaguardandone la dignità, non potranno essere interrotte.

6. Principio del duplice effetto

Alcuni procedimenti terapeutici possono *produrre due effetti*; uno positivo e uno negativo.

Un caso emblematico riguarda la correttezza etica nel somministrare al malato terminale dei farmaci che leniscono il dolore, ma potrebbero abbreviargli la vita.

In questa situazione, è opportuno distinguere tra “*effetti diretti*” di un’azione, cioè gli atti eseguiti per raggiungere determinati scopi o intrapresi per perseguire fini ulteriori, e gli “*effetti indiretti*” o collaterali, cioè non assunti come fini o come mezzi.

Questa distinzione è la base del principio del duplice effetto, che attesta l’eticità di un’azione che produce una conseguenza “positiva” e una conseguenza “negativa”.

Quattro sono le condizioni da intersecare:

- l’azione che si intraprende deve essere “buona” o moralmente neutra;
- il conseguimento di benefici è l’intenzione primaria, evitando, per quanto possibile, eventuali lesioni, prevedibili unicamente come effetto indiretto;
- i vantaggi attesi si prevedono superiori (o uguali) ai danni arrecati. Le conseguenze negative non possono essere il mezzo per ottenere il risultato positivo, ma vanno ritenute implicazioni collaterali;
- i miglioramenti devono essere verificabili nel breve periodo.

Il principio è riassumibile nella massima: “*Arreca un danno unicamente se questo produce un beneficio*”.

E’ il caso del malato che si sottopone a chemioterapia antitumorale sostenendo dolorosi effetti collaterali. Riacquistare la salute (effetto buono), è proporzionalmente superiore alle gravose conseguenze negative (effetto cattivo) della chemioterapia.

E’ la situazione della donna gravida affetta da tumore che si sottopone a cicli di chemioterapia non dilazionabili nel tempo anche se rischiose per il feto, oppure un intervento chirurgico per asportare un cancro uterino.

Sono però richieste alcune condizioni: la terapia finalizzata alla rimozione della malattia della madre; non può essere prevista l’uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

E’ la condizione del malato con cancro metastatizzato che soffre atroci dolori e, contemporaneamente, è affetto da grave insufficienza respiratoria.

Per la sedazione dei dolori serve somministrare la morfina, ma il farmaco potrebbe esercitare un’azione deprimente sul centro respiratorio, aggravando l’insufficienza respiratoria ed affrettandone la morte.

La morfina è data per sedare i dolori (effetto buono); la depressione respiratoria è conseguenza dell’utilizzo della morfina (effetto cattivo); di

conseguenza, l'impiego della morfina per i benefici attesi, è proporzionalmente un "bene maggiore" rispetto agli effetti collaterali.

Un caso in cui parlò di questo principio fu la drammatica vicenda delle due gemelline siamesi nate a Bologna nel 2011, unite da torace ed addome con un unico cuore e un unico fegato. Si ipotizzò di separarle ma una delle due sarebbe morta. Terminarono la loro breve vita dopo poche settimane.

Era eticamente corretto, se la situazione l'avesse permesso, separare Lucia e Rebecca, provocandone la morte di una delle due.

La mortalità, nell'intervento chirurgico in gemelli siamesi con organi vitali in comune ed uniti dal torace e dall'addome, è del 85%-90%. Quindi, molto probabilmente, nel corso di questo intervento nessuna sarebbe sopravvissuta, ma si è corso lo stesso rischio, lasciandole unite.

Dai salotti dei "sapientoni", giunsero critiche per non avere abortito, e la mamma e il papà risposero con naturalezza e semplicità: "sono nostre figlie".

Sono morte circondate dall'amore della loro famiglia e dalla competenza professionale dell'equipe medica guidata dal professor M. Lima. Appresa la morte delle figlie, i genitori dichiararono: "noi siamo contenti di averle avute", e il primario Lima, commentò: "questi genitori sono mille anni avanti a noi".

7. Principio di prudenza

"Conviensi adunque essere prudente, cioè savio: e a ciò essere si richiede buona memoria delle vedute cose, e buona conoscenza delle presenti, e buona provvidenza delle future"²⁶.



Secondo la tradizione classica, ripresa dalla Scolastica, la prudenza, come ricordava Dante, è la capacità di memoria, di intelligenza e di previsione.

Interessante per illustrare questo principio è la tela del pittore Tiziano "Allegoria della prudenza"²⁷, raffigurante tre teste umane; un vecchio, un uomo maturo ed un giovane, che sovrastano tre teste di animali, rispettivamente un lupo, un leone ed un cane.

Per l'autore, la prudenza ha tre volti, frutti dell'integrazione di tre momenti: l'esperienza del passato, l'oculutezza nell'azione presente che richiede intelligenza e l'anticipazione dei rischi che potrebbero compromettere il futuro.

In altre parole, *il presente eredita il patrimonio di sapere delle generazioni precedenti, e lo applica con avvedutezza, a beneficio di quelle future*²⁸.

La prudenza, è la virtù che dispone l'intelletto all'analisi del mondo circostante ed esorta la ragione a discernere in ogni situazione il vero bene, scegliendo i mezzi adeguati per compierlo.

Per questo, è definita anche "*auriga virtutum*" (cocchiere delle virtù) dato che

²⁶ D. ALIGHIERI, *Convivio*, IV, 27.

²⁷ La tela è conservata alla *National Gallery* di Londra.

²⁸ Cfr.: E. PANOFSKY, *L'Allegoria della Prudenza di Tiziano*, in AA.VV., *Il significato delle arti visive*, Einaudi, Torino 1962, pp. 131-152.

dovrebbe guidare le altre virtù.

Il principio di prudenza, si fonda sulla consapevolezza dello squilibrio tra uomo e natura da una parte e scienza e tecnologia dall'altra.

Dunque, il principio, definito anche di *incertezza* o di *precauzione*²⁹, assume notevole importanza nel settore diagnostico e terapeutico, poichè come ricordava il filosofo *J. Hans*: “ciò che l'uomo è oggi in grado di fare e nell'irresistibile esercizio di tale facoltà è costretto a continuare a fare, non ha eguali nell'esperienza passata, alla quale tutta la saggezza tradizionale sul comportamento giusto era improntata”³⁰.

Un caso emblematico, che molto coinvolse l'opinione pubblica, fu il dramma *Eluana Englaro*, la giovane donna lecchese morta ad Udine il 9 febbraio 2009, dopo quattro giorni di agonia per la chiusura del sondino naso-gastrico che la nutriva da oltre quindici anni³¹.

Nel dramma di Eluana, riteniamo che l'unico “elemento certo” fu l'*incertezza*.

L'incertezza guidò il padre Giuseppe Englaro nella lotta per “far staccare” il sondino alla figlia; l'incertezza fu alla base dei giudici milanesi nell'emettere il “provvedimento” di condanna a morte.

Chi fu favorevole alla morte di Eluana e quelli che chiesero la continuazione della sua vita non trovarono “certezze” nell'ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all'incertezza, quale atteggiamento assumere? *Quello della massima prudenza!* La sentenza di morte del Tribunale di Milano fu profondamente ingiusta non avendo valorizzato questo principio etico, scordando l'antica arte della *iuris prudentia*, l'unica che crea sinergie tra l'amministrazione della giustizia umana e l'orizzonte etico-morale.

Riteniamo che per motivazioni prudenziali, come accade nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell'imputato di fronte al minimo dubbio, così “la giustizia” doveva agire anche nei riguardi di Eluana.

8. Principio di solidarietà

Il principio di solidarietà evidenzia che “gli uomini sono, inevitabilmente, legati gli uni agli altri e dipendono in molteplici modi gli uni dagli altri; di conseguenza, sono tenuti ad attuare tale legame nel modo giusto per il bene dei singoli e del tutto, e sono responsabili nei confronti degli altri e della comunità, così come questa, a sua volta, deve prendersi cura dei singoli membri”³².

Questo principio *impegna il singolo a realizzarsi partecipando alla realizzazione degli altri*, e con quelli di libertà e di uguaglianza è presente anche nella Costituzione italiana³³, evidenziandone la sua “*vocazione solidaristica*”.

Principio auspicato sia dal versante cattolico³⁴ che da quello laico-

²⁹ Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici*, Roma 2004.

³⁰ J. HANS, *Philosophical essays: from the ancient creed to technological man*, Chicago, 1974 - trad. It. A. DAL LAGO (a cura di), *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, Il Mulino, Bologna 2001, pg. 132.

³¹ Il caso sarà ampiamente esaminato nel capitolo n. 15, parte 3 di questo Manuale.

³² A. GUNTHER, *Chiamata e risposta*, Vol. III, Paoline, Roma 1987, pg. 49.

³³ Cfr.: COSTITUZIONE ITALIANA, art. 2.

³⁴ G. Dossetti il 10 settembre 1946 affermò che “il nuovo Statuto dell'Italia democratica dovrebbe riconoscere la precedenza sostanziale della persona umana rispetto allo Stato”, nonché “la necessaria

socialista³⁵, si è incrementato negli '90 del XX secolo nel dibattito che ha accompagnato la transizione dalla fase di *Welfare State* e quella di *Welfare Comunity*, con l'inquadramento del fenomeno del volontariato e del *no-profit* nelle finalità di interesse generale presentati dalla Costituzione³⁶.

Il principio di solidarietà è la base dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, del volontariato assistenziale e delle donazioni di organi, tessuti e sangue.

In questo principio trova la radice anche la "*donazione samaritana*"³⁷ da poco presente nel nostro Paese; cioè la "donazione gratuita" di organi tra persone sconosciute, senza legami di consanguineità.

Quello di solidarietà è un principio che va rivalorizzato nell'attuale contesto societario caratterizzato dall' individualismo, dall'egoismo e dal l'indifferentismo che provocano corruzioni in continuo aumento.

Il principio ricorda che nessuna persona può sentirsi "un'isola" o un bene "solo per se stesso" ma è indissolubilmente unito agli altri, dipendendone in molteplici modi e anche la propria realizzazione avviene, il più delle volte, con il concorso degli altri. Dando ciò per scontato dobbiamo purtroppo riconoscere che non facciamo memoria delle molte persone che lavorano per noi ogni giorno e non ricordiamo a quante dobbiamo riferirci e rendere merito.

Dunque, la solidarietà, invita a ripudiare l' individualismo, rammentandoci la responsabilità nel ricercare il bene dei singoli e della collettività poichè siamo garanti della realizzazione degli altri, soprattutto di quelli che hanno avuto meno. Dobbiamo potenziare la loro vita non unicamente donando cose o tempo ma favorendo la loro crescita culturale e la loro felicità. La beata Madre Teresa di Calcutta denunciava: "Il più grande male del nostro secolo è 'l' indifferenza' ". Sentirsi responsabili degli altri significa assumerci fino in fondo la preoccupazione per la loro crescita e il loro progresso.

Il principio pone anche alcuni interrogativi.

-Perché tanti sono nell'indigenza e solo pochi vivono un'accettabile qualità di vita?
-Perché gli onorari di alcune categorie professionali, anche nelle prestazioni essenziali, ignorano la solidarietà?

-Sono eticamente corrette le altissime remunerazioni, le "pensioni d'oro", i vitalizi elargiti ai politici, ai magistrati, agli operatori dei settori finanziari, ai calciatori...?

-Come mai lo Stato ruba ai poveri per dare ai ricchi ed alimenta una macchina pachidermica sempre più fine a se stessa?³⁸.

Dobbiamo chiederci se questa situazione va ancora tollerata oppure non si debbano cercare vie d'uscita

socialità di tutte le persone, le quali sono destinate a completarsi e a perfezionarsi a vicenda mediante una reciproca solidarietà economica e spirituale: anzitutto in varie comunità intermedie, disposte secondo una naturale gradualità" (A. MELLONI -a cura di-, *La ricerca costituente -1945-1952-*, Il Mulino, Bologna 1994, pg. 87).

³⁵ M. Ruini che presiedette la Commissione dei 75 incaricata di redigere la costituzione della Repubblica, spiegò la corrispondenza tra diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà dell'articolo 2 della Costituzione con la volontà di considerare i medesimi "come lati inscindibili, come due aspetti dei quali l'uno non può scervere senza l'altro".

³⁶ Cfr.: *Legge 266/1991* sul Volontariato, *Legge 381/1991* sulle Cooperative, *Decreto Legislativo 460/1997* sulle ONLUS, *Legge 383/2000* sulle Associazioni di Promozione sociale.

³⁷ L'argomento sarà trattato nel capitolo 17 di questo manuale.

³⁸ Cfr. "Pillola di saggezza" 26 giugno 2015.

9. Principio di sussidiarietà

Il principio etico-antropologico di sussidiarietà esprime una concezione globale dell'uomo e della società che pone come fulcro dell'ordinamento giuridico *la persona umana*, intesa sia come individuo che come legame relazionale³⁹.

Il principio propone *la valorizzazione e il sostegno dei singoli e delle soggettività sociali che spontaneamente si aggregano, creando servizi finalizzati a promuovere quei diritti fondamentali per i cittadini che l'accentramento statalista e burocratico*, molto diffusi come abbiamo notato in precedenza, *offuscano*.

La sussidiarietà, che si interseca con i principi di libertà, di autonomia e di responsabilità, *attiene al rapporto tra "aspetto pubblico" ed "attività privata"*. *Chiede* che le autorità di livello superiore (Stato, Istituzioni pubbliche...) non interferiscano nell'autonoma capacità gestionale delle organizzazioni sociali (corpi intermedi, enti, associazioni...) e delle persone ma le supportino, essendo questi ultimi, maggiormente competenti e più tempestivi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali, sanitari ed educativi (scuole paritarie, istituzioni sanitarie e socio-sanitarie, servizi alla fragilità...). Allo Stato è chiesto il sostegno economico e il ruolo di verifica sul funzionamento.

Il principio, inattuato nei primi decenni di storia della nostra Nazione, ha prodotto, e lo vogliamo nuovamente affermare, un dannoso statalismo, rigide amministrazioni ed anonime burocrazie che si propongono "disumane", essendo basate sull'anonimato e sul rapporto da persona a struttura. Preoccupazione espressa anche da san Giovanni Paolo II nell'enciclica *Sollicitudo rei socialis*: "Intervenendo direttamente e deresponsabilizzando la società, lo Stato assistenziale provoca la perdita di energie umane e l'aumento esagerato degli apparati pubblici, dominati da logiche burocratiche più che dalla preoccupazione di servire gli utenti, con enorme crescita delle spese"⁴⁰.

La sussidiarietà, ridefinendo i rapporti tra società civile e Stato, tra poteri centrali e periferici, è la sola modalità che può recuperare l'autentico rapporto personale; quello *da soggetto a soggetto*.

Uno Stato che massifica, che si erge a "padrone dispotico" di tutto, che impone come gestire la scuola, l'assistenza e la sanità e che interferisce nella famiglia a livello educativo, oltre che negare il principio di sussidiarietà, non può raggiungere le sue finalità sociali e il bene comune, essendo "lontano" dalle necessità del territorio e del cittadino, mentre una reale "concorrenza" tra Stato e privato no-profit offre prestazioni più efficienti, a costo minore, producendo una maggiore soddisfazione all'utente.

Il principio, non elimina la funzione di garante dell'autorità pubblica che ha l'obbligo di offrire i livelli minimi di assistenza e l'attuazione dei diritti sociali. Per questo, la sussidiarietà, si erge in chiara polemica contro i regimi collettivisti basati sul centralismo e nei confronti dell'esclusione sociale e dell'individualismo.

Il principio di sussidiarietà, già presente nella Dottrina Sociale della Chiesa

³⁹ Il Principio è stato recepito dalla Costituzione Italiana con l'articolo 118 che dispone: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

⁴⁰ GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Sollicitudo rei socialis*, n. 48.

dagli anni 30' del XX secolo⁴¹, fu riconosciuto anche dal *Trattato dell'Unione Europea di Maastricht* che così lo riassume:

- non intervenga lo Stato nei servizi che i cittadini possono realizzare da soli. Le istituzioni devono produrre le condizioni favorevoli;
- Lo Stato deve operare unicamente quando la società civile non è in grado di agire da sola;
- l'azione sussidiaria deve porsi l'obiettivo di rendere ogni servizio "più vicino" al cittadino.

10. Principio di giustizia

La *giustizia*, che si caratterizza in *commutativa*, *distributiva* e *sociale*, suggerisce, come ricordava Aristotele nell'*Etica Nicomachea*, "le giuste e reciproche relazioni degli uomini in quanto tali"⁴².

-La *giustizia commutativa* riguarda la vita privata e il rapporto quotidiano tra i singoli cittadini. E' attuata negli scambi basati sulla parità e assume come criterio di base l'uguaglianza.

-La *giustizia distributiva* è un elemento base nel rapporto tra Stato e cittadini ed impone che le risorse siano assegnate secondo le reali necessità dei singoli come risposta a alla fragilità ed è sorretta dalla proporzionalità.

-La *giustizia sociale* richiede alle Istituzioni la progettazione di strutture che permettano l'adempimento degli obblighi generati dalla giustizia distributiva e si esprime, prevalentemente, erogando servizi sanitari e sociali.

Il principio chiede che sia dato a ciascuno *il dovuto!*

La problematica etica assume importanza nel definire in che cosa consista *il dovuto* alla singola persona soprattutto se fragile e malata, poichè le varie scuole filosofiche divergono, introducendo molteplici interpretazioni del concetto con ampie ricadute nel settore sanitario.

Ad esempio, alcuni Paesi, non potendo o non volendo far fronte all'ingente spesa sanitaria, si ipotizzano di adottare la "visione *economicistica*" dei costi e dei benefici, utilizzando la maggioranza delle risorse ai cittadini con capacità produttive, emarginando malati mentali, disabili e pazienti con patologie gravi o terminali. Preambolo, questo, alla cosiddetta *eutanasia sociale!*

Il principio di giustizia ha come *fondamento il debitum morale*, cioè il moralmente dovuto, e il *debitum iuridicum*, il giuridicamente dovuto.

L'impegno, affinché sia rispettata la dignità dell'uomo, rispondendo ai suoi bisogni essenziali, può scaturire da sentimenti di bontà e di altruismo (*debitum morale*), ma trova nel "diritto" il dovere della concretizzazione (*debitum iuridicum*) mediante adeguati supporti istituzionali. Ammoniva il Concilio Vaticano II:

⁴¹ "Come è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le forze e con l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società quello che l'inferiore comunità può fare. Ed è questo, insieme, un grave danno e uno sconvolgimento del retto ordine della società; perché oggetto naturale di qualsiasi intervento della società stessa è quello di attuare in maniera suppletiva le assemblee del corpo sociale, non già di distruggerle o assorbirle" (PIO XI, Lettera enciclica *Quadragesimo anno*, n. 78).

⁴² ARISTOTELE, *Opere*, Laterza, Bari 1973, pg. 323.

“Siano anzitutto adempiuti gli obblighi della giustizia, perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia”⁴³.

11. Principio del primato spirituale

La “dignità della persona” è salvaguardata ponendo attenzione anche alla dimensione spirituale poichè *il “ben-essere” lo otteniamo unicamente dall’armonizzazione corporea, psicologica, sociale e spirituale.*

Il principio del primato spirituale sottolinea il diritto dell’uomo alla totale libertà religiosa come riconosciuto dalla "Carta Universale dei Diritti dell’Uomo" delle Nazioni Unite: "Ogni individuo ha il diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione e alla libertà d’opinione e d’espressione (art. 4).

Un altro riconoscimento, a livello internazionale, è presente nell’Atto Finale della "Conferenza sulla Sicurezza e la Cooperazione in Europa" (Helsinki 1 agosto 1975). "Gli Stati partecipanti si impegnano al rispetto dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali, inclusa la libertà di pensiero, coscienza, religione o credo, per tutti senza distinzione" (Principio VII).

Pure la "Carta di Parigi per una Nuova Europa" sottoscritta il 2 novembre 1990 dagli Stati membri della CSCE, ribadì nuovamente questo diritto.

Ricordiamo infine per le Istituzioni sanitarie italiane, l’articolo 11 del Trattato di Modifiche al Concordato Lateranense dell’11 febbraio 1929 tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede (18 febbraio 1984). "La Repubblica Italiana assicura che l’appartenenza alle forze armate, alla polizia, o ad altri servizi assimilati, la degenza in ospedali, case di cura, la permanenza negli istituti di prevenzione e di pena non possono dar luogo ad alcun impedimento nell’esercizio della libertà religiosa e nell’adempimento delle pratiche di culto dei cattolici".

12. Il Bene Comune

I principi che manifestano la centralità della persona trovano un fondamentale riferimento nel concetto di “bene comune”: *“l’insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono sia alla collettività sia ai singoli membri di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più celermente”⁴⁴.*

Per comprenderlo è opportuno distinguere tra “bene pubblico” e “bene comune” evitando l’errore di ridurre il “bene comune” al miglioramento dei livelli societari, confondendolo con il “bene pubblico”.

In altre parole, mentre il “bene pubblico” predilige la tutela degli interessi della comunità, il “bene comune” difende la singola persona portatrice di diritti e di doveri.

Il “bene comune” rientra negli impegni primari dello Stato che, oltre garantire la pace, la sicurezza e la protezione, deve offrire al cittadino eque condizioni sociali ed economiche, ma è anche un dovere per tutti ad una partecipazione attiva alla vita pubblica.

⁴³ CONCILIO VATICANO II, Decreto *Apostolicam Actuositatem*, n. 8.

⁴⁴ CONCILIO VATICANO II, Costituzione pastorale *Gaudium et spes*. n. 26.

Questo coinvolgimento interessa tre attori:

- lo Stato nel limitare i suoi ambiti d'intervento per aprirsi alla sussidiarietà;
- i partiti politici che nei sistemi democratici sono gli intermediari presso le Istituzioni, riacquistando la credibilità perduta;
- i cittadini, osservando regole chiare e condivise e subordinando gli interessi privati, anche quelli economici, a quelli della collettività. Tematiche importanti e di attualità sono la partecipazione alla scelta dei rappresentanti nei vari organi politici e amministrativi e l'aspetto fiscale.

La ricerca reale da parte di ogni singolo cittadino del "bene comune" è l'unica possibilità di uscita da questa situazione societaria che da decenni ci logora. Ma il "bene comune" è "*un bene arduo da raggiungere, perché richiede la capacità e la ricerca costante del bene altrui come se fosse il proprio*"⁴⁵.

La responsabilità nei riguardi del "bene comune", che necessita l'impegno di tutti, non prescinde dalla ricerca del proprio benessere ma postula contemporaneamente l'esigenza di valutare l'altrui interesse come il proprio. Operare per il bene comune si esprime nel riconoscere, nel rispettare e nel concretizzare i diritti di tutti i componenti della società.

Il "bene comune" non è utopia o un'idea astratta; sono comportamenti da ricostruire, oltrepassando la nostrana abitudine che individua, sempre e comunque altrove, le responsabilità di ciò che avviene.

Il traguardo del bene comune richiede anche un'opera formativa ed educativa da parte dei soggetti che nella società hanno questo compito. Il beato papa Paolo VI nell'enciclica *Octogesima adveniens* affermava: "Non spetta né allo Stato né ai partiti politici che sarebbero chiusi su se stessi, di imporre un'ideologia con mezzi che sboccherebbero nella dittatura degli spiriti, la peggiore di tutte. E' compito dei raggruppamenti culturali e religiosi, nella libertà d'adesione che essi presuppongono, di sviluppare nel corpo sociale, in maniera disinteressata e per vie loro proprie, queste convinzioni ultime sulla natura, l'origine e il fine dell'uomo e della società"⁴⁶.

⁴⁵ COMPENDIO DELLA DOTTRINA SOCIALE DELLA CHIESA, n. 167.

⁴⁶ PAOLO VI, Lettera enciclica *Octogesima adveniens*, n. 25.