

A che cosa servono i comitati etici?

Gianni Tognoni*

WHAT, IF ANY, IS THE UTILITY OF THE ETHICS COMMITTEES?

ABSTRACT: The question mark of the title accompanies the history of the medico-pharmacological research, and of the related industry, the present protagonist of the scenarios of the activity of the ethics committees, and a most controversial component of the legislations. The administrative-contractual evolution of the ethics committees has marginalized their original profile as bridges between the technical-economic components of the protocols, and the priority the patients' rights. Most recent scientific literature suggest an increasing perception that substantial changes are needed, and documents an evolution in the direction of providing a positive answer to the question of the title are the exception.

KEYWORDS: ethics committees; medical-pharmacological research; pharmaceutical industry; clinical trial; patient rights; ethical-economic evaluation

ABSTRACT: La domanda del titolo accompagna tutto lo sviluppo della ricerca medico-farmacologica, e della relativa industria, ormai vera protagonista degli scenari di competenza e di attività dei comitati etici per la sperimentazione. L'evoluzione del ruolo amministrativo-contrattuale dei comitati etici ne mette sempre più in secondo piano il profilo originario di possibile ponte tra obiettivi di efficienza nella valutazione tecnico-economica dei protocolli sperimentali, e la priorità da dare al rispetto ed alla promozione dei diritti dei pazienti. Una lettura critica della letteratura più recente indica che la percezione del bisogno di cambiamenti importanti è presente come esigenza, ma con pochi segnali in grado di far prevedere una risposta non ambigua alla domanda del titolo.

PAROLE CHIAVE: comitati etici; ricerca medico-farmacologica; industria farmaceutica; sperimentazione clinica; diritti dei pazienti; valutazione etico-economica

SOMMARIO: 1. Quadro di riferimento – 2. Un esercizio di memoria – 3. Il contesto attuale dell'interrogativo del titolo – 4. La provocazione del “?” nel titolo rimane intatta nella conclusione – 5. Per concludere.

* Segretario Generale del Tribunale Permanente dei Popoli, Mail: giantogn@gmail.com. Contributo sottoposto al referaggio del comitato scientifico dell'evento.

1. Quadro di riferimento

Non c'è dubbio che il contributo, conoscitivo e metodologico, più rilevante per questo seminario sia la forma interrogativa che è stata data a titolo della riflessione di apertura che mi è stata richiesta. Porre come domanda non retorica, ma come uno snodo di ricerca il senso stesso di una istituzione che è vissuta come espressione di una saggezza decisionale, indipendente da, ed in qualche modo anche garante del suo livello normativo, mi sembra infatti una provocazione necessaria per i tempi che stiamo vivendo. Certamente nella sanità, di cui è esplicitamente messa in discussione, oltre che strutturalmente e legalmente ignorata, più ancora che violata, la identità-definizione di diritto fondamentale. Più a fondo in una società che trasversalmente a tutti i suoi ambiti più critici, ha negli ultimi due decenni dichiarato (informalmente, come prassi, e perciò molto più efficacemente che con affermazioni dottrinali) che nella gestione della vita la dimensione "diritto", degli individui e dei popoli, è una variabile dipendente dai poteri "competenti", o più semplicemente "potenti", nell'uno o nell'altro ambito.

La domanda riguarda di fatto, più a fondo dei CE, la dimensione "etica": è un *plus*, altro, in un certo senso più o diversamente esigente e vincolante della legalità del diritto? Od è una dimensione valoriale, ai confini o coincidente con ciò che è "bello e giusto", ma che appartiene alle buone intenzioni-raccomandazioni-comportamenti dovuti, ma per definizione affidati al consenso libero di coloro a cui ci si rivolge? Senza ovviamente pretendere di avere la competenza per una risposta autorevole, la riflessione che segue propone un cammino in tre momenti.

Il primo è una esplicitazione del "da dove vengo".

Una esperienza-pratica molto lunga, contemporaneamente, e con la stessa intensità, nei due ambiti che si confrontano nel contesto (normativo ed operativo) dei CE. Da una parte la ricerca sperimentale e clinica, con una concentrazione di interesse nei due settori più sensibili, come la farmacologia e la metodologia, avendo come background una formazione in discipline che stavano confluendo nella bioetica, ed un coinvolgimento sul campo nell'ambito dei diritti umani e del diritto internazionale. Dall'altra parte un lavoro direttamente nei CE lungo tutta la loro storia istituzionale e culturale.

Il secondo passaggio è essenziale, anche se molto rapido: un confronto con il quadro attuale di quanto la letteratura internazionale suggerisce ai confini tra sanità e società in un tempo di cambiamenti radicali della cultura complessiva e delle pratiche dei diritti fondamentali.

Per concludere immaginando piccoli passi: con il totale disincanto, e le incertezze imposte da un tempo che sembra promuovere attivamente la crisi del diritto inviolabile delle persone come criterio di legittimità rispetto al diritto delle cose, e del diritto alla pace rispetto alla violenza-guerra.

2. Un esercizio di memoria

Ho iniziato la mia esperienza nella preistoria dei CE attuali, come responsabile (il presidente formale era l'assessore alla sanità della Lombardia) di un CE regionale per la sperimentazione clinica. Era il 1978. Alla vigilia della approvazione della legge 833, all'indomani della legge 180, come espressione di un lavoro intellettuale e politico che aveva avuto come protagonista Giulio A. Maccacaro. Venivo dal Comitato tecnico scientifico che per il disastro di Seveso, nel 1976, aveva dovuto valutare il rischio di diossina per le donne gravide, ed aveva prodotto, in un confronto infinitamente partecipato con la popolazione esposta



e gli interlocutori politici e religiosi, linee guida che anticipavano quanto la legislazione sulla IVG stava sviluppando.

La sperimentazione clinica era una parte piccola, ma profondamente simbolica, del progetto di fare della sanità pubblica un indicatore prioritario della ricerca di democrazia che arrivasse a fare delle persone i soggetti liberi ed informati del loro destino, e non l'oggetto di interventi che toccavano la vita degli individui nei momenti delle loro fragilità. L'etica della Dichiarazione di Helsinki (1964) era l'unica norma di riferimento, e la collettività medica si trovava ad essere un laboratorio di ricerca anzitutto di una propria identità, pubblica, indipendente, capace di farsi carico di trovare le risposte ai bisogni ineludibili di cura. Il confronto era con una industria farmaceutica che muoveva ancora i suoi primi passi, con metodologie che iniziavano ad includere, con tante incertezze, i clinical trial randomizzati. L'Europa non esisteva come soggetto regolatorio. E la mitica FDA statunitense guardava il resto del mondo come incapace di produrre conoscenze affidabili. Unica eccezione l'Inghilterra, che aveva in Cochrane il suo simbolo più suggestivo ed autorevole, con il suo lavoro che aveva costituito un vero spartiacque metodologico e culturale¹, ed in Oxford il suo riferimento più tecnico epidemiologico e statistico, con R. Doll e R. Peto che indicavano nei trial di popolazione il ponte logico ed operativo per produrre conoscenze cliniche con rilevanza epidemiologica di trasferibilità nella pratica².

Si formulava così il progetto-sogno, tuttora attuale, di far quanto più possibile coincidere la dimostrazione sperimentale di efficacia di un trattamento con la evidenza della sua rilevanza nelle pratiche: "efficacy-effectiveness-evidence", i termini chiave per una sperimentazione clinica responsabile, e perciò per il mandato dei CE, entravano allora, lentamente, nel vocabolario obbligatorio della sperimentazione.

Una memoria riassuntiva della situazione, assolutamente oggi impensabile, di cui si parla, può essere data dalla storia concreta dello studio tutto italiano GISSI, che avrebbe prodotto la prima documentazione controllata per una terapia trombolitica dell'infarto nei primissimi anni '80³. Coordinato dal Mario Negri con la società nazionale dei cardiologi ospedalieri (che aveva in un clinico ospedaliero che aveva rotto con l'università, Fausto Rovelli, il suo presidente autorevole ed indipendente) aveva visto la partecipazione gratuita di più di 100 unità coronariche del neonato SSN in tutta Italia, con la inclusione randomizzata, nello spazio di 24 mesi, di 12.000 pazienti. La risposta alla richiesta di autorizzazione inoltrata all'inizio dello studio al responsabile ministeriale (il mitico Poggiolini) era arrivata, ed era negativa, nel giorno in cui erano presentati i risultati, positivi, che cambiavano le pratiche terapeutiche a livello internazionale. La approvazione dell'indicazione all'uso anche da parte della FDA, e poi dall'Inghilterra, arrivava più rapidamente del previsto, dopo un solo anno.

La storia successiva, passando dopo anni e con crescente velocità e controversie per le GCP (Good Clinical Practice), l'ICH (International Conference of Harmonization), le legislazioni europee e nazionali, è nota, lineare e non ha bisogno di essere qui riassunta. La sperimentazione clinica diventava parte di uno sviluppo sempre più controllato, non solo economicamente, dall'industria farmaceutica, ed i CE si traducevano progressivamente in organi prevalentemente amministrativi: la qualifica 'etica' è ricondotta alla

¹ A. COCHRANE, *Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services*, in Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.

² R. PETO, M.C. PIKE, P. ARMITAGE, N.E. BRESLOW, D.R. COX, S.V. HOWARD et al., *Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation of each patient I. Introduction and design*, in *Br J Cancer*, 4, 1976, 585-612.

³ S. YUSUF, *GISSI. Transforming the scientific, health care, and sociopolitical culture of an entire country through clinical research: the story of GISSI*, in *Am Heart J.*, Aug;148(2), 2004, 193-5.

verifica di una obbedienza dichiarata ad una Dichiarazione di Helsinki faticosamente aggiornata e da nessun clinico letta e tanto meno conosciuta; la presenza di competenze incerte tra radici e criteri di valutazione bioetica, o giuridica, o strettamente legale-contrattuale si traduce in un peso assolutamente variabile nelle decisioni; il consenso informato dei pazienti rimane il più spesso al limite, od oltre, della formalità, credibilità, validità.

Avendo vissuto per un tempo fin troppo lungo, spesso come responsabile, in molti CE, posso essere testimone di come il loro ruolo poteva variare in modo incredibile a seconda della loro composizione ed organizzazione. Posso ringraziare il CE di Trento per una esperienza particolarmente lunga ed estremamente positiva, con tutte le sue dialettiche.

E tuttavia i tentativi, non solo a Trento, di fare dei CE una rete non di controllo formale (di una ricerca sempre più differenziata, complessa, dipendente dalla crescente iniziativa dell'industria, nei suoi contenuti e nella sostenibilità economica), ma di sviluppo di una cultura mirata alla salute pubblica e ad una pratica partecipativa dei pazienti, sono rimasti largamente minoritari. Una esperienza di tre anni, molto informativa, come presidente di un CE un po' atipico come quello della Università della Bicocca a Milano ha più che confermato il pessimismo.

Le ultime riforme, vissute anche per altri tre anni all'interno del CNCCE sono oggetto di una relazione molto più autorevole che seguirà, da parte di uno dei protagonisti più lucidi della situazione attuale: mi appaiono, in modo molto disincantato, sia per la situazione italiana, che europea, la conferma che l'interrogativo del titolo di questo contributo è ancora senza risposta. O meglio: i CE sono utili in quanto necessari in Italia ed in Europa per la gestione amministrativa del mondo della sperimentazione e della ricerca clinica. L'interpretazione della loro qualifica 'etica' rimanda a comitati (importanti) diversi da quelli della sperimentazione ed alla domanda più di fondo su cui si è aperta questa riflessione.

3. Il contesto attuale dell'interrogativo del titolo

Non c'è nulla che possa, con la tragica evidenza del genocidio rigorosamente impunito, o perfino negato, di Gaza, che possa esprimere e riassumere la "alterità" del mondo che noi viviamo rispetto ai tempi-contesti-categorie di riferimento che hanno accompagnato gli 80 anni che hanno permesso lo sviluppo (per quanto contraddittorio, come sopra ricordato) dei CE.

Gli anni che vanno dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani al tempo che coincide con la nostra legge 833 sono classicamente qualificati nella storia, anche del diritto, internazionale e nazionale, italiano ed europeo, come *les trente glorieux*. Con tutto il disincanto obbligatorio per le memorie storiche, quel tempo aveva sperimentato, per la prima volta nella storia umana, la possibilità di considerare l'universalità dei diritti fondamentali come categoria di riferimento: è la sanità come l'indicatore di questa utopia in quanto "luogo e strumento" che dava visibilità comprensibile al diritto alla vita: in UK, il NHS era costituito dicendo che i diritti "eccezionali" che si erano garantiti in guerra diventavano beni comuni in tempo di pace, in una società in ricerca di democrazia: ed il primo trial della storia sulla streptomina come cura della tubercolosi era fatto (nel 1948) in modo randomizzato perché la metodologia scientifica coincideva con il fatto che il farmaco a disposizione era poco, e la sua randomizzazione permetteva il rispetto della uguaglianza dei diritti.



La impotenza del diritto nel rispondere anche alle domande più banali che si fanno in un tempo che ha ridato legittimità alla guerra (dai primi anni '90, non importa con quale aggettivo), e che ha dichiarato (ormai dalla istituzione dell'OMC – Organizzazione Mondiale del Commercio – 1994) che i diritti delle merci sono indipendenti e prevalgono su quelli delle persone (con eccezioni difficili e rare, come quelle di Doha), è diventata, di fatto, cioè in modo più efficace che nei principi, la regola. Gaza insegna come esempio concentrato ed assoluto: ma non è sola.

Le referenze che seguono riassumono bene il contesto che è oggetto di questo paragrafo: devono essere guardate e lette anzitutto nel loro insieme, come un unico racconto, certo non completo, ma rappresentativo di quanto il mondo “altro” nel quale si vive sta cercando di fare i conti con la sua identità antica di «civiltà del diritto e della dignità dei popoli» (...il rimando virgolettato con tutta la leggerezza del caso, è al prologo della Dichiarazione Universale e alle varie Costituzioni).

Una lettura per punti principali può essere utile e credibile qui, se si prende un impegno minimo di andare a verificare le affermazioni che sembrano forse più discutibili.

Per la prima volta, a festeggiare i propri 60 anni, la Dichiarazione di Helsinki riconosce che senza equità il discorso etico sulla sperimentazione potrebbe proprio essere astratto, visto che la sperimentazione, è ormai conoscenza comune, è attualmente uno strumento privilegiato per produrre una disuguaglianza medica che si aggiunge a quella ben nota e diffusiva socioeconomica⁴.

Una panoramica complessiva del mondo dei trial conferma in modo molto convincente che la normativa complessiva del mondo dei trial funziona ragionevolmente bene, in termini di efficienza gestionale, per rispettare i diritti dei produttori. Fatica, molto, per fare spazio almeno ad un linguaggio ed a raccomandazioni di partecipazione equa sia dei portatori di bisogni sui quali (“con i quali” rimane un auspicio) si fa la sperimentazione (= pazienti), che di tutte/i coloro che dovrebbero avere il diritto di accessibilità in caso di bisogno (= cittadini) (5-7).

Riformulare la cultura e le pratiche (e perciò anche il linguaggio e la normativa) della sperimentazione e della sua etica non è semplice. Ci si è accorti, sempre di più, e con crescente disincanto e senso di impotenza, che abbiamo fatto globalmente un enorme salto indietro di civiltà: la colonizzazione che sembrava appartenere a tempi antichi ha ripreso il controllo della logica e delle pratiche della economia e della politica. Il controllo della produzione di conoscenza, che, almeno per definizione, è uno dei nomi più certi della sperimentazione, è centrale ed irrinunciabile in una cultura di ri-colonizzazione. La diagnosi è chiara. Ma che fare, di fronte a un processo storico globale della società, a partire da un settore che ha perfino cambiato la propria antica identità di essere indicatore di diritti personali e collettivi?⁵.

Per la violenza e l'indicibilità degli orrori che ha prodotto, anche con la distruzione programmata e senza limiti di tutto ciò che era sanitario, e perciò ufficialmente protetto, e con la esibizione della fame dei bambini come arma di guerra e cancellazione dell'umanità, Gaza è entrata a far parte degli interrogativi di fondo delle pubblicazioni mediche ufficiali. Un ponte di coscienza? Un obbligo minimale di essere ‘aggiornati’ sul come va la salute? Un altro shock salutare di presa di coscienza delle priorità? Come la pandemia? Che già fa parte del passato, con i piccoli residui dei long-Covid, e con le nuove guerre su vaccini e brevetti. I tempi in avanti non sono semplici. Le sfide sono di fondo. Non ci sono aree protette della medicina dove si possano dimenticare gli echi della società geopolitica globale. Che aggettivo dare a questa sfida, rivolta

⁴ Declaration of Helsinki embraces health equity, in *Nat Med*, 2024 Dec, 30(12), 3383.

⁵ J.C. POLACK, *La medicina del capitale*, Milano, 1972.

tanto a tutte/i, ma in modo più diretto a coloro che nella società coincidono con nomi ed istituzioni che si presentano come di riferimento, almeno simbolico? Come i CE?

4. La provocazione del “?” nel titolo rimane intatta nella conclusione

I punti che seguono sono proposti come un vero e proprio indice, per quanto molto essenziale nei contenuti e nella forma, per un immaginario progetto di ricerca: qualcosa che sarebbe bello fare, come lavoro collettivo, non semplice, ma sicuramente dovuto per chi ritiene che abbia ancora senso riconoscere ai CE un futuro non solo amministrativo: come ai tempi in cui lì si erano immaginati: risposta di responsabilità civile ad una tragedia come quella della talidomide, ed alle altre, tante, tragedie sperimentali delle industrie e dei governi degli USA, su militari, donne, neri (8).

Come ogni indice, le affermazioni non sono giustificate. Servono a suscitare curiosità: o disinteresse.

1 – Nel tempo che viviamo, il diritto non può più essere considerato luogo-strumento-linguaggio normativo stabile: quello che era “ovvio” nelle sue categorie-definizioni deve essere considerato, se non si vuole illudersi ed illudere, oggetto di ricerca. Per stare nell’attualità, italiana ed internazionale. Ha senso, cioè probabilità di applicazione, l’art. 32 della nostra Costituzione, fondante del SSN, in presenza della negazione strutturale della praticabilità dell’art. 3, che obbliga ad abbattere le barriere della disuguaglianza? Come si può credere ad un ordine internazionale che assiste a un genocidio più grave di qualsiasi sua definizione, con la scusa, ovviamente falsa, che l’accordo degli esperti sulla definizione, non è vincolante come il veto da parte degli autori del genocidio?

2 – Etica deve tornare ad indicare la obbligatorietà di ricercare soluzioni e risposte a problemi che ledono il diritto inviolabile alla dignità delle persone, quando questa si trova a frontiere non ancora esplorate/normate dal diritto esistente. Etica come norma per il “non ancora”, per l’incertezza delle regole e la evidenza delle sofferenze, o di tutti i loro equivalenti. L’etica del fine vita che rende facile ed accogliente anche un dettato costituzionale che si impantana, per le ragioni più diverse nelle burocrazie. Gli ambiti e le situazioni di vita cui applicare, con rigore, riconoscendo e discutendo fallimenti, difficoltà, risultati positivi, sono tanti.

3 - I CE esistono in quanto rete al servizio di un diritto che deve arrivare, con la stessa qualità e tempestività a tutte/i coloro che ne hanno bisogno. La rete come necessità, ovvia, a livello amministrativo, diventa un fallimento sostanziale e culturale e perciò etico di negazione del diritto più di fondo, che è quello, nelle parole di Rodotà, di avere diritti, se è funzionale ad una gestione puramente amministrativo-burocratica di protocolli che esprimono un disegno strettamente industriale-economico. Legittimo: ovviamente. Meglio: legalmente perfetto. La rete di CE è eticamente irrilevante o fuorviante (o burocrazia pura, cui cambiare nome, per chiarezza) se non si fa laboratorio diffuso e trasparente del se e come la sperimentazione cerca, con difficoltà, ma come un progetto di lungo periodo, di tornare ad essere un momento alto della cura, e non l’esercizio ripetitivo di esecuzione di contratti economicamente attraenti. Per definizione una sperimentazione con un minimo di dignità è il tempo della cura in cui si affronta la ignoranza-incertezza sul che fare rispetto ad un bisogno inevaso: una scuola permanente, condivisa di incontro-dialogo-relazioni nel quale si ristabilisce quella ‘parità’ tra chi ha il dovere-potere di decidere, e di chi ha il diritto, ancor più inviolabile, di esplicitare e mettere a nudo la propria fragilità per sentirsi soggetto nel suo senso più pieno, e non oggetto di intervento. Il rimando sopra fatto alla aggettivazione “gentile” di un diritto



che ha come radici, memoria, espressioni la “terribilità” (...per ricordare ancora una volta Rodotà) non è qualcosa da invocare-rispettare solo per il fine vita

4 – Fare rete tra CE è molto difficile. Il loro futuro è programmato per essere esecutori assolutamente competitivi di ordini (le forme che questi prendono, si sa, sono molte e implicite: ben travestite di normalità) che hanno indicatori di performance riferibili a procedure nelle quali le persone, non importa quale sia il loro ruolo, sono “variabili dipendenti”. Se la realtà così programmata è l’unica prevista, forse la conclusione più appropriata di questa riflessione è quella di togliere quell’aggettivo tanto esigente. Sarebbe la cosa più giusta-etica: direbbe che gli umani, soprattutto quando sono malati, non sono più soggetti ma materiale di ricerca.

Continuo a credere che valga la pena di rischiare l’incertezza (ormai la si elogia anche in libri di gran successo (con autori anche giuridicamente assolutamente competenti) (9)

ed immaginare che la “gentilezza” del diritto si estenda, anzitutto in tutti i suoi cultori, per essere il linguaggio e la cultura almeno per coloro che rappresentano una o l’altra delle fragilità del vivere.

5. Per concludere

Più ancora del diritto, l’etica (e perciò chi la rappresenta, esprime, agisce nei diversi ambiti della società, come i CE) dovrebbe essere, con lo stesso rigore: memoria-garanzia di ciò che è dovuto per la dignità e l’autonomia delle persone, ed ambito di ricerca liberante e creativa che si fa carico dei tanti, inevitabili, “non so ancora” che si incontrano nei processi decisionali che riguardano e determinano la attribuibilità concreta di valori-diritti fondamentali. La evoluzione dei CE in campo medico, di cui si è parlato, documenta (“al di là di ogni ragionevole dubbio”: traduzione giuridica della “evidenza” che si pone come guida di comportamento in medicina) che la storia concreta è andata molto più nella direzione di una presenza amministrativa tra le tante previste per la registrazione di farmaci per la loro autorizzazione sul mercato. L’ipotesi chiaramente improbabile sopra formulata di immaginare le reti dei CE come espressione e promozione di una cultura di ricerca non cessa tuttavia di essere l’unico modo di giustificare un uso così impegnativo di un aggettivo, che finisce per essere fuorviante, più o meno programmaticamente.

La ambiguità di fondo dell’uso della qualifica etica per i CE della sperimentazione è emersa al livello più alto quando si è formulata seriamente l’ipotesi di una loro competenza nell’area che già aveva visto l’incredibile definizione della libertà di decidere della propria vita come “suicidio medicalmente assistito”: tutto per ricondurlo ad una sua collocazione gestionale-economica per cui si voleva un parere “etico”⁶. E sul mercato, a costo quasi zero, c’erano i CE. Non è mia competenza discutere di questo. Coloro, tante/i, che hanno adottato il congedarsi dalla vita come area di competenza del “diritto gentile” stanno da tempo sviluppando un progetto collettivo di ricerca, umana, culturale, giuridica che restituisce anche ad un aggettivo tanto maltrattato ed abusato una sua identità sostanziale.

Le definizioni, aggettivi o sostantivi, sono inevitabilmente ambigue, e finiscono per polarizzare, con discussioni che rendono secondaria od invisibile od indicibile la realtà. La definizione di genocidio, formulata per essere giuridicamente un assoluto che addirittura poteva contribuire a prevenire l’evento, è, di questi tempi, quella che lo protegge: formalmente: contro tutte le evidenze di inumanità non riconducibili a parole, e soprattutto, per fortuna, contro le moltitudini che lo hanno gridato nel mondo.

⁶ G. TOGNONI, *Il fine vita come verifica di una cultura della cura*, in *Assist Inferm Ric*, 44(4), 2025, in stampa.

Non è certo lecito paragonare la qualifica dei CE a quanto succede a Gaza. È certo però strano (lecito? neutrale?) dare una patente di etica a quanto la industria farmaceutica (non perché più cattiva delle altre...) produce nel mondo, generando certo anche conoscenza e risposte a malattie, ma aumentando a dismisura qualitativa e quantitativa il genocidio dei diseguali.

È chiaro che la risposta all'interrogativo del titolo rimane aperta.