

Bioetiche a confronto: comparazione tra Bioetica Anglo-americana, Europea, Latino-americana, Africana e Asiatica (II)[✶]

Bioethics in contrast: comparing Anglo-American, European, Latin American, African and Asiatic Bioethics (II)

Bioéticas em confronto: comparações entre as Bioéticas Anglo-Americana, Europeia, Latino-Americana, Africana e Asiática (II)

Antonio Puca*

BIOETICA FRANCESE E PAESI FRANCOFONI, IN PARTICOLARE L'AFRICA OCCIDENTALE

Nonostante il forte impegno del Belgio nella sfera della Bioetica, al contrario della Francia, non c'è stata una particolare influenza della visione bioetica belga sui paesi francofoni dell'Africa per il fatto che il fondamento delle sue scelte e decisioni spesso non poggiano su dei valori fondamentali che costituiscono l'eredità principale di questi paesi africani.

Premessa

La Bioetica come disciplina è di recente apparsa in Africa francofona, anche se le questioni bioetiche sono state sempre presenti. E' soprattutto dall'influenza dei dibattiti bioetici in Francia e in Belgio che i paesi dell'Africa francofona hanno cominciato ad essere interessati a questa nuova disciplina. E' stato da un lato il dominio di accademici e intellettuali, dall'altro uno strumento molto apprezzato e utilizzato dalla Chiesa cattolica nella sua lotta contro ogni ideologia che tende a banalizzare la vita umana e l'assistenza sanitaria. In Benin, per esempio, dagli anni 2000, la bioetica è stata alla base della lotta della Chiesa cattolica contro il famoso programma di salute riproduttiva iniziato dagli Americani. Questo programma consisteva nel ridurre

il tasso di natalità della popolazione attraverso la pillola contraccettiva e il latte in polvere, che in realtà contenevano elementi dannosi per la salute della madre e del bambino. Attraverso dibattiti, discussioni, risultati di sondaggi, la Chiesa si è affermata in questa lotta e così il dibattito bioetico ha iniziato il suo ingresso nei settori ospedalieri cattolici.

Infatti, per affrontare i problemi legati alle condizioni di depistage, di realizzazione delle ricerche biomediche (sperimentazione terapeutica e vaccini), alle pratiche di cura, all'accesso ai farmaci essenziali, l'Africa francofona doveva allora prendere la via della Bioetica al fine di una riflessione conseguente e di un movimento sociale abbastanza forte che traducesse un'appropriazione delle sfide della salute e imponessero impegni politici anche delle condotte etiche molto più risolutive per tradurre nella realtà il diritto alla salute iscritto in quasi tutte le Costituzioni africane.

E' in questo contesto che si inseriscono i Primi Giorni di Bioetica per l'Africa Occidentale e Centrale, che hanno avuto luogo presso l'Università Cheikh Anta Diop di Dakar – UCAD 2 (Senegal) i 11-13 luglio 2005, come titolo: "Quale etica per la ricerca in Africa". Questi eventi sono stati co-organizzati da molte istituzioni internazionali e universitarie africane.

✶ Este texto é resultado de um seminário elaborado e apresentado no Instituto Camillianum de Roma. Foi organizado pelo Prof. Antonio Puca, e teve como colaboradores Jean-Louis Amani; Bebel Erick Balogoun; Carmen Bejarano; Guy-Gervais Degboe Ayite; Benny Chengalikavil; Martin Grogue; Léon Kassehin; Kitsada Khamsri (Jimmy); Sandro Antonio Nava; Bibiana Owgho; Arthur Tshimanga. O texto na íntegra será apresentado em 4 partes. A primeira parte foi publicada na Revista Bioethikos 2013;7(1):44-58. Na presente edição está publicada a segunda parte.

* Professor de Bioética no Camillianum de Roma e professor visitante no Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP, Brasil.

O autor declara não haver conflitos de interesse.

L'obiettivo fondamentale di questi giorni di bioetica è stato dunque di suscitare delle riflessioni appropriate al fine di :procedere a una valutazione sullo stato della riflessione in bioetica in Africa occidentale e centrale; lanciare un dibattito sul progetto di dichiarazione relative alle norme universali in materia di Bioetica; riflettere sul ruolo e compiti dei comitati etici nel contesto dei paesi della regione; definire i compiti di questi comitati per garantire la protezione delle persone; presentare delle proposte per la creazione e il rafforzamento di enti etici; suggerire le azioni per promuovere lo scambio di esperienze e rinforzare le capacità dei protagonisti^a.

Per raggiungere questi obiettivi, è stato fondato nel 2006 il Centro Interdisciplinare di Bioetica per l'Africa Francofona (CIBAF) con sede a Kinshasa (RDC). La sua nobile missione è quella di "diventare un centro di eccellenza in campo di formazione, di ricerche e di intervento in bioetica nell'Africa francofona per una partnership crescente con delle persone e istituzioni interessate al benessere e alla dignità dell' essere umano"^b.

I temi bioetici nei paesi francofoni dell'Africa

Ci sono certamente reali problematiche bioetiche nei paesi francofoni dell'Africa sui quali la riflessione bioetica deve necessariamente interessarsi, al fine di migliorare le condizioni di vita delle popolazioni, promuovere le ricerche per un buon progresso tecnico e concepire un ruolo più chiaro della politica. Ma queste si presentano altrimenti rispetto all'Occidente, soprattutto alla Francia.

Ecco elencati qui i temi che possono essere alla base di una riflessione bioetica nei paesi francofoni dell'Africa.

Salute: Mancanza di vera e propria politica di copertura sanitaria e di assicurazione sanitaria; Mancanza di educazione sanitaria efficace; Contraccezione / salute riproduttiva / aborto; Consulenza genetica / diagnosi prenatale / parto; Stupro / mutilazione genitale / sterilizzazione; Rianimazione cardio-vascolare (pochi sono gli apparecchi di rianimazione e non permettono l'immobilizzazione prolungata per un singolo paziente); Mancanza di cure adeguate per i malati di mente; Malattie vecchie la cui promessa di eradica-

zione e di totale scomparsa è stata fatta, ma che sono riemerse e diventano più terribili (malaria, varicella, vaiolo, meningite, colera, ulcera di Burilis, leishmaniosi, poliomielite, tubercolosi...); Malattie nuove che costituiscono le sfide maggiori dell'Africa contemporanea: HIV/AIDS, Febbre Ebola, ecc; Alcool / fumo (diverse droghe); Mancanza di accesso gratuito, giusto, equo e uguale alle cure; Accesso all'acqua potabile per tutti; Matrimonio precoce / poligamia / levirato (cosa succede quando il defunto di cui eredita la donna è morto in seguito a un retro-virale? Qual è la responsabilità del medico che è a conoscenza della sieropositività della coppia iniziale e chi lascerà il fratello consumare una tale unione?); La stregoneria (realtà nefasta la cui lotta è solo lasciata al campo religioso e spirituale); Legislazione talvolta inesistente o inadeguata nel ambito della sanità / mancanza di sicurezza alimentare corretta; Condizioni di detenzione miserabili nelle carceri civili / maltrattamento dei bambini su tutela altrui / traffico dei bambini; Bambini soldati / minori nei campi e nelle miniere di diamanti, d'oro e di ferro / figlie-madri / difficoltà per le ragazze che hanno molto studiato e hanno tanti diplomi di sposarsi; Ragazze "Mamiwata" (madre del mare) / Difficile inserimento sociale delle vittime di stupro.

Ambiente: Inquinamento (dell'aria, dell'acqua, ambientale, acustico, marino); Erosione costiera / desertificazione / rimboschimento; Sicurezza marina; Mancanza di copertura totale di energia elettrica; Creazione di infrastrutture che tenga conto degli attuali standard architettonici; Mancanza di una buona politica di protezione delle infrastrutture pubbliche esistenti.

Economia: (commercio illegale / traffico di droga / circolazione non libera delle merci nello spazio UEMOA e l'ECOWAS, UA / traffico di benzina e sue conseguenze sulla salute.)

Azienda (Mancanza di una buona politica per favorire lo sboccio di imprese private, la caccia di imprenditori che non fanno la corvetta alle autorità; una pletera di impiegati statali che ha come conseguenza l'inattività e la pigrizia).

a. Les Premières journées de bioéthique pour l'Afrique, Argumentaire, p. 2. In: <http://portal.unesco.org/shs/es/files/8293/...pdf/programme.pdf>

b. <http://www.bioethiqueafriquefrancophone.blogspot.it>

Potere-Politica-Democrazia (Dittatura, ribellione, guerre, colpo di stato militare, corruzione e arricchimento illecito, sottrazione di fondi pubblici, arresto illegale e arbitrario).

La fiacchezza (debolezza) dello stato e del diritto (contesto africano in cui il diritto e lo stato sono deboli).

Demografia (esodo rurale, fuga degli intellettuali verso l'Occidente con regressione demografica).

Mancanza di riflessione sulla dimensione etica del progresso scientifico e tecnico.

Mancanza di dibattiti, pubblicazioni etiche (che si riducono a qualche conferenza o congresso di cui l'attuazione delle raccomandazioni rimane invisibile sul terreno).

Mancanza di ricerche biomediche consistente.

Di fronte a questo elenco non esaustivo, sarebbe saggio per noi dire in poche righe la posizione dei paesi africani francofoni su alcuni problemi incontrati più frequentemente.

Nell'obiettivo di una tematizzazione, li affrontiamo nei prossimi passaggi.

BIOETICA NEI PAESI AFRICANI DI LINGUA INGLESE

Nigeria

Area Geografica

La Nigeria è una federazione di tre regioni (settentrionale, occidentale e orientale) in una costituzione che prevedeva un sistema di governo parlamentare. L'area Abuja è il Territorio della capitale federale (FCT), mentre la Nigeria è una repubblica con diverse strutture amministrative, i gruppi sociali e le diverse caratteristiche culturali. Ci sono circa 374 gruppi etnici identificabili con Hausa, Yoruba e Igbo come grandi gruppi. Il paese ha tre livelli di governo: federale, statale e locale. Attualmente la Nigeria è composta da 36 stati e il FCT raggruppati in sei zone geopolitiche: Nord Ovest, Centro Nord, Nord Est, Sud Ovest, Sud-Est e Sud-Sud. La Nigeria è il paese più popoloso dell'Africa con 140 milioni di persone, a partire dal censimento della popolazione nel 2006.

Il paese è ricco di petrolio e di tante risorse naturali, ha una cultura che non accetta la sterilità / infertilità, il genere maschile è una figura molto importante

per eredità e per portare avanti il nome della famiglia. Nonostante le risorse naturali di cui il paese è dotato c'è un grosso livello di disuguaglianza economica che rende la popolazione molto vulnerabile alle malattie, terrorismo dovuto dallo sfruttamento nelle zone dove si trova il petrolio. I problemi bioetici in Nigeria risalgono alla vita socio-culturale e economica e anche dovuti allo sviluppo Biotecnologico della medicina. La Nigeria similmente è proiettata in avanti nel campo della medicina moderna e nelle nuove tecnologie nel campo della biomedicina, e nel corso degli anni il governo ha introdotto varie iniziative per promuovere la ricerca per la salute in Nigeria.

Visione della bioetica in Nigeria

La Bioetica in Nigeria come disciplina è abbastanza nuova, ma le questioni bioetiche non sono nuove in Nigeria. Con lo sviluppo della medicina moderna il ministero della salute della Nigeria ha istituito vari settori per la ricerca per il miglioramento della salute del popolo. Tali istituti includono in particolare il Medical Research Council della Nigeria (MRCN) 1973, il Centro Nazionale della Scienza e l'Agenzia per lo Sviluppo tecnologico (NSTDA) 1977, l'Istituto della Nigeria per la ricerca medica (NIMR), il Dipartimento di pianificazione, ricerca e statistiche (DPRS) in tutti i ministeri. Di conseguenza vi è ora un Dipartimento di Pianificazione e Ricerca presso i Ministeri della Sanità a livello di governo federale e statale. Per condurre la ricerca nel settore delle materie prime farmaceutiche, è stata istituito l'Istituto nazionale per la ricerca farmaceutica sotto il controllo del Ministero federale della sanità.

I finanziamenti per la ricerca sanitaria in Nigeria sono scarsi e questo ha portato all'introduzione di donatori volontari, che influenzano i risultati attraverso l'ideologia sottostante lo sviluppo tecnologico. Nonostante tutto, mentre in questo sviluppo nella ricerca medica e delle nuove tecnologie mediche la bioetica come disciplina non esisteva, gli standard etici e codici di pratica per la ricerca sulla salute erano stati stabiliti.

Il Regno Unito (UK) ad esempio ha realizzato un progetto finanziato con il nome di International Planned Parenthood Federation (IPPFN)^c in collabo-

c. London, United Kingdom. Website: <http://www.ippf.org>

razione con il governo nigeriano, per promuovere il controllo artificiale delle nascite e l'aborto. L'IPPF-AR è stata fondata nel 1971 a Tema, Ghana, dai rappresentanti di otto paesi: Ghana, Liberia, Nigeria, Sierra Leone, Kenya, Tanzania, Uganda, e Mauritius IPPF. Essa lavora per assicurare che le donne non siano messe a rischi di lesioni inutili, di malattie e di morte a causa della gravidanza e del parto, e supporta il diritto della donna di scegliere di interrompere la gravidanza legalmente e in sicurezza. A parte la questione della contraccezione e l'aborto, vi sono stati un aumento delle problematiche di bioetica in Nigeria con l'evoluzione della medicina moderna, la situazione socio-politica e da alcune parte del paese la religione usata come strumento di violenza.

Contributo della Chiesa cattolica

La Chiesa cattolica è stata in prima linea nel condurre alcune discussioni e nell'educare i suoi membri, ma a causa del grande livello di povertà, nei paesi africani, tra cui la Nigeria, si è stati molto ingenui ad accettare l'ideologia anglo-americana che ignora la sacralità della vita. Questi partiti sembrano aver dominato, ma la Chiesa cattolica in Nigeria continua a promuovere la bioetica cattolica, esaminando criticamente quella laica.

L'insegnamento della Chiesa ha sottolineato fino oggi: il valore e la dignità di ogni persona, i diritti e le responsabilità della società; l'amore e la compassione di Dio^d. La Chiesa rispetta la sacralità assoluta della vita umana e sostiene la dignità di ogni persona in ogni fase della vita. Questa convinzione circa la sacralità e la preziosità di ogni vita sostiene le ragioni dell'insegnamento della Chiesa circa l'HIV/AIDS. La Chiesa riconosce i progressi nella scienza moderna e della tecnologia, ma è fermamente convinta che non può portare al senso ultimo delle cose. La Chiesa approva i metodi scientifici che non violano la sacralità della vita, vale a dire, quelli che eticamente e moralmente metodi accettabili per la Chiesa.

Nei tempi recenti, nel mese di agosto 2011, ha visto la nascita l'Istituto Internazionale di Bioetica a Enugu, che era il figlio di un ex studente tra i pionieri

della bioetica. Il suo zelo è stato approvato e sostenuto dal professor Luigi Mescia. Secondo lui "La IBI è nata per rispondere al bisogno contemporaneo di un cambiamento nella percezione e nell'atteggiamento dell'uomo verso la vita e la sopravvivenza della razza umana. Come Istituto Superiore, riconosce il ruolo dell'educazione nello sviluppo individuale e collettivo e come Istituto di ricerca si propone di sondare continuamente nella vita e nella sopravvivenza del genere umano con un approccio interdisciplinare".

Temî bioetici in Nigeria

Genoma / Cellule Staminali

Interrogativi etici sono sulla ricerca delle cellule staminali e i potenziali usi terapeutici sono in corso. Come per ogni ricerca medica che ha a che fare con la riproduzione della vita o la manomissione dei suoi processi, sulle cellule staminali si è divisi in pareri informati e non informati di sostenitori e oppositori. Ambientalisti, pro-life e gruppi religiosi fondamentalisti guardano a ciò che il progresso scientifico e tecnologico dell'uomo fa, tenendo conto della natura dei costi, dall'uomo, allo strato di ozono, all'ambiente, all'allarme globale ecc. La Nigeria è molto impegnata nella ricerca sul genoma. Due uomini anonimi, uno Han, cinese, l'altro Yoruba, della Nigeria, sono diventati i primi non-bianchi con i loro genomi completi sequenziati. Due gruppi di ricerca guidati da Jun Wang dell'Istituto Genomica di Beijing a Shenzhen, in Cina, e David Bentley di Illumina Cambridge in Essex, Regno Unito, hanno pubblicato i genomi dell'uomo cinese e nigeriano, rispettivamente sulla rivista Nature^e. Si è utilizzato l'ultimo ritrovato tecnologico per rompere le decine di DNA e la sequenza di milioni di frammenti nel giro di poche settimane.

Il National Human Genome Research Institute (NHGRI), il Fogarty International Center of The United States National Institutes of Health (NIH), il West African Formazione sul programma di Bioetica, Università del Maryland, Baltimora lavorano in collaborazione nel settore della formazione e della ricerca sul genoma in Nigeria.

d. The Nigerian Catholic Health Policy. A publication of the Catholic Secretariat of Nigeria. 2nd ed. 2009.
e. DOI: 10.1038/nature07484 e DOI: 10.1038/nature07517.

HIV/AIDS Prevenzione, trattamento e cura

I primi due casi di HIV in Nigeria sono stati identificati nel 1985, e sono stati riportati in una conferenza internazionale sull'AIDS a 1986. Da allora la Nigeria ha perso 3 milioni di persone per l'HIV/AIDS 2,98 milioni di nigeriani vivono con l'HIV (DHS 2003, 2008)^f, 2.23 milioni di bambini sono rimasti orfani a causa dell'HIV/AIDS. Sulla prevenzione c'è una grave lacuna per chiudere per raggiungere l'obiettivo di sviluppo del Millennio nel 2015. La grandezza e l'impatto dell'HIV/AIDS in Nigeria non è solo un problema di salute pubblica o la sfida per lo sviluppo, ma è anche sempre più la creazione di un impatto negativo sulla vita socio-economico.

Le sfide della prevalenza di HIV nel paese include quanto segue: povertà, aumento del livello di analfabetismo a causa di abbandono scolastico degli orfani e dei bambini vulnerabili, ad esempio cultura dove la sessualità non è discussa dai genitori con i loro bambini, pratiche tradizionali dannose, programmi di prevenzione basati principalmente sulla distribuzione del condom, secondo la relazione 2008 NDHS "L'uso del preservativo è una delle strategie più efficaci per combattere la diffusione del virus HIV"^g, maggior parte delle attività nelle aree urbane Aree, sovra dipendenza ai donatori.

In risposta a questo problema, la Chiesa cattolica, oltre a elaborare una politica nazionale sull'HIV/AIDS per guidare i fedeli a far parte della miriade di altre organizzazioni governative e non governative per combattere il piaga dell'HIV, ha anche alcuni programmi specifici in alcune delle diocesi in cui le attività di prevenzione per promuovere la fedeltà nel matrimonio e l'astinenza prima del matrimonio sono state effettuate. Oltre a programmi di assistenza e sostegno per le persone affette da HIV e bambini orfani e vulnerabili (OVC).

Inizio modulo Mutilazioni Genitali Femminili

Tradizionalmente, la MGF si chiama 'circoncisione femminile (FC), ma la realizzazione dei suoi danni e conseguenze fisiche, psicologiche e dei diritti umani ha

portato all'uso dei termini, le mutilazioni genitali femminile o 'mutilazioni genitali femminile (FGC) e si distinguono dalla circoncisione maschile. La pratica, che esiste in molte forme, si trova in quasi tutte le parti del mondo. In alcune parti dell'Africa^h, la MGF viene ritardata finché dura la gravidanza o fino a due mesi prima del parto. La pratica MGF causa conseguenze fisiche, psicologiche, psico-sessuali e di salute sulle vittime. La maggior parte delle ragazze / donne in Nigeria devono ancora affrontare il rituale ogni anno a prescindere dalle loro inclinazioni religiose. Tuttavia, secondo l'OMS nel loro anno di rapporto dell'anno 2000ⁱ, le conseguenze sulla salute a breve e a lungo termine delle MGF variano secondo il tipo e della gravità della procedura eseguita, ma le conseguenze per la salute immediate comprendono: dolore grave, shock, emorragia, ritenzione urinaria, ulcerazione della regione genitale e lesioni ai tessuti adiacenti. L'emorragia e l'infezione possono anche causare la morte.

In tempi recenti c'è anche preoccupazione di una possibile trasmissione della Human Immuno-deficiency Virus (HIV), soprattutto se effettuata in condizioni igieniche precarie con strumenti non sterili. Le conseguenze a lungo termine includono cisti e ascessi, formazione di cheloidi, danni all'uretra, con conseguente incontinenza urinaria e difficoltà di parto tra gli altri. Ciò dimostra una grande mancanza di rispetto per il diritto e la dignità umana, perché è spesso fatto contro il consenso della persona coinvolta.

Traffico di esseri umani

La questione della traffico di esseri umani a fini di prostituzione è stato uno dei temi più turbolenti che il governo nigeriano e la chiesa cattolica in Nigeria hanno cercato di risolvere negli ultimi decenni. Le ragazze giovani sono state oggetto di traffico in Europa e in altri paesi. In Europa, le donne vivono e lavorano sotto il controllo di una signora nigeriana, una controparte della madam in Nigeria.

In Africa occidentale, vi è il dilagante traffico di donne e bambini all'interno della regione e per sedi estere. 'La Nigeria ha firmato e ratificato il Protocollo delle Nazioni

f. Nigeria Demographic and Health Survey FR222 (DHS 2003, 2008).

g. Idem. p. 209.

h. Dorkenoo E, Elworthy S. Female Genital Mutilation: proposals for change. London: Minority Rights Group; 1992.

i. World Health Organisation. Female Genital Mutilation. WHO Information Fact Sheet. 2000;(241).

Unite per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, specialmente donne e bambini, spesso definito come il Protocollo di Palermo^j). La legislazione nazionale e alla prassi legale in materia di per il traffico resta irregolare, comunque.

Donazione e Trapianti d'organi

L'attuale quadro giuridico che disciplina il lavoro trapianto di organi in Nigeria si basa sul consenso informato per organo / tessuto donazione e il destinatario. 'Il trapianto di organi è diventata una procedura salva-vita per molte condizioni di malattia fino ad ora considerate incurabili. Il trapianto renale, ora il trattamento di scelta per stadio terminale della malattia renale è il più comune trapianto di organi solidi effettuata in tutto il mondo in questo momento, è il solo trapianto di organi solidi fatto in Nigeria^k. 'Il trapianto di organi in generale e il trapianto di rene, in particolare, genera questioni etiche e dilemmi in tutto il mondo, molti dei dilemmi etici sono relativi al consenso informato del donatore vivente, alla commercializzazione del rene, alla garanzia di qualità e sicurezza della procedura.

Uganda

La popolazione ugandese è di 33.640.833 abitanti (stima del luglio 2012). Nota: le stime per questo paese tengono esplicitamente conto degli effetti dell'eccesso di mortalità dovuta all'AIDS. Ciò può portare a minore aspettativa di vita, mortalità infantile più alta, tassi di mortalità più alti, più bassi tassi di crescita della popolazione, e cambiamenti nella distribuzione della popolazione per età e sesso rispetto a quanto sarebbe altrimenti previsto. Il primo simposio sui principi bioetici relativi a studi clinici si è tenuto a Jinja, Uganda nel settembre 1994. I 13 partecipanti, uomini e donne, erano esperti di etica, medici, ricercatori, e farmacisti che avevano condotto tutte le ricerche stesse. Erano rappresentati il Ministero della Sanità ugandese, la Makerere University, la Commissione AIDS Uganda, il Consiglio Nazionale della Scienza e della Tecnologia dell'Uganda e il Laboratorio Nazionale di chemioterapici.

Il simposio svolto è stato il primo passo verso l'esame del sistema ugandese nella recensione bioetica, l'applicabilità dei principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e della giustizia per la ricerca biomedica in Uganda, e le strategie per l'ulteriore sviluppo di un codice ugandese di bioetica di ricerca. Questo saggio descrive valuta criticamente un programma educativo di formare operatori sanitari ugandesi in bioetica. E descrive uno sforzo "bottom-up" (basso verso l'alto), una settimana di workshop (simposio) intensivo in bioetica fornite dagli autori agli operatori sanitari in un paese in via di sviluppo, come l'Uganda. Nel descrivere il contesto e le circostanze che hanno portato all'organizzazione del simposio, e rivedere la sua pianificazione, progettazione, piano di studi, e il risultato, ci si concentrerà in particolare sulle misure adottate per rendere il laboratorio rilevanti per il pubblico dei professionisti ugandesi, e descrivere le lezioni apprese dopo due presentazioni del workshop. Infine si discute i punti di forza e di debolezza di tale formato, e il suo valore potenziale nel sollevare la competenza bioetica nei paesi in via di sviluppo.

In particolare per quanto riguarda l'epidemia di HIV/AIDS per i seguenti motivi: In primo luogo, non solo è l'HIV/AIDS il problema sanitario più allarmante in molte parti dell'Africa, ma la complessità delle questioni coinvolte nella ricerca medica e etica (codici di condotta e linee guida standard, diritti in conflitto e le responsabilità, e le questioni di giustizia distributiva) illustra chiaramente i diversi livelli di problemi che la bioetica, più precisamente, l'etica professionale medica e di ricerca etica svolti in un povero paese in via di sviluppo.

L'articolo difende l'uniformità dei generali, le linee guida internazionali di bioetica, ma chiede una discussione più ampia nella loro applicabilità in diverse condizioni economiche e sociali, sostenendo che nei dibattiti attuali i temi della giustizia distributiva, della cultura, e individuale i giudizi professionali sono aggrovigliati insieme in modo che tende a giustificare due pesi e due misure nella pratica. Per evitare questa confusione vi è la necessità di trovare

j. Carling J. Fra Nigeria til Europa. Innvandring, menneskesmugling og menneskehandel. Oslo: International Peace Research Institute; 2005.

k. Fadare JO, Salako BL. Ethical issues in kidney transplantation – reflections from Nigeria, in Dove journal: transplant research and risk management. 2010 Nov;2:87-91.

un approccio più coerente alla bioetica che riunisce i requisiti normativi stabiliti dalle linee guida internazionali, la pianificazione politica nazionale, l'etica sociale, l'etica medica e professionale.

Tanzania

Le principali questioni che sorgono in relazione ai principi normativi internazionali di professionisti dell'etica medica in Tanzania sono le seguenti:

Il principio della riservatezza medico-paziente può essere violato nell'interesse del bene pubblico o se così facendo può salvare "vite innocenti" per motivi utilitaristici.

Le tradizionali norme etiche che richiedono per i singoli i doveri sociali e la solidarietà sociale, in realtà danno il permesso di violare tali principi individuali per il bene della comunità.

Le referenze dei donatori internazionali ai governi locali o dei singoli professionisti del settore sanitario offre il diritto di vietare o abolire le tradizioni consolidate, se e quando queste tradizioni e pratiche sono considerate pericolose per la salute (ad esempio, la mutilazione genitale femminile).

Le questioni etiche relative al valore diventa ancora più complesso per il fatto che in Tanzania, così come in altri paesi africani, c'è ancora un gran numero di medici stranieri nonché professionisti della salute nativi che sono stati formati in Occidente, e che lavorano in entrambi gli ospedali internazionali e locali strutture mediche.

Molti professionisti medici hanno propri punti di vista sul modo migliore di applicare individualisticamente (visione occidentale) l'etica medica in diversi contesti locali.

Al contrario molte persone, in particolare nelle zone rurali della Tanzania, si affidano ancora alla medicina tradizionale e a guaritori tradizionali, le cui idee di etica e la pratica sanitaria in generale sono molto diverse da quelle che hanno un'educazione occidentale, la formazione e le risorse.

Questa miscela di pratiche e valori moderni e tradizionali con diversi orientamenti normativi alimenta la doppia norma in bioetica in Tanzania.

Per chiarire i requisiti normativi internazionali e il loro livello regionale, nazionale, e l'applicazione

locale in Africa, vi sono stati recentemente tentativi di aumentare la consapevolezza sulle questioni etiche, in particolare nella ricerca biomedica. Per esempio, la Pan-African Initiative Bioetica (PABIN) contribuisce al dialogo globale in relazione al progetto di cooperazione internazionale per pratiche migliori nella ricerca sanitaria, osservando e rispettando i diritti umani.

La relazione tra queste due distinte, ma tra loro influenti, dimensioni di "bioetica globale" deve essere chiaramente riconosciuta, se vogliamo evitare due pesi e due misure che possono dare una giustificazione a varie forme di mancanza di professionalità (dalla corruzione all'utilizzo di personale non qualificato per conquistare il compiti di medici carenti), in nome della efficienza nella fornitura di servizi o in nome dei diritti culturali.

Pertanto in un Tanzania, e in un più ampio contesto africano, dobbiamo esplorare questioni bioetiche nelle seguenti distinte, ma anche sovrapposte, aree di dibattito: distribuzione di tutte le risorse e il problema della disuguaglianza globale e locale; diritti e doveri in conflitto in relazione ai diritti individuali rispetto (collettivi) per la salute pubblica (come la responsabilità dello Stato / altri organismi istituzionali) b. in relazione ai diritti individuali rispetto alla responsabilità sociale c. in relazione ai diritti individuali rispetto ai diritti collettivi (gruppi culturali, integrità culturale, e l'identità in difesa dei valori pratiche tradizionali); universalità dei codici di etica medica e di ricerca medica in relazione ai valori e pratiche culturali b. in relazione alle risorse disponibili.

Alcune linee-guida di bioetica dovrebbero riunire le linee-guida internazionali, leggi nazionali e locali, per evitare di lasciarli competere o contraddire a vicenda.

Il contributo della Chiesa Cattolica è notevole. Ad esempio il personale dell'Istituto di Bioetica cattolica è stato invitato da Emmanuel Mchopa, S.J. di sponsorizzare diversi progetti clinici e di ricerca presso la clinica medica e nella parrocchie, facendo progetti di ricerca in due aree distinte: in primo luogo la rete idrica e fognaria ambientale, in secondo luogo la prevenzione dall'HIV/AIDS.

Si tratta di due progetti di ricerca distinti, ma intimamente connessi da un punto di vista clinico, perché

coinvolgono temi, quali: la dignità umana, i diritti umani, la qualità della vita, la gestione delle risorse mediche, l'assegnazione di farmaci antiretrovirali, l'educazione. La prevenzione e l'assistenza sanitaria.

L'iniziativa si propone il potenziamento delle capacità etiche esaminando e migliorare la protezione dei soggetti umani nella ricerca sanitaria in Africa e concentrandosi sulle procedure operative e le questioni sostanziali che influenzano la valutazione etica in Africa.

Un ulteriore obiettivo è quello di esaminare le norme di garanzia della qualità e le procedure utilizzate per sviluppare progetti di ricerca per la salute, nonché le metodologie in Africa per l'applicazione di linee-guida internazionali. Inoltre, l'iniziativa prenderà in considerazione l'approccio più fattibile dal punto di vista africano per l'accreditamento di comitati di valutazione etica.

In Tanzania, ad esempio, l'aborto, anche se rigorosamente proibito dalla legge, viene eseguito clandestinamente, e le cartelle cliniche mostrano un numero crescente di donne ricoverate in ospedale per (incompleto) aborto.

Così vi sono ancora problemi legati all'AIDS in Tanzania, che all'inizio è stato associato alla prostituzione e all'omosessualità (la cui esistenza, tuttavia, è ancora ampiamente contestato e/o negato, ad es. lo Zanzibar ha approvato una legge nel 2004 che può portare all'arresto di individui sospettati di attività omosessuali / relazioni dello stesso sesso per la detenzione per un massimo di 25 anni). Mentre la nazione mostra un volto profondamente religioso e spirituale (cristianesimo, islam, induismo, religioni indigene), molti africani tendono ancora a vedere l'HIV/AIDS come punizione di Dio per coloro che commettono adulterio o altri atti malvagi. Anche se forse si vive la sessualità e la fedeltà in maniera ipocrita, tutto questo tende ancora a portare intolleranza e pregiudizio nei confronti delle persone affette da HIV/AIDS. L'atteggiamento negativo di molti leaders religiosi verso l'uso del condom porta a una ulteriore diffusione dell'epidemia, nonostante i tentativi di incoraggiare l'astinenza e la fedeltà sessuale.

Insomma la Bioetica in Tanzania è basata su valori culturali, tradizionali e religiosi, gli ultimi due molto accentuati. Se tutto ciò viene a disturbare uno dei due, affronta una forte resistenza.

Temi di Bioetica in Uganda e in Tanzania

Possiamo elencare un notevole numero di temi, comuni ai due paesi. Tra i più significativi: la fertilità; la contraccezione; la pianificazione familiare; la profilassi; la vaccinazione; il Matrimonio; la mortalità infantile; la cura contro diverse forme di malattie: la tosse, la diarrea, la TBC, la malaria, etc.; il comportamento sessuale; la sterilizzazione sessuale; l'omosessualità; la donazione degli organi; l'HIV/AIDS, ecc.

In Africa l'Uganda è come un ospizio modello per altri paesi, con la missione di aiutare le altre iniziative in Africa sub sahariana attraverso il servizio, la formazione, la ricerca e la creazione di reti culturalmente adeguate ed accessibili.

Dell'Uganda vogliamo mostrare, tra gli altri problemi, il metodo A.B.C., come possibile soluzione alla diffusione dell'AIDS. La storia dell'HIV/AIDS in Uganda può essere suddivisa in tre fasi distinte¹:

La prima fase ha visto la rapida diffusione del virus HIV attraverso reti urbane sessuali e lungo le principali autostrade di sua origine nella regione del Lago Vittoria. I medici in questo settore era a conoscenza di un aumento nei casi di deperimento grave conosciuto localmente come 'malattia sottile', così come un gran numero di fatali infezioni opportunistiche.

Nel 1982 è stato diagnosticato il primo caso di Aids in Uganda e il legame tra "malattia sottile" e l'AIDS è stato riconosciuto clinicamente. Fino al 1986, quando la fine della guerra civile ugandese Museveni e il Presidente era saldamente al potere, il paese non ha avuto un importante programma di prevenzione dell'HIV. Il primo programma di controllo di AIDS è stato istituito nel 1987 per educare il pubblico su come evitare di contrarre l'HIV.

Il programma ha promosso come l'approccio ABC (*astenersi, essere fedeli, uso di preservativi*), ha garantito la sicurezza delle scorte di sangue e ha iniziato la sorveglianza sulla HIV. Una forte leadership politica e un impegno ad affrontare la furia AIDS è stata una caratteristica fondamentale della risposta precoce di AIDS in Uganda.

1. Il Rodney Muhumuza / Associated Press.

In questa epoca iniziò anche un Prevention work at grass-roots level also began in this era, with a multitude of small organisations educating their peers about HIV. lavoro di prevenzione a livello di base, con una moltitudine di piccole organizzazioni per educare i loro coetanei sull'HIV. Una delle prime organizzazioni a base comunitaria formate furono la TASO, l'AIDS Support Organization, gestita da sedici volontari che erano stati personalmente colpiti da HIV/AIDS. La TASO in seguito è divenuta la più grande organizzazione indigena del servizio AIDS che riguarda l'HIV/AIDS in Uganda e in Africa, fornendo sostegno emotivo e medica a migliaia di persone che sono HIV positivi.

La seconda fase dell'epidemia da HIV ugandese è durata dal 1992 al 2000. Durante questo periodo la prevalenza dell'HIV è scesa drasticamente, passando da un picco nel 1991 di circa il 15% tra gli adulti, e oltre il 30 % tra le donne in stato di gravidanza nelle città, a circa il 5 % nel 2001.

Si è pensato che la campagna del governo sulla prevenzione ABC sia stata in parte responsabile del declino della prevalenza. Tuttavia, il trattamento non era ampiamente disponibile in Uganda durante questo tempo per l'alto numero di morti per Aids e il coinvolgimento della popolazione completa nella campagna, il che ha contribuito alla riduzione del numero di persone affette da HIV.

La terza fase di HIV/AIDS in Uganda ha visto la stabilizzazione della prevalenza da 2000-2005, e le relazioni parlano di un leggero aumento della prevalenza dal 2006.

Farmaci antiretrovirali gratuiti sono disponibili in Uganda dal 2004. Si ritiene che l'introduzione di farmaci anti-HIV può aver portato alla compiacenza di HIV come l'AIDS, non più una condanna a morte immediata. Molti esperti hanno anche ipotizzato che il cambiamento nella politica di prevenzione dalla ABC verso il solo programma l'US-backed astinenza in Uganda può essere responsabile anche di un aumento di comportamenti a rischio, come l'educazione sessuale completa e promozione del preservativo non sono più *mainstream*.

Nuove infezioni: È probabile che il numero di nuove infezioni da HIV in Uganda sia salito alla fine del 1980, per poi scendere bruscamente fino alla metà degli anni 1990. Questo è generalmente ritenuto essere stato il ri-

sultato di *cambiamenti di comportamento, come la pratica dell'astinenza e la monogamia*, in primo luogo un aumento dell'età media del sesso, una riduzione del numero medio di partner sessuali e di uso frequente del *preservativo (in questione sempre, perché è fabbricato)*. L'intera popolazione dell'Uganda è stata mobilitata nella lotta contro l'HIV e tutti erano a conoscenza delle conseguenze che avrebbero potuto avere comportamenti a rischio per il loro paese. *Gran parte del lavoro di prevenzione in Uganda si è verificato a livello di base in gruppi* che hanno lavorato per abbattere la *stigma* associato con l'AIDS, e incoraggiare una *discussione aperta su temi sessuali* che prima erano un *tabù*. Questa discussione franca e onesta delle cause di infezione da HIV sembra essere stato un fattore molto importante alla base dei cambiamenti nel comportamento delle persone.

La musica educativa e un tour popolare promosso dal musicista Philly Lutaaya (che è stato il primo importante ugandese a dichiarare apertamente che era sieropositivo) ha contribuito anche a diffondere la comprensione, la compassione e il rispetto per le persone che vivono con l'HIV.

L'approccio utilizzato in Uganda è dunque chiamato approccio ABC, che consiste: in primo luogo incoraggiare l'astinenza sessuale fino al matrimonio; in secondo luogo consigliare coloro che sono sessualmente attivi ad essere fedeli e avere un solo partner; infine sollecitare l'uso del preservativo per coloro che hanno più di un partner sessuale.

L'astinenza è il tema più controverso nella campagna di prevenzione dell'HIV in Uganda. Anche se è sempre stata parte della strategia di prevenzione del paese che è stata esaminata dal 2003, in seguito un significativo investimento di denaro è stato fatto solo per i programmi sostenuti dal PEPFAR, l'iniziativa del governo americano per la lotta globale contro l'HIV/AIDS.

Si ritiene che il PEPFAR abbia spostato il focus della prevenzione in Uganda dall'approccio globale ABC degli anni precedenti.

Un altro modo di controllo è stata la cooperazione dei medici che dovevano certificare la causa della morte dei defunti. Perché la morte secondo la cultura in Uganda è un affare comunitario dove la gente è accanto a chi ha perso un membro della famiglia.

Negli anni si sono sperimentati i *preservativi* e le *medicinali* falsi.

In questi giorni si parla di *circoncisione* come un altro modo di *prevenzione*.

La Chiesa Cattolica Ugandese ha sempre raccomandato in genere l'AB.

Dopo avere toccato il continente africano, diamo una panoramica dei problemi più emergenti nel campo della Bioetica nel continente Asiatico. Ovviamente prenderemo in esame solo alcuni paesi più significativi.

BIOETICA ASIATICA

Cina

La Bioetica in Cina ha inizio alla fine del 1980, presa in prestito e proveniente da paesi occidentali. Ma la bioetica cinese ha un modello diverso dalla bioetica occidentale rispetto alla sua base filosofica e all'ambiente culturale, che è influenzata dal confucianesimo, dal taoismo e dal buddismo. Il campo accademico della bioetica, le decisioni politiche e la gente hanno opinioni diverse nelle questioni bioetiche. Vi sono certamente alcune somiglianze con quelle della bioetica occidentale, ma la bioetica cinese ha alcuni argomenti diversi e urgenti, come la disuguaglianza sanitaria, la riforma sanitaria, il rapporto medico-paziente, e il modello differente del consenso informato.

Mentre alcuni studiosi occidentali ritengono "bioetica" come un nuovo campo dedicato alla sopravvivenza umana e una migliore qualità della vita^m, gli studiosi cinesi, al contrario, pongono la bioetica nel dominio del campo molto più antico di etica medica. I bioeticisti cinesi considerano l'etica medica come una categoria molto più ampia, di cui la bioetica è un'estensione e un ramo dell'etica medicaⁿ. Questa è ampiamente accettata nella fase iniziale della Bioetica in Cina. Quando la bioetica è stata presa in prestito e introdotta nel sistema cinese, essa è stata principalmente tenuta da insegnanti che hanno lavorato sull'etica medica nella facoltà di medicina. È stata dunque considerata una branca dell'etica medica, piuttosto che una disciplina indipendente. Con lo sviluppo della scienza biomedica e della tecnologia, molti problemi pratici sempre più importanti sono emersi negli ultimi 10 anni. Tali questioni comprendono la clonazione umana, l'eutanasia,

la morte cerebrale, il trapianto di organi, le tecniche di riproduzione assistita, la ricerca biomedica, ecc. Non solo i medici sono coinvolti in questa discussione, ma molti filosofi, giornalisti dei media e ufficiali del governo. E la bioetica diventa gradualmente una disciplina indipendente. Generalmente il ricorso alla bioetica occidentale ha introdotto i quattro principi della bioetica, per cercare di trarre alcune conclusioni. Ma alcuni studiosi non pensano che i quattro principi della bioetica siano molto applicabili alla cultura cinese e al suo contesto biomedico, e alcuni studi teorici sulla bioetica della cultura cinese sono stati avviati negli ultimi anni.

Le fonti principali e il loro contributo alla bioetica

Anche se la bioetica cinese passa dopo alla bioetica occidentale, ciò che ha attirato di più è il *Journal International de Bioéthique*, 2008, vol. 19. Non più di 4 persone si potrebbe dire sono interessate alle questioni etiche biomediche. La gente ha un buon numero di accessi alla bioetica, come i programmi televisivi, riviste, libri di testo, e così via. Ciò è dovuto alla trasmissione dei moderni mezzi di comunicazione e allo sviluppo dell'educazione alla bioetica.

Le principali fonti di bioetica provengono da diversi campi. Gli insegnanti di etica medica nella Facoltà di medicina occupano il maggior numero. E altri, come gli studiosi di etica nel dipartimento di filosofia giocano dei ruoli sempre più importanti. Inoltre alcuni avvocati, giornalisti e politici sono fonti uniche. Questi studiosi guardano alle questioni etiche nel campo della biomedicina e della biotecnologia dal proprio orizzonte. Così hanno diversi punti di vista e di posizioni in bioetica. In campo accademico della bioetica si può scegliere di perseguire una borsa di studio "pura" che riguarda questioni teoriche. Ciò non significa che essi non riguardano la pratica della medicina e della biotecnologia, ma queste pratiche a problemi teorici sono considerate utili per cercare di trovare risposte obiettive per risolvere le controversie. Poiché la maggior parte degli studiosi di bioetica sono insegnanti che insegnano l'etica medica nella facoltà di medicina, che sono suscettibili di porre le questioni bioetiche nella pratica medica.

Al giorno d'oggi alcuni studiosi si preoccupano di coinvolgere o aiutare a creare un comitato etico in ospe-

m. Hong-wen Li. Corresponding author, PhD student of medical ethics in the Department of Philosophy in Peking University in China.
n. Ya-li Cong. Professor of Medical Ethics in Peking University Health Science Center in China.

dale o istituzione per la pratica bioetica. Inoltre i bioeticisti che hanno sullo sfondo una filosofia mostrano un grande interesse per la teoria di base della bioetica. Anche se i quattro principi della bioetica sono comunemente accettata da tali studiosi, questi principi non sono sufficienti come guida nella pratica clinica, e non molto applicabili alle situazioni specifiche in Cina. Piuttosto che i principi generali, preferiscono cercare lo spirito della filosofia tradizionale cinese e metterli nel loro quadro teorico. Questa è la ricostruzione della bioetica occidentale nella cultura cinese e la filosofia si riferisce principalmente al confucianesimo, taoismo e buddismo. Fino ad ora la fonte principale per la costruzione di bioetica cinese è il confucianesimo, e pochissimi studiosi fanno questo lavoro nel campo del Taoismo e del Buddismo.

La gente comune e il pubblico non hanno molta conoscenza della bioetica. Essi mostrano una grande preoccupazione con alcuni problemi bioetici che sono strettamente connessi con i loro diritti e benefici nella vita quotidiana. A differenza degli studiosi, la gente comune si interessa alle questioni di bioetica per proteggere i propri diritti e benefici, soprattutto quando i loro diritti sono messi in questione da medici o ricercatori biomedici. A volte ricorrono alla legge per tutelare i loro benefici e diritti. Ma non vi è alcuna voce indipendente per queste persone nei media, che sono principalmente riempiti da opinioni di studiosi, giornalisti e politici. Così l'opinione pubblica è un punto di forza silenzioso nei dibattiti bioetici che sorgono principalmente in ambito accademico.

I problemi più importanti della bioetica in Cina

Non ci sono grandi differenze tra la bioetica cinese e occidentale per ciò che riguarda aree e problemi. Essi condividono alcuni problemi comuni come: l'eutanasia; il suicidio assistito; la morte cerebrale; il trapianto di organi; la fecondazione artificiale e la fecondazione in vitro; l'assistenza sanitaria di distribuzione delle risorse, e così via.

Tuttavia, ci sono alcuni problemi particolari che affliggono la nazione cinese.

La questione più urgente per la bioetica in Cina è ora la considerazione etica della riforma sanitaria. La

Cina è stata un modello nel 1960 e 1970 per i paesi in via di sviluppo nell'attuazione dell'assistenza sanitaria di base (*primary health care*), enunciando che "la salute è per tutti". Con la sua politica economica aperta, nel 1980 la Cina cambiò la sua politica per la sanità nella direzione del mercato economico, ed ora sono nati molti problemi.

La seconda questione urgente per la Cina è il rapporto medico-paziente che si è deteriorato.

La fiducia tra questi due gruppi di persone è sceso negli ultimi anni. Non vi è sufficiente fiducia reciproca tra medici e pazienti. Questo problema è diventato un problema sociale, invece di semplice questione bioetica.

India

In India la disciplina della bioetica è stata introdotta per la prima volta nel 1996, durante un Convegno di Bioetica internazionale all'Università di Madras (Chennai).

L'India, un paese con dicotomie taglienti, antiche tradizioni e costumi, ma anche a causa della sovrappopolazione e condizione povertà di massa, *sottopone il corpo dei suoi miliardi di abitanti ai più bisognosi*. Per sopravvivere in India, ad esempio, è difficile. Ad esempio non si può mangiare una mucca considerata sacra, ma la vita umana non è rispettata alla stessa maniera. In India si conducono degli esperimenti di biotecnologia tra i più bizzarri e strani, non sempre supportati dal principio del consenso libero e informato. La gente è segnata dalla fame e il bisogno porta a decisioni insolite, così che l'India è considerato uno dei paesi più grandi per traffico di organi illegali in tutto il mondo. Le barriere del sacro, l'etica e la vita sono trascese e s'intersecano in un caos permanente che ogni giorno sembra più imbrigliato. Essendo un paese molto vasto in cui vi è una natalità molto alta, l'India è anche un luogo in cui si violano le norme universali della bioetica. In cambio di poche rupie, che rappresentano il sostentamento per una grande famiglia e altri parenti, si dà vita a brevetti per nuovi esperimenti su esseri viventi⁹.

In Bioetica vi sono contraddizioni in cui si sono sviluppate le pratiche religiose e culturali. Fin dai tempi antichi, i criteri e principi che noi denominiamo "Bioetica" non soffrivano di alcuna minaccia bioetica postmoderna. Il fenomeno della globalizzazione e della tecnologia han-

o. Antiseri; 1972.

no introdotto elementi occidentali di cultura e un nuovo set di “valori”, o meglio antivalori, in una società che non era pronta per tante distrazioni e che trasformano le questioni dello spirito native dell’India nel groviglio dei requisiti imposti dal mercato occidentale^p.

Traffico di organi in India

L’India ha un mercato per il traffico illegale di organi fiorente, con una velocità abissale, e le leggi che esistono per prevenire tali atti hanno fallito. In linea di principio, si ritiene che il cittadino medio in India non crede che vi possano essere leggi che impediscano traffico di organi ai fini di trapianti^q. Ad esempio, se avete bisogno di un trapianto di rene, ci sono molte persone disposte a “vendere” il proprio rene, in cambio di poche rupie per comprare del cibo per le loro famiglie. Si stanno adottando delle norme in ospedali e istituti prevenire la vendita di queste parti, almeno in alcune zone dell’India^r.

Oggi una parte del governo indiano cerca di adottare misure più concrete, al di là di ciò che indica la norma, considerando la precaria situazione economica della maggior parte delle persone in India. Si è anche contemplato la possibilità di legalizzare l’acquisto e la vendita di organi^s. Ma la politica indiana è contro questo provvedimento, e “implicazioni negative” hanno iniziato a prendere in considerazione delle riforme della legge attuale^t.

Un cenno particolare merita la farmaceutica e la biodiversità in India

Dal 1997 l’ Indian National Academy of Sciences ha fatto simposi sulla ricerca in bioetica. Per esempio, nel 1997 si è occupata dello studio del genoma umano come un aspetto della biotecnologia che potrebbe interessare l’India. Ma i paesi industrializzati hanno preso il comando e sono giunti alla conclusione che, pur con il fatto che gli studi sono condotti in territorio indiano, essi sono fatti con denaro straniero, pertanto si può rivendicare il brevetto per il paese che finanzia e non per l’India^u.

Inoltre, la sensazione che si prova è che ci sia una paura diffusa tra la popolazione dell’India per gli esperimenti che sono stati fatti sugli esseri umani da parte delle aziende farmaceutiche a causa del numero elevato di persone che vivono in povertà estrema, che porta appunto a dare via i loro corpi per esperimenti, in cambio di poche rupie^v. La Dr. Shiva Vananda *Research Foundation* di New Delhi per la Scienza, Tecnologia e Politica delle risorse naturali, sostiene con forza che si tratta di due aspetti che devono essere considerati nella stesura di regole che hanno a che fare con gli esperimenti che coinvolgono questioni di bioetica. Vi è una percentuale molto alta di persone su cui possono essere fatti tutti i tipi di indagini, compresi quelli che mettono in pericolo la loro vita o il funzionamento ottimale del proprio corpo in cambio di poche rupie. Di conseguenza occorrono meccanismi di controllo, che non siano in conflitto con l’autonomia, il consenso informato, la giustizia, e nello stesso tempo assicurino condizioni minime di sicurezza della vita umana.

La scelta del sesso dei bambini

Il Consiglio del Presidente sulla Bioetica negli Stati Uniti ha pubblicamente dichiarato che vi è una tendenza dell’infanticidio femminile in India per via delle questioni di casta. La condizione delle donne è molto bassa, a causa della cultura esistente. I doni enormi che i genitori dovrebbero dare alle donne per i loro mariti fanno sì che esse cerchino ogni giorno uomini per le loro gravidanze. Di conseguenza, le famiglie preferenzialmente cercano figli e, se possibile, scelgono il sesso dei bambini in un “garantito”. Per questa procedura pagano molte rupie^w.

In India, quindi, c’è stato un abuso di esperimenti che manipolano le cellule umane per accedere alla predeterminazione del sesso del bambino prima del concepimento. Questo esperimento, di per sé è illegale, perché vi è una norma che vieta severamente qualsiasi tipo di sperimentazione e la ricerca sulle cellule umane che ha come obiettivo di predeterminare il sesso dei

p. Gomez; 1993.

q. Fatah S; 2009.

r. Magazine New Scientist. 2005 Ott 21.

s. Gli obiettivi attuali di legalizzare il commercio di organi consentono le donazioni da una persona morta, considerando il pagamento di una somma del familiare del defunto, compreso il coniuge o i figli, o di qualsiasi membro della famiglia che desidera donare parti del defunto di una persona vivente, come forma di affetto o sentimento che unisce la famiglia al corpo del defunto (Mittal; 2008).

t. Singh; 2009.

u. Bhalla; 2009.

v. Ghosh; 2005.

w. Fatah; 2008.

bambini e la scelta degli stessi. Tuttavia, la sperimentazione per determinare il sesso prima del concepimento aumenta. Ci sono anche medici che, avendo uffici nelle loro aree di sperimentazione nelle “questioni di consulenza genetica”, di fatto conducono studi di selezione prenatale del sesso^x.

Il matrimonio tra parenti stretti

In India, dai tempi antichi, il matrimonio tra cugini è stato incoraggiato e perpetuato attraverso incentivi in genere per mantenere le risorse della famiglia. Oggi in India persiste il matrimonio tra le famiglie a un tasso dal 20 al 50%. La Radio Nazionale Pubblica degli Stati Uniti ha annunciato un'inchiesta pubblicata su una comunità in India di 5.000 membri, che avevano tutte le famiglie matrimoni misti, da cui sono nati 800 bambini affetti da cecità, ritardo mentale e altre disabilità fisiche. La condizione di questa comunità non è stata diagnosticata e un insegnante di scuola sta cercando di attirare l'attenzione internazionale su questo fatto in modo da evitare, ma il paese si rifiuta di collaborare sostenendo che si opporrà il “divino”^y.

Un altro aspetto importante della Bioetica in India sono i regolamenti legati alle biotecnologie. I governi dell'India hanno compiuto notevoli sforzi nel campo delle biotecnologie. Dopo la costituzione del Dipartimento di Biotecnologie in India nel 1986, come parte del Ministero della Scienza e della Tecnologia, il governo stesso è responsabile di promuovere tutti i tipi di indagini che tendono a studiare e sviluppare tutti gli aspetti della biotecnologia, industria, scienza e la biodiversità. Anche gli aspetti normativi delle norme di bioetica sono sotto il Dipartimento di Biotecnologie del Ministero.

Questo Dipartimento ha promosso la creazione di leggi che concedono autonomia ai due esperimenti laboratori: L'Istituto Nazionale di Immunobiology che si trova a Nuova Delhi, e il Fondo nazionale per tessuti animali e colture cellulari a Pune, Maharashtra. La ricerca di tessuti umani, sui quali gli Istituti hanno concentrato i loro sforzi, è in particolare sulle zone ustionate della pelle occupa negli organi del cuore e della

cornea, ha anche permesso la creazione di banche di plasma germe e nella ricerca su animali e piante. Allo stesso modo vi è un ampio studio sulla fertilità e sul controllo delle nascite, in particolare la biofertilizzazione congenita, il biocontrollo, gli agenti biologici e di propagazione di massa^z.

Il Dipartimento di Biotecnologie di India controlla anche due imprese di proprietà statale, che sono coinvolti nella produzione di massa di vaccini, i medicinali ad azione immunologica la Bharat Biologicals Corporation indiana e la Corporation dei vaccini, entrambi con sede a New Delhi.

Tuttavia il governo indiano ritiene che l'India sia un mercato ambito dalle multinazionali. Ci sono numerosi esperimenti biotecnologici multinazionali. Ad esempio, il Central Drug Research Institute a Lucknow, Uttar Pradesh, il Centro per la Biologia Cellulare e Molecolare a Hyderabad, Andhra Pradesh, l' Indian Institute of Chemical Biology a Calcutta, l' Institute of Technology microbica in Chandigarh, che tra le altre istituzioni delle biotecnologie nell'avanzamento della ricerca e sperimentazione coinvolge gli esseri umani^{aa}.

Sintetizzando le tematiche

Come altri paesi asiatici, anche l'India si trova di fronte a molti problemi bioetici. i problemi importanti, che sono i seguenti: il trapianto di organi; la ricerca biomedica che coinvolge i soggetti umani; l'assistenza da tecnologie riproduttive; la determinazione del sesso intrauterina; l'aborto; il feticidio femminile; i diritti delle donne; i diritti del bambino; la cura degli anziani; la privatizzazione dell' assistenza sanitaria; l'accesso equo alle cure sanitarie; il controllo delle malattie trasmissibili; il contenimento della popolazione; la nutrizione; l'acqua potabile; la protezione di gruppi vulnerabili; la ricerca di genetica; le cellule staminali; il disposal dei rifiuti e la tutela dell'ambiente.

Thailandia

La Bioetica è stata introdotta in Thailandia circa 20 anni fa. Come già noto, l'inizio del 19° secolo è stato il

x. Srinivasan; 2009.

y. Taylor; 2006.

z. Singh; 2009.

aa. Sharma; 2009.

periodo della colonizzazione occidentale in Asia. Durante questo periodo molti paesi asiatici sono stati colonizzati dalle potenze occidentali. Per proteggere se stessa, la Thailandia ha cominciato a modernizzare la società secondo i modelli occidentali. Con l'intuizione e la lungimiranza del nostro re il paese ha potuto mantenere la propria indipendenza (ed è stato l'unico paese nel sud-est asiatico che non è stato colonizzato). Nel processo di modernizzazione la medicina moderna è stata introdotta nel 19° secolo con la creazione del primo ospedale moderno nel paese nel 1886. Fu da quest'ospedale che si è sviluppata la Mahidol Università. Sia l'ospedale che la sua scuola medica hanno seguito i modelli americani. E poiché in quel momento la medicina occidentale è diventata predominante, gradualmente ha sostituito la nostra medicina tradizionale, che era stata praticata da centinaia di anni.

Non vi è alcun dubbio che i thailandesi abbiano beneficiato molto dalla medicina moderna, ma, seguendo i modelli americani medici, la medicina thailandese moderna ha creato molti problemi etici che sono difficili da affrontare, per esempio, in un ospedale orientale. La medicina, la ricerca, la formazione e la specializzazione sono diventati predominanti rispetto all'assistenza sanitaria di base e la salute pubblica. I complessi problemi etici in materia di HIV/AIDS, morte cerebrale, eutanasia, sperimentazione umana, trapianto di organi, e le nuove tecnologie riproduttive stanno emergendo anche a causa dell'utilizzo della medicina hi-tech. La sostituzione della medicina tradizionale, la medicina moderna e l'emergere di nuovi problemi etici hanno dunque contribuito alla nascita della bioetica in Thailandia.

L'altro fattore è stato la separazione della medicina moderna dalle dimensioni morale e spirituale. La medicina tradizionale thailandese ha valori buddhisti come il suo elemento principale. Molti medici thailandesi che praticano la medicina moderna sono stati addestrati in America e/o in Europa e hanno portato con loro in Thailandia non solo la conoscenza della medicina moderna, ma anche alcuni dei suoi valori di accompagnamento, come l'ideologia del libero mercato che valorizza la ricchezza tra le persone e le esigenze umane. In Thailandia la medicina moderna è separata dalla medicina tradizionale e dal Buddismo, in ciò che separa il fisico dal mentale, e la par-

te patologica dalle altre parti dell'essere umano. La medicina moderna manca anche dei valori religiosi e degli aspetti spirituali. Il compito principale della bioetica in Thailandia è quello di coordinare un rapporto creativo tra la medicina moderna, la medicina tradizionale e il buddismo, in modo che essa potrebbe essere olistica, scientifica e umano, in grado di servire i bisogni di salute di tutte le persone.

L'altro compito della bioetica è quello di sensibilizzare i medici, gli infermieri e l'opinione pubblica nel coinvolgimento della medicina moderna con problemi bioetici. La bioetica non sola porta le questioni bioetiche all'attenzione della professione medica e del pubblico, li incoraggia anche per risolvere questi problemi tra la cultura thailandese costruito sul Buddismo. Questo significa applicare la conoscenza buddista e i principi etici per le soluzioni e i problemi. La Thailandia e altri paesi occidentali che usano la medicina "hi-tech" si trovano ad affrontare simili problematiche di bioetica. Ciò che manca in Thailandia è una riflessione sistematica su questi problemi all'interno del quadro culturale thai / buddista^{ab}.

Le tematiche principali

Come indicato in precedenza, l'uso della medicina hi-tech ha creato non pochi i problemi nelle aree di HIV/AIDS, la morte e il morire, la morte cerebrale, l'eutanasia, il trapianto di organi, la sperimentazione umana e le nuove tecnologie riproduttive. Questi problemi sono sfide all'etica buddista e alla moralità tradizionale thailandese. I buddisti thailandesi stanno lottando per trovare soluzioni buddiste. Sebbene questi problemi siano importanti, il problema più urgente per i bioeticisti thailandesi è la ripartizione delle risorse limitate di assistenza sanitaria. Il 70% della popolazione thailandese vive in zone rurali, dove i servizi sanitari di base sono inadeguati. Queste persone sono povere e hanno bisogno di servizi di assistenza sanitaria più delle persone benestanti in città come Bangkok, ma gli ospedali moderni, i medici e gli infermieri sono concentrati nei settori urbani in cui è allocato un budget più elevato di assistenza sanitaria. Ciò pone un problema di come stabilire un equo sistema sanitario con la distribuzione uguale delle risorse limitate di assistenza sanitaria per le

ab. Ratanakul P. Bioethics in Thailand. *Asian Bioethics Review*. 2009 Mar;1(1 s I):47-53.

persone dei tutti i settori della società in proporzione alle loro esigenze.

Si può concludere che la bioetica in Thailandia è una risposta alla necessità di promuovere una maggiore coscienza e integrità nella pratica della medicina. I problemi bioetici dei bioeticisti thailandesi si trovano ad affrontare a causa dell'uso della medicina hi-tech sono simili a quelle di altri paesi, ma le loro soluzioni sono diverse. Il problema più urgente etico per la Thailandia è quello della giustizia distributiva o della distribuzione equa delle risorse mediche.

Giappone

Il Giappone è emerso come una delle superpotenze economiche mondiali nel XX secolo. E' un paese di 125 milioni di persone che parlano una lingua distintiva, il giapponese, con una storia di almeno tre millenni. In Giappone, la parola "bioetica" è entrata in uso comune tra gli specialisti a metà degli anni 1980. Alcuni la interpretano come un insieme di regole morali, alle quali i medici dovrebbero obbedire, e alcuni come una disciplina accademica in cui studiosi e studenti dibattono per creare solo carte. Tra coloro che sono coinvolti nella discussione c'è il professor Kimura Mr.Okamura, che è uno dei primi due ad introdurre la bioetica nei primi anni 1980 come un movimento per i diritti dei pazienti. Kimura (1987) afferma chiaramente nel suo libro che la bioetica è un movimento per i diritti umani e di un processo di creazione di una sana politica pubblica^{ac}. La Bioetica giapponese è iniziata come una bioetica femminista.

Un processo molto simile a quello che si è verificato negli Stati Uniti nel 1960 ha iniziato in Giappone nel 1980. Il grilletto è stato, ancora una volta, la polemica sulla morte cerebrale. Attraverso dibattiti feroci sulla morte cerebrale e il trapianto, è diventato chiaro a coloro che sono coinvolti, che uno dei più forti fattori che impediscono il trapianto era la diffidenza della persona media nei confronti dei medici associata ai costumi feudali della medicina giapponese. Negli ospedali giapponesi se chiedete al vostro medico in dettaglio circa il medicinale prescritto, il

medico risponderà con un'espressione sgradevole. A volte il medico può sgridare e vi chiede di mantenere il silenzio. Forme paternalistiche di condotta sono ancora molto diffuse tra i medici giapponesi. Un aspetto di questo è che i medici giapponesi spesso si rifiutano di fornire importanti informazioni mediche per i pazienti.

I temi bioetici in Giappone

In Giappone, c'è stata una preoccupazione per questioni di bioetica, quali l'inquinamento ambientale, il sospetto della professione medica e il suo paternalismo e la questione della morte cerebrale. Nel panorama della bioetica in Giappone ci sono altri temi bioetici. Vediamo alcuni di essi.

Lo screening genetico prenatale

Il Giappone è stato lento ad introdurre lo screening genetico prenatale nel suo programma di salute, a causa delle preoccupazioni espresse dai portatori di handicaps, di gruppi di persone e la mancanza di un meccanismo di finanziamenti adeguati per la proiezione. In Giappone c'è stato un minimo supporto per l'eugenetica, insinuato tra le domande aperte su screening genetico tra i paesi del sondaggio internazionale di bioetica.

Tecnologia di riproduzione assistita

La fecondazione in vitro (IVF) è stata praticata per un certo numero di anni e si pratica in 220 cliniche in tutto il paese di Giappone^{ad}. La maternità surrogata non è consentita, anche se le agenzie straniere per la maternità surrogata sono state utilizzate dai clienti giapponesi, e ad almeno due agenzie operano per le imprese statunitensi di maternità surrogata in Giappone. Anche la selezione del sesso è stata praticata in Giappone, il che suggerisce che le idee tradizionali di eredità familiare sono scontati da molte persone. Il motivo per cui sempre più persone desiderano avere una femmina più che un maschio, in contrasto con molti altri paesi asiatici, è forse perché le femmine sono considerate delle accompagnatrici più attente, specie per i genitori anziani.

ac. Macer D. What Can Bioethics Offer to Japanese Culture? Nichibunken Newsletter. 1993;15:3-6.

ad. Macer D. Bioethics in and from Asia. J Med Ethics. 1999;25:293-5.

La professione medica ed etica medica

La professione medica giapponese è in una fase di passaggio dal dominio paternalistico all'accettazione del consenso informato e di dire la verità. L'etica medica giapponese è una miscela di buddismo e confucianesimo, combinata con l'influenza scintoista, e in seguito con le influenze occidentali^{ae}. Uno degli imbarazzi del sistema sanitario giapponese è la corruzione che è implicita nel modo in cui è condizionato dai prezzi dei farmaci e dai rimborsi, e il contributo delle aziende farmaceutiche ai medici che usano i loro farmaci. I giapponesi sono notoriamente quelli

che spendono di più al mondo per la prescrizione di farmaci.

Morte cerebrale e il trapianto di organi

La differenza più nota nella politica bioetica tra il Giappone e il resto del mondo occidentale è la politica in materia di morte cerebrale. E' noto che i giapponesi hanno rifiutato il trapianto di organi da donatori morti cerebralmente^{af}. I giapponesi hanno particolari barriere culturali a tale donazione, rifiutata da sociologi e da gruppi religiosi. In ogni cultura si possono trovare persone che rifiutano la rimozione dal corpo dei propri membri o di famiglia, e il loro parere dovrebbe essere rispettato.

Recebido em: 8 de janeiro de 2013
Versão atualizada em: 28 de janeiro de 2013
Aprovado em: 25 de fevereiro de 2013

ae. Hardache H. Risposta del buddismo e shintoismo alla questione della morte cerebrale e trapianto di organi. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*. 1994;3:585-601.

af. Hoshino K. Lo stato giuridico di morte cerebrale in Giappone: perché molti giapponesi non accettano la 'morte cerebrale' come definizione della morte. *Bioetica*. 1993;7:234-8.