

MEDICINA E MORALE

Rivista internazionale di Bioetica

2015 / 6

NUMERO MONOGRAFICO

La consulenza etica in ambito sanitario in Italia

*EDITORIALE: Verso una professionalizzazione del bioeticista clinico –
ARTICOLI: Consulenza in bioetica clinica. Una proposta – Per un
ripensamento della consulenza etica nelle strutture sanitarie italiane.
Riflessioni a margine del Documento di Trento – Perché? Come? Chi?
Tre domande (e alcune risposte) sulla consulenza etica in ambito
sanitario – La consulenza etica nella pratica clinica tra expertise e
counseling: aspetti fondativi – La consulenza etica nella pratica clinica
dei trapianti – La consulenza etica in chirurgia – Il ruolo della
consulenza di etica clinica in ospedale*



MEDICINA E MORALE
Rivista internazionale di Bioetica

Edita dall'Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli"
Largo Francesco Vito, 1 - 00168 ROMA

Direzione e Redazione: Tel.: 06.30154960 - Telefax: 06.3051149
E-mail: medicinaemorale@rm.unicatt.it - Sito Internet: <http://www.rm.unicatt.it/medmor>
Amministrazione: Tel. 06.30155241 - Telefax: 06.30155811
E-mail: amministrazionemedmor@rm.unicatt.it

Autorizzazione del Tribunale di Roma 15275 del 17.11.1973

Abbonamento cartaceo 2016

Italia € 50,00; Europa € 70,00; Paesi extraeuropei € 75,00; Studenti € 45,00;
Istituzioni, Enti € 70,00.

Un fascicolo: Italia € 15,00; Estero € 21,00.

Spedizione per via aerea:

- America, Asia, Africa € 75,00
- Europa € 70,00

Abbonamento On-Line 2016

On-line (anno corrente) € 35,00; Studenti € 30,00; Istituzioni, Enti € 63,00

On-line&Base € 75,00; Studenti € 65,00; Istituzioni, Enti € 82,00

On-line Plus&Basic € 100,00; Studenti € 80,00; Istituzioni, Enti € 120,00

L'importo dell'abbonamento può essere versato: 1. on-line con carta di credito sul sito: www.rm.unicatt.it/medmor; 2. sul c/c postale n. 45419660 intestato a: Università Cattolica del S. Cuore, Servizio Tesoreria, L.go F. Vito, 1 - 00168 Roma, specificando nella causale di pagamento la tipologia di abbonamento, l'anno e il proprio indirizzo e-mail oppure tramite vaglia o assegno intestato a: Medicina e Morale - L.go F. Vito, 1 - 00168 Roma; 3. tramite bonifico bancario (Coordinate: Banca di Roma, Ag. Roma 60 - Policlinico Gemelli - Conto Corrente: 000400266512 - IBAN IT13F0200805314000400266512) intestato a: Università Cattolica del Sacro Cuore, specificando nella causale di pagamento la tipologia di abbonamento, l'anno e il proprio indirizzo e-mail.

Copia della ricevuta di versamento (C/C Postale, bonifico, on-line) deve essere inviata tramite fax al n. 06/30155811 oppure tramite e-mail: amministrazionemedmor@rm.unicatt.it

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/b legge 662/96 RM

Stampa: Tipografia COOPERATE - Via dei Normanni, 8/10 - Santa Severa (RM)
Tel./Fax 0766.571392 - E-mail: editoria.cooperate@fratellosole.com
Sito Internet: www.cooperate.it

La rivista è in Fascia A Anvur per i seguenti settori concorsuali:

- 11/C1 - FILOSOFIA TEORETICA
- 11/C2 - LOGICA, STORIA E FILOSOFIA DELLA SCIENZA
- 11/C3 - FILOSOFIA MORALE
- 11/C4 - ESTETICA E FILOSOFIA DEI LINGUAGGI
- 11/C5 - STORIA DELLA FILOSOFIA

La rivista è tra le Riviste scientifiche Anvur per l'Area 12 - SCIENZE GIURIDICHE
e per l'Area 14 - SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

La rivista è indicizzata da: The Philosopher's Index, EBSCO, Ovid, ProQuest e WorldCat

La rivista è inclusa nella Top 100 Bioethics Journals in the World della Bioethics Research Library della Georgetown University



Periodico associato all'USPI



La rivista è presente come gruppo di discussione tra autori e lettori su LinkedIn

6

Nuova serie - anno LXIV Novembre/Dicembre 2015

MEDICINA E MORALE

Rivista internazionale di Bioetica

NUMERO MONOGRAFICO

a cura di

Renzo Pegoraro, Mario Picozzi e Antonio G. Spagnolo

La consulenza etica in ambito sanitario in Italia



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "AGOSTINO GEMELLI" - ROMA

Direttore responsabile: Angelo Fiori

Direttore: Elio Sgreccia

Comitato di Direzione: Franco Anelli – Rocco Bellantone – Francesco D’Agostino – Angelo Fiori – Adriano Pessina – Angelo Scola – Elio Sgreccia – Antonio G. Spagnolo

Comitato Scientifico:

Luigi Alici, *Professore Ordinario di Filosofia Morale, Università degli Studi di Macerata*

Sergio Belardinelli, *Professore Ordinario di Sociologia dei Processi Culturali, Università di Bologna*

Claudio Buccelli, *Professore Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Napoli Federico II*

Carlo Caffarra, *Teologo Morale, Arcivescovo di Bologna*

Ignacio Carrasco de Paula, *Professore Ordinario a.r. di Bioetica; Presidente della Pontificia Accademia Pro Vita*

Carlo Casini, *Magistrato*

Americo Cicchetti, *Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Roberto Colombo, *Professore Straordinario di Biochimica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Giuseppe Dalla Torre, *Professore Ordinario di Diritto Ecclesiastico e Diritto Canonico, Libera Università Maria Ss. Assunta*

Maria Luisa Di Pietro, *Professore Associato di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Luciano Eusebi, *Professore Ordinario di Diritto Penale, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Maurizio P. Faggioni, *Professore Ordinario di Bioetica, Accademia Alfonsiana*

Luke A.J. Gormally, *Senior Research Fellow, Ave Maria School of Law, Ann Arbor, (MI), USA*

John M. Haas, *Presidente del National Catholic Bioethics Center, Philadelphia (PA), USA*

Gonzalo Herranz Rodriguez, *Professore Emerito di Etica Medica, Università di Navarra, Pamplona, Spagna*

Michele Lenoci, *Professore Ordinario di Storia della Filosofia Contemporanea, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Vincenza Mele, *Professore Aggregato di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Gonzalo Miranda, *Professore Ordinario di Bioetica e di Teologia Morale, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum*

Giovanni Neri, *Professore Ordinario di Genetica Medica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Lorenzo Ornaghi, *Professore Ordinario di Scienza Politica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Laura Palazzani, *Professore Ordinario di Filosofia del Diritto, Libera Università Maria Ss. Assunta*

Vincenzo L. Pascali, *Professore Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Gualtiero Ricciardi, *Professore Ordinario di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Dario Sacchini, *Professore Aggregato di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore*

Vittoradolfo Tambone, *Professore Associato di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università Campus Bio-Medico di Roma*

Dionigi Tettamanzi, *Professore Emerito di Teologia Morale*

Patricio Ventura-Juncà, *Direttore del Centro di Bioetica della Pontificia Università Cattolica, Santiago del Cile*

Juan de Dios Vial Correa, *Professore Emerito di Biologia, Pontificia Università Cattolica del Cile*

Enrique Villanueva Canadas, *Professore di Medicina legale, Università di Granada, Spagna*

Dietrich Von Engelhardt, *Professore Ordinario di Storia della Medicina e della Scienza, Università di Lubeca, Germania*

Collaboratori di Redazione:

Dario Sacchini (*Coordinatore*) – Marina Casini – Simona Giardina – Francesca Giglio – Maria Addolorata Mangione – Vincenza Mele – Roberta Minacori – Dino Moltisanti – Pietro Refolo

S O M M A R I O

EDITORIALE	VERSO UNA PROFESSIONALIZZAZIONE DEL BIOETICISTA CLINICO.....	931
ARTICOLI	CONSULENZA IN BIOETICA CLINICA. UNA PROPOSTA..... <i>P.M. Cattorini</i>	941
	PER UN RIPENSAMENTO DELLA CONSULENZA ETICA NELLE STRUTTURE SANITARIE ITALIANE. RIFLESSIONI A MARGINE DEL DOCUMENTO DI TRENTO	959
	<i>M. Mori</i>	
	PERCHÉ? COME? CHI? TRE DOMANDE (E ALCUNE RISPOSTE) SULLA CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO.....	987
	<i>S. Semplici</i>	
	LA CONSULENZA ETICA NELLA PRATICA CLINICA TRA EXPERTISE E COUNSELING: ASPETTI FONDATIVI.....	999
	<i>F. Bellino</i>	
	LA CONSULENZA ETICA NELLA PRATICA CLINICA DEI TRAPIANTI	1031
	<i>G. Piccolo</i>	
	LA CONSULENZA ETICA IN CHIRURGIA.....	1041
	<i>C. Castoro</i>	
	IL RUOLO DELLA CONSULENZA DI ETICA CLINICA IN OSPEDALE	1061
	<i>A. Giannini</i>	
DOCUMENTAZIONE	Documenti dal Magistero e da Organismi internazionali e nazionali	1077
INFORMAZIONE BIBLIOGRAFICA	Indice Analitico e degli Autori.....	1097

SUMMARIES

P.M. CATTORINI, *Clinical Bioethics consultation. A Proposal.*

Health care decisions are to be taken in a rationally justified way, into a pluralistic ethical arena and through an interdisciplinary dialogue among naturalistic and humanistic disciplines. A professional figure of clinical ethicist, working in specific departments, is needed to help people to deepen their personal moral evaluations, and to foster and facilitate coherent and shared decisions, both at individual, staff and institution level. Particularly at the bedside, paternalistic and directive counselling might be avoided, if some core competencies and skills in applied ethics are trained.

M. MORI, *For a rethinking of ethics consultation within the Italian health care services. Reflections on the sidelines of the Document of Trento.*

After a short overview of the debate raised by the “Documento di Trento”, and above all after having examined bioethics’ development, the author presents his views on the possibility of ethics consultation within the Italian health care services which are currently heavily conditioned by reluctance in accepting ethical pluralism.

S. SEMPLICI, *Why? How? Who? Three questions (and some answers) on Health care ethics consultation.*

The more and more complex issues that are emerging in clinical practice, as a consequence of scientific and technological progress as well as of growing pluralism of values and lifestyles, have strengthened the need for a specific consultation, aiming at protecting the patients’ autonomy and providing them with greater and more informed opportunities of choice. However, many questions are worth a deeper insight: the models of consultation (full committees, small teams, individual consultants); the role of the consultants’ moral point of view; their expertise; the risk for consultation to become a privilege for few.

F. BELLINO, *Ethical consultation in clinical practice between expertise and counselling: foundational aspects.*

Clinical ethics is mainly applied ethics. It deals with moral problems, rising at the bedside and in a real-life ethical practice. The bioethical consultant should possess two main competences: one competence is specific, and we may define it “expertise”; the other one is more broad in scope and it shows an intrinsic relational nature, and we will refer to it as “counselling”. Bioethical Consultation in the NHS (National Health System) should take care by counselling the individual persons involved about their moral dilemmas, their existential malaise, and their questions over the sense of life. Bioethical consultation should help patients to conceptualize their suffering.

The bioethical consultant, as a consequence, could offer technical (meaning ethical), value-based, and relational support, in order to allow people to take decisions in life, that is, being more conscious of the sense that these decisions will take in their life as a whole. Philosophical-ethical counselling could provide a radical cultural change in the way medical care is conceptualized in health systems, in so far as persons are the centre of the engagement of the NHS.

G. PICCOLO, *Ethics consultation in clinical practice of transplants.*

In transplant medicine, ethics of doctor-patient relationship extends particularly to more “weak” subjects: subjects on the waiting list, the families of deceased donors, living donors. The consistent and systematic application of the ethical principles of transplantation is perhaps the most critical element of the whole system donation-transplantation. In Italy, the cadaveric donation-transplantation process, both from cadaveric and living donor, is undergoing an evolution, at regional and national levels, touching on detailed rules for the application of principles such as equality of access to care and respect for the self-determination of stakeholders. In the experience of the NITP’s transplant community, the involvement of Ethics experts led to the “Chart of principles”, a good match between ethics and clinical transplants.

Ethics consultation is seen, ultimately, as an added value that ensures the independence of evaluation by a third party in the light of some critical choices of regional and national transplant network towards the “patients” and their family members.

C. CASTORO, *Ethics consultation in surgery.*

Clinical ethics is embedded in the practice of surgery. Surgeons live and practice a form of applied surgical ethics in their daily activity. The need to

unravel and overcome ethical challenges in surgery has been fully recognized only recently. Few decades ago the patients were told what the surgeons considered best for them and despite little discussion was possible very few patients refused operation and sued. Things have changed rapidly. The development of amazing new technologies and the great progress of anaesthesia and intensive care have allowed surgeons to do more for patients than ever before. Unfortunately personal and trusting relationship with patients are often not as strong as they were in the past. Hospital organization has changed and surgeons now have to visit too many patients, to perform too many operations and do not have enough time to establish a close relationship with their patients.

Surgical ethics has emphasized that surgeons have many professional roles: clinicians, researchers, team leaders, teachers, consultant or active policy makers, responsible for the use of expensive and precious human and technologic resources. The complexity of these roles and the potential conflicts that can arise demand the surgeons to become skilled in unravelling ethical challenges.

Ethical challenges in surgery include helping patients and family to make informed choices and give an informed consent, communicating bad news, deciding on palliative operations, dealing with surgical complications and life threatening operations, changing procedures during surgery for unexpected anatomical or pathological findings, introducing new surgical techniques and new technologies and more. New ethical dilemmas also arise in transplant surgery, in research activities, in the development of new operations, in the training of the new generation of surgeons and in healthcare policy choices and the allocation of the limited available resources.

Bedside ethics consultation in surgery is often useful in unravelling the complex ethical challenges that surgeons have to face.

The formal teaching of ethics should be part of medical and surgical training.

Good clinical surgery requires the best use of clinical, scientific, technical and ethical skills.

A. GIANNINI, *The role of clinical ethics consultation within hospital.*

The complexity of medicine today and of the relationships between healthcare professionals and patients (and family members) is such that very often doctors and nurses are faced with ethical dilemmas which are difficult to resolve.

Ethics consultation is a common and consolidated practice in North America, unlike in most European countries. It is a valuable and effective tool for dealing with the most complex aspects of healthcare and in understanding the values involved and the ethical aspects of the possible choices.

However, it is a widely held view that ethics consultation must not be di-

rective. Moreover, we also have to be aware that, as authoritative as the ethics consultant or the ethics committee is, their opinions on ethical matters cannot be considered definitive. In particular, the responsibility for decisions and actions belongs to those who carry them out.

It is important, therefore, to stress that ethics consultation does not remove or attenuate the responsibility of healthcare professionals in decision making, either in clinical or ethical terms. Meanwhile, every possible effort must be made to create awareness among doctors and nurses that clinical ethics is a specific area of professional competency that needs to be improved and updated.

In the critical care setting, the experience in North America in particular has highlighted how ethics consultation can be an effective tool in intensive care unit (ICU) by assisting the team in decision making, as well as helping patients and their families. Specifically, ethics consultation has had a statistically significant impact in reducing the use of life support as well as in decreasing the length of hospital stay and the days spent in ICU in those patients who ultimately will not survive to discharge, without, however, affecting death rates.

Looking ahead, we can agree that the clinical ethics consultant should become a familiar figure for the clinician and there to support patients, their families and all those variously involved in healthcare (from doctors to administrators of the health system). However, it is essential to define a sound training program for consultants so that clinical ethics (taken to mean “*a structured approach to ethical questions in clinical medicine*”) is not seen as an “ideological” activity, but instead as one that demands both great competence and great equilibrium.

Verso una professionalizzazione del bioeticista clinico

1. Il titolo dell'Editoriale e i contenuti di questo numero monografico riprendono il titolo di un Convegno che si tenne giusto quindici anni fa a Varese, a gennaio del 2001, in cui studiosi internazionali e nazionali si sono confrontati sulle questioni teoriche e sulle ricadute pratiche della consulenza etica in ambito sanitario, dando di fatto il via in Italia al dibattito su questa materia e sulla figura del bioeticista clinico. Gli Atti di quel Convegno vennero pubblicati con lo stesso titolo per i tipi della Giuffr  nel 2003.

Il 30 aprile 2010 – sempre a Varese – si   organizzato un incontro tra coloro che svolgevano, a vario titolo e con diverse modalit , un'attivit  di consulenza etica. Non si trattava di riflettere soltanto sulle ragioni teoriche della consulenza, ma di iniziare a descrivere l'esistente e a confrontarsi su di esso. Si   quindi costituito un gruppo di lavoro che ha portato alla stesura del Documento di Trento sulla consulenza etica, datato 10 ottobre 2013. La composizione del gruppo di lavoro, il metodo seguito e il percorso compiuto, le motivazioni del documento, sono illustrate in un contributo apparso nel fascicolo 1 di *Medicina e Morale* del 2014¹ e pi  ampiamente in un volume di recente pubblicazione.² Ci preme qui rimarcare come il gruppo di lavoro abbia avuto come sua esclusiva finalit  la riflessione sul tema della consulenza etica, in modo da verificare se e a quale condizione essa possa svilupparsi in Italia, ritenendo – come affermato nella letteratura internazionale – che sia sempre pi  necessaria per curare bene le persone di oggi.

Il Documento venne presentato il 27 marzo 2014 in un'aula della Camera dei Deputati, con lo scopo di dare risonanza all'argomento in modo da illustrare i contenuti della proposta perch  potesse essere discussa e rilanciata. Nel dibattito non sono mancate voci critiche – che compaiono anche in questo numero della rivista – talora basate su ricostruzioni che non esprimevano perch  la realt  di come

1 Cfr.: ZONZA M, REFOLO P. Documento di Trento. *La consulenza etica in ambito sanitario in Italia*. *Medicina e Morale* 2014; 1: 121-127.

2 PEGORARO R, PICOZZI M, SPAGNOLO AG. *La consulenza di etica clinica in Italia. Lineamenti e prospettive*. Padova: Piccin; 2016.

*erano andate realmente le cose; sarebbe stato, perciò, auspicabile che ci si fosse basati di più sui dati reali per non distogliere l'attenzione dall'oggetto, impoverendo la discussione.*³

L'impegno di discutere più ampiamente il Documento è stato realizzato il 27 marzo 2015, con un seminario di studio a Varese intitolato "La consulenza etica in ambito sanitario in Italia". Voci diverse e professionalità differenti, si sono confrontati sul tema della consulenza a partire dal Documento di Trento. In questo numero della Rivista vengono presentati i contributi dei vari relatori al Seminario, suddivisi tra filosofi e clinici. Riprendiamo così alcuni temi meritevoli di approfondimento, fornendo i necessari chiarimenti ed esplicitando alcuni nodi problematici.

2. La consulenza etica in ambito sanitario ha come fine specifico ultimo la realizzazione di una buona cura della persona malata. Essa quindi non si caratterizza prevalentemente per il suo profilo teorico, ma per l'obiettivo di realizzare la cura di una persona malata. Il suo centro rimane la cura e ad essa deve essere orientata. L'obiettivo della consulenza etica è l'obiettivo stesso della medicina: per cui i criteri per il suo esercizio e per la sua valutazione vanno rintracciati dentro l'alveo di quelli che caratterizzano e giustificano l'attività di cura.

Essendo un'attività che ha come obiettivo la cura, la consulenza etica può essere considerata una consulenza specialistica con proprie caratteristiche. Una consulenza specialistica in ambito ospedaliero viene richiesta da un medico quando vi sia un dubbio o un conflitto. Le stesse condizioni sono presenti quando si richiede una consulenza etica.

Si obietta che la consulenza specialistica si occupa di mezzi per arrivare ad un fine condiviso, mentre la consulenza etica si occuperebbe di fini che sarebbero necessariamente pluralistici. Perciò la consulenza etica sarebbe "pericolosa" perché il consulente entra in un luogo che invece dovrebbe appartenere e deve essere abitato solo dal paziente. E quindi sarebbe uno strumento per limitare la libertà

³ Si veda: MORI M. *La consulenza in etica clinica "all'italiana". Una nota sul Documento di Trento.* Bioetica 2014; 3-4: 463-470.

e l'autonomia del paziente. Ma, ci domandiamo, è proprio vero che il dubbio riguardi solo i mezzi (quale farmaco è in grado di risolvere meglio l'ipertensione?) o non anche il fine (quel farmaco o quel trattamento è realmente bene per me? Vale la pena per me?). E ancora, il pluralismo riguarda solo i fini (meglio curarsi a casa o in ospedale? Quel trattamento per quanto indicato dal punto di vista biomedico vale la pena per il mio bene?) o non anche i mezzi per curare l'ipertensione (meglio il diuretico o il betabloccante?)? Ci sembra dunque che il pluralismo riguardi sia i fini sia i mezzi, anche se il dubbio soprattutto riguarda spesso i fini, che non sono così chiari e noti a prescindere dalla relazione medico-paziente. La consulenza di etica clinica facilita la personalizzazione delle decisioni chiarendo nella relazione medico-paziente qual è il bene biomedico e quale il bene del paziente, valutato con il paziente stesso o con gli aventi diritto.

Occorre poi sottolineare che, essendo il fine della consulenza etica la cura, non qualsiasi mezzo è accettabile; allo stesso modo non qualsiasi fine, anche se richiesto liberamente e consapevolmente dal paziente: obbliga se esso non è coerente con le finalità di cura specifiche della medicina (es. infibulazione femminile)?

Per cui la consulenza etica può essere ritenuta analoga alle altre consulenze specialistiche, con alcune peculiarità: 1. il riferimento a valori e principi etici che portino alla buona cura per il bene del paziente da lui stesso considerato, quando si presentano dubbi e/o conflitti nel determinare questa "buona cura"; 2. l'azione di facilitazione e dialogo verso un giudizio sintetico, non sempre così rilevante nelle altre consulenze specialistiche; 3. un maggior grado di pluralismo sia in termini di metodo che di contenuti, che la consulenza etica è chiamata a "gestire".

D'altra parte, resta da dire che la stessa divisione tra mezzi e fini appare poco convincente. Il rischio è di immaginare l'agire pratico quale semplice strumento verso un obiettivo che sarebbe già noto al soggetto; mentre è esattamente l'agire che manifesta in modo non equivoco l'intenzionalità del soggetto, determinandolo in modo unico e personale. L'agire non si configura quale atto sganciato dal soggetto, ma come sua determinazione: ne va di lui. E quindi l'agire non è puro atto tecnico; scegliere una terapia, sia essa un trattamen-

to chemioterapico sia una delle tecniche di procreazione assistita così come rinunciare ad una ventilazione meccanica, determina il soggetto, lo plasma, lo modella nella sua identità (vedi contributo di Bellino).

3. Riconoscendo un pluralismo di mezzi e di fini, si teme che la consulenza etica – o sarebbe meglio dire il consulente etico – non sia rispettosa di questo pluralismo, anzi che voglia sopprimerlo, quasi un modo subdolo, per tenere sotto controllo chi la pensa diversamente. E quindi con la consulenza si riuscirebbe a controllare al letto del malato ciò che sfugge e non è più governabile a livello di cultura generale. Il consulente imporrebbe inevitabilmente il suo pensiero, con l’avallo dell’autorità dell’ente ospedaliero che lo ha scelto. Controllando la formazione del consulente si controllerebbero, perciò, le scelte operative degli ospedali. Ma tale prospettiva appare infondata e i pericoli paventati non sono insormontabili. Ci si potrebbe domandare, infatti, come mai quando si deve scegliere uno psicologo clinico non si è preoccupati che appartenga ad una scuola di pensiero piuttosto che ad un’altra? Come mai quando si chiama un consulente chirurgo non si teme che preferisca una tecnica operatoria rispetto ad un’altra? Perché nei casi precedenti la diversa appartenenza a differenti scuole non sembra configurare un rischio, addirittura un pericolo per la libertà di scelta del paziente, mentre per il consulente etico ciò appare decisivo? Atteso che il discorso che le prime si occupano di mezzi e non di fini non regge, per le argomentazioni addotte al punto precedente, non resta che riconoscere come la critica sia pretestuosa.

Ciò che è rilevante e determinante sono e devono essere, come per le altre figure che svolgono una consulenza in ambito sanitario, le competenze e le abilità possedute e dimostrate (vedi contributi di Cattorini e Semplici).

In questa prospettiva la propensione esplicitata nel Documento di Trento⁴ verso il consulente etico singolo, rispetto ad un gruppo di consulenti, trova una plausibile motivazione. Si dice che il piccolo gruppo sia il modello migliore perché assicurerebbe pluralismo e in-

4 PEGORARO, PICOZZI, SPAGNOLO. *La consulenza di etica ...*, pp. 34-35 e 37-38.

terdisciplinarietà. Per quanto riguarda il primo aspetto, il gruppo dovrebbe essere formato da consulenti etici di diversa estrazione. Ma i diversi consulenti etici avrebbero come obiettivo di aiutare il paziente/curante a decidere o di imporre la loro rispettiva posizione? Davvero tre voci discordanti, di fronte ad un paziente che ha dei dubbi su ciò che sia bene per lui in quella determinata situazione, sono meglio di un unico consulente ben preparato? Tre psicologi di formazione diversa offrirebbero una buona consulenza o offrirebbero una discussione accademica poco utile per un paziente e/o un medico curante? Per quanto riguarda l'interdisciplinarietà, la consulenza sarebbe meglio svolta ove fosse assicurata da un clinico, da un giurista e da un eticista. Ma la parte clinica è svolta certamente meglio da chi ha in cura in quel momento il paziente; il giurista rischierebbe di anteporre il profilo giuridico alle domande etiche oggetto della consulenza. Senza dimenticare che la consulenza etica deve rispettare i tempi – spesso stretti – della clinica; non è sempre facile avere a disposizione contemporaneamente più persone con tempi non sempre prevedibili (vedi contributo di Giannini). Per cui la nostra posizione favorevole al consulente etico singolo trova giustificazione non solo nella sua praticabilità, ma anche nelle sue implicazioni teoriche.

Seguendo questa nostra impostazione, si può cercare di offrire alcune indicazioni per affrontare anche la questione della “neutralità del consulente”. Così come allo psicologo o al chirurgo – ma possiamo dire ad ogni professionista della sanità – non è chiesto di essere neutrale, allo stesso modo il consulente etico non deve essere neutro. Ciò non significa essere direttivo: una volta esibite le varie scelte con gli argomenti pro e contro, il consulente etico può esporre la propria propensione. Così facendo non lede la libertà del paziente, ma gli consente di avere un ulteriore spunto onde poter decidere. L'autonomia del paziente, infatti, dovremmo vederla più alla fine dell'incontro clinico piuttosto che all'inizio: l'incontro e il dialogo con i curanti e il consulente etico offrono un contributo determinante al raggiungimento di quell'autonomia del paziente che ci sta a cuore. Il presupposto di questa posizione è che ciò che è bene nella vita non è conosciuto a monte di una relazione, ma grazie alla relazione e che, quindi, l'altro non è di intralcio all'autonomia ma la

rende possibile. D'altra parte il fatto stesso che il consulente intervenga in caso di dubbio o conflitto, e solo su richiesta, sta ad indicare che il medico o il paziente cercano un aiuto "altro" rispetto a quello che da soli valuterebbero/deciderebbero (ma non riescono a decidere...).

Interessante a questo proposito la questione sollevata da Semplici. Il consulente etico si limita ad approfondire il mondo valoriale del paziente o di chi richiede la consulenza, o gli offre anche una prospettiva altra? Come il chirurgo racconta al suo paziente che rifiuta l'amputazione la vicenda della signora che, invece, avendola accettata ora è contenta della sua condizione, così il consulente espone la posizione differente rispetto alla prospettiva del paziente.

4. Se la consulenza etica in ambito sanitario è analoga alle consulenze mediche specialistiche, ciò comporta alcune conseguenze.

La prima riguarda la responsabilità del consulente etico. Egli non si sostituisce alla responsabilità proprie dei singoli agenti (paziente, medici, infermieri) e quindi non si può delegare a lui ciò che compete a ciascuno di essi (vedi contributo di Giannini). Al contempo, per quanto di competenza, anche il consulente dovrà rispondere del suo operato, in ragione delle competenze e abilità che deve possedere.

Si innesca qui un secondo aspetto importante, ossia il delicato tema della formazione del consulente. Poiché la bioetica è distinta (anche se non separata) dall'etica clinica, formare alla bioetica non significa formare immediatamente all'etica clinica. Il bioeticista potrebbe non avere le competenze e le abilità necessarie per svolgere la consulenza etica e diversi filosofi, ad es., lo affermano in modo chiaro che pur occupandosi di bioetica non se la sentirebbero mai di andare al letto del paziente. Essere un buon bioeticista non significa quindi automaticamente essere un buon consulente etico. La differenza sostanziale in un buon percorso di formazione per un consulente etico è data dal tirocinio pratico svolto in ambiente ospedaliero, a contatto con la clinica, partecipando e infine svolgendo consulenze etiche (vedi contributo di Cattorini). Per cui il possibile risentimento di alcuni bioeticisti (vedi contributo di Mori) per l'esclusione dalle riflessioni sui temi dell'etica clinica non ha motivo di esistere in quanto dipende dalla sensibilità del bioeticista e la sua com-

petenza in tema di etica clinica non può essere immediatamente supposta ma va dimostrata con l'interesse e la pratica sul campo, dopo una idonea specifica formazione.

5. Quale risonanza ha avuto il Documento di Trento e più in generale il tema della consulenza etica? Si può cercare di riportare alcuni dati. La richiesta di adesione al documento, lanciata su Internet, è stata sottoscritta da più di duecento persone tra esperti di bioetica, ricercatori universitari con diversa formazione, direttori di organizzazioni sanitarie e semplici cittadini.

La Società italiana di Filosofia morale, seppur non ufficialmente invitata a prendere posizione sul Documento, ne ha fatto oggetto di approfondita discussione all'interno dei suoi organi direttivi, con rilievi critici ma anche con alcuni esponenti che, a titolo personale, lo hanno firmato.

La Società italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni ha approvato la costituzione al suo interno del Gruppo Italiano di Bioetica clinica e consulenza etica in ambito sanitario (GIBCE).

Il 16 settembre 2015, a Cagliari, si è tenuto il seminario dell'European Clinical Ethics Network. Nei tre giorni successivi, sempre a Cagliari, si è tenuta l'annuale conferenza dell'European Association of Centres of Medical Ethics (EACME) avendo come titolo: "Clinical Ethics: past, present and future".

Alcuni Servizi di bioetica hanno consolidato il proprio ruolo nelle aziende ospedaliere, altri hanno iniziato a svolgere questo servizio.

Lo scorso ottobre si è conclusa a Roma la II edizione del Master di II livello in Consulenza in Bioetica clinica, Master organizzato dalla Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con il Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita (DBSV) dell'Università degli Studi dell'Insubria, sede di Varese, il Dipartimento di Scienze biomediche avanzate dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", la Fondazione Lanza di Padova e l'Azienda ULSS 7 del Veneto. E negli ultimi tempi alcuni Master di bioetica hanno aggiunto il riferimento all'etica clinica nel proprio titolo.

Numerosi convegni e seminari sul territorio nazionale, organizzati dal Gruppo di consulenza etica, in collaborazione con Aziende sa-

nitarie, Ordini dei Medici, Comitati Etici,⁵ hanno visto la partecipazione di Direttori generali, direttori sanitari, assessori alla Sanità regionali, oltre che di professionisti sanitari e studenti interessati al tema della consulenza.

Si può perciò concludere che il Gruppo di lavoro e il Documento di Trento hanno avuto il merito di aver posto all'attenzione pubblica il tema della consulenza etica, favorendo le condizioni perché anche in Italia essa possa trovare uno spazio consolidato così come avviene nel resto dell'Europa e in Nord America.

6. Il tema della formazione in etica clinica è cruciale, se si vuole che essa trovi spazio nella pratica assistenziale. Sarebbe quindi auspicabile che si introducesse in tutti i corsi di ambito sanitario.

Ciò per dare conoscenze di base a tutti gli operatori, chiamati quotidianamente a prendere decisioni di rilevanza etica. I contributi dei clinici presenti in questo numero della rivista (vedi contributi di Piccolo, Castoro, Giannini) testimoniano apertamente che vi è una consapevolezza della rilevanza delle questioni etiche al letto del malato, che deve trovare spazi e luoghi per potersi esprimere. Ma queste conoscenze di base aiuterebbero gli operatori sanitari non solo a risolvere da sé certe questioni etiche incontrate nella loro attività, ma a saper riconoscere bisogni e complessità che necessitano della consulenza etica "specialistica", e questo in analogia a quanto frequentemente fanno gli operatori nella realtà di cura, con il proprio ambito di competenza e l'intervento del consulente specialista in caso di difficoltà o situazione più complessa.

Sarà necessario, sempre più, attraverso Master e dottorati di ricerca specifici, formare le persone che vorranno professionalmente svolgere il compito di consulenti di etica clinica. Il Report dell'American Society for Bioethics and Humanities sulle competenze del consulente etico⁶ rappresenta certamente un significativo punto di riferimento, che esige altresì di essere rivisto e ripensato, tenuto conto della specifica situazione italiana. Ci permettiamo di segnalare come questa formazione non possa limitarsi a riprodurre lo sche-

5 PEGORARO, PICOZZI, SPAGNOLO. *La consulenza di etica ...*, pp. 30-36.

6 La cui traduzione in italiano è presente in: PEGORARO, PICOZZI, SPAGNOLO. *La consulenza di etica ...*, pp. 43-127.

ma proprio di un corso di bioetica, ma deve caratterizzarsi in ordine all'etica clinica, introducendo, come già detto più sopra, specifici tirocini attraverso i quali familiarizzare con il mondo sanitario, assistendo e infine svolgendo, con la supervisione di tutor preparati, le consulenze di etica.

Indubbiamente il Documento di Trento ha rappresentato un punto di arrivo e al contempo un punto di partenza. Di arrivo perché vi sono sintetizzate alcune precise indicazioni; di partenza perché esso non ha la pretesa di essere esaustivo ma, come questo stesso numero della rivista attesta, volto ad aprire un confronto serio e costruttivo.

Ribadiamo quindi la nostra disponibilità a riflettere con chi – e specialmente con coloro che hanno già una competenza specifica nel campo della consulenza etica – voglia impegnarsi perché, come auspicato nel Documento di Trento, essa si diffonda capillarmente nella realtà assistenziale italiana.

Renzo Pegoraro
Mario Picozzi
Antonio G. Spagnolo

Consulenza in bioetica clinica. Una proposta

Paolo M. Cattorini*

“Chiedi il parere ad ogni persona che sia saggia
E non disprezzare nessun buon consiglio”

Tobia, 4, 18

Maggie, l'atleta ridotta alla tetraplegia e ventilata artificialmente per un incidente sul ring, dopo l'amputazione alla gamba sinistra non riesce più a sopportare quella vita straziante e chiede aiuto al suo allenatore e amico Frankie. I pesanti sedativi che le vengono somministrati non bastano. “Voglio lottare sino alla morte, ma non contro di lei”. È una domanda di eutanasia? Se lo domanda anche Frankie, il quale a sua volta chiede consiglio al proprio parroco, che è categorico: non si deve anticipare la morte (interrompendo un sostegno vitale); chi lo fa è destinato a perdersi. Bisogna chiedere aiuto a Dio. Ma Frankie replica: Maggie ha chiesto aiuto a me, non a Dio. Dubbi, domande, consigli, giudizi, decisioni incombenti. Frankie fa poi di testa sua: stacca il respiratore e somministra adrenalina.¹

Si può fare, si deve fare consulenza etica in clinica? *Ab esse ad posse valet illatio*. Se qualcosa esiste, dunque è possibile. La consulenza etica in ambito sanitario esiste, di fatto, da molto prima che la bioetica nascesse, comunque si dati il parto della disciplina e prima del clamore con cui, nel secolo scorso, si disse che la medicina salvò

* Professore Ordinario di Medicina Legale, Docente di Bioetica Clinica, Scuola di Medicina, Università Studi dell'Insubria, Varese (recapito per la corrispondenza: paolo.cattorini@uninsubria.it).

Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

¹ *Million Dollar Baby*, film di Clint Eastwood, USA 2004, con Clint Eastwood, Hilary Swank e Morgan Freeman.

la vita alla collega “etica”. Il compito che ci troviamo davanti (e che finora non è stato opportunamente svolto, soprattutto in Italia, dove da un lato il paternalismo tecnico è ancora vivissimo e dall’altro prevale una distorta rappresentazione della bioetica come contrapposizione tra fronti ideologici, invece che come attività professionalmente apprezzabile) è quello di attuare in modo coerente e convincente ciò che quotidianamente viene già svolto (purtroppo, a nostro avviso, in forme spesso insoddisfacenti), ogni qual volta un attore decisionale (funzionario amministrativo, infermiere, medico, responsabile dell’allocazione di risorse, psicologo, persino componente di comitati deontologico-comportamentali, e infine – più importante di tutti – paziente, utente, profano, rappresentante di associazioni di malati) percepisce di *imbattersi in un dilemma morale* e intende approfondirne i termini e le dimensioni, invece che delegare forfettariamente la cosa a qualche presunto specialista biomedico.

Il bisogno oggettivo di disporre di consulenti in etica clinica e la corrispondente esigenza soggettiva di ricorrervi, sono *fenomeni in crescita*, che vanno compresi, intercettati e debitamente soddisfatti, prima che siano fraintesi e sequestrati da interlocutori “selvaggi”, se possiamo rubare un termine a Freud: “Se la (pura e semplice – *N.d.A.*) conoscenza dell’inconscio fosse tanto importante per il paziente quanto ritiene chi è inesperto di psicoanalisi, basterebbe per la guarigione che l’ammalato ascoltasse delle lezioni o leggesse dei libri. Ma tali misure hanno sui sintomi la stessa influenza che la distribuzione di liste di vivande in tempo di carestia può avere sulla fame (...) Solo adempiendo (...) (alcune) condizioni, diviene possibile padroneggiare le resistenze che hanno condotto alla rimozione e al “non sapere”. (...) (Tutto ciò ovviamente se si vogliono evitare i) pericoli, che l’esercizio di una psicoanalisi “selvaggia” arreca presumibilmente agli ammalati e alla causa della psicoanalisi (...)”.²

Non è difficile esibire *esempi* di una sempre più acuta e diffusa sensibilità civile verso i dilemmi morali che sorgono in ambito sanitario.

Il ricercatore biomedico o il responsabile di reparto che sottopon-

2 FREUD S. *Psicoanalisi “selvaggia”* in *Opere* (1910). Torino: Boringhieri; 1974: v. 6, 321-331: pp. 329, 330.

gano il proprio trial farmacologico o una ricorrente problematica clinica a un comitato d'etica, per la corrispondente approvazione o raccomandazione, potrebbero giovare di colloqui con uno o più studiosi di etica, per apprendere il gergo dell'interrogazione, percepire meglio i valori in conflitto, avere una *overview* delle risposte elaborate a livello internazionale, replicare eventualmente al suggerimento non convincente del medesimo comitato.

La coppia che intenda chiedere una FIVET ha il diritto (vedi l'art. 6, punto 1 della barcollante legge 40, del 2004) di ricevere un'informazione "sui problemi bioetici" della procedura, problemi la cui complessità e controversia esigerebbero un counselling congiunto etico ed ostetrico, in analogia a quanto già dovrebbe accadere per la consulenza genetica, dove dimensioni tecniche s'incrociano a scelte valoriali così delicate da meritare un contesto comunicativo accogliente, pluralisticamente rispettoso, idoneo per un'informazione distesa e comprensibile.

Il malato, i familiari o i sanitari, che siano messi di fronte alla possibilità di una sedazione palliativa terminale, e che non abbiano maturato il loro giudizio circa il carattere eutanasi (*soft euthanasia*) o no di tale procedura, sarebbero probabilmente grati di poter non semplicemente leggere il depliantino ad hoc preparato dall'Unità di cure palliative, ma di interloquire con esperti che li aiutino ad applicare i principi al loro caso concreto, *hic et nunc*: si tratta di una terapia proporzionata? Oppure di un suicidio assistito mascherato? Quali sono le intenzioni, le conseguenze, il significato di tale scelta?

Infine c'è la dimensione di sanità pubblica: perché non vengo trapiantato del rene di cui da anni ho bisogno? Con quali criteri morali vengono giustificate – dalle autorità competenti – le attribuzioni di priorità, le allocazioni cioè dei pochi organi disponibili nella regione in cui abito? Il cittadino (da solo o inserito in associazioni di dializzati) vedrà *on line* e seguirà con legittima consapevolezza critica la programmazione, compilazione e applicazione delle liste di attesa, e noterà quanto i presunti fattori economico-organizzativi siano influenzati da scelte valoriali, più o meno consapevoli, che l'azienda o l'istituzione preposta ai trapianti o il decisore politico abbiano ritenuto le più convincenti. Ma convincenti

per chi? Un soggetto, che privilegi una teoria di giustizia diversa da quella adottata (più o meno consapevolmente) dai *transplant committees*, avrebbe il diritto, secondo noi, di aprire – con l’aiuto di consulenti etici – una discussione franca, trasparente, argomentata sulla prassi che parrebbe escluderlo, senza validi motivi, dal novero dei riceventi.

Appunto questo sarebbe lo *stile* della buona consulenza etico-clinica: offrire al consultante gli strumenti concettuali per approfondire la sua personale visione del mondo. Non indottrinare il profano. Non affogarlo in una precettistica apodittica (che è, in genere, sottilmente paternalistica e direttiva). Neppure camuffare opzioni etiche latenti dietro motivazioni tecniche o di efficienza logistica.

Scambiare i fatti con i valori (e viceversa); snobbare l’utilità del confronto etico: sono alcuni vizi difficili da sradicare. “Ci sono due tipi di atteggiamenti che svalutano il dialogo giudicandolo tempo perso: l’atteggiamento dogmatico, che ritenendo di possedere in proprio e con sicurezza tutta la verità, pensa di non aver nulla da imparare dagli altri; o quell’atteggiamento che considera l’etica l’espressione di preferenze del tutto arbitrarie, soggettive (come quei relativisti estremi che asseriscono (l’insindacabilità delle scelte private) “tutte le morali sono sullo stesso piano”, oppure che “io la penso così, perché mi piace così, punto e basta!”), preferenze che non hanno alcuna pretesa di essere vere, e che si sottraggono alla discussione ed al confronto, poiché – si ritiene – non potrebbero venir sostenute né al contrario criticate e smentite da ragioni o argomenti”.³

Per garantire la qualità argomentativa, il tratto interdisciplinare, l’apertura pluralistica e la tempestiva efficienza di tale consulenza, occorrono almeno due cose: un setting idoneo e delle persone preparate. Il *setting idoneo*, secondo quanto ci hanno insegnato la nostra modesta esperienza e la conoscenza di quanto avviene su scala internazionale, è rappresentato (almeno nei centri sanitari di maggiori dimensioni) da un *dipartimento o servizio di bioetica clinica*, col suo

3 CATTORINI PM. *Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Elsevier; 2011: 11.

staff, il suo primario, i cicalini h24, le sue stanze di ricevimento, le sue risorse bibliografiche, i suoi supervisori.

Da qualche decennio suggeriamo che i grandi ospedali e istituti di ricerca si dotino di strutture di questo tipo, svolgenti le sei *funzioni* tradizionalmente ritenute prioritarie dalla comunità scientifica:⁴ offerta di consulenza su casi o situazioni e sostegno nella redazione di linee-guida per decisioni interne o per un'argomentata divulgazione pubblica della *mission* istituzionale e dei conseguenti criteri allocativi; revisione etica dei protocolli di ricerca clinico-farmacologici; raccolta sistematica di documenti etico-deontologici internazionali (riviste, libri, enciclopedie, commentari a sentenze...); raccordo con dipartimenti e studiosi di etica operanti a diversi livelli (istituzionale, regionale, nazionale, sovranazionale); sinergia con i compiti dei comitati d'etica (i due organismi hanno bisogno l'uno dell'altro, ma non sono identici né scambiabili a piacere e un loro confronto dialettico sarebbe, in molti casi, altamente produttivo); infine, ideazione, organizzazione e svolgimento di una formazione permanente specifica per staff, singoli operatori sanitari o amministrativi, organismi e commissioni miste (aventi cioè tra i loro membri sia specialisti che profani). Non possiamo dunque che condividere l'auspicio contenuto nella recente "Carta" di Trento: "si ritiene indispensabile che negli ospedali e case di cura, nelle aziende sanitarie, nelle residenze socio-assistenziali, negli hospice, si offra la possibilità di usufruire di una consulenza etica, conferendo un riconoscimento istituzionale laddove servizi di questo tipo siano, informalmente, già operativi".⁵

Una quindicina anni fa il Comitato nazionale per la Bioetica (CNB) dichiarava di "seguire con attenzione" la sperimentazione di

4 Cfr. il ns. Intervento Introduttivo: *La consulenza in bioetica clinica. Ragioni, difficoltà, prospettive* in PICOZZI M, TAVANI M, CATTORINI P (a cura di). *Verso una professionalizzazione del bioeticista. Analisi teorica e ricadute pratiche*. Milano: Giuffrè; 2003: 7-34, dove si trovano rimandi bibliografici antecedenti, fra cui il nostro articolo *Funzionamento e problemi dei comitati d'etica locali*. *Kos. Rivista di medicina, cultura e scienze umane* 1999; 162: 28-33.

5 GRUPPO NAZIONALE DI ETICA CLINICA E CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO. *Documento di Trento. La consulenza etica in ambito sanitario in Italia* (10 ottobre 2013). *Medicina e Morale* 2014; 1: 156-159.

questi servizi, auspicabilmente utili ai comitati etici non solo nella preparazione, ma anche nella “successiva verifica” dei loro interventi, raccomandazioni, pareri.⁶ Dove finiscano i buoni consigli di tali comitati (anche posto che siano effettivamente sempre “buoni” e che riescano a rompere l’assordante silenzio pubblico, che spesso circonda la vita di questi strani organismi) è una domanda struggente, per chi detesta l’abuso dell’etica come *maquillage* steso sull’acritica ripetizione di comportamenti routinari.

Veniamo ai consulenti. Che qualità dovrebbero possedere? Quali sarebbero le abilità, le *skills* necessarie? E si tratterebbe di abilità possedute, ad esempio, da qualsiasi cultore o docente della materia?

Parlando proprio di “docenti di bioetica” il CNB auspicava che l’insegnante avesse una duplice competenza medico-scientifica e filosofica. “Ciò significa che egli dovrà possedere da un lato una preparazione teorica qualificata in ambito etico e dall’altro conoscenze teorico-pratiche in campo biomedico, documentate anche da attività di studio e ricerca”.⁷

Il consulente, in verità, non è un semplice appassionato e neppure un generico studioso o insegnante della materia. Non negheremmo certo a un primatologo che si stia occupando in profondità di diritti animali la possibilità di iscriversi a una Società nazionale di bioetica; ma se egli volesse cimentarsi come vero e proprio insegnante di bioetica per biologi, ci aspetteremmo non solo una maggiore ampiezza conoscitiva, ma anche un’attitudine pedagogica specifica, che implica, soprattutto in questioni morali, una certa capacità di coinvolgimento relazionale e di analisi delle reazioni emotive gruppalì.

Un’analogia, specifica identità va riconosciuta e richiesta a un consulente. Non è in gioco solo la differenza tra *general normative ethics* e *applied normative ethics*, una differenza che sottolinea la ri-

6 L’integrazione, da noi suggerita, fu accolta nel testo redatto per la discussione: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *I comitati etici in Italia: orientamenti per la discussione*. Roma; aprile 2000. Le Conclusioni e Raccomandazioni del CNB in merito furono approvate il 13 luglio 2001.

7 ID. *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* (7 settembre 1991). Roma: Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per l’Informazione e l’Editoria; 1991: 24.

levanza della *finesse* applicativa rispetto alla semplice conoscenza teorica. C'è anche l'ulteriore componente del "dar consigli" a persone in carne e ossa, ossia dell'applicare l'etica *in situazione*, ad esempio al letto del malato, o in una riunione di staff. Occorrono qualità (*skills*), che hanno una loro peculiarità e che si apprendono, coltivano ed esercitano attraverso percorsi formativi corrispondenti. La stessa esperienza USA, più professionalizzata della nostra, ha chiarito tale distinzione: "(s)ome good bioethics programs do not qualify for accreditation as adequate programs in either knowledge and skills for training future clinical ethics consultants".⁸

Una conseguenza lavorativa? Riteniamo che una qualche forma (coerente, documentata e trasparente) di *verifica delle competenze* di un sedicente consulente sia non solo diritto/dovere del direttore generale di un'azienda sanitaria, che volesse selezionare un curriculum adatto ai fini di un contratto, ma costituisca anzitutto una garanzia per i cittadini e gli operatori, che fruiranno del rapporto più o meno diretto con tale "specialista" in momenti delicati dell'esperienza di malattia e di cura.

Anche gli organismi che, come l'*American Society for Bioethics and the Humanities*, ritenevano prematuro, diversi anni fa, l'obbligo di *certificare* e accreditare ufficialmente individui o gruppi, suggerivano che avesse luogo una *valutazione* su base volontaristica, riferita a tre aspetti: i consulenti, il processo di consulenza e gli esiti di quest'ultima.⁹ Le competenze essenziali di tale professionista si riferirebbero alle sue capacità di analizzare e giustificare una valutazione etica (*ethical assessment*), di gestire e facilitare incontri più o meno formali (*process skills*), di creare un'atmosfera di rispetto e fiducia tra agenti morali in disaccordo, di sollecitare la comprensione critica delle tesi dibattute nonché la ricerca di punti condivisi, di favorire un ascolto empatico, di riconoscere, elaborare e superare barriere co-

8 SPIKE JP. *The Birth of Clinical Ethics Consultation as a Profession*. Am J Bioethics. 2014; 14 (1): 20-22, p. 21.

9 AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, SHHV-SBC TASK FORCE ON STANDARDS FOR BIOETHICS CONSULTATION. *Core competencies for ethics consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*. Glenview (IL): American Society for Bioethics and Humanities; 1998. Una seconda edizione del *Report* è stata elaborata nel 2011, con significative differenze.

municative (*interpersonal skills*).¹⁰ Anche per ciò che riguarda il primo gruppo di abilità, quelle relative al giudizio morale, al discernimento cioè e al *ranking* dei valori in conflitto, la pura destrezza speculativa parrebbe insufficiente, dato che veniva richiesta la raccolta di dati psico-sociali, la ricognizione di dinamiche interpersonali, la distinzione fra dimensioni propriamente etiche e altre, di tipo ad esempio psichiatrico. Sono questi, come si vede, ambiti pertinenti alle cosiddette *medical humanities*, che sono più estese della mera conoscenza dottrinale filosofica o teologica.

È frequente che un filosofo morale “puro”, occupandosi di bioetica clinica, svaluti la rilevanza di piccole decisioni quotidiane e dei sottili pregiudizi (situati a metà tra inclinazioni valoriali, tratti caratteriali e disposizioni psicologiche propri di tutti gli agenti coinvolti, compreso l’entourage e l’équipe) che influiscono sulle scelte assunte al letto del paziente. A questa miopia percettiva corrisponderebbe l’ipertrofica, ossessiva focalizzazione dei metodi e contenuti educativi, in materie etico-cliniche, su situazioni dilemmatiche rare, estreme, clamorose. Invece le *dimensioni microetiche* della pratica sanitaria quotidiana ammoniscono “that medical ethics must be more than just a theoretical exercise in solving ethical dilemmas”.¹¹

Con parole nostre (e sempre con qualche consapevole semplificazione), le *qualità* di un consulente dovrebbero abbracciare: 1. un’adeguata preparazione teorica in ambito filosofico-teologico, 2. un’attitudine esercitata all’applicazione di tali concetti in situazione, 3. una conoscenza dall’interno (ossia scaturita da una documentata frequentazione in prima persona) degli ambiti operativi biomedici, 4. una conoscenza di base delle leggi, dei decreti e dei codici deontologici relativi a chi opera nei suddetti ambiti, 5. una finezza psicologico-comunicativa esercitata in adeguati setting di supervisione.

¹⁰ Soprattutto queste ultime *skills* esigerebbero un training sul campo con supervisione: giochi di ruolo, meeting simulati, esercizi per l’addestramento di sensibilità psicologiche. Il “Report” accenna al difficile compito di confrontarsi con perturbazioni affettive: “dealing with angry or confused family members or patients, or hostile or unwilling health care professionals” (p. 15).

¹¹ TRUOG RD, BROWN SD, BROWNING D ET AL. *Microethics: The Ethics of Everyday Clinical Practice*. Hastings Center Report 2015; 1: 11-17.

L'adesione degli eticisti clinici ad un loro peculiare *codice ufficiale di etica* potrebbe essere un altro requisito importante nel rito di transizione dal dilettantismo all'esercizio professionale.¹² Vanno nella stessa direzione i più recenti programmi Usa di valutazione delle qualità individuale e di accreditamento pubblico dei vari tipi di *training*.¹³ Data la diversità d'estrazione dei cultori (biomedica, filosofico/teologica, giuridica, psicologica...) l'obiettivo è ovviamente quello di completare le competenze mancanti. Un anno spesso full time, in una struttura sanitaria, quale componente di un'équipe di consulenza (la quale offra annualmente almeno 200 interventi in ambito clinico e di ricerca), è stato proposto quale condizione minima per coronare un tirocinio idoneo a chi lavorerà "sul campo" con pazienti e operatori e non si limiterà a svolgere seminari formativi di aggiornamento teorico per i dipendenti di un'azienda sanitaria. Insegnare e far consulenza – lo ripetiamo – sono pratiche diverse, anche se inseparabili, ed è probabilmente questo uno dei fattori che sta spingendo internazionalmente verso una mutazione terminologico-associativa più specifica: *Societies for Bioethics Consultation, Groups of Ethics Consultation, Clinical Bioethics Departments*.

Torniamo alle qualità di base. Delle cinque sopracitate "virtù", andrebbero sottolineati in questa sede alcuni aspetti della seconda. *Applicare*, in etica, non è calare deduttivamente regole apodittiche chiare a priori, o principi concettuali intuiti con univocità e universalmente noti, a contesti storico-narrativi più confusi, incerti e mi-

12 Ne parlano Anita J. Tarzian (Univ. of Maryland) et Al., *A Code of Ethics for Healthcare Ethics Consultants: Journey to the Present & Implications for the Field*. Am J Bioeth. 2015; 15 (5): 38-51: doveri essenziali, richiesti da un Codice, potrebbero riassumersi nei seguenti "be competent, preserve integrity, manage conflicts of interest and obligation, respect privacy and maintain confidentiality, contribute to the field, communicate responsibly, promote just health care". Sul lavoro della *Core Competencies Update Task Force*, entro l' *American Society for Bioethics and Humanities*, si può leggere AHC Media, April 1, 2010, oppure gli articoli collettivi TARZIAN AJ, ASBH CORE COMPETENCIES UPDATE TASK FORCE 1. *Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities' core competencies update task force*. Am J Bioeth. 2013;13 (2): 3-13; KODISH E, FINS JJ, BRADDOCK C ET AL. *Quality attestation for clinical ethics consultants: a two-step model from the American society for bioethics and humanities*. Hastings Center Rep. 2013; 43 (5): 26-36.

13 SPIKE. *The Birth...*: 20-22, da cui stiamo traendo suggerimenti.

steriosi. Nessuna *epistème* parmenidea può spazzar via il multiforme divenire delle situazioni dilemmatiche o irregimentarlo in categorie prefissate. Si tratta piuttosto di riconoscere che gli stessi strumenti teorici sono tolti da storie e riscoprono la loro origine simbolico-narrativa, proprio quando vengono impiegati per far luce su intricati problemi morali.¹⁴ Per una sorta di effetto-rimbalzo (*bounce effect*), il caso difficile obbliga a ripensare il significato, inevitabilmente generico, di una regola, che originariamente, *prima facie*, sembrava guidare con sicurezza i comportamenti ordinari. Applicare non è schiacciare una tessera concettuale sul puzzle che non torna, ma piuttosto *ad-plicare*, avvicinare due materiali, far corrispondere due forme, piegare un tessuto sopra un oggetto, avvolgerglielo attorno. È un'operazione in cui accade qualcosa anche alla stoffa che viene piegata. Il destino dei due termini è aperto e l'etica consiste appunto nel domandarsi: "la macchina applicativa resiste? Si sgualcisce? E che cosa accade a ciò che viene avvolto? A ciò su cui ci si applica? Viene custodito nella sua originalità, oppure mascherato, occultato, trasformato?".¹⁵

In questa delicata tutela dell'evento "particolare", nella cura per la ricchezza imprevista dell' "individuale", *l'etica somiglia alla clinica*, come a più riprese ha fatto notare un fustigatore della "tirannia dei princìpi": "This claim that in clinical medical ethics, as in clinical medicine generally, our preoccupation is with detailed circumstances of particular cases is not especially original. So understood, appeals to theory – whether in neurophysiology or molecular biochemistry, philosophical ethics or moral theology – are helpful only to the extent that they throw incidental light on particular cases. The argument for seeing this approach as typical of activities like medi-

14 "(T)utti i principali approcci all'etica sono radicati, di solito implicitamente, in una narrazione fondamentale, che può essere chiamata *storia originaria*, cioè una storia che fornisce le origini o dà luogo alla teoria etica. La storia originaria, insomma, precede la teoria etica pienamente sviluppata, fornendo la prospettiva morale in cui situare il modo di interpretare una situazione umana (...)", scrive REICH WT. *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?* in CATTORINI P, MORDACCI R (a cura di). *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*. Milano: Europa Scienze Umane; 1993: 35-60, pp. 39-40.

15 CATTORINI PM. *Dalle storie alle teorie: applicare l'etica alla medicina*. Etica per le professioni 2009; 3: 95-102, p. 96.

cine and navigation was stated more than two thousand years ago, in Aristotle's *Nicomachean Ethics*".¹⁶

Il richiamo ad Aristotele non è casuale. La migliore tradizione neoscolastica aveva lealmente riconosciuto l'impertinenza di identificare ragion teoretica e ragion pratica: "La conoscenza speculativa ha sempre a che fare con verità necessarie, mentre la ragion pratica deve applicare i precetti più generali ai casi particolari, che sono sempre più complessi dei tipi di condotta ai quali si riferiscono i precetti universali. Sicchè, mentre nella conoscenza speculativa c'è una medesima verità (*est eadem veritas*) nei principi universali e nelle conclusioni (negli assiomi e dei teoremi) – sebbene non tutti conoscano la verità delle conclusioni (tutti sanno gli assiomi della geometria, ma non tutti ne conoscono i teoremi) –, nella conoscenza pratica "la verità o rettitudine pratica non è la medesima nelle conclusioni particolari, ma solo nei principi più universali, e, anche quando è la medesima, non è a tutti ugualmente nota". Si badi: non solo non è ugualmente conosciuta da tutti, ma *non* è la medesima per tutti nei casi particolari".¹⁷

Per questi motivi, abbiamo a più riprese alluso alla *critica d'arte* come a un utile termine analogico per parlare di etica applicata.¹⁸ Al di là dei profondi nessi fra giudizio etico ed estetico, che meriterebbero un'esplorazione teorica più puntuale di quanto ci è concesso in questa sede e di quanto è stato fatto dal *main stream* bioetico più "indexato", basti dire che il lavoro del critico (attribuire un testo a un autore, esplicitare alcuni significati dell'opera, valutarne la qualità) è simile all'ermeneutica morale (che interpreta il senso di un'azione, calandola nel suo contesto, misurandone le possibili conse-

16 TOULMIN S. *Casuistry and Clinical Ethics* in DUBOSE ER, HAMEL R, O'CONNELL LJ (Eds.). *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*. Valley Forge: Trinity Press International; 1994: 310- 318, p. 311.

17 VANNI ROVIGHI S. *Istituzioni di Filosofia*. Brescia: La Scuola; 1982: 145, sta commentando un testo di S. Tommaso.

18 CATTORINI PM. *Aesthetics in Ethics: Narrative and Theoretical Dimensions of Moral Evaluation*. *Eubios. Journal of Asian and International Bioethics* 2009; 19, March: 47-53; ID. *Clinical Ethics as Applied Aesthetics*. *Journal of Aesthetic Education* (Univ. Illinois) 2014; 48 (2): 16-35; ID. *Estetica nell'etica. La forma di un'esistenza degna*. Bologna: Ed. Dehoniane; 2010.

guenze, svelando le intenzioni che essa incarna e abbozzandone infine un giudizio di adeguatezza e opportunità).

Di questa revisione epistemologica necessita anche la *teologia morale* cattolica, le cui norme valgono assolutamente se intese in senso simbolico, cioè come figure concrete di un'attitudine di prosimità all'altro.¹⁹ Un'attitudine che si discerne e si esprime nello *spazio drammatico* di una vicenda, in cui vengono a intrecciarsi le intenzioni dell'agente, i precedenti narrativi, i fattori contestuali, le prevedibili conseguenze. Il significato del gesto, e della norma che lo ispira, si decifra inoltre nella cornice di un *racconto* dell'origine, che nella Scrittura assume il carattere di *alleanza*.

Il dono di una liberazione imprevista (l'esodo dall'Egitto) precede, nella tradizione del popolo giudaico, l'offerta di una legge (il Sinai): quest'ultima può essere intesa, creduta e obbedita solo sulla scorta di una precedente esperienza di bene, di una memoria grata e della promessa affascinante, che ne è scaturita. La legge custodisce l'incanto di queste prime evidenze, impedendo infedeltà, idolatrie, opportunismi, evitando cioè che il desiderio di giustizia venga immiserito, frainteso e saturato in forme surrogate e meschine.²⁰

Riconosciuta questa sua genesi "esperienziale", l'etica religiosa potrà superare i propri residui razionalistici nella definizione di "natura umana": è un'esperienza storica di liberazione, che ha il suo centro in Gesù Cristo, e non la descrizione di una presunta "natura umana allo stato creaturale" immutabile e intemporale (di cui si penserebbe di cogliere l'essenza e la finalità attraverso un'intuizione intellettuale im-personale, a-storica e s-passionata) la condizione per intendere il significato delle norme cristiane. La natura creaturale e

¹⁹ "Compresi in tale loro valenza simbolica, i comandamenti ovviamente valgono senza eccezione; ma non è ovviamente possibile dedurre da essi il giudizio sugli atti concreti con procedimento sillogistico", scrive G. Angelini in COLOMBO G (a cura di). *L'evidenza e la fede*. Milano: Glossa; 1988: 438. Parafrasiamo di seguito (senza virgolettare) brani di ciò che abbiamo analiticamente esposto in alcuni nostri scritti: CATTORINI PM. *Dalle storie alle teorie...*; *Etica e mestiere di vivere: un reciproco ammaestramento*. Etica per le professioni 2010; 1: 91-102; *Un buon racconto. Etica, teologia, narrazione*. Bologna: Ed. Dehoniane; 2007.

²⁰ L'autore cui ci siamo maggiormente rifatti è G. Angelini, *Teologia morale fondamentale*. Milano: Glossa; 1999 e ID. *Il racconto-base di Gesù: esigenza superata?* in AA.VV. *Fede, ragione, narrazione*. Milano: Glossa; 2006: 15-46.

la tradizione veterotestamentaria non possono venir lette e comprese a prescindere dal riferimento al Figlio dell'Uomo, il *narratore narrato* (secondo una felice espressione della teologia narrativa), poiché entrambe sono preordinate a lui ed in lui trovano senso.²¹

Corrispondentemente, per sospendere l'antica censura del *desiderio*, che ancora grava sulla morale religiosa, occorrerà riconoscere alla fede (figura costitutiva di ogni agire morale, anche di un non credente)²² un rapporto intrinseco con quelle evidenze di bene che, attraendo in forma sorprendente i nostri affetti, chiedono un'apertura di credito ed esigono una costante avvertenza interpretativa. La ragione né acceca gli affetti né li può soppiantare: li deve adeguatamente pensare, svolgere narrativamente e giustificare con coerenza.

Il desiderio infatti costituisce *oggettivamente* l'azione, che stiamo compiendo, e innerva – più in generale – la vita, in cui tale azione si iscrive. Prescinderne non significa essere più “sicuri” sul piano dell'argomentazione etica, ma più “astratti”, nel senso (deteriore) di impersonali e cioè, paradossalmente, di “immorali”. Ciascun soggetto infatti cerca costantemente l'azione che egli possa e debba porre senza riserve, l'azione che egli possa sentire e realizzare come propriamente sua (poiché solo lui potrebbe e dovrebbe svolgerla in quel modo e in quel determinato frangente storico) e che nel contempo egli possa proporre come felice per sé e degna di fronte a tutti.

L'arte di applicare l'etica (quella medica, nella fattispecie) si arricchisce e si fa più complessa quando si pone a ridosso dell'oggetto di studio, quando impone all'interprete di entrare più concretamente in situazione, lasciandosi coinvolgere dalle risonanze emotive, dai conflitti valoriali e dalla comune ricerca di una soluzione (per il bene del paziente). La *clinical bioethics* incarna le proprie intuizioni e abbozza i propri giudizi transitando (se ci è consentita tale espressione) dentro gli spazi di cura, attraversando i laboratori di ricerca e dialogando con i personaggi del “dramma” di malattia. Tale *experti-*

21 Cfr.: BIFFI I. *La prospettiva biblico-cristologica della Veritatis Splendor* in Russo G (a cura di). “*Veritatis Splendor*” *Genesi, elaborazione, significato*. Roma: Dehoniane; 1994: 87-96.

22 DWORKIN R. *Religione senza Dio*. Bologna: Il Mulino; 2014.

se adotta nozioni teoriche generali e fa tesoro dei precedenti storici, ma impegna una propria finezza, un'intuizione e uno stile discorsivo specifici.

Per tornare all'analogia estetica, è come se a un critico d'arte non fosse semplicemente richiesta una digressione teorica sulle avanguardie, ma gli venisse sollecitata una valutazione su una specifica, originale, nuova istallazione, opera, esposizione. Ora, un apprezzato filosofo estetico, che conosca pure a menadito la nozione platonica di *eidolon*, potrebbe fraintendere l'originalità di un dipinto contemporaneo, per ragioni simili a quelle per cui uno studioso dell'etica stoica potrebbe essere a disagio nel partecipare a una discussione d'équipe in merito alla proporzionalità o invece all'accanimento di un'innovativa proposta di cura. A un buon critico d'arte non basta una competenza tecnico-scientifica di base (ad esempio una certa perizia nella colorimetria o una qualche conoscenza dei materiali pittorici), né la consapevole dichiarazione di militare in una determinata tradizione storica di "teoria del bello". Gli viene richiesta infatti un'ulteriore sensibilità e arguzia interpretative, che conducano a sintesi i diversi saperi e che si misurino nella personale fruizione dell'oggetto artistico. Una fruizione, che accende risonanze cognitive ed emotive e che, per venir portata a parola, esige strumenti argomentativi e cifre concettuali fedeli a quell'evento, in cui un significato di verità-bellezza emerge da un ente fisicamente incorporato.

Uno dei compiti teorici, che l'*applied ethics* oggi impone, è quello di sviluppare un'antropologia e un'etica filosofica a partire dalle riflessioni (sia di stampo analitico che continentale) sull'arte. In questa direzione abbiamo commentato con interesse alcuni saggi recenti e apprezzato i riferimenti, che, per converso, certi filosofi estetici hanno indirizzato al mondo morale. Ne riportiamo un fugace esempio: "la precisione del discorso critico (...) non può superare la precisione con cui comprendiamo noi stessi e gli altri (...) *impariamo* a percepire l'autentico in un film nello stesso modo in cui lo impariamo a fare nella vita (...) le opere d'arte sono "come" le persone".²³

²³ Citiamo da MARGOLIS J. *Ma allora, che cos'è un'opera d'arte? Lezioni di filosofia dell'arte* in BALDINI A (a cura di). Milano-Udine: Mimesis; 2011: 94, 162, 174.

Il misconoscimento dell'attitudine, perizia e discorsività proprie dell'applicazione etica (lo *skills core* di cui si diceva), ha da un lato generato un riduzionismo epistemologico imbarazzante (per cui la *clinical ethics* non sarebbe "nient'altro che" una preesistente disciplina – come la clinica medica o la storia della filosofia – adattata o riciclata a basso prezzo in confusi territori interstiziali), e ha dall'altro prodotto e disseminato una fauna di improbabili cultori, che – immagino – abbia evocato in ciascuno di noi pensieri simili a quelli freudiani sullo psicoanalista "selvaggio". Sono stati perciò legittimamente suggeriti percorsi di formazione permanente: "il bioeticista (operante in un comitato d'etica, CE) dovrebbe studiare qualche buon manuale di farmacologia clinica... Non sarebbe quindi male che si cominciasse a pensare già da ora a una qualche forma di professionalizzazione dei membri dei CE specificamente destinati alla revisione e valutazione dei protocolli".²⁴

Anche le generali *obiezioni* al consolidarsi di una nuova figura professionale, quale stiamo qui proponendo, ci sembrano più ammonimenti prudenziali che vere e proprie controindicazioni assolute. La presenza di un nuovo "specialista" a contatto col lavoro delle équipes sanitarie non costituirebbe necessariamente una fonte di burocratizzazione né di deresponsabilizzazione né di frantumazione dei processi decisionali; non vi sarebbero forzatamente disastrosi conflitti tra le competenze etiche e quelle psicologiche (posto che entrambi gli specialisti ricevessero un'idonea formazione sulle tematiche di confine), anzi si rimedierebbe al frequente esproprio e delegittimazione reciproci, che una cattiva consuetudine ha purtroppo indotto²⁵; il pericolo dell'indottrinamento sa-

24 NERI D. *Quale futuro per i Comitati etici?* Bioetica 1998; 3: 448. Abbiamo ripreso questa istanza estendendola al tipo di consulenza etica, che sarà offerta nella redazione, interpretazione e attuazione delle dichiarazioni anticipate, i cui "delicati passaggi potrebbero essere vissuti con maggiore serenità e sicurezza, se malato, familiari, rappresentanti e sanitari disponessero in alcuni casi di un *interlocutore* dotato di una certa esperienza e competenza nella ricostruzione ed analisi di problemi propri della *bioetica clinica*. Un osservatore partecipe – per usare un'espressione nota alla psicologia (...)"'. Cfr. la ns. Introduzione a CATTORINI P, PICOZZI M (a cura di). *Le direttive anticipate del malato. Esperienze operative e questioni etico-giuridiche*. Milano: Masson; 1999: XIII.

25 In argomento cfr. il nostro volume *La morale dei sogni. Lo statuto etico della psicoanalisi*. Bologna: Dehoniane; 1999.

rebbe arginato addestrando uno stile anti-direttivo (né paternalistico, né fazioso, né illusoriamente “neutrale”, ma rispettoso del contesto pluralistico in cui viviamo), prevedendo forme di supervisione e verbalizzando in modo trasparente i contenuti e le forme degli interventi consulenziali; l’interazione con la medicina legale sarebbe infine d’aiuto ad entrambi gli interlocutori, dato che le regole giuridico-deontologiche veicolano opzioni valoriali preziose per affrontare problemi casistici, ma nel contempo rimandano inevitabilmente all’etica per una fondazione radicale e per una riformulazione aggiornata – si sa che il progresso tecnico corre sempre più veloce delle codificazioni normative che ne vorrebbero disegnare i limiti.

In una parola: “l’*autorità* (del consulente bioeticista) come anche la *forza intrinseca dei suoi argomenti* rimangono sospese alla libertà degli interlocutori disposti a riconoscerle”.²⁶

Uno dei ponti dialogici mancati, e che invece risulterebbero assai proficui in ordine ad una strutturazione teorica ed operativa della “consulenza” qui in oggetto, riguarda il movimento della *consulenza filosofica*. Quanto scrivevamo in proposito alcuni anni fa ci sembra tuttora convincente, anche se non pare sia stato accolto (dalla maggioranza dei soggetti “accreditati”) col favore che ci aspettavamo: “La bioetica è (...) filosofia morale applicata e la consulenza che essa fornisce non può differire sostanzialmente da quella filosofica in senso generale. Quest’ultima del resto non si riduce al “discorso filosofico” accademico e rivendica la fecondità vitale della “filosofia”. Non si tratta cioè semplicemente di costruire sistemi logicamente coerenti, ma di aiutare a *pensare l’esistente*, a guardare il mondo in modo nuovo, ad apprendere da capo il mestiere di vivere (...) Esigendo che la teoria si ponga a servizio della pratica, la consulenza filosofica propizia *anch’essa* un’applicazione dell’etica in grado di opporsi alle ovvietà, ai pregiudizi, ai tabù, che inquinano tanto la vita personale quanto le modalità di pensiero del consultante (...) Il bioeticista clinico è quindi un consulente

26 L. Orsi plaude alle citate conclusioni del contributo di R. Dell’Oro, *La bioetica clinica come etica applicata* in AA.VV. *Verso una professionalizzazione...*, p. 74.

filosofico e quest'ultimo è a suo modo un eticista "applicato", per usare una brutta espressione".²⁷

Il difetto di comunicazione e sinergia tra i due movimenti li ha impoveriti entrambi: la consulenza filosofica non beneficia delle sollecitazioni speculative che i dilemmi biomedici hanno offerto (invitando a ripensare concetti tradizionali come anima, vita, mente, persona); la bioetica clinica rischia di isterilirsi in una meccanica deduzione "principilistica" se non mantiene aperta la riflessione sulle più ampie e radicali domande etico-filosofiche.

Un ultimo riferimento cinematografico ci avvierà alle conclusioni.²⁸ La violinista del film *Duet for one* scopre di avere la sclerosi multipla. La mano si paralizza durante l'esecuzione di un concerto di Bach. Si rivolge al suo psichiatra psicoanalista per consigli. Lui ascolta le espressioni ilari, euforiche, poi aggressive, sarcastiche e infine malinconiche, disperate dell'amica.²⁹ Sa leggere, dietro la maschera dell'autocontrollo, il buco nero, che un male assurdo apre nell'anima. Intercetta una domanda di senso e coglie gli interrogativi etici sottostanti: continuare a vivere? Suicidarsi? Curarsi? Rompere col marito? Il dottore lascia la poltrona dello studio e abbandona il ruolo professionale; ora è un colloquio tra pari, davanti al fuoco del caminetto. Egli non è più un medico, né un esperto della psiche, ma qualcuno che aiuta a percepire e approfondire una crisi di valori. "Tu Stephanie hai visto quello che normalmente facciamo tutti finta di non vedere: la morte". Una consulenza etica individuale è iniziata...

27 CATTORINI PM. *Bioetica clinica e consulenza filosofica*. Milano: Apogeo; 2008: 11, 12, 13.

28 ID. *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*. Milano: FrancoAngeli (2° ed.): 2006.

29 Usa 1986, regia di Andrej Michalkov Konāalokij, con Julie Andrews, Max von Sydow, Alan Bates, Rupert Everett, Liam Neeson.

Parole chiave: bioetica, consulenza, comitati, etica applicata, abilità/capacità.

Key words: bioethics, consultation, committees, applied ethics, skills/ competences.

RIASSUNTO

Diversi fattori etici alimentano l'esigenza di giustificare razionalmente le decisioni sanitarie, in particolare al letto del malato: il pluralismo culturale, il tramonto del paternalismo, l'interdisciplinarietà dei problemi, l'alto livello di specializzazione tecnologica. Un consulente, strutturato in servizi di bioetica clinica, può aiutare i diversi attori morali ad approfondire il loro punto di vista, discuterlo coerentemente, raggiungere soluzioni di compromesso. Per evitare atteggiamenti di indottrinamento, faziosità, deresponsabilizzazione, questa nuova figura professionale dovrebbe possedere alcune qualità essenziali, documentate e addestrate in supervisione.

SUMMARY

Clinical Bioethics consultation. A Proposal.

Health care decisions are to be taken in a rationally justified way, into a pluralistic ethical arena and through an interdisciplinary dialogue among naturalistic and humanistic disciplines. A professional figure of clinical ethicist, working in specific departments, is needed to help people to deepen their personal moral evaluations, and to foster and facilitate coherent and shared decisions, both at individual, staff and institution level. Particularly at the bedside, paternalistic and directive counselling might be avoided, if some core competencies and skills in applied ethics are trained.

Per un ripensamento della consulenza etica nelle strutture sanitarie italiane. Riflessioni a margine del Documento di Trento

*Maurizio Mori**

*INTRODUZIONE: UN CONFRONTO TRA I DUE CONVEGNI SUL DOCUMENTO
DI TRENTO E SCOPO DI QUESTO CONTRIBUTO*

Il 27 marzo 2014, a Roma, nella sala delle Colonne del Parlamento, nel corso di un apposito convegno dal titolo “La consulenza etica in ambito sanitario in Italia” è stato ufficialmente presentato il Documento di Trento promosso da Antonio G. Spagnolo, Renzo Pegoraro e Mario Picozzi dedicato a lanciare anche in Italia la consulenza etica in ambito sanitario. A un anno esatto di distanza, il 27 marzo 2015, a Varese, nell’Aula Magna dell’Università, in un nuovo convegno dal titolo identico a quello recedente, si è tornati a riflettere sul Documento di Trento con lo stesso obiettivo: promuovere la consulenza etica nel mondo sanitario e trovare sbocchi operativi per i consulenti stessi.

A Roma nel 2014 il panel di relatori era tutto a senso unico a sostegno del Documento di Trento presentato come una “gran novità” tutta da approvare e da rendere subito operativa,¹ e il contesto era di tipo squisitamente politico col coinvolgimento di parlamentari cattolici fortemente impegnati come Paola Binetti e Gianluigi Gigli. A

* Professore Ordinario di Bioetica, Dipartimento di Filosofia e Scienze dell’Educazione, Università degli Studi di Torino; Presidente della Consulta di Bioetica Onlus (recapito per la corrispondenza: maurizio.mori@unito.it).

Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

1 L’unica voce dissonante è venuta da un breve intervento non programmato che ho fatto durante il dibattito, il cui contenuto è stato subito pubblicato sul giornale telematico Caratteri liberi (<http://caratteriliberi.eu/2014/03/28/in-evidenza/httpsdevelopers-facebook-com-toolsdebug/>). Quel testo è stato poi ripreso e rielaborato in un contributo più ampio: MORI M. *La consulenza in etica clinica “all’italiana”. Una nota critica sul Documento di Trento in Bioetica. Rivista interdisciplinare* 2014; XXII (3-4): 363-370.

Varese nel 2015 il panel dei relatori era più variegato e prevedeva alcuni relatori esplicitamente critici del Documento di Trento o comunque non in linea con esso, e il contesto era molto più orientato in senso accademico che politico: non è mancato un intervento conclusivo di un esponente del partito di maggioranza al governo, ma lo spazio riservato alla politica è stato molto contenuto. La scelta di allargare il dibattito e di avere voci diverse è stata molto apprezzabile: l'auspicio è che si continui in questa direzione, coinvolgendo anche altre voci autorevoli, come per esempio quella del collega Giovanni Boniolo, o quella di altre confessioni religiose come la Commissione delle chiese protestanti o di altre religioni presenti nel paese.²

Dal confronto tra i due convegni sorge spontanea la domanda circa il cambiamento di impostazione. Come mai si è passati da un indirizzo prettamente politico e organizzativo a uno più accademico e intellettuale? Di solito si segue la via inversa: prima la cultura e poi il livello pratico. Ma siamo in tempi di rapidi cambiamenti socio-politici, e l'inversione dell'ordine logico avrà avuto le sue ragioni. Peccato che non ci sia una risposta precisa all'interrogativo sopra posto e che al riguardo si potrà cercare di rispondere avanzando congetture destinate però a rimanere senza prove certe. Ad ogni buon conto, come è apprezzabile l'impegno degli organizzatori a promuovere una riflessione più ampia e variegata sul tema, così è gradito l'invito rivoltomi a presentare la propria la mia posizione che, com'era noto sin dall'inizio (cfr. nota 1), è difforme da quella da quella canonica. L'opportunità è preziosa e non va sprecata.

Per questo, nel breve spazio a disposizione voglio cercare di spiegare le ragioni delle mie riserve e perplessità nei confronti del Documento di Trento in modo più ampio e articolato di quanto già fatto nel 2014, offrendo un contributo di sintesi più generale. Infatti, a prima vista la mia contrarietà alla proposta di avere questa nuova figura in ambito sanitario può apparire perlomeno "strana": dopo aver

2 Boniolo ha lavorato molto sul tema e è uno dei pochi autori italiani presenti nel dibattito europeo e internazionale: cfr. BONIOLO G, SANCHINI V (eds.). *Ethical counseling and medical decision-making in the era of personalized medicine. A guide*. Springer; 2015. Quanto alle altre confessioni non si può trascurare la grande vivacità della Commissione di bioetica della tavola valdese, metodista e evangelica, e anche della posizione dei buddisti italiani, la cui riflessione teorica è in rapida crescita.

sempre promosso la bioetica, come mai ora è critico nei confronti di una proposta tesa a ampliarla? La risposta a questa domanda va data abbandonando il mondo angelico dei discorsi astratti o il contesto asettico della teoria, e calandosi nella realtà storica concreta della situazione italiana al quale la proposta del Documento di Trento è indirizzata. Sono consapevole che il giudizio su tale contesto storico non è né “neutrale” né “innocente”, ma che dipende da premesse filosofiche di fondo che per lo più restano inesprese (e rendono difficile o addirittura impossibile il dialogo tra le parti). Per questo la risposta richiede un’analisi ampia, tale da comportare una sorta di bilancio generale dei primi tre decenni di bioetica: la proposta operativa insita nel Documento di Trento va valutata alla luce di questo quadro più generale. So bene che le mie tesi non rispondono al cliché maggioritario e non escludo che possano anche essere inadeguate o addirittura sbagliate. Le presento per sottoporle a dibattito con due auspici. Quello minimo è che possano gettare almeno un po’ di luce sulle ragioni della mia opposizione al Documento di Trento nella forma in cui è stato proposto nel 2014, ragioni che ancora sono valide oggi (2015) essendo la proposta rimasta immutata. L’auspicio massimo è che le considerazioni fatte portino a un effettivo cambiamento del Documento di Trento, e che si apra una nuova fase nella bioetica italiana che porti a una collaborazione tra le diverse prospettive ideologiche che oggi appaiono antitetiche e anche inconciliabili.

LA BIOETICA COME MOVIMENTO CULTURALE SEGNALE DI UNA RADICALE METAMORFOSI DELLA MORALITÀ

Dopo la Seconda guerra mondiale il processo di più intensa industrializzazione ha aperto nel mondo occidentale una nuova fase nella storia dell’umanità. La Rivoluzione industriale tra gli anni ’50 e ’70 ha sfornato automobili, lavatrici, televisioni, vestiario e cibo preconfezionato, microonde e migliaia di oggetti di plastica e di altro genere, cui si sono presto aggiunti il computer e il cellulare, tutti proposti in ampi supermercati, centri commerciali e altri luoghi di vendita che testimoniano le nuove modalità di distribuzione dei beni sopra-

citati, diventati presto simboli della società tecnologicamente avanzata. La nuova organizzazione sociale ha contribuito a cambiare i modi di vivere (si pensi all'effetto che il microonde ha avuto sul modo di consumare i pasti in famiglia, o sull'effetto del supermercato nelle relazioni di comunità) e ha posto le basi per nuove forme di socializzazione e per nuovi valori morali. Tuttavia, queste novità non hanno suscitato grandi controversie morali, le quali al massimo hanno coinvolto la sfera dell'arte (si pensi alle ricorrenti polemiche su mostre o film) e quella della moda (si pensi alle minigonne, al bikini o al topless). Può darsi che questa tacita accettazione del nuovo sia dipesa dal fatto sin dal XIX secolo in Occidente il controllo tecnico del mondo inorganico è stato visto come fattore di indiscusso "progresso" – a prescindere dalle conseguenze sociali a esso connesse e con buona pace delle forti (e presto dimenticate o rimosse) proteste mosse agli inizi di quel secolo da Luddisti.

La Rivoluzione biomedica e la nascita della riflessione bioetica

Se dagli anni '50 la nuova Rivoluzione industriale ha posto le basi per nuove forme di socialità (aumentando la rapidità delle informazioni e dei trasporti oltre che dei beni di consumo), con gli anni '60 la Rivoluzione biomedica apriva un nuovo fronte di intervento. All'inizio il processo è partito come mero ampliamento del passato e ha suscitato entusiasmo: trasfusioni, trapianti di cuore e di altri organi, nuovi farmaci miracolosi, e altri interventi mirabili sembravano porsi nella scia della tradizionale ricerca medica e non fare altro che realizzare quanto da sempre si era sognato, senza significativi cambiamenti concettuali o morali. Ben presto, però, ci si è resi conto che i progressi in campo biomedico stavano sovvertendo il quadro tradizionale della medicina. I nuovi interventi non comportavano solamente un "aiuto" alla natura biologica (come previsto dal paradigma ippocratico) ma portavano invece a un vero e proprio "controllo" dell'intero mondo organico. Il passo in questa direzione è apparso a alcuni come un atto di *hybris* inaccettabile e da evitare: un passo in una direzione nuova e contraria alla millenaria tradizione medica.

Il punto di contrasto è diventato particolarmente visibile e palese

quando si è cominciato a sottoporre a controllo medico l'ambito della riproduzione umana. Mentre circa gli altri settori di intervento i contrasti sono stati limitati e hanno riguardato specifici gruppi sociali o particolari credenze religiose (si pensi al rifiuto delle trasfusioni di sangue da parte dei testimoni di Geova, o all'opposizione alla morte cerebrale), nel caso della riproduzione le reazioni e perplessità sono state molto più diffuse, pervasive e vivaci. Le aspre polemiche morali sulla contraccezione prima, e soprattutto quelle ancora più vivaci sull'aborto, sono state (e ancora restano) il segno della decisa alzata di scudi contro la nuova capacità di controllo dell'uomo dell'ambito riproduttivo, e più in generale contro il controllo della vita biologica.

Storicamente, la richiesta del diritto di aborto è stata l'azione che ha creato uno spartiacque tra la visione tradizionale e quella nuova, facendo emergere due diversi (e opposti) mondi morali e culturali, ossia due diversi "paradigmi". Da sempre le donne sono ricorse all'aborto (come tragica necessità), ma è solo a partire dagli anni '60 del secolo scorso che è stata avanzata la pretesa che l'aborto fosse un diritto (morale oltre che giuridico). Questa pretesa cambia radicalmente le coordinate che definiscono l'orizzonte morale, perché il diritto di aborto comporta il riconoscimento al totale controllo e alla piena sovranità della donna sul proprio corpo: l'aspetto che caratterizza il nuovo paradigma. Di fatto, la posizione circa l'aborto è quella che determina a grappolo la risposta a molte altre questioni bioetiche, a partire dal consenso informato fino a arrivare alla liceità degli OGM (gli organismi geneticamente modificati).

In breve, la Rivoluzione biomedica ha dato all'uomo una nuova straordinaria capacità di controllare la vita.³ All'inizio questa nuova conquista è apparsa in linea con l'impostazione tradizionale tesa a promuovere migliori terapie, e è stata salutata con favore. Ben presto ci si è accorti che le nuove capacità acquisite avrebbero potuto anche aprire la strada a alcuni interventi anomali e problematici (se non aberranti) come la contraccezione e l'aborto. Ma inizialmente apparivano così strani e inusitati da essere per lo più considerati come mere "deviazio-

3 Sulla nozione di Rivoluzione biomedica, mi permetto di rinviare alle pagine rilevanti in MORI M. *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata*. Firenze: Le Lettere; 2013 (2ª edizione).

ni” isolate e destinate a rimanere senza futuro: i soliti eccessi tipici delle fasi iniziali e frutto delle intemperanze di pochi operatori alla ricerca di visibilità e facile successo che sarebbero però rimasti limitati e ben circoscritti. Col passare del tempo, però, è emerso con chiarezza che la situazione evolveva in direzione diversa da quella prevista, e che quegli interventi rappresentavano la punta di diamante di una nuova concezione della medicina, diversa da quella tradizionale e forse anche opposta a essa. Pian piano ci si è resi conto che, come già era avvenuto con la Rivoluzione industriale rispetto all’antico mondo aristocratico, anche la Rivoluzione biomedica comportava un nuovo paradigma concettuale e morale rispetto all’antica concezione ippocratica.

La Bioetica come ultima fioritura del Romanticismo inteso come cesura culturale della civiltà

La bioetica è nata negli anni '70 quando la consapevolezza del nuovo paradigma emergente ha cominciato a farsi strada e costituisce l’espressione della Rivoluzione biomedica in corso sul piano culturale. Come sempre accade coi grandi sconvolgimenti storici, il vento che ha generato la bioetica ha portato anche un gran numero di correnti d’aria e di vortici opposti l’un l’altro da rendere difficile se non anche pressoché impossibile darne una definizione precisa: sempre la caratterizzazione lascia fuori qualcosa di significativo. La difficoltà circa la definizione, tuttavia, di per sé non è un ostacolo insormontabile né deve destare troppo stupore: anche del Romanticismo è difficile dare una definizione precisa, ma esso è esistito (eccome!) e forse è stato anche “il più vasto movimento recente che abbia trasformato la vita e il pensiero del mondo occidentale”.⁴ Può darsi si debba dire qualcosa di simile anche della bioetica.

4 BERLIN I. *Le radici del romanticismo*. Milano: Adelphi; 2001: 24. Senza giungere a una tematizzazione del punto tanto esplicita, anche Mario Puppo sembra condividere questa linea quando scrive: “Talune forme della mentalità e della cultura romantica sono penetrate così profondamente nello spirito europeo, che ormai vi appaiono connaturate. (...) Per tanti aspetti il romanticismo ha veramente iniziato un modo nuovo di intendere la realtà e di concepire la vita” (PUPPO M. *Il romanticismo*. Roma: Editrice Studium; 1968, 4a edizione riveduta e aumentata, p. 133).

Anzi, questa è la tesi che intendo qui sostenere. Come ha ricordato Isaiah Berlin, i grandi cambiamenti culturali sono quelli che riguardano non tanto il cambiamento di opinione su un qualche singolo tema, ma sono quelli che coinvolgono il “modello dominante” di una cultura, ossia l’orientamento di fondo che caratterizza una prospettiva o una civiltà, e guida la sensibilità degli uomini verso il mondo. Come scrive Berlin, “ogniquale volta guardiamo a una determinata civiltà, qualunque essa sia, troviamo che i più caratteristici dei suoi scritti e gli altri suoi prodotti culturali rispecchiano una particolare forma di vita, che domina coloro che hanno scritto quei testi, o dipinto quelle scritture, o composto quei particolari pezzi musicali. E per identificare una civiltà, per spiegare di quale tipo di civiltà si tratti, per capire il mondo in cui uomini di questa specie hanno pensato e sentito e agito, è importante cercare (...) di isolare la forma dominante cui quella cultura obbedisce”.⁵ Questa forma di vita, infatti, viene poi interiorizzata a tal punto da diventare un po’ come l’aria che si respira e costituisce la “cittadella interiore” propria di un autore o di un individuo, ossia quel nucleo interno che regola la percezione delle cose e le nostre reazioni a esse.

Il Romanticismo è stato il più importante movimento culturale dell’Occidente proprio perché ha radicalmente mutato il modello dominante circa la *vita sociale*. Negli anni tra il 1760 e il 1830 si ebbe una specie di cataclisma culturale, perché – come sottolinea Berlin – in quel lasso di tempo “avvenne una sorta di metamorfosi, si verificò nella coscienza europea una rottura cruciale”⁶ ossia “qualcosa di catastrofico. A uno stato di cose all’apparenza relativamente tranquillo e sereno, subentra uno sconvolgimento. Alcuni lo salutano con favore, altri lo denunciano”.⁷ Supponiamo di intraprendere un viaggio nell’Europa occidentale di quel periodo e di incontrare gli intellettuali e le persone colte del tempo: “avreste trovato che il senso comune e la moderazione erano lontanissimi dai loro pensieri. Avreste trovato che credevano nella necessità di battersi fino all’ultimo respiro per le proprie convinzioni, e avreste trovato che credevano nel

5 *Ibid.*, p. 24.

6 *Ibid.*, p. 32.

7 *Ibid.*, p. 30.

valore del martirio in quanto tale, indipendentemente da ciò per cui lo si affrontava. Avreste trovato che credevano che le minoranze fossero più sante delle maggioranze, che il fallimento fosse più nobile del successo, il quale aveva qualcosa di meschino, qualcosa di volgare. La nozione stessa di idealismo, non nel senso filosofico del termine, ma nel senso in cui lo usiamo solitamente, ossia per designare lo stato mentale di un uomo che è pronto a sacrificare molte cose ai principi o a una sua convinzione, che non è disposto a vendersi, ma è pronto a salire sul rogo per qualcosa in cui crede, per la sola ragione che ci crede: tale atteggiamento era relativamente nuovo. Ciò che gli uomini ammiravano era la dedizione incondizionata, la sincerità, la purezza dell'anima, la capacità e la disponibilità a dedicarsi al proprio ideale, qualunque esso fosse. Qualunque esso fosse: è questo il punto importante".⁸

8 *Ibid.*, p. 34. La citazione continua nel modo seguente: "Immaginate di trovarvi nel Cinquecento e di conversare con qualcuno che combatte nelle grandi guerre di religione che in quel periodo laceravano l'Europa; e immaginate di dire a un cattolico di quegli anni, impegnato nello scontro: "Naturalmente ciò che questi protestanti credono è falso; naturalmente credere ciò che credono significa cercare la perdizione; naturalmente essi sono pericolosi per la salvezza delle anime umane, tra tutte le cose la più importante; ma sono così sinceri, sono così pronti a morire per la loro causa, la loro integrità è così magnifica, che si è costretti a nutrire per loro l'ammirazione dovuta alla dignità e alla sublimità morali di persone che sanno comportarsi in questo modo". Un atteggiamento del genere sarebbe stato incomprensibile. Chiunque conoscesse davvero, o ritenesse di conoscere la verità, diciamo un cattolico che credeva nelle verità insegnategli dalla Chiesa, avrebbe saputo che persone capaci di impegnare interamente se stesse nella teoria e nella pratica della falsità erano semplicemente persone pericolose, e anzi quanto più sincere, tanto più pericolose, tanto più folli. (...) Era un peccato – così avrebbe pensato – che tanto coraggio (una qualità universalmente ammirata), tanta abilità, tanta devozione venissero spesi al servizio di una causa così tangibilmente assurda o pericolosa. Ma non avrebbero detto: "Poco importa in che cosa credono costoro; ciò che conta è lo stato mentale in cui credono quel che credono. Ciò che conta è che non si sono venduti, che sono stati uomini integri. Sono persone che posso rispettare. Se fossero passate dalla nostra parte solo per salvarsi, questo sì sarebbe stato un tipo di azione molto egoistico, molto codardo, molto spregevole". Abbiamo qui lo stato d'animo che ci fa dire: "Se io credo in una cosa, e tu in un'altra, allora è importante che ci battiamo. Può essere una buona cosa che tu mi uccida, o che io uccida te; e magari, in un duello, la cosa migliore è che ci uccidiamo a vicenda; ma la peggiore tra tutte le cose possibili è il compromesso, perché significa che entrambi abbiamo tradito l'ideale che è dentro di noi"". (*Ibid.*, pp. 34-35). A conferma di quanto affermato cito un breve passo del capitolo 58 de *Le mie prigioni* (1832) di Silvio Pellico che per pura coincidenza mi è capitato di rileggere di recente: si tratta del dialogo tra Pellico e il suo carceriere Schiller: "Sch.: Io sono cattivo, o signore; mi fecero prestare un giuramento, a cui non mancherò mai. Sono obbligato a trattare tutti i prigionieri senza riguardo alla loro condizione, senza indulgenza, senza concessione

Ebbene, la mia tesi è che qualcosa di analogo, *mutatis mutandi*, è capitato a partire dagli anni '60 col modello dominante circa la *vita biologica*. Come il Romanticismo è stato “il maggior mutamento singolo verificatosi nella coscienza dell'Occidente”⁹ negli ultimi due secoli (Otto e Novecento), così ormai si può dire che è stato anche della Bioetica come movimento culturale complessivo. Per questa ragione d'ora in avanti scrivo Bioetica con la “B” maiuscola, per simmetria con Romanticismo: per indicare il nome proprio di quel vasto movimento culturale animato da filosofi e scienziati sociali, più che da letterati e artisti (a differenza del Romanticismo). A parte questo, si può osservare che la Bioetica attinge molto dal Romanticismo, i cui valori vengono ora estesi all'ambito biomedico: come il Romanticismo ha affermato i valori di sincerità, integrità e determinazione a prescindere dal contenuto, così la Bioetica ha proposto l'autonomia, il pluralismo etico e la “qualità della vita” a prescindere dalle scelte fatte dall'individuo al riguardo. Come il Romanticismo ha cambiato il modello dominante circa i rapporti *sociali*, ispirandoli a schiettezza, amore e autenticità: atteggiamenti che rimandano a un modo di fare diretto e egualitario, così nel volgere di pochi anni la Bioetica ha cambiato il modello dominante circa i rapporti *biomedici*, che hanno perso l'alone della sacralità per acquisire un livello nuovo di responsabilità. La relazione medico-paziente si è così radicalmente trasformata, come è cambiato il modo di rapportarsi con la sessualità e la riproduzione. Più in generale è mutato l'intero atteggiamento verso la vita biologica: un processo che ha inesorabilmente coinvolto tutti, anche coloro che più sono lontani dai valori e li vedono come il precipizio che porta all'abisso dell'immoralità.

È difficile dare una definizione precisa di “Bioetica” perché, come già è avvenuto col Romanticismo, la cesura creata è tanto profonda e lo sconvolgimento così radicale che oggi come allora non

d'abusi, e tanto più i prigionieri di Stato. L'imperatore sa quello che fa; io debbo obbedirgli. Pel.: Voi siete un brav'uomo, ed io rispetterò ciò che riputate debito di coscienza. *Chi opera per sincera coscienza può errare, ma è puro innanzi a Dio.* Sch.: Povero signore! abbia pazienza, e mi compatisca. Sarò ferreo ne' miei doveri, ma il cuore ... il cuore è pieno di rammarico di non poter sollevare gl'infelici. Questa è la cosa ch'io volea dirle”.

⁹ *Ibid.*, p.24

ci si raccapezza più. In breve tempo sono stati cambiati i tradizionali parametri definitivi che diventa difficile ricostruire quei criteri di classificazione della realtà che consentono il normale orientamento nel mondo. In questo senso, la nascita della Bioetica non è un fenomeno limitato al solo ambito biomedico visto come settore specifico (l'ospedale contrapposto al teatro), ma è qualcosa che ha una valenza molto più ampia: modificando i valori circa la relazione con la vita biologica, la Bioetica si pone come la continuazione della "rivoluzione romantica", che viene ora completata e portata a compimento: per forza di cose il Romanticismo aveva limitato la propria influenza al cambiamento del modello dominante circa la *vita sociale*, mentre ora si passa a un nuovo modello dominante anche circa la *vita biologica*. Se vista in questa prospettiva diventa così chiaro che la Bioetica rende palese più di altri settori quel grandioso processo storico in atto da qualche secolo che sta portando alla affermazione dell'*etica come istituzione specifica con caratteri suoi propri e peculiari*.

La Bioetica come punta avanzata dell'etica come nuova istituzione sociale autonoma

Il punto è importante e decisivo ma qui può essere solo accennato.¹⁰ Da ormai qualche tempo il mondo normativo e valoriale è in subbuglio. Come abbiamo visto, il Romanticismo ha creato una "rottura cruciale", forse la più importante degli ultimi due secoli. Esso però non ha intaccato alcuni tratti nodali della concezione tradizionale: per esempio, quelli concernenti il mondo della vita biologica (familiare) e quelli attinenti alla religiosità (tanto sottolineata dai maggiori esponenti del movimento). Proprio questi due aspetti fondamentali sono oggi venuti meno e hanno subito trasformazioni radicali. Prima di tutto, dopo la Seconda guerra mondiale una sempre più diffusa secolarizzazione ha modificato in modo essenziale la tradizionale relazione tra religione e etica. Da sempre era normale pensare che Dio stesse alla base della moralità: sulla scorta di quest'as-

¹⁰ Per ulteriori approfondimenti rimando al già ricordato *Manuale di bioetica...*

sunto il più importante e celebre codice morale dell'Occidente, il Decalogo, sarebbe stato dettato nientemeno che da Dio stesso, e non a caso ha come base preliminare: "Io sono il Signore Dio tuo". A riprova della tesi si è sempre supposto che la negazione di Dio comportasse la dissoluzione della moralità stessa: se Dio non esiste, allora tutto è permesso! Il senso comune sembra custodire e trasmettere quest'idea nell'espressione: "non c'è più religione ...!" usata per indicare situazioni in cui sembra totalmente perso il livello minimo di moralità. Ebbene, oggi questo parametro è radicalmente cambiato, perché è diventata comune e scontata l'idea opposta, ossia che i principi morali (quelli validi per tutti) siano autonomi e indipendenti dalla dimensione religiosa.¹¹ Ciò è diventato possibile perché oggi l'etica non prevede più divieti *assoluti* che invece erano caratteristici e qualificanti l'etica tradizionale (con fondamento nella religione). Ciò significa che il termine "etica" (o "morale") è usato in due sensi diversi (e forse non conciliabili): da una parte c'è chi ritiene che l'etica non può prescindere da divieti assoluti, i quali sono semplicemente la proiezione in ambito morale dell'Assoluto (affermato come) esistente in ambito metafisico. Per costoro l'esclusione degli assoluti equivale alla dissoluzione dell'etica stessa: la perdizione verso l'immoralità, frutto della negazione di Dio stesso. Questa concezione dell'etica è millenaria e sostenuta dai fautori del paradigma tradizionale. Dall'altra parte c'è invece chi ritiene che l'etica non ha assoluti, per il semplice fatto che non è certo esista l'Assoluto metafisico (o è certo che non esista). La proposta degli assoluti morali può essere avanzata al massimo come scelta personale di un agente morale che a questo può informare la propria azione per dare una testimonianza. Altrimenti essa rischia di alimentare una qualche forma di "fondamentalismo" contrario ai normali canoni della moralità.

Come si vede, lo stesso termine "etica" sembra essere usato in sensi diversi, per indicare cose diverse (e forse inconciliabili). Per uscire dall'*impasse* possiamo distinguere con attenzione e dire che

¹¹ I principi dipendenti da un credo religioso o sono accettabili solo per il gruppo di fedeli della religione specifica e validi limitatamente a essi, o addirittura si osserva che sono immorali e che vanno abbandonati in quanto frutto di concezioni obsolete e spesso ispiratrici di "fondamentalismo".

c'è un *paradigma tradizionale* in cui l'etica è vista come istituzione sociale fondata su basi metafisiche che hanno la propria proiezione negli assoluti morali, senza i quali la moralità stessa si dissolve. E c'è un *paradigma nuovo* in cui l'etica è vista come istituzione sociale tesa a garantire quel coordinamento sociale profondamente interiorizzato e richiesto per garantire un adeguato livello di benessere: aspetto che prescinde da assunti metafisici e è radicato nella storia. In questo senso, l'etica senza assoluti è una *nuova etica secolare* che affonda le proprie radici nella sincerità romantica e che si è diffusa a livello di massa solo da pochi decenni cioè da quando la sinergia tra secolarizzazione e effetti della Rivoluzione biomedica ha fatto emergere con maggiore chiarezza il raggiungimento del nuovo livello di socializzazione.

Non bisogna d'altro canto dimenticare che la Rivoluzione biomedica ha profondamente modificato un altro tratto fondamentale dell'assetto tradizionale, quello concernente il rapporto col mondo organico. Per millenni la vita biologica è stata vista come la strada d'accesso che conduce alla religiosità e alla metafisica. Anche il Romanticismo ha mantenuto quest'impostazione, limitando la cesura apportata alla vita sociale. Oggi anche quest'aspetto è mutato, e l'effetto finale complessivo è l'apertura di uno spazio nuovo: quello appunto dell'*etica come nuova istituzione autonoma con caratteristiche proprie e specifiche*.

A prescindere da quale sia l'uso "corretto" del termine, e da quale sia il paradigma più "adeguato", si deve riconoscere che la sinergia tra secolarizzazione, Rivoluzione biomedica e altre innovazioni ha portato a far affiorare un nuovo territorio: quello dell'etica come istituzione sociale autonoma. Il XIX secolo ha portato dapprima alla nascita del diritto come istituzione autonoma, e poi alla fine-inizio del successivo della politica: alla fine del XX secolo è nata e sta consolidandosi l'etica. Questa è la vera novità sottesa alla nascita della bioetica, il cui successo è stato impetuoso perché frutto di quel grandioso e vasto movimento culturale favorevole all'etica che investito la nostra epoca. Da questo punto di vista, la bioetica e le altre branche dell'etica applicata non sono altro che una sorta di "braccio secolare" che mostra l'operatività dell'etica come movimento culturale apportatore di nuovi valori e consolidatosi nella corrispondente

nuova istituzione specifica. Forse questo passaggio è così importante da segnare uno stacco significativo di civiltà, al punto che si può pensare che stiamo entrando in una nuova fase della storia: forse siamo alla fine del neolitico e stiamo vivendo gli inizi del neo-neolitico o l'avvio di una neo-civiltà (con caratteristiche diverse da quelle che hanno caratterizzato la civiltà degli ultimi millenni).

LE STRUTTURE DELLA BIOETICA COME BRANCA DELL'ETICA COME ISTITUZIONE AUTONOMA

Se è vero che i dibattiti bioetici vanno visti come una spia che ci segnala la nascita dell'etica come nuova istituzione autonoma e indipendente dalle altre, allora è chiaro che un movimento culturale di tale portata comporti risvolti non solo sul piano dei valori e dei dibattiti intellettuali, ma anche sul piano concreto delle strutture specifiche attraverso le quali idee e valori acquisiscono una dimensione concreta. In altre parole, le gambe su cui le idee camminano, e possono diffondersi e crescere.

Quando ci si mette a guardare la situazione da questo punto di vista, non è difficile vedere che negli ultimi decenni hanno visto la luce nuove strutture e che queste si sono sviluppate sostanzialmente in tre direzioni diverse, che è bene cominciare a delineare con precisione.

A. la prima linea di sviluppo strutturale ha riguardato l'intenso e vivace dibattito culturale sulle scelte normative proposte, con la riflessione sui grandi temi che hanno dato vita alla bioetica come disciplina intellettuale. Le accese controversie sull'aborto, sull'eutanasia, sulla fecondazione assistita, sulle cellule staminali embrionali, e sul matrimonio gay sono solo alcuni esempi di come la bioetica abbia coinvolto l'opinione pubblica.

Sull'onda di questa vasta riflessione sono stati fondati appositi centri di ricerca, insegnamenti universitari, società scientifiche, riviste specializzate, collane di libri e enciclopedie dedicate, aperti siti internet, e via dicendo. Queste strutture sono state a un tempo e dialetticamente sia la causa sia l'effetto del nuovo interesse dell'opinione pubblica per i temi sopra citati. La causa perché l'origine dei di-

battiti intellettuali sta in alcuni contributi accademici che hanno avuto un ampio riscontro pubblico che a sua volta ha sollecitato ulteriori approfondimenti e l'ampliamento del dibattito, creando le condizioni per l'organizzazione di strutture appositamente dedicate.

Si potrebbe dire che l'obiettivo finale di questo ampio movimento culturale è l'implementazione di nuove *social policies* sui temi di bioetica. Il cambiamento delle circostanze storiche ha posto le basi per nuovi modi di vita, i quali hanno trovato una giustificazione morale nelle nuove gerarchie di valori proprie dell'etica senza assoluti, col risultato di dar corpo a nuove norme sociali (etiche, giuridiche, ecc.) atte a rendere più fluida l'esistenza. Di fatto, questa è l'aspetto più noto della Bioetica come movimento culturale e accademico, che è stato sollecitato e guidato dalla filosofia intesa come analisi concettuale delle problematiche coinvolte, e quindi come riflessione aperta alla *interdisciplinarietà* e al tipico *pluralismo etico* diffuso nelle nostre società occidentali. Queste sono le caratteristiche più note della Bioetica contemporanea e quelle che ispirano la riflessione nel campo: solitamente a questi valori e aspetti si fa riferimento quando oggi si parla di "Bioetica".¹²

Ovviamente, un effetto immediato e quasi intrinseco del lavoro di ricerca per l'individuazione delle nuove *social policies* è l'impegno rivolto alla *educazione* delle nuove generazioni e alla *formazione* delle persone adulte che devono "aggiornare" alcune delle proprie prospettive. Questo è un compito di grande momento, perché non è facile rivedere i propri valori, soprattutto per chi è partito con l'idea che l'etica fosse immutabile e che i divieti assoluti costituissero il sigillo della sua serietà.

Per favorire questo processo di revisione valori pubblici, si è pensato di formare dei Comitati nazionali di etica (o anche regionali) col compito di dare pareri sui diversi problemi in campo. Le modalità di costituzione dei Comitati e gli stili di lavoro sono diversi a seconda dei vari paesi, ma il solo fatto che sia affiorata l'esigenza di

¹² Non bisogna tuttavia dimenticare che le nozioni stesse di *interdisciplinarietà* e di *pluralismo etico* sono soggette a interpretazioni diverse, così che si hanno concezioni profondamente diverse della Bioetica stessa: di qui le difficoltà definitorie del movimento.

costituire un “punto di vista etico” che sia indipendente e autonomo dai diversi credi religiosi è il segno che conferma come la nascita dell’*etica come istituzione specifica dotata di propri mezzi*.

B. Una seconda linea di sviluppo strutturale è quella che ha portato alla nascita dei Comitati Etici Locali, ossia quegli specifici organismi creati per esaminare i problemi etici della biomedicina che si presentano nelle situazioni concrete. In questa prospettiva la locuzione italiana “Comitato Etico Locale” (CEL) è comprensiva di due diversi organismi, con funzione separate ma non antitetiche e spesso complementari. Per un verso il CEL è dedito alla disamina dei protocolli per la sperimentazione clinica umana, con la preminente funzione di tutela dei diritti della persona che entra nella sperimentazione. Nel mondo di lingua inglese questo Comitato viene indicato addirittura con un nome diverso, e cioè Research Ethics Committee (REC, nel Regno Unito) o Institutional Review Board (IRB, negli Stati Uniti) dal momento il compito è così importante e pervasivo da richiedere una competenza specifica. Attraverso un organismo *indipendente*¹³ dalle organizzazioni coinvolte nella sperimentazione stessa (ricercatori, ditte farmaceutiche, ecc.) l’obiettivo è quello tutelare i diritti e il benessere degli umani coinvolti in una ricerca clinica, vigilando soprattutto sul fatto che la partecipazione alla ricerca sia volontaria e non soggetta a pressioni, e che la ricerca non comporti rischi per la salute fisica e psichica di chi vi partecipa.

Il Comitato di questo tipo ha poi varianti dal momento che alcuni di essi sono dedicati alla disamina dei protocolli per la sperimentazione sugli animali non umani. Inoltre ormai molte Riviste non pubblicano studi il cui razionale non sia stato approvato da un Comitato Etico: aspetto che conferma come ormai l’etica si stia istituzionalizzando e sia diventata una struttura autonoma che influenza concretamente la condotta. In generale, questo compito etico è uno dei prioritari nella bioetica contemporanea, che trova nei Comitati una rete capillare di operatori dedicati.

Oltre ai Comitati dedicati alla sperimentazione, c’è poi il Comita-

¹³ L’indipendenza è requisito indispensabile e pressoché definitorio del IRB, tanto che a volte viene indicato come *Independent Review Committee* (IEC).

to Etico Locale vero e proprio che si occupa anche della valutazione dei casi clinici e di promuovere l'etica ai vari livelli nelle strutture sanitarie. In Italia il termine CEL indica gli organismi che spesso svolgono entrambi i compiti, anche se questi ultimi sono abbastanza più contenuti. Questo tipo di Comitato a volte si impegna anche nella formazione del personale e in una qualche forma di "consulenza etica", che è la terza grande creazione della Bioetica.

C. La terza linea di sviluppo strutturale davvero specifica della bioetica è quella della "consulenza etica" che oggetto del Documento di Trento. La "consulenza etica" è una pratica svolta secondo tradizioni culturali e morali diverse, e a volte indica attività profondamente diverse tra loro. Un aspetto comune che sembra stare al fondo del tipo di proposta avanzata è quello riguardante la *professionalizzazione dell'attività* e la sua *secolarizzazione*. Infatti, fino a non molto tempo fa i suggerimenti di tipo etico erano di competenza del clero, e ancora oggi in molte parti del mondo ancora è così.

La creazione della nuova figura del *consulente etico* come operatore e studioso non collegato alla religione è forse uno dei segnali più importanti della formazione dell'etica come istituzione autonoma e secolare. Inoltre il fatto che l'attività di consulenza sia *professionalizzata* costituisce il sigillo che il compito va svolto in modo indipendente e senza altre interferenze, e che esso riguarda un corpus di conoscenze tali da richiedere specifiche competenze. Per queste ragioni la consulenza etica è la struttura più operativa e concreta della Bioetica, ma anche quella che più delle altre rivela quanto essa dia corpo all'etica come nuova istituzione sociale.

BREVI CONSIDERAZIONI CIRCA LO SVILUPPO DELLA BIOETICA NEL MONDO E CIRCA LA SITUAZIONE ITALIANA IN GENERALE

Le considerazioni fatte circa lo sviluppo della Bioetica come movimento culturale apportatore di proprie strutture operative sono servite a dare un inquadramento generale della situazione. Non è qui possibile vedere quali sono state le dinamiche intervenute nel nostro paese circa i primi passi della Bioetica sia a livello accademico, sia a livello di Comitato Nazionale per la Bioetica, sia a livello dei Comi-

tati Etici Locali. Al riguardo ci sono alcune indicazioni di massima, ma non pare sia ancora stata elaborata un'analisi complessiva di quanto è accaduto né che sia stata data una qualche valutazione organica.¹⁴

In generale si può osservare quanto segue: grande impulso alla riflessione sui temi bioetici è venuto dalla Chiesa cattolica romana, la cui secolare particolare attenzione per le questioni mediche ha radici teoriche profonde connesse con l'impianto teorico stesso del cattolicesimo romano. Infatti, nella prospettiva cattolica la ragione umana ha un compito centrale e decisivo in campo *morale* in quanto essa individua le norme di diritto naturale che dovrebbero informare il "modello dominante" di quella sana cultura che in questo quadro sta alla base della moralità. In questo senso, il mondo cattolico romano da decenni è sensibilizzato ai temi etici, sin da quando la modernità ha messo in forse la legittimità del diritto naturale. All'inizio, com'è noto, la Chiesa reagì con la dura condanna, che è stata alla base di un prolungato scontro col mondo moderno. Dopo aver preso atto che la linea seguita dagli ultimi papi Pii aveva sortito pochi effetti, a partire dal papato di Giovanni XXIII la strategia è mutata, e invece di privilegiare il contrasto si è preferito optare per la proposta di alternative che fossero in consonanza con la prospettiva giusnaturalista o almeno non troppo dissonanti da essa.

Come già ho accennato, la richiesta del *diritto* di aborto avanzata negli anni '70 del secolo scorso ha segnato un vero e proprio spartiacque nel dibattito morale. Non solo il nuovo diritto è emerso all'improvviso e con una rapidità mai vista prima, ma sembrava svolgersi in modo netto l'orizzonte stesso della moralità.¹⁵ Millenarie

14 A questo riguardo si possono ricordare le analisi di U. Scarpelli sull'insegnamento della bioetica nell'Università contenute nel volume *Bioetica laica*. Milano: Baldini e Castoldi; 1998). Ci sono poi osservazioni sparse in diversi editoriali fatti negli anni di *Bioetica. Rivista interdisciplinare*; altre osservazioni di Demetrio Neri in alcuni interventi, e per quanto riguarda il Comitato Nazionale per la Bioetica si può consultare un mio studio che ha anche un'ampia bibliografia: MORI M. *Carlo Flamigni e il Comitato Nazionale per la Bioetica: un contributo alla storia della bioetica italiana e all'intreccio tra cultura e politica* in *Carlo Flamigni. Medicina, impegno civile, bioetica, letteratura*. Firenze: Le Lettere; 2013: 299-371, a cura di Maurizio Mori, con la collaborazione di Marina Mengarelli Flamigni.

15 A questo proposito si pensi che la sentenza della corte suprema americana *Roe vs. Wade* (22 gennaio 1973) è giunta del tutto inaspettata, come un fulmine a ciel sereno. Infatti, ancora nel 1968 in tutti gli Stati della confederazione americana l'aborto era vietato.

certezze erano spazzate via e l'edificio della moralità pareva crollare per aprire il baratro del nulla. Ovviamente la reazione è stata dura e netta, ma non si è avuto nulla di paragonabile a tipo di scontro avutosi nel XIX secolo e nella prima parte del XX. Anzi, in un senso l'esperienza fatta con l'aborto ha suggerito una nuova strategia di azione, ossia quella di precorrere i tempi e intercettare le esigenze emergenti in modo da poterle indirizzare in modo tale da prevenire lo scontro diretto e al tempo stesso fornire alternative plausibili atte a evitare il ricorso a comportamenti moralmente riprovevoli. Così, invece che opporre esplicita resistenza al nuovo, non appena si è avvertita la nuova brezza verso la bioetica, la cultura cattolica ha cercato di sostenerla e guidarla al fine di mantenerla nell'alvo previsto. Su scala mondiale questa strategia si è fatta sentire con il lancio della stessa *Encyclopedia of Bioethics* (1978) così da mantenere la barra della bioetica stessa entro limiti accettabili. Nei diversi paesi, le scelte sono state fatte a partire dalle diverse circostanze specifiche.

In Italia l'azione sulla Bioetica è stata pronta sul piano accademico, tanto che la prima cattedra della disciplina è stata istituita all'Università Cattolica (sede di Roma) e andata a Monsignor Elio Sgreccia. Questa posizione di vantaggio iniziale si è poi consolidata nel paese, anche se il controllo sul piano dell'ortodossia dottrinale col tempo è diventato col tempo meno attento. Impegno anche maggiore è stato profuso per il Comitato Nazionale per la Bioetica, istituito nel 1990 e da sempre caratterizzata da ampia maggioranza cattolica e sempre presieduto da un cattolico, salvo un breve intermezzo di poco più di tre anni di presidenza Berlinguer (1999 – 2001).¹⁶ Senza entrare in particolari specifici si può osservare che in generale il CNB ha sempre rappresentato una voce in linea con la prospettiva vaticana o almeno non difforme da essa: pronta a presentare le tesi cattoliche sulla scorta di argomenti senza alcuno specifico riferimento religioso, ma convergenti con quelli del magistero ecclesiastico. In questo senso il parere del CNB sull'embrione (1996) ha avuto un certo peso nell'elaborazione della legge 40/2004 sulla fecondazione assi-

¹⁶ Per una prima analisi della Presidenza Berlinguer si potranno consultare alcuni contributi nel fascicolo n. 4, 2015 di *Bioetica. Rivista interdisciplinare* dedicato alla figura di Giovanni Berlinguer, morto il 7 aprile 2015.

stita, e l'altro parere sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (2003) avrebbe dovuto avere analogo ruolo per una legge sul fine vita (che ha trovato un'esemplificazione nel progetto Calabrò votato al Senato nel marzo 2009 e poi decaduto). Con la fine del "periodo berlusconiano"¹⁷ e con la presidenza Casavola, il rilievo pubblico del CNB è scemato di molto. Ulteriore calo di attenzione è intervenuto con il papato di Francesco (iniziato il 13 marzo 2013), dal momento che l'attuale pontefice, diversamente dai due precedenti, evita di insistere sulla centralità dei temi bioetici.¹⁸ Sul piano istituzionale, tuttavia, il CNB continua la sua azione, forse in attesa di un possibile nuovo risveglio dell'interesse.

Infine, sempre sul piano della formazione, sono da segnalare i Corsi di etica medica promossi da alcuni Ordini dei medici locali, esperienze che testimoniano per un verso la nuova sensibilità emergente dal basso e per l'altro verso le difficoltà esistenti nel far crescere e canalizzare adeguatamente l'attenzione al riguardo. Infatti, mentre in altri paesi europei da tempo le Associazioni mediche nazionali (esempio la British Medical Association in Gran Bretagna) si sono preoccupate di promuovere la riflessione e la formazione etica in ambito sanitario aprendo la professione ai contributi più diversi e favorendo fortemente l'interdisciplinarietà, da noi a livello nazionale si è fatto poco o nulla, lasciando alle più limitate iniziative locali il compito di fare esperienze: la scriminante principale delle diverse impostazioni sembra quella che contrappone i medici ai non medici, più che la contrapposizione tra laici e cattolici, anche se quest'ultima continua a mantenere un suo peso implicito nelle scelte di indirizzo.¹⁹

¹⁷ Come data simbolica della fine del "periodo berlusconiano" si può assumere il 27 novembre 2013, quando il Senato ha votato la decadenza di Berlusconi da senatore. Ma la si può collocare anche al 12 novembre 2011 con la caduta del IV governo Berlusconi a favore del Governo Monti (16 novembre 2011 – 28 aprile 2013).

¹⁸ Su questo tema cfr. MORI M. *An Address to Doctors by Pope Francis (15 November 2014): A Doctrinal Mistake and a Lot of Common Sense Presented with Savoir-Faire*. *Christian Bioethics* 2015; 21 (1): 109-129.

¹⁹ Per forza di cose, queste esperienze sono tra loro diverse. Senza pretesa di completezza ricordo che la prima iniziativa di un Corso di Etica Medica strutturato, non estemporaneo, molto interdisciplinare e aperto a tutti gli operatori sanitari e alla cittadinanza è stata promossa dall'Ordine dei medici di Cremona nel 2003-04 e 2004-05. Nel 2012 l'Ordine dei

Per quanto riguarda i Comitati Etici Locali, da sempre i cattolici hanno fortemente sostenuto l'istituzione dei CEL e profuso energie al riguardo, occupando anche la presidenza di Comitati importanti e disponibili a congrui rimborsi per il servizio.²⁰ L'impegno prestato per un verso favorisce lo sviluppo della ricerca e al tempo stesso consente un diretto controllo delle direzioni di ricerca, con la possibilità di attuare un pronto intervento sui protocolli "problematici", come per esempio quelli riguardanti eventuali ricerche sulle cellule staminali embrionali o su farmaci contraccettivi o abortifacenti. Per un altro verso, la presenza nei Comitati etici locali consente di indirizzare la consulenza etica circa l'attività clinica ove questa fosse presente: aspetto questo particolarmente importante nelle situazioni di inizio e di fine vita.²¹

Negli ultimi decenni il lavoro dei Comitati etici si è fatto più complesso sia per la pressione rivolta dall'industria sia per assenza di risorse adeguate a sostegno dei compiti istituzionali svolti ai vari livelli. C'è infatti una generale flessione sul tema e sono state ormai avanzate precise proposte dirette a smantellare la struttura dei Comitati Etici Locali o a ridimensionare moltissimo la loro presenza e il loro compito.²² Non sappiamo come evolverà la situazione al riguar-

medici di Rimini ha lanciato una Scuola di Etica Medica giunta alla IV^a edizione, riservata ai soli medici e fortemente rivolta alla deontologia medica. Con un'impostazione simile e forse una maggiore attenzione al dibattito tra le posizioni, nel gennaio 2015 anche l'Ordine dei medici di Modena ha promosso il 1° Corso della Scuola di Etica, Bioetica e Deontologia medica, anch'esso limitato ai soli medici. Sempre nel 2015, infine, l'Ordine dei medici di Piacenza ha iniziato un più corposo Corso triennale di Etica Medica, aperto a tutte le professioni interessate ai temi biosanitari, alla interdisciplinarietà e attento a una formazione etica che non sia dipendente dalla mera deontologia medica, ma che sia tale da collocare il Codice deontologico entro un quadro filosofico e morale più ampio.

²⁰ Alcuni bioeticisti hanno avuto anche la contemporanea presidenza di diversi Comitati, ponendo problemi con eventuali ricerche multicentriche.

²¹ Nel 1989 è stata anche costituita la SIBCE (Società italiana per la bioetica e i comitati etici) che per Statuto attraverso un'attività di natura culturale e scientifica ha lo scopo (art. 2) "di promuovere la tutela e il rispetto della vita umana, dal concepimento alla morte", formula da tempo usata dai cattolici romani per sintetizzare il nucleo delle proprie richieste morali.

²² A questo proposito è interessante il dibattito svoltosi su *Il sole - 24 ore* con gli interventi di PANI L. *Comitati etici? Uno ma buono* (10 maggio 2015), CORBELLINI G, DE LUCA M. *Per un Comitato al passo coi tempi* (25 maggio 2015), SPAGNOLO AG. *Un unico parere e tanti comitati* (10 giugno 2015), ANZANI A, POZZA G. *A chi giovano i comitati etici?* (28 giugno 2015), MORI M. *Torniamo alle origini* (19 luglio 2015), PANI L. *Il paziente al centro*

do: a prescindere dei possibili sviluppi le osservazioni fatte danno un'idea della capillare penetrazione attuata dai cattolici romani nell'ambito istituzionale della bioetica italiana.

RITORNO AI PROBLEMI DEL DOCUMENTO DI TRENTO E UNA PROPOSTA OPERATIVA

Dei tre grandi settori di sviluppo istituzionale della Bioetica l'unico che in Italia non ha ancora avuto una reale promozione concreta è quello della *consulenza etica* come specifica attività professionale entro la struttura sanitaria. Il Documento di Trento è teso a colmare questo spazio, che si presenta di particolare interesse in quanto comporta specifiche nuove posizioni lavorative appositamente dedicate. Mentre l'impegno accademico rientra in un quadro culturale più ampio, che risulta abbastanza assimilabile alla presenza nel Comitato Nazionale e nei vari comitati locali, che può essere collocata nell'ampio settore della "promozione culturale", il lavoro di consulenza etica nell'istituzione sanitaria ha un carattere più specifico e pregnante, perché propone una professionalità che investe direttamente i gangli della struttura sanitaria e contribuisce a imprimerle una linea etica nella specifica direzione voluta. Per questo quello della consulenza etica è un settore di importanza decisiva: forse lo si è lasciato da parte sinora proprio perché la consapevolezza della sua centralità ha suggerito una pausa di "decompressione" per non operare un sovraccarico in materia. Insomma, per evitare ulteriori possibili divisioni in materia bioetica, si era pensato di evitare interventi che avrebbero richiesto un supporto politico e creato problemi.

Se l'analisi fatta ha una qualche plausibilità, si pone subito il problema del come mai il Documento di Trento sia stato lanciato nel 2014. La risposta a un simile interrogativo è complicata, anche per-

(26 luglio 2015). Si veda anche il più articolato contributo di SPAGNOLO AG. *Verso lo smantellamento dei comitati etici?*. *Medicina e Morale* 2015; 2: 219-226.

A poche settimane di distanza dal dibattito citato, grande risalto è stato dato a un'intervista a PINKERS S. (cfr.: ALUFFI G. *L'attacco di Steven Pinkers: La bioetica ostacola la ricerca*. *La Repubblica*, 27 agosto 2015, p. 31), aspetto che mostra come il programma di critica alla bioetica sia ben strutturato.

ché le informazioni disponibili sono scarse. Come ho accennato sopra ci si deve, quindi, affidare a congetture confutabili e aperte a un'elevata possibilità di errore. Piena è quindi la disponibilità a rivedere le ipotesi avanzate a fronte di prove suppletive. Resta, tuttavia l'interrogativo concreto: come mai i promotori del Documento hanno pensato di proporre l'istituzionalizzazione della figura del consulente etico nelle strutture sanitarie solo in quel momento e l'hanno proposto in quel modo?

La domanda è intrigante sia sul piano sostanzial-contenutistico riguardante la concezione proposta della nuova figura istituzionale, sia sul piano formal-procedurale riguardante il modo con cui si è giunti a elaborare i compiti della nuova figura. A quest'ultimo proposito non sono note né le ragioni che hanno portato alla formazione del Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario (che per ora sembra aver prodotto solo il Documento di Trento) né come mai la partecipazione al Gruppo non sia stata aperta anche agli studiosi di diversa prospettiva ideologica (come sembrerebbe normale in Bioetica), ma mantenuta riservata agli invitati. Ma è davvero strano che neanche la Società Italiana di Filosofia Morale (SIFM) sia stata coinvolta nel progetto, pur essendo la bioetica come disciplina una branca della filosofia morale. Eppure una maggiore apertura nell'elaborazione avrebbe sicuramente favorito un più ampio sostegno al Documento stesso e evitato altre tensioni,²³ oltre che forse riuscire a ottenere anche una maggiore solidità sul piano teorico e contenutistico. Come mai si è scelto di seguire una procedura tanto problematica nell'elaborazione del Documento di Trento?

Una risposta è che solo così facendo si poteva pensare di giungere a proporre in tempi ragionevoli la concezione della consulenza etica fatta propria dal Documento di Trento. Come ho già rilevato altrove,²⁴ è su questo piano sostanzial-contenutistico che sta il limite principale della proposta. Infatti, nel Documento la consulenza etica

23 Come ricordato nel contributo in *Bioetica* (n. 3-4 del 2014) citato alla nota 1, il direttivo della SIFM non ha patrocinato il Documento di Trento, e si sono anche interrotti i contatti per la formazione di una Società Scientifica di Bioetica che in Italia coinvolgesse le varie anime della disciplina.

24 Cfr. M. Mori in *Bioetica* n. 3-4 del 2014, citato nella nota 1.

è prospettata come una sorta di consulenza “tecnica”, cioè una consulenza in cui il valore predominante è chiaro e indiscusso, come avviene nella consulenza fiscale, nella consulenza ortopedica o in altre simili, come esplicitamente dichiarato. Ebbene, l’analogia è fuorviante perché ben diversa è la situazione in etica dal momento che il pluralismo etico impone al consulente etico grande attenzione nell’individuazione dei valori dell’assistito. Anche tenendo presente il quadro generale del rispetto dei diritti umani fondamentali, in etica il valore-guida che ispira il lavoro di consulenza non è sempre così univoco come presupposto dal Documento di Trento. In questo senso, un eventuale servizio di consulenza etica negli ospedali o nei luoghi di assistenza sanitaria deve avere come base di partenza questa disponibilità all’accettazione del pluralismo etico: aspetto che non sembra essere adeguatamente sottolineato nel Documento di Trento.²⁵

Resta tuttavia aperta la domanda se la ragione teorica appena indicata sia sufficiente a spiegare come mai i lavori del Gruppo Nazionale siano stati tenuti riservati e come mai il Documento di Trento sia stato lanciato nel 2014. Forse, oltre alle spinte teoriche sono da tenere presenti anche fattori più concreti. A questo proposito sappiamo che la formazione del Gruppo Nazionale risale al 2010, anno in cui ha preso corpo l’idea di lanciare la consulenza etica nelle strutture sanitarie. Il dato è importante, perché in quel tempo in cui si era ancora nel pieno del periodo berlusconiano, in cui i temi bioetici avevano un peso nel programma politico. Oggi le cose sono molto diverse e sembra passato un secolo da quei momenti: ma chi ha un po’ di memoria ricorderà che allora il governo era impegnato a porre argini al caso Eluana (2009) e cercava di convertire in legge il ddl Calabrò approvato dal Senato il 26 marzo 2009. Più in generale, in quel periodo la politica tutta (sia di destra che di sinistra) era particolarmente incline a acconsentire alle richieste della Chiesa cattolica italiana che chiedeva una “sistemazione” dei propri quadri professio-

²⁵ Forse qui sta una ragione della mancata apertura a prospettive diverse da quella cattolica: la legge naturale che sta alla base della visione cattolica della moralità porta a diffidare del pluralismo etico, visto al massimo più come un’ineluttabile (e tragica) necessità di cui prendere atto, che come una ricchezza valoriale.

nali nelle istituzioni pubbliche. Si era appena passati dalla Prima alla Seconda Repubblica e nel clima di incertezza istituzionale l'operazione è cominciata con l'assunzione stabile degli insegnanti di religione nelle scuole pubbliche, per passare poi a quella dei cappellani nelle carceri e nelle istituzioni sanitarie di diverse Regioni italiane.²⁶

Se si tiene conto del quadro storico-politico di allora, si rafforza l'idea che la scelta di tenere riservato il Gruppo Nazionale sia stata dettata dall'esigenza di garantire alla proposta quell'unitarietà che la ponesse in linea con le direttrici bioetiche del periodo berlusconiano, e che altrimenti a fatica sarebbe stata mantenuta.²⁷ Le eventuali critiche al Documento sarebbero state superate da una massiccia copertura politica unita a una campagna mediatica diretta a presentare quel tipo di consulenza etica come una gran novità che avrebbe posto l'Italia al passo con gli altri paesi avanzati. L'improvvisa fine del governo Berlusconi IV (12 novembre 2011) ha sicuramente creato qualche seria difficoltà alla realizzazione del progetto, che durante il governo Monti (16 novembre 2011 – 21 dicembre 2012) è stato forse ibernato, essendo quell'esecutivo tutto rivolto a fronteggiare l'emergenza economica del paese. Le elezioni politiche del 2013 hanno però probabilmente mutato la situazione, e non è escluso che col governo Letta si siano riaperte nuove e concrete prospettive operative: un'ipotesi che può spiegare sia la lunga gestazione del Documento di Trento sia l'impostazione data al convegno di Roma 2014 che, come abbiamo visto, è stata di natura squisitamente politica. Convegni di quel tipo, tenuti a Roma nelle aule del Parlamento sotto l'egida di parlamentari cattolici di punta e alla presenza di autorevoli quadri istituzionali, di solito sono la premessa al lancio di soluzioni concrete ben sostenute politicamente e tali da diventare presto operative. Come mai, invece, ciò non è avvenuto e la proposta del Documento di Trento è rimasta sulla carta?

Si può dire che l'ipotesi di un collegamento politico è del tutto

²⁶ Al riguardo rimando a un interessante articolo di prossima pubblicazione su *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, n. 2-3 del 2015.

²⁷ Queste linee sono quelle contenute nella Agenda Bioetica proposta dal governo Berlusconi nell'agosto 2010 (cfr.: MORI M. *Riflessioni sull'aborto nel mondo, sul Nobel a Bob Edwards e sull'Agenda bioetica del governo*. *Bioetica. Rivista interdisciplinare* 2010; XVIII (3-4): 441-454).

fantasiosa e insistere sulla natura prettamente culturale del convegno di Roma 2014, ma si può anche osservare che il programma c'era e si è verificato un imprevisto che ne ha ostacolato la realizzazione del programma. Il convegno è stato annunciato nel gennaio 2014, e il 13 febbraio 2014 c'è stata l'improvvisa, imprevedibile e forse anche imprevedibile caduta del governo Letta: fatto che inevitabilmente ha causato "vittime" tra cui può darsi vadano annoverati anche i programmi operativi sottesi al Documento di Trento. Lo stile di lavoro e l'impostazione del governo Renzi sono radicalmente mutati rispetto a quelli del precedente governo Letta, e quindi non è da escludere che siano venuti meno i collegamenti costruiti per dar corpo operativo al Documento di Trento. Ecco che si può spiegare anche come mai il convegno di Varese 2015 abbia avuto un'impostazione più accademica e aperta al confronto intellettuale, tralasciando l'aspetto politico.

Non sappiamo e forse non sapremo mai quanto realistiche siano le ipotesi fatte, ma ci è sembrato importante esporle sia per sollecitare eventuali smentite, sia per offrire materiale per la ricerca storica. Restano comunque due punti fermi. Il primo è che il Documento di Trento non sembra aver avuto grande successo e sia piuttosto caduto nel vuoto. L'altro è che le critiche di natura intellettuale mosse alla proposta non hanno ancora ricevuto risposta e quindi sembra abbiano colpito nel segno: si deve trovare un modo di intendere la consulenza etica diverso da quello sotteso al Documento di Trento.

Inoltre, c'è anche un'altra obiezione di carattere più pratico e concreto che va considerata. Si può capire che la Chiesa cattolica italiana sia preoccupata di fronte a quanto sta avvenendo sul piano dell'etica. Se è vero che la Bioetica è l'ultima fioritura del Romanticismo (nel senso ampio indicato) come storica cesura culturale dell'umanità, e che essa è la punta avanzata di una nuova etica come istituzione autonoma e secolarizzata, allora è comprensibile che la Chiesa cerchi di controllare il più possibile il processo in atto e che a questo fine – seguendo una prassi non nuova e anzi ormai consolidata – cerchi di attuare una "occupazione" di posizioni istituzionali di rilievo come quella del consulente etico. Tuttavia, quest'operazione oggi non è più proponibile sul piano morale e culturale, perché verrebbe a avvantaggiare una ben precisa posizione ideologica (quella

cattolica romana) a discapito delle altre, ponendosi in palese contrasto con quel pluralismo etico il cui rispetto garantisce il bene di tutti. Ecco perché il Documento di Trento nella forma e nei modi in cui è stato proposto non è ricevibile.

UNA PROPOSTA OPERATIVA: RIPENSARE LA CONSULENZA ETICA IN TERMINI LAICI E PLURALISTI

A dispetto di una sorta di disinteresse per i temi bioetici manifestato dalle principali forze politiche negli anni più recenti, la situazione sotto la cenere sta cambiando rapidamente. Le novità impresse dal pontificato di papa Francesco sono un altro fattore da tenere in considerazione: la Chiesa non può continuare a proporsi come “ospedale da campo” e poi nella pratica continuare a pretendere la sistemazione dei quadri a carico del sistema pubblico. Ad ogni buon conto si deve prendere atto che la proposta di avere la consulenza etica nella forma proposta dal Documento di Trento non ha trovato sostegno politico adeguato e che per ora resta in attesa di tempi migliori. Non è dato sapere se e quando la politica italiana tornerà a volgere lo sguardo sui temi bioetici né i modi con cui lo farà. Possiamo solo dire che oltre ai temi delle coppie di fatto e del matrimonio omosessuale, anche le questioni più strettamente bioetiche come quelle del fine vita, della fecondazione assistita e dell’obiezione di coscienza, per citarne solo alcune, sono in attesa di interventi sostanziali. Sappiamo che l’esigenza al riguardo è forte e che prima o poi un intervento ci sarà. Può darsi che la ripresa dell’interesse per il settore apra prospettive nuove anche per la consulenza etica nelle strutture sanitarie.

In questo quadro può diventare sensato pensare a un lavoro culturale preparatorio di tali iniziative. In questo senso si tratta di riaprire il tavolo della riflessione con modalità nuove sia sul piano procedurale che contenutistico. Una proposta circa la consulenza etica che sia frutto di un lavoro interdisciplinare di alto livello, fatto sulla scorta di un’impostazione pluralistica che riesca a coinvolgere le diverse anime della bioetica italiana, può diventare una base interessante per chi deve operare scelte sul piano istituzionale. La disponi-

bilità a un impegno in questa direzione c'è, ma può essere intrapreso solo se ci sono garanzie che l'obiettivo è la ricerca di un punto di convergenza e di intesa nel rispetto del pluralismo etico e dell'alto livello culturale.

Parole chiave: pluralismo, consulenza etica, storia della Bioetica.

Key-words: pluralism, ethics consultation, history of Bioethics.

RIASSUNTO

Dopo aver delineato il dibattito suscitato dal “Documento di Trento”, e soprattutto dopo aver ricostruito lo sviluppo storico della bioetica, l'autore formula le proprie posizioni circa la possibilità della consulenza etica nelle strutture sanitarie italiane nelle attuali condizioni storiche ancora troppo pesantemente condizionate dalla scarsa apertura al pluralismo etico.

SUMMARY

For a rethinking of ethics consultation within the Italian health care services. Reflections on the sidelines of the Document of Trento.

After a short overview of the debate raised by the “Documento di Trento”, and above all after having examined bioethics' development, the author presents his views on the possibility of ethics consultation within the Italian health care services which are currently heavily conditioned by reluctance in accepting ethical pluralism.

Perché? Come? Chi?

Tre domande (e alcune risposte)

sulla consulenza etica in ambito sanitario

*Stefano Semplici**

Il *Documento di Trento* sulla consulenza etica in ambito sanitario, riprendendo una definizione proposta dalla American Society for Bioethics and Humanities, si rivolge a tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza, a partire naturalmente da pazienti, familiari, tutori, operatori, indicando nelle "incertezze o conflitti tra valori che emergono nella pratica clinica" l'oggetto delle domande che gli individui o i gruppi che assumono questo incarico cercano di chiarire nei contenuti e di avviare a soluzione. Appaiono così evidenti sia la specificità di questo tipo di consulenza, rispetto per esempio a quella *filosofica* teorizzata da Achenbach, sia le ragioni per le quali questa figura può "fare problema".

Quello di cui stiamo parlando non è un libero dialogo *wisdom-oriented*. La sua esigenza nasce – se nasce – nel contesto e spesso nelle urgenze della pratica clinica ed è dunque non solo *problem-oriented*, ma ancorata ad un ambito specifico, nel quale sono in gioco il bene e il diritto che sono la premessa di tutti gli altri: la vita, la tutela della salute. Si potrebbe forse dire, da questo punto di vista, che lo spazio per questo tipo di consulenza si crea e si amplia per ragioni analoghe a quelle che hanno determinato la fortuna della bioetica. Non solo si arricchisce in modo esponenziale la dotazione degli strumenti diagnostici e terapeutici, con la conseguente necessità di garantire la consapevolezza di tutte le opportunità disponibili (oltre che, naturalmente, l'effettivo accesso ad esse) e l'autonomia di scel-

* Professore Ordinario di Etica Sociale, Dipartimento di Studi Letterari, Filosofici e di Storia dell'Arte, Università di Roma "Tor Vergata"; Presidente del Comitato per la Bioetica della Società Italiana di Pediatria (recapito per la corrispondenza: semplici@lettere.uniroma2.it).

Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

te complesse. Parlare di incertezze o conflitti *tra* valori pone sia il problema della applicazione al caso concreto della prospettiva normativa ancorata ad *una* visione comprensiva, per dirla con Rawls, sia quello dell'orientamento fra visioni diverse e sempre più articolate e variamente sovrapposte o confliggenti, che è la conseguenza più immediata e sfidante del pluralismo. Nel primo caso il consulente darà il suo contributo sul presupposto di valori e principi comunque ben definiti e ai quali il paziente intende continuare ad ispirarsi anche nella particolare situazione nella quale si trova. Nel secondo caso si tratterà invece di presentare e verificare teorie anche radicalmente diverse, che possono dunque orientare a soluzioni che sono problematiche per la loro reciproca incompatibilità ma assolutamente lineari e magari perfino obbligate all'interno di ciascun approccio. Che si tratti, per fare due esempi concreti, dell'opzione per un'etica deontologica, consequenzialista o delle virtù o dell'alternativa fra un'etica improntata al primato della sacralità della vita o a quello della sua qualità. Da queste diverse possibilità, che possono variamente combinarsi fra loro, nascono domande diverse e diversi modi di intendere il ruolo e la responsabilità del consulente.

L'intervento di un "professionista" *ad hoc*, che si va ad aggiungere alle molte figure già coinvolte nell'assistenza sanitaria, potrebbe peraltro apparire non necessario. Quale che sia il modello al quale si ispira la pratica, il suo ruolo non è scontato e rischia addirittura di aprire, in qualche caso, veri e propri conflitti di "competenze". Il paternalismo è bandito da tempo dai codici deontologici dei medici. Esso può tuttavia sopravvivere, almeno come tonalità di un atteggiamento, nell'approccio che considera quello della medicina come un territorio da proteggere – e proprio nell'interesse dei pazienti – non solo dalle incursioni di dilettanti e incompetenti, ma anche dall'appesantimento di altri vocabolari, preoccupazioni, sensibilità. I medici, come molti economisti, non negano la valenza e la proiezione etiche della loro attività. Semplicemente, essi possono essere tentati di rifiutare l'ipotesi che ci sia bisogno di qualcun altro con cui discuterle. Come il dottore di Ivan Il'ic, sanno da soli cosa è necessario dire. La diffidenza nei confronti di altre figure si incunea facilmente anche nel modello dell'alleanza terapeutica, nel quale è centrale il principio della fiducia. Il consulente di etica clinica – si legge nel

Documento di Trento – “non è un intermediario, un avvocato difensore, un consulente spirituale o psicologico; crea le condizioni, accompagna, facilita i soggetti nel prendere una decisione eticamente giustificata e possibilmente condivisa”. Ma è proprio il medico orientato al modello dell’alleanza e ad una visione umanistica e non tecnicistica della sua professione che resisterà probabilmente con maggior decisione all’idea di delegare ad altri soggetti questa responsabilità di accompagnamento. Nel modello contrattualista, infine, la centralità del principio di autonomia tende a sfumare la distinzione fra il paziente e il cliente, fra il medico e l’erogatore dei servizi corrispondenti a richieste che devono essere garantite attraverso precisi vincoli di responsabilità per la correttezza della prestazione. Il consulente del quale potrebbe esserci bisogno è in questo caso, verosimilmente, un consulente di parte e giuridico, in grado di ricorrere al foro pubblico dei tribunali anziché a quello interiore della coscienza.

Questi dubbi e queste difficoltà ribadiscono in realtà la consapevolezza che la pratica clinica, proprio perché necessariamente rispettosa della dignità e dell’autonomia dei pazienti e di tutte le persone in essa coinvolte, non può evitare di confrontarsi con una dimensione etica che si innesta certamente sulla specificità delle professionalità e delle conoscenze che sono indispensabili per il successo della relazione di assistenza e cura e che tuttavia non è ad esse riducibile. Questa dimensione tende sempre più ad imporsi non soltanto nella drammaticità e nei dilemmi dei casi-limite che più facilmente ottengono l’attenzione dell’opinione pubblica, ma anche come elemento quotidiano dell’attività di tutela della salute e al letto dei malati. La scelta della “cosa giusta da fare” avviene in un contesto condizionato da molte variabili e da problemi delicatissimi come le condizioni di condivisione dei benefici del progresso scientifico e tecnologico e il vincolo – che non si può esorcizzare semplicemente tacendolo – delle risorse disponibili. Proviamo allora a vedere, poste queste premesse, qual è il contesto, anche normativo, che rende possibile e in qualche modo suggerisce lo sviluppo della pratica della consulenza etica, quali sono i presupposti delle sue linee-guida e, infine, chi dovrebbero essere i consulenti e come dovrebbe essere coordinata la loro attività.

Verso l'etica della pratica clinica

Il paragrafo 4 del *Documento di Trento* richiama un percorso e ne propone l'ulteriore sviluppo. Il percorso è quello che ha portato appunto al riconoscimento del ruolo dell'etica nella pratica clinica, fino alla istituzionalizzazione in alcune realtà di appositi Comitati. Lo sviluppo passa per la creazione di un vero e proprio Servizio di bioetica, "dotato di un singolo consulente etico o di una piccola équipe", che avrebbe il compito di trasformare la riflessione su "tematiche più generali", le "raccomandazioni" e le "linee-guida" elaborate dai Comitati in esercizio concreto di accompagnamento dell'autonomia dei pazienti.

La riflessione sui compiti e le finalità dei Comitati etici si è mossa fin dall'inizio, anche in Italia, lungo un doppio binario. Nel *Pare-re* approvato dal Comitato Nazionale di Bioetica il 18 aprile del 1997 questa duplice funzione, che doveva affiancare quella formativa, era chiaramente esplicitata. L'attività di questi Comitati appariva caratterizzata da una parte dall'attenzione per la ricerca scientifica "allo scopo di garantire regole di competenza nella sperimentazione e la tutela dei cittadini" e dall'altra dall'attenzione per i problemi assistenziali "allo scopo di garantire l'umanizzazione dell'assistenza e la tutela della dignità e della salute dei cittadini". Nel primo caso gli interlocutori dei Comitati etici sono gli enti promotori della ricerca e gli stessi ricercatori, nel secondo gli operatori e, naturalmente, i cittadini. È tuttavia sulla funzione orientata alla ricerca e alla sperimentazione, per ovvie e comprensibili ragioni, che si sono concentrati l'impegno delle istituzioni ai diversi livelli e la responsabilità dello stesso legislatore. Almeno due passaggi devono essere ricordati. Per l'art. 12, comma 10 del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, la competenza di ciascun Comitato, per il quale si prevede in linea di principio il riferimento territoriale ad una popolazione di un milione di abitanti, "può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati".

Non c'è in effetti alcun riferimento diretto all'assistenza. Il Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013, che ha stabilito i criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati etici, rileva questa lacuna e interviene con una integrazione delle competenze. Alla responsabilità "di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela" si affiancano così "funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona", insieme alla possibilità di "proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica". Tutto ciò nel caso in cui tale attività non risulti "già attribuita a specifici organismi".

I Comitati etici per la pratica clinica, dunque, nascono quando si afferma la consapevolezza che questa funzione merita la creazione di *specifici organismi*. E in un sistema fortemente regionalizzato come quello italiano non potevano che essere le Regioni ad intervenire in questo spazio di discrezionalità lasciato aperto dalla normativa nazionale. Il Veneto, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 983 del 17 giugno 2014, ha definito con chiarezza gli indirizzi per la costituzione e il funzionamento dei Comitati Etici per la Pratica Clinica, che sono preposti: *a.* all'analisi etica di casi clinici; *b.* allo sviluppo di raccomandazioni e indirizzi di carattere etico; *c.* alla formazione in materia bioetica e alla sensibilizzazione della cittadinanza; *d.* a fornire un contributo alla riflessione sul tema della allocazione e dell'impiego delle risorse. Il primo di questi quattro compiti è evidentemente connesso all'idea della consulenza al letto del malato e lo stesso *Documento di Trento* sottolinea come le "tematiche più generali" affrontate da questi Comitati potrebbero essere proprio quelle "emerse dalle consulenze stesse", che in questa sede troverebbero anche il luogo per un opportuno confronto e una "revisione". La costituzione di un Comitato specificamente dedicato all'etica della pratica clinica, come ho appena ricordato, non è tuttavia considerata obbligatoria. E l'opportunità di fare un passo ulteriore, nella direzione di un servizio di consulenza personalizzato e "aggiuntivo" rispetto agli abituali obblighi connessi al diritto alla tutela della salute, si può considerare come una estensione e integrazione del dovere di

informazione e comunicazione con la persona assistita efficacemente sintetizzato nell'art. 33 del *Codice di deontologia medica* del maggio 2014. Il medico deve certamente garantire “un’informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura”. Le decisioni – talvolta difficili e da più punti di vista onerose – che le persone dovranno prendere in relazione a ciascuno di questi aspetti coinvolgono però principi e valori che possono diventare l’oggetto di un chiarimento e di un confronto, di una *comunicazione* che non può evidentemente sostituire quella specificamente medica ma può e forse deve accompagnarsi ad essa. Gli stessi Comitati per la pratica clinica, per citare ancora la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto, affrontano d'altronde l'analisi di casi concreti “per chiarire le questioni etiche connesse a una storia clinica, per approfondire le problematiche etiche associate alle decisioni sulle cure individuali e prevenire possibili conflitti nella gestione dello stato di salute dei pazienti”. La consulenza interpreta, applica, sostiene e verifica questa analisi nell’esperienza di una relazione concreta al servizio della persona.

Dai dati alla scelta

L'analisi etica di una storia clinica – come scrive Enrico Furlan nella sua ricostruzione della storia e delle funzioni dei Comitati etici – si svolge secondo un percorso ben delineato. Il punto di partenza è costituito necessariamente dalla raccolta dei dati clinici e dalla valutazione, oltre che degli aspetti medici, di quelli psicologici, relazionali, culturali. Ad essa seguono la definizione delle diverse responsabilità coinvolte, l'individuazione dei problemi specificamente etici e degli eventuali conflitti che emergono nella situazione che si sta esaminando e l'identificazione e analisi delle alternative d'azione possibili. Il punto d'arrivo dovrebbe essere la giustificazione della scelta “più rispettosa della persona” in linea di principio e anche di fatto, “una volta prese in considerazione le circostanze particolari del caso

e le caratteristiche specifiche del paziente”.¹ Su questa cornice metodologica e su questo obiettivo può non essere difficile registrare un sostanziale consenso. Sono altri gli aspetti problematici e le principali criticità si possono raccogliere intorno a due questioni.

La prima è quella del modello di consulenza. In linea di principio, nulla vieta che essa possa essere offerta da un Comitato etico nella sua interezza e dunque con la garanzia della composizione pluralistica e multidisciplinare che normalmente caratterizza questo tipo di organismi. Le evidenti difficoltà organizzative di questa soluzione, a partire dai contesti nei quali la pratica si è più diffusa (per esempio gli Stati Uniti), hanno fatto optare in molti casi per l’affidamento di questo compito a piccoli gruppi o addirittura ad un singolo consulente. Questo approccio, che è quello raccomandato dallo stesso *Documento di Trento* “per ragioni di praticabilità e sostenibilità”, offre indiscutibili vantaggi e sconta altrettanto evidenti limiti. Il singolo consulente garantisce certamente il massimo della flessibilità e della disponibilità e può più facilmente “recarsi al letto del paziente o fin dentro la sala operatoria, nonché incontrare tutti gli attori coinvolti in un clima di riservatezza”. Il rovescio della medaglia è che “difficilmente un singolo ha tutte le competenze necessarie a svolgere bene un ruolo così complesso: egli rischia perciò di tralasciare aspetti importanti o di essere condizionato dai propri pregiudizi, senza che ci sia nessuno a sfidarli”.² Il “piccolo gruppo” può senz’altro contenere questi rischi, ma al prezzo di una corrispondente riduzione dei benefici. Il tema cruciale resta in ogni caso quello del rapporto fra il ruolo dei Comitati per la pratica clinica – fra le cui competenze rientra necessariamente l’analisi dei casi concreti – e l’intervento “personalizzato” che costituisce il tratto distintivo della consulenza. Quest’ultima, secondo modalità adattabili ai diversi contesti, può essere considerata come una parte dell’attività svolta o comunque controllata dai Comitati (ove costituiti) o, in alternativa, come una attività di tipo “professionale” che richiede il possesso di alcuni requisiti formati-

1 FURLAN E. *Comitati etici in sanità. Storia, funzioni, questioni filosofiche*. Milano: Franco Angeli; 2015: 117.

2 *Ibid.*, p. 110.

vi (con tutti i problemi di certificazione e controllo che ciò comporta) e che si risolve per il resto in un rapporto fiduciario fra il paziente e il consulente. E la scelta fra queste due opzioni ha naturalmente delle ricadute anche sul problema della copertura dei relativi costi.

La seconda questione fondamentale del “come” di questa pratica, proprio perché si parte dai dati e si deve arrivare a decisioni nelle quali può essere in gioco la vita stessa delle persone, riguarda il rapporto fra la consulenza-informazione e la consulenza-orientamento, che è particolarmente delicato quando la consulenza è svolta da un singolo individuo, che può essere più facilmente condizionato, come ho appena richiamato, dai “propri pregiudizi”. Una consulenza appunto *orientata*, per esempio sulle questioni più controverse della bioetica, è quel che ci si aspetta in un ambiente culturalmente omogeneo e può essere il paziente stesso a cercarla, soprattutto quando vive in modo maturo e sereno il riferimento ad un determinato set di valori. Essa, tuttavia, può diventare anche un obbligo di legge, quando corrisponde ad un bene che il legislatore ritiene opportuno tutelare per tutti. L’art. 2 della Legge 22 maggio 1978, n. 194, che regola in Italia l’interruzione volontaria della gravidanza, affida ai consultori familiari il compito di informare la donna “sui diritti a lei spettanti” e “sui servizi sociali, sanitari e assistenziali operanti nel territorio”, oltre che “sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione del lavoro a tutela della gestante”, ma anche quello di contribuire “a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all’interruzione della gravidanza”, coerentemente con l’impegno dello Stato, ribadito nell’art. 1, a tutelare la vita umana “dal suo inizio”.

Non è questa la sede per discutere i modi e gli esiti dell’applicazione della Legge 194 e, in particolare, i risultati di questa finalità preventiva. L’esempio aiuta tuttavia ad illuminare una difficoltà intrinseca all’idea stessa di una consulenza *etica* in una società pluralista, che si può ulteriormente articolare in due direzioni. Da una parte c’è il dovere dei consulenti di spendere il loro impegno al servizio dell’autonomia del paziente, dei suoi principi e dell’integrità del suo progetto di vita, senza puntare a “correggerli” sulla base della propria visione del bene. Questo dovere non è incompatibile con l’illu-

strazione di altre prospettive, dalle quali potrebbero discendere opzioni diverse, ma non c'è dubbio che esso pone dei limiti che la consulenza non può superare, anche quando ciò dovesse significare “passare la mano”. Dall'altra, tuttavia, c'è l'eventualità che sia appunto la legge, con i suoi obblighi e i suoi divieti, a porre dei limiti invalicabili (si pensi solo all'impossibilità di accogliere richieste eutanasiche). L'obiettivo della consulenza diventa in questi casi quello della ricerca del bilanciamento che, nel rispetto dei vincoli imposti dal contesto, possa comunque offrire il rispetto più ampio possibile della libertà della persona. E la consulenza, inevitabilmente, dovrà essere giuridica, oltre che etica.

Livelli e competenze diversi da integrare

Intorno all'idea della consulenza etica nella pratica clinica possono riaprirsi le dispute disciplinari che hanno caratterizzato il tumultuoso sviluppo della bioetica e continuano a complicarne il processo di “istituzionalizzazione”, anche accademica. *Chi* dovrebbe essere il consulente? Quale dovrebbe essere, in particolare, la sua formazione? Si deve puntare, almeno come premessa curricolare, ad una “competenza” specifica (il medico, il giurista, lo psicologo, il filosofo) o è preferibile valorizzare, in una pluralità di competenze possibili, una sensibilità che si affina per reciproca contaminazione e poi, sul campo, con l'esperienza? Non bisogna probabilmente sopravvalutare le divergenze sulle risposte a queste domande, che rischiano semmai di essere amplificate per interessi di settore che vanno giudicati e gestiti come tali. Il quinto incontro del Gruppo Nazionale di Etica Clinica (che ha elaborato il *Documento di Trento*), svoltosi a Roma nel 2012, si era concluso con il riconoscimento del ruolo fondamentale delle specifiche competenze acquisite, “indipendentemente dall'area di provenienza”.³ E guardando ad un esempio concreto come il Master universitario di secondo livello in “Consulenza in bioetica clinica” organizzato dalla Università Cattolica del

³ ZONZA M, REFOLO P. *Bioetica clinica. Documento di Trento. La consulenza etica in ambito sanitario in Italia*. *Medicina e Morale* 2014; 63 (1): 121-127, p. 126.

Sacro Cuore⁴ questo suggerimento sembra trovare piena conferma. I destinatari del programma della seconda edizione, con svolgimento previsto negli anni accademici 2013-2014 e 2014-2015, erano i laureati appunto di secondo livello nelle aree delle professioni sanitarie, della psicologia, del diritto, della filosofia-teologia e delle scienze della formazione. L'ordinamento didattico, per quanto riguarda le "conoscenze essenziali", prevede insegnamenti che si riferiscono a tutte queste aree, con uno zoccolo solido di nozioni biomediche. È la varietà di competenze che si considera indispensabile assicurare nella composizione dei Comitati e questa interdisciplinarietà non può che riflettersi nella formazione dei singoli consulenti.

L'ordinamento didattico di questo Master è però interessante per quel che dice non solo sulle conoscenze, ma anche sulle capacità e abilità essenziali. Ad essere indicata per prima è infatti la mediazione e ciò appare del tutto opportuno, in considerazione del fatto che la cura della salute è diventata uno degli ambiti nei quali più urgente si fa la sfida di una ridefinizione del rapporto fra diritti e responsabilità, autonomia e informazione, solidarietà e risorse. Basti pensare ai costi della medicina difensiva, alla diffusione incontrollata di promesse miracolose che possono generare speranze infondate e pretese irricevibili, alla difficoltà crescente di fissare il limite dell'intervento appropriato quando gli strumenti a disposizione diventano ogni giorno più potenti ma anche costosi. Sono molti e diversi, per restare all'effetto più eclatante, i potenziali fattori di innesco di conflitti fra i pazienti e i loro familiari da una parte e gli operatori sanitari e le strutture dalle quali dipendono dall'altra. Conflitti che finiscono sempre più spesso nei tribunali e alimentano una cultura della diffidenza e del sospetto, forse più diffusa di quanto i dolorosi casi di *malpractice* giustificerebbero e comunque dannosa per la tutela di quello che l'art. 32 della Costituzione definisce "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Orientare all'equilibrio fra questo diritto e questo interesse l'attività di consulenza etica è un modo per giustifi-

4 In collaborazione con il Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita dell'Università dell'Insubria, il Dipartimento di Scienze biomediche avanzate dell'Università di Napoli "Federico II", la Fondazione Lanza di Padova e l'Azienda ULSS 7 del Veneto.

carne l'utilità non solo come rapporto privato, ma anche come vero e proprio servizio pubblico.

Se tutto questo è vero, tuttavia, c'è un'ulteriore questione che non può essere elusa. L'Italia offre oggi ai suoi cittadini 21 sistemi sanitari differenti, che dovrebbero essere tenuti insieme dal comun denominatore dei Livelli Essenziali di Assistenza, che vengono spesso interpretati nel senso del "minimo indispensabile" e che non tutte le regioni riescono peraltro a garantire. Regione che vai, insomma, diritti che trovi. L'ISTAT, nel *Rapporto annuale* del 2015 sulla situazione del paese, calcola che la percentuale dei cittadini che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci a causa di motivi economici o di carenze delle strutture di offerta sia nelle regioni meridionali più che doppia rispetto alle regioni del nord-ovest.⁵ La consulenza etica, una volta che ne sia riconosciuta l'importanza come sostegno prezioso alla pratica clinica, può facilmente diventare, in questo contesto, un divaricatore di equità. La mancanza di precisi obblighi e indicazioni normative a livello nazionale non aiuterà la sua diffusione nelle aree del paese che sono alle prese con urgenze e priorità obiettivamente più immediate. E anche in questo caso, come in molti altri, alle differenze stabilite dal censo si sommeranno quelle territoriali. È proprio chi difende la funzione della consulenza etica che dovrebbe impegnarsi più degli altri per impedire che essa rimanga un lusso per pochi.

Parole chiave: consulenza etica, comitati etici, pratica clinica, autonomia.

Keywords: ethics consultation, ethics committees, clinical practice, autonomy.

⁵ ISTAT. *Rapporto annuale 2015. La situazione del paese*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015: 225.

RIASSUNTO

Le questioni sempre più complesse che emergono nella pratica clinica, in conseguenza del progresso scientifico e tecnologico e del crescente pluralismo di valori e stili di vita, hanno rafforzato l'esigenza di una specifica consulenza, con lo scopo di tutelare l'autonomia dei pazienti e offrire loro maggiori e più informate opportunità di scelta. Ci sono tuttavia molte questioni che meritano un approfondimento: il modello della consulenza (interi comitati, piccoli gruppi, singoli consulenti); il ruolo del punto di vista morale dei consulenti; le loro competenze; il rischio che la consulenza possa diventare un privilegio per pochi.

SUMMARY

Why? How? Who? Three questions (and some answers) on Health care ethics consultation.

The more and more complex issues that are emerging in clinical practice, as a consequence of scientific and technological progress as well as of growing pluralism of values and lifestyles, have strengthened the need for a specific consultation, aiming at protecting the patients' autonomy and providing them with greater and more informed opportunities of choice. However, many questions are worth a deeper insight: the models of consultation (full committees, small teams, individual consultants); the role of the consultants' moral point of view; their expertise; the risk for consultation to become a privilege for few.

La consulenza etica nella pratica clinica tra expertise e counseling: aspetti fondativi

*Francesco Bellino**

*Nell'unione dei compiti di scienza e filosofia
risiede la condizione essenziale che rende oggi possibile
non la ricerca, ma la preservazione dell'idea di medico.
La pratica del medico è concreta filosofia.*

Karl Jaspers

Archeologia dello sguardo medico e mondo della vita

Perché l'etica nella pratica clinica? L'etica è parte integrante o accessoria?

L'etica medica, come provocatoriamente pensa Illich, è “un ossimoro, che ricorda il “sesso sicuro”, la “protezione nucleare” e la *military intelligence* (lo spionaggio)?”¹ La bioetica crea l'illusione di una scelta etica in un contesto che è essenzialmente non-etico. La medicalizzazione ha esteso il suo ambito a tutta la vita umana, dal concepimento alla morte. Etica, istituzioni, programmi e corsi, per Illich, “hanno creato un discorso in cui la vita si presenta come oggetto di *management* medico, professionale e amministrativo. Così l'ombrello della razionalizzazione accademica presta ora legittimità a un'impresa essenzialmente scorretta. L'etica medica oscura oggi la

* Professore Ordinario di Filosofia morale, Bioetica ed Etica della comunicazione, Dipartimento di Scienze mediche di base, neuroscienze ed organi di senso, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” (recapito per la corrispondenza: francesco.bellino@uniba.it).
Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

1 ILLICH I. *Nello specchio del passato*. Como: Red; 1992: 230.

pratica della virtù nella sofferenza e nella morte”. La medicina “ha cessato di riguardare la sofferenza della persona malata” e la bioetica di conseguenza rischia di diventare “irrilevante per la nostra vitalità, con cui intendiamo affrontare il dolore e l’angoscia, la rinuncia e la morte”.²

Per rispondere a questi interrogativi bisogna interrogarsi sulla natura, il metodo, la storia e i limiti della pratica clinica.

Con l’affermarsi della biomedicina si trasformava profondamente la medicina ippocratica, che fino alla metà del XIX secolo si esplicava quasi esclusivamente mediante “la lancetta, l’emetico e la sanguisuga”³ e portava il medico a peregrinare da un’abitazione all’altra per somministrare ai pazienti salassi o violente purghe. La pratica clinica diventava il fulcro della medicina moderna.

Michel Foucault nella sua *Naissance de la clinique* (1963) ci ha svelato in un periodo compreso tra il 1769 e il 1825 l’archeologia dello sguardo medico. Il discorso scientifico muta profondamente passando dal linguaggio metaforico e immaginifico della “medicina delle specie” a quello oggettivo dell’anatomia. Il malato e la malattia vengono sempre più distinti e separati su due piani diversi: il piano sociale e quello naturale. La malattia ha un decorso e una storia naturale, a prescindere da un agente personalizzato.

Le riforme sostenute dalla rivoluzione francese porteranno a una razionalizzazione delle cure e al rilancio delle istituzioni ospedaliere, producendo il declino dei trattamenti domiciliari e della medicina delle specie. Nell’ospedale il malato viene avvolto “in uno spazio collettivo ed omogeneo”, fondato sulla correlazione tra “visibile” ed “enunciabile”, secondo il modello epistemologico di Condillac. Per poter vedere le cause delle malattie, però, bisogna andare oltre la visibilità dei sintomi, che sono gli effetti di tali cause. Occorre, quindi, aprire i cadaveri.

La clinica moderna usa l’anatomia patologica per ricostruire le cause, partendo dal decesso come in una sorta di moviola. “La malattia si stacca dalla metafisica del male cui, da secoli, era apparen-

² *Ibid.*

³ SHORTER E. *La tormentata storia del rapporto medico paziente*. Milano: Feltrinelli; 1986: 24.

ta; ed essa trova nella visibilità della morte la forma piena in cui il suo contenuto appare in termini positivi. (...) La malattia ha potuto staccarsi dalla contronatura e *prender corpo* nel *corpo vivente* degli individui solo quando la morte è diventata l'a priori concreto dell'esperienza medica".⁴

Il metodo anatomico-clinico è stato fondamentale per la costituzione non solo della medicina come scienza ma anche delle scienze umane e per lo stesso statuto filosofico dell'uomo. Il pensiero medico, ribadisce Foucault, "è coinvolto di diritto nello statuto filosofico dell'uomo".⁵

La paradossale condizione epistemologica delle scienze biomediche e umane è che il soggetto umano diventa un oggetto scientifico quando si "decompone", quando non è più un soggetto, ma un oggetto, in particolare un cadavere, che viene conosciuto in quanto dissezionato, osservato nei suoi organi e nelle sue parti. L'uomo si costituisce come "oggetto di scienza" attraverso la "propria distruzione" come soggetto. Il corpo vivente, secondo la distinzione husserliana, il mio corpo nella sua peculiarità unica (*Leib*) diventa un mero corpo fisico (*Körper*), una *res*.

Il procedimento diagnostico si fonda sul modello empirista di ragionamento clinico che attribuisce ogni manifestazione sintomatica del paziente ad un'anormalità funzionale di un qualche parte del corpo, e poi questa ad un'eventuale ulteriore sottostante anormalità, fino a raggiungere gli specifici riferimenti somatici della diagnosi.

Lo sguardo clinico, se rifiuta il metodo empirico-sperimentale, perde la sua scientificità, ma, se lo accetta, non rispetta la soggettività, il tutto dell'uomo, il suo mondo vitale, limitandosi ad esaminare solamente organi, tessuti, apparati, cellule, parti del corpo.

Ci ha insegnato Husserl che il fondamento di ogni sapere si radica nella soggettività quotidiana della persona, considerata nella sua interezza di mente e corpo, nel "mondo della vita" (*Lebenswelt*). Il comune mondo pre-scientifico della vita è "un regno di evidenze ori-

4 FOUCAULT M. *Nascita della clinica*. Torino: Einaudi; 1969: 222-223.

5 *Ibid.*, p. 224.

ginarie”,⁶ capaci di fondare la conoscenza, è il “mondo che si dà realmente nella percezione”,⁷ il “mondo realmente intuitivo, realmente esperito ed esperibile, in cui si svolge praticamente tutta la nostra vita”.⁸ “Quando cessiamo di essere immersi nel pensiero scientifico, ci rendiamo conto – scrive Husserl – che noi scienziati siamo tuttavia uomini e, come tali, parti integranti del mondo-della-vita che è già sempre per noi, che ci è già sempre dato; così, con noi, l’intera scienza rientra nel mondo-della-vita, nel mondo-della-vita “meramente soggettivo-relativo””.⁹

Il triangolo terapeutico

In tale prospettiva la malattia non è un problema essenzialmente e solamente medico. Sono tre soggetti che entrano in gioco quando si parla di malattia: la persona malata, l’istituzione medica con i suoi professionisti (medici, personale sanitario, manager sanitari, ecc.) e la società nel suo complesso. Si parla di triangolo terapeutico, che coinvolge la persona, la medicina e la società. Ciascuno dei tre soggetti sviluppa una differente prospettiva sulla malattia in relazione al proprio punto di vista.

La malattia viene diversamente denominata da Young come *illness*, *disease* e *sickness*.¹⁰ La *illness* è la malattia come esperienza vissuta della persona, è la condizione di malattia soggettivamente intesa. La *disease* è la malattia intesa come patologia definita medicalmente dal professionista e si riferisce alle anomalie nella struttura e/o nella funzione degli organi e dei sistemi di organi. La *sickness* è la malattia vista dalla società; i segni comportamentali e biologici patologici vengono investiti di significati socialmente riconoscibili.

Questi tre punti di vista della malattia sono tra di loro interagenti

6 HUSSERL E. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore; 1975: 156.

7 *Ibid.*, p. 77.

8 *Ibid.*, p. 79.

9 *Ibid.*, p. 159.

10 YOUNG A. *Antropologie della “illness” e della “sickness”* in QUARANTA I (a cura di). *Antropologia medica*. Milano: Raffaello Cortina; 2006: 107-136.

e ci consentono di “considerare la malattia come un fenomeno *multi-dimensionale* che si co-costruisce nel sistema di interazione triadica che essa crea tra persona malata, medicina e società”.¹¹ È evidente che il triangolo terapeutico non è stabile e sempre uguale, ma è mutevole a seconda delle società, delle culture e dello sviluppo storico della scienza.

La Harvard Medical School ha proposto un modello fenomenologico-ermeneutico di pratica clinica, per colmare i limiti del modello empirista convenzionale, che intende la pratica clinica come mera tecnica terapeutica della *disease* (*cure*). Il modello ermeneutico parte dall'*illness* e interpreta la malattia, in quanto esperienza umana, come una realtà carica di significati. “La malattia è fondamentalemente semantica e densa di significati” e “tutta la pratica clinica è intrinsecamente interpretativa o “ermeneutica””¹² ed è incentrata sulla relazione di cura (*care*) e sulla comprensione empatica del paziente.

Non si tratta di sostituire un modello con l'altro, perché è ugualmente importante sia comprendere (*Verstehen*) il senso dell'esperienza vissuta dal paziente della malattia sia spiegare (*Erklären*) la malattia nelle sue cause biologiche, fisiologiche e/o psicofisiologiche.

Si potrebbe ricercare una complementarità dei due modelli e una loro integrazione, nella misura in cui, però, “il modello biomedico sia disponibile a ripensare se stesso in maniera radicale come modello non assoluto sulla base di una pretesa scientificità esclusiva: laddove “scientifico” (del medico) si contrappone artificiosamente ad “esperienza” (del paziente) secondo una concezione riduzionista della scienza e della medicina che si fonda su quella scissione cartesiana tra mente e corpo, soggetto e oggetto della ricerca scientifica (...) necessariamente da superare”.¹³

11 GIARELLI G, VENNERI E. *Sociologia della salute e della medicina*. Milano: Franco Angeli; 2009: 235-236.

12 GOOD BJ, DEL VECCHIO MJ, GOOD MJ. *Il significato dei sintomi: un modello ermeneutico culturale per la pratica clinica* in GIARELLI G, GOOD B, DEL VECCHIO MJ. ET AL (a cura di). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: Franco Angeli; 2005: 27.

13 GIARELLI, VENNERI. *Sociologia della salute...*, p. 275.

Certamente una corretta integrazione dei due modelli è auspicabile, ma è ancora più auspicabile un vero e stretto rapporto tra la scienza e la filosofia, tra le scienze biomediche e la pratica filosofica ed etica, perché scienza e saggezza possano progredire assieme. La bioetica potrebbe essere il ponte tra la competenza professionale e la saggezza morale, tra le tecnoscienze e la responsabilità umana per l'uso del sapere scientifico e del potere tecnologico per il bene comune.

In quanto scienza umana la medicina non è integrale, perché l'uomo intero non è oggetto, né è oggettivabile. Per questo Jaspers ritiene errato "voler includere come oggetto in una nuova scienza questo non-oggettivabile",¹⁴ che è la persona. Dell'intero si occupa la filosofia. Per Platone solo chi è capace di vedere l'intero è filosofo. Per Kant la totalità non è un oggetto empirico, ma un ideale regolativo della mente umana.

La conoscenza scientifica non è totale e ha sempre dei limiti: la scienza non conosce *tutti* i fatti e neppure *tutto* di un singolo fatto. La scienza moderna, per poter meglio dominare i suoi oggetti di studio, ha escluso *di principio* ogni domanda sul senso o non-senso dell'essere e dell'esistenza umana. "La verità scientifica obiettiva è esclusivamente una constatazione di ciò che il mondo, sia il mondo fisico sia il mondo spirituale, di fatto è. Ma in realtà, – ci chiediamo con Husserl – il mondo e l'esistenza umana possono avere un senso se le scienze ammettono come valido e come vero soltanto ciò che è obiettivamente constatabile, se la storia non ha altro da insegnare se non che tutte le forme del mondo spirituale, tutti i legami di vita, gli ideali, le norme che volta per volta hanno fornito una direzione agli uomini, si formano e poi si dissolvono come onde fuggenti, che così è sempre stato e sempre sarà, che la ragione è destinata a trasformarsi sempre di nuovo in non-senso, gli atti provvidi in flagelli? Possiamo accontentarci di ciò, possiamo vivere in questo mondo in cui il divenire storico non è altro che una catena incessante di slanci illusori e di amare delusioni?".¹⁵

La risposta alla crisi dello scientismo e della stessa filosofia è la

14 JASPERS K. *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina; 1991: 29.

15 HUSSERL. *La crisi delle scienze europee...*, p. 36.

distinzione e l'unione dei compiti della scienza e della filosofia. La filosofia, che non abbia “come suo momento lo spirito della scientificità, diviene oggi, nel suo insieme, non vera; la scienza senza filosofia, nonostante la correttezza di singole conoscenze, si fa globalmente acritica divenendo, nell'intima costituzione dei suoi esponenti, oscura e impenetrabile”.¹⁶

La pratica filosofica

Proprio nel bioregno e nel diffuso disagio sociale ed esistenziale vanno emergendo possibilità di un nuovo orientamento, possibilità che s'impongono con un'urgenza sempre maggiore. Sorgono domande nuove, si aprono campi di ricerca mai esplorati. Tutto ciò sta provocando un mutamento profondo ed essenziale del senso complessivo della filosofia. Questo nuovo compito e il suo terreno apodittico rivelano, come aveva già intuito Husserl, cogliendo la nascosta teleologia e il senso intimo dietro la crosta dei “fatti storici”, “la possibilità *pratica* di una nuova filosofia: di una filosofia che va attuata attraverso l'azione. Ma rivelano anche come tutta la filosofia del passato fosse orientata, anche se non coscientemente, verso questo senso della filosofia”.¹⁷

La nuova filosofia non è una mera filosofia dell'azione, ma è una filosofia che si attua attraverso l'agire. È una filosofia pratica, nel senso che si pratica concretamente nella vita. Nasce dal mondo della vita e si sviluppa attraverso il mondo della vita. La filosofia, prima di essere un discorso teorico, è una forma di vita.

La filosofia non è solo, come la filosofia moderna, “costruzione di un linguaggio tecnico riservato a specialisti”,¹⁸ *meta-discorso*, che riflette su tutte le forme di discorso umano (scientifico, tecnico, politico, artistico, poetico, quotidiano e anche filosofico) e non si limita a descrivere semplicemente i discorsi umani, “ma li critica in nome di quelle che bisogna chiamare, a buon diritto, le esigenze

16 JASPERS. *Il medico nell'età della tecnica...*, p. 66.

17 HUSSERL. *La crisi delle scienze europee...*, p. 47.

18 HADOT P. *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi; 2005: 164.

della ragione, anche se la stessa nozione di “ragione” è messa a sua volta in dubbio dalla maggior parte di simili discorsi di riflessione. Bisogna riconoscere – afferma Hadot – che, dopo Socrate, questo discorso sul discorso è diventato un aspetto della filosofia”.¹⁹

La filosofia è anche imparare a vivere la propria vita, è arte di vivere (*ars vitae* o *ars vivendi*) con consapevolezza e di “orientare sempre di nuovo la nostra vita attraverso il pensiero”.²⁰ All’uomo non interessa solo discutere sul linguaggio, sull’essere e il nulla, ma piuttosto imparare a vivere una vita umana, piena, felice, buona, a trovare rimedio al dolore, alla malattia, al male.

In questa prospettiva, “il discorso filosofico non è più fine a se stesso, ma è al servizio della vita filosofica. Il nucleo della filosofia non è il discorso, ma la vita, l’azione. Tutta l’antichità ha riconosciuto in Socrate un filosofo, più in virtù della sua vita e della sua morte che dei suoi discorsi. E la filosofia antica è sempre rimasta socratica nella misura in cui essa si è sempre presentata più come modo di vita che come discorso teorico. (...) Il discorso svolge senza dubbio un ruolo importante in questa vita filosofica; la scelta di vita si esprime in “dogmi”, nella descrizione di una certa visione del mondo, e questa scelta di vita resta viva grazie al discorso interiore del filosofo che tiene a mente i dogmi fondamentali. Ma questo discorso è legato alla vita e all’azione”.²¹

Come ha dimostrato Aristotele, non si può non filosofare, anche per non filosofare si deve filosofare. Aggiunge Hadot: “il dramma della condizione umana è che è impossibile non filosofare e nello stesso tempo impossibile filosofare. La coscienza filosofica schiude all’uomo la profusione delle meraviglie del cosmo e della terra, una percezione più acuta, una ricchezza inestinguibile di scambi con gli altri uomini, con le altre anime, l’invito ad agire con benevolenza e giustizia. Ma le preoccupazioni, le necessità, le banalità della vita quotidiana gli impediscono di accedere a questa vita cosciente di tutte le sue possibilità. Come unire armoniosamente la vita quotidiana e

¹⁹ *Ibid.*, pp. 194-195.

²⁰ SCHMID W. *Serenità. L’arte di saper invecchiare*. Roma: Fazi; 2014: 14. Si veda anche di SCHMID W. *Filosofia dell’arte di vivere*. Roma: Fazi; 2014.

²¹ HADOT. *Esercizi spirituali e filosofia antica...*, p. 195.

la coscienza filosofica? Questa armonia può essere solo una conquista fragile e sempre a rischio. “Tutte le cose eccellenti”, dice Spinoza alla fine dell’*Etica*, “sono tanto difficili quanto rare”. Ma come possono, quei miliardi di uomini oppressi dalla miseria e dalla sofferenza, raggiungere questa consapevolezza? Essere filosofo non significa anche soffrire per questo isolamento, questo privilegio, questo lusso, e tenere sempre presente allo spirito questo dramma della condizione umana”.²²

La filosofia come professione

La filosofia oggi, a differenza del mondo antico, non è un’attività praticata da pochi saggi, ma da migliaia di professionisti in tutto il mondo. Questo ha prodotto lo specialismo. Come in altre discipline, la moltiplicazione dei professionisti della filosofia ha condotto a una ridefinizione della figura del filosofo che “non si presenta più – salvo eccezioni – come genio creativo capace di dare ordine alla realtà tutta sulla base di un qualche principio da lui scoperto o escogitato, ma come normale ricercatore che controlla un’area di studio circoscritta e si propone di contribuire ad essa. Questa nuova figura di filosofo ha avuto, nel Novecento, – annota Marconi – tre incarnazioni principali: lo storico della filosofia, l’ermeneuta e il filosofo analitico. Tutte e tre sono soluzioni soddisfacenti del problema di trasformare il Grande Filosofo in professionista della filosofia”.²³

Per la natura stessa dello specialismo, gli oggetti a cui si applica la ricerca filosofica “risultano spesso impenetrabili ai non esperti e anzi appaiono privi d’interesse se non futili, perché non viene esplicitato il contesto che dà loro senso. Si può far vedere che non sono né futili né privi d’interesse, ma non si può pretendere che sia la ricerca specialistica stessa a farlo. Il problema della comunicazione della fi-

²² *Ibid.*, p. 196.

²³ MARCONI D. *Il mestiere di pensare. La filosofia nell’epoca del professionismo*. Torino: Einaudi; 2014: 60.

losfia va risolto in altro modo: essenzialmente attraverso la divulgazione”.²⁴

La filosofia, però, per sua intrinseca essenza, è generalista: “si occupa dei problemi degli esseri umani (di *tutti* gli esseri umani), si rivolge a quello che Chaim Perelman chiamava l’“uditorio universale”, cioè alla comunità umana senza esclusione alcuna, e ha il compito di dare un senso all’insieme delle cose, incluse quelle di cui si occupano le ricerche specialistiche degli scienziati. Se rinuncia a dare risposta a questa richiesta di senso, la filosofia rinuncia alla vocazione specifica da cui deriva la sua legittimazione culturale e, in fin dei conti, anche sociale”.²⁵

Per Morin, la filosofia “comporta un’interrogazione sul mondo, sulla realtà, sulla verità, sulla vita, sulla società e sulla mente umani. Non è una disciplina, non ha scomparti, problematizza tutto ciò che concerne l’esperienza umana”.²⁶ La separazione della filosofia in tante branche ha dissolto anche la saggezza come arte di vivere bene, di condurre una vita buona e giusta, aristotelicamente una vita piena e fiorente. Per questo “la filosofia deve cessare di essere considerata come disciplina per divenire motrice e guida nell’insegnare a vivere”.²⁷

Come si possono accordare il generalismo e lo specialismo in filosofia, l’intero con la parte? Soprattutto superando il riduzionismo, che vede solo le parti, e l’olismo, che vede solo il tutto. È questa l’idea di Pascal: “Non posso concepire il tutto senza concepire le parti e non posso concepire le parti senza concepire il tutto”. Nella logica ricorsiva della complessità, come addita Morin, “ciò che si acquisisce come conoscenza delle parti ritorna sul tutto. Ciò che apprendiamo sulle qualità emergenti del tutto, un tutto che non esiste senza organizzazione, ritorna sulle parti. Allora possiamo arricchire la conoscenza delle parti attraverso il tutto e del tutto attraverso le parti, in uno stesso movimento che produce conoscenze. Dunque, l’idea olo-

²⁴ *Ibid.*, p. 61.

²⁵ *Ibid.*, p. 39.

²⁶ MORIN E. *Insegnare a vivere*. Milano: Raffaello Cortina; 2015: 22.

²⁷ *Ibid.*, p. 27.

grammatica è essa stessa legata all'idea ricorsiva, che a sua volta è in parte legata all'idea dialogica".²⁸

Tra i professionisti della filosofia si collocano gli eticisti e i bioeticisti, che, al pari degli scienziati, dei giuristi, dei medici, degli economisti, provano a dare il loro contributo alla soluzione dei problemi della nostra società. Come tutte le professioni, anche quella del bioeticista ha bisogno di essere riconosciuta e legittimata dalla comunità scientifica e sociale, che ha le sue regole e i suoi strumenti.²⁹

Critica della misologia nelle questioni morali

Non si può tacere che ci sono alcuni luoghi comuni che ostacolano la legittimazione della professione dell'eticista e quindi il suo inserimento nelle istituzioni pubbliche. Una fonte di legittimazione delle professioni, lasciando da parte l'utilità, è costituita dalla conoscenza. È convinzione da parte di alcuni che le scienze, diversamente dalle *humanities* in generale e dalla filosofia in particolare, costituiscano vera conoscenza. Addirittura, secondo un luogo comune, la filosofia non produce conoscenza. Sono "pseudoproposizioni", per Carnap e i neopositivisti logici, "tutte le affermazioni che appartengono alla metafisica, all'etica regolativa e all'epistemologia (metafisica)".³⁰

Per smentire il non-cognitivismo etico e filosofico, si possono citare tantissimi contributi della filosofia alla conoscenza umana. Limitatamente alla filosofia del linguaggio, Diego Marconi cita alcuni di questi risultati: "l'analisi di Frege delle strutture della quantificazione, la teoria delle descrizioni di Russell, la semantica dei mondi possibili di Kripke e altri come quadro in cui formulare i problemi della modalità, la teoria dei dimostrativi di David Kaplan sono risultati certo perfettibili, ma nella sostanza quasi universalmente accet-

28 MORIN E. *Introduzione al pensiero complesso*. Milano: Sperling & Kupfer; 1993: 75.

29 Si veda il fondamentale lavoro curato da PICOZZI M, TAVANI M, CATTORINI P. *Verso la professionalizzazione del bioeticista. Analisi teorica e ricadute pratiche*. Milano: Giuffrè; 2003.

30 CARNAP R. *The Unity of Science*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner; 1934: 26.

tati; e si tratta di risultati molto fecondi, che sono applicati quotidianamente a un'infinità di problemi".³¹

“Se la filosofia non fa progressi non vale la pena che sprechiamo il nostro tempo”,³² afferma Michael Dummett, che cita una serie di risultati filosofici ormai acquisiti: le relazioni non si riducono a proprietà, esistenza e numero non sono proprietà di cose ma di *tipi* di cose, il corpo e l'anima non sono sostanze separate connesse tra loro in modo contingente.³³ A questi risultati si possono aggiungere ancora altri, suggeriti da Marconi: “non è possibile un linguaggio privato; il riferimento non è determinabile assolutamente; la verità non coincide con la dimostrabilità. Si può pensare di estendere questa lista. Oppure, in spirito para-hegeliano, si può pensare che le acquisizioni della filosofia siano soprattutto negative, ma non perciò meno sostanziali (la maggior parte delle concezioni filosofiche del passato non vengono riproposte perché, in un modo o nell'altro, sono state confutate). O ancora, si può pensare che le acquisizioni più importanti della filosofia, che peraltro coincidono con la risoluzione di problemi originariamente filosofici, facciano tutt'uno con la nascita delle scienze: la fisica, la psicologia, la logica matematica, l'informatica nascono dalla soluzione di problemi filosofici (*sono* soluzioni di problemi filosofici). Avanzerei anche il sospetto che le soluzioni dei problemi filosofici vengano in parte *dimenticate*, perché, al contrario delle soluzioni dei problemi scientifici, non danno luogo ad applicazioni tecnologiche che le incorporano e le presentano costantemente alla nostra attenzione. Chi studia un manuale di logica non sempre ha in mente quanto a lungo i filosofi si sono interrogati sui retti principi del ragionamento”.³⁴

A parte i contenuti specifici dati dalla filosofia alla conoscenza umana, anche se la conoscenza filosofica non è cumulativa come quella scientifica, come si può negare il valore teoretico e morale

31 MARCONI. *Il mestiere di pensare...*, p. 42.

32 DUMMETT M. *La natura e il futuro della filosofia*. Genova: Il Melangolo; 2001: 149.

33 Cfr.: DUMMETT M. *Il pensiero fa progressi* in “Il Sole 24 Ore”, 27.7.1997.

34 MARCONI. *Il mestiere di pensare...*, pp. 90-91. Tra le acquisizioni negative della filosofia potremmo aggiungere anche la confutazione della teoria della mente come *tabula rasa*, la distinzione tra “contraddizione” logica e “contrarietà” reale, la legge di Hume.

della filosofia quando cerca di comprendere “come le cose stiano assieme”,³⁵ come il tutto stia assieme, o di rispondere alle domande di un bambino sul perché alcune persone sono ricche ed altre povere, sul perché esiste qualcosa, sul perché andare a scuola, di chi è la terra, domande che possono mostrare all’adulto che ha bisogno di educazione e fanno diventare la filosofia “l’educazione degli adulti”³⁶

Il compito “indispensabile” della filosofia è “l’attività di proporre e discutere (...) “immagini morali del mondo””,³⁷ come quelle della propria comunità, della famiglia. Rinunciare alle ambizioni morali e teoretiche della filosofia, per Putnam, “non significa solo ucciderla; significa compiere un suicidio intellettuale e spirituale”.³⁸

Certamente l’attività filosofica non è un’attività vana, autoreferenziale, ma mira a risolvere dei problemi e a conseguire dei risultati significativi per la conoscenza e per l’agire. Il conoscere, che è ricerca della verità, e il pensare, che è ricerca del senso e del significato, animano l’attività filosofica. Non è correre senza una meta, “pochi filosofi riuscirebbero a praticare la filosofia se pensassero davvero che i loro sforzi *non possono* condurre da nessuna parte”.³⁹

Per quanto riguarda la professione dell’eticista, ci sono dei luoghi comuni o addirittura delle tendenze culturali di ostacolo alla sua legittimazione, che considerano la morale un fatto privato, soggettivo, opinabile, fuori della sfera pubblica e di ogni conoscenza razionale, e che renderebbe impossibile alla consulenza etica dare risposte vincolanti. Secondo tale prospettiva, l’eticista corre il pericolo di produrre su un piano istituzionale opinioni private e valutazioni soggettive, senza carattere di obbligatorietà. Se l’etica è soggettiva, come può essere istituzionalizzata? Come è possibile prendere decisioni che riguardano il bene comune? Può essere istituzionalizzata l’etica come l’insieme delle norme e dei valori codificati dal consenso so-

35 SELLARS W. *La filosofia e l’immagine scientifica dell’uomo*. Roma: Armando; 2007: 27.

36 CAVELL S. *La riscoperta dell’ordinario. La filosofia, lo scetticismo, il tragico*. Roma: Carocci; 2001: 175.

37 PUTNAM H. *Replies in Philosophy of Hilary Putnam*. Numero speciale di *Philosophical Topics*. 1992; 20 (1): 347-408, p. 377.

38 PUTNAM H. *La filosofia nell’età della scienza*. Bologna: il Mulino; 2012: 64.

39 MARCONI. *Il mestiere di pensare....*, p. 92.

ciale, oppure può essere garantita solo attraverso un procedimento metodico, quale può essere il processo di consulenza etica nel servizio socio-sanitario?

Innanzitutto occorre confutare il luogo comune, secondo cui l'etica non presuppone né produce conoscenza, ed è soggettiva. Questo luogo comune ha come logica conseguenza l'irrazionalità delle nostre decisioni. Poiché non c'è conoscenza, tutte le nostre convinzioni morali devono fondarsi su qualche decisione fondamentale, che non può essere presa sulla base della conoscenza, ma attraverso un salto nel buio. In tal caso la decisione, come ha rilevato Popper, è "una specie di scelta fatale e quasi irrevocabile, una scelta che facciamo ciecamente, o per istinto, o per caso, o per la grazia di Dio".⁴⁰

Le decisioni per avere valore morale devono essere libere e per essere libere devono essere autonome, e per essere autonome devono essere autodeterminate in base a delle ragioni a nostra disposizione. Non si può decidere rifiutandosi di prestare ascolto alle argomentazioni e alla ragione, imparando dai nostri errori e dalle critiche alle nostre proposte.

La legge di Hume, secondo la quale non possiamo inferire l'*ought* dall'*is* ovvero le proposizioni prescrittive ("si deve") da quelle descrittive ("è"), distingue i fatti dalle norme o standards. Popper mette in luce anche l'asimmetria fra standards e fatti: "tramite la decisione di accettare una proposta (almeno provvisoriamente) noi creiamo lo standard corrispondente (almeno provvisoriamente); tuttavia, tramite la decisione di accettare una proposizione noi *non* creiamo il fatto corrispondente. Un'altra asimmetria è che gli standards *riguardano* sempre fatti e che i fatti sono *valutati dagli* standards; queste sono relazioni che non possono essere assolutamente invertite".⁴¹ Sono le norme che valutano i fatti e non viceversa. È l'etica che valuta le biotecnologie e non viceversa, come sostiene l'imperativo tecnologico ("tutto ciò che è tecnicamente possibile è anche moralmente lecito").

40 POPPER KR. *The Open Society and Its Enemies*. London: Routledge & Kegan Paul; 1966: 380-381, Addenda.

41 *Ibid.*, p. 384.

Né va dimenticata la nota distinzione aristotelica tra la sfera dell'azione (*praxis*), che ha come fine il bene dell'agente, e quella del fare, della produzione (*poiesis*), che ha come fine la perfezione dell'opera; tra la saggezza (*phronesis*), che è la disposizione razionale alla scelta che porta all'azione, e l'arte (*techne*), che è la disposizione razionale alla produzione sia poetica sia retorica. Nelle scienze teoriche i principi sono necessari, nelle scienze pratiche i principi valgono per lo più.

Putnam parla di "intreccio fatto/valore" e critica il non-cognitismo in epistemologia e in etica, che considera i valori come puramente "soggettivi" e la scienza come puramente "oggettiva". Fatti e valori sono intrecciati in almeno due sensi. In primo luogo, i giudizi fattuali anche in fisica, come quelli sulla coerenza, sulla semplicità, "dipendono da valori epistemici e li presuppongono". In secondo luogo, i valori e i fatti sono intrecciati in modo "logico" o "grammaticale". Le descrizioni negative come "crucele" e le descrizioni positive come "giusto", "misurato", "per usarle con discernimento occorre essere in grado di comprendere un *punto di vista valutativo*".⁴²

Tutte le volte che ci troviamo di fronte a un fatto, in particolare di fronte a un fatto che possiamo cambiare, Popper ci invita a chiederci se esso sia conforme o meno a certi standards. È importante rilevare che questo non significa chiederci se esso ci piace o meno. La relazione di valutazione considerata logicamente, è totalmente diversa da una relazione psicologica personale (che non è uno standard ma un fatto) di simpatia o antipatia nei confronti del fatto o dello standard in questione. "Le nostre simpatie e antipatie sono fatti che possono essere valutati come qualsiasi altro fatto",⁴³ ma non possono valutare le norme e gli standard. Le questioni fattuali (*quid facti?*) sono distinte da quelle di legittimità (*quid juris?*).

42 PUTNAM. *La filosofia nell'età della scienza...*, pp. 194-195.

43 POPPER. *The Open Society...*, p. 384.

I progressi della coscienza morale

Confutando un certo grado di *misologia*, cioè di odio per la ragione, nelle questioni morali, si può annotare che sia le prescrizioni sia le proposizioni fattuali hanno tanti aspetti comuni, perché entrambe si possono discutere, criticare e ci aiutano a prendere delle decisioni sensate. Come per le prime così per le seconde esistono delle idee regolative. Nel campo dei fatti, è l'idea regolativa della verità come corrispondenza fra un enunciato e un fatto; nel campo delle proposte e degli standards morali l'idea regolativa è quella di giusto o bene. Si può dire che una proposta è giusta o sbagliata, buona o cattiva se corrisponde o meno a certi standard che abbiamo deciso di adottare.

Benché non si disponga di alcun criterio di giustizia assoluta, si possono fare progressi e, come nel campo dei fatti, scoperte nell'etica. "Che la crudeltà sia sempre "cattiva"; che essa debba sempre essere evitata dove possibile; che la regola aurea sia un buon standard che può forse essere migliorato dal fare agli altri, quando possibile, quello che *essi* desiderano sia fatto loro: questi sono esempi elementari ed estremamente importati di scoperte nel campo degli standards. Queste scoperte creano standards, possiamo dire, dal nulla: come nel campo della scoperta fattuale, noi dobbiamo elevarci con le nostre proprie forze. Questo è il fatto incredibile: che noi possiamo imparare dai nostri errori e dalla critica; e che possiamo imparare nel campo degli standards proprio come nel campo dei fatti".⁴⁴

Il progresso della coscienza morale è attestato nel mondo libero occidentale e anche in tante altre parti del mondo dalla lotta per l'abolizione, in gran parte, dei maggiori malanni che hanno storicamente finora insidiato la via sociale dell'uomo e che potrebbero essere definitivamente sconfitti con la cooperazione sociale internazionale. Popper ne fa il seguente elenco: "la povertà; la disoccupazione e alcune forme analoghe di insicurezza sociale; le malattie e le sofferenze; la crudeltà del diritto penale; la schiavitù e altre

⁴⁴ *Ibid.*, p. 386.

forme di servitù; la discriminazione religiosa e razziale; la mancanza di istituzioni educative; le rigide differenze di classe; la guerra".⁴⁵

A questo elenco, attestante gli innegabili e profondi progressi della coscienza morale, possiamo aggiungere l'affermazione nella nostra cultura della critica e della lotta alla discriminazione di genere, all'omofobia, allo specismo e alla guerra d'aggressione e soprattutto la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (1948) e la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005).

Il discorso morale, come ha dimostrato Hare, ha, inoltre, alcuni requisiti logici essenziali, come la *coerenza logica*, la *prescrittività*, l'*universalizzabilità* e l'*overridingness*, che distingue il giudizio morale dagli altri giudizi valutativi e che denota la preminenza dei valori morali rispetto agli altri valori, essendo quelli morali per definizione quelli che predominano sugli altri.⁴⁶

L'applicatio

Alla luce di quanto ho cercato di argomentare sul rapporto tra scienze biomediche e filosofia e sulla natura epistemologica dell'etica e della bioetica, si può rispondere alla domanda iniziale che "l'etica è parte integrante e non accessoria della pratica clinica", come il Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario ha chiaramente affermato nel *Documento di Trento* (approvato dal gruppo il 10 ottobre 2013).

Per cogliere il nesso profondo tra la bioetica e la pratica clinica, occorre considerare l'enorme portata teoretica dell'*applicatio*, essendo la bioetica una forma di etica applicata. È stato soprattutto Gadamer a riprendere il senso aristotelico dell'*applicatio*, a innovarlo e a riproporlo nella nostra cultura.⁴⁷ Il comprendere non è un atto pura-

45 POPPER KR. *La storia del nostro tempo: visione di un ottimista in Congetture e confutazioni*. Bologna: il Mulino; 1972: 627, vol.2.

46 HARE R. *Il pensiero morale*. Bologna: il Mulino; 1989: 56.

47 Per l'approfondimento del rapporto tra l'applicazione e la filosofia pratica in Gadamer mi permetto rimandare al mio volume, *La praticità della ragione ermeneutica. Ragione e morale in Gadamer*. Bari: Edizioni Levante; 1984: 113-149.

mente intellettuale, ma è un atto dell'esistenza, è un modo di essere, un conoscersi in qualche cosa in vista dell'azione. "Comprendere significa sempre, necessariamente, applicare".⁴⁸ Applicare non è adattare qualcosa di generale (teoria, norma), dato anticipatamente, per illuminare e comprendere, dopo, una situazione o un caso particolare, ma è un momento costitutivo della comprensione dell'universale stesso. Così anche la teoria non è uno strumento, come nel mondo moderno, per dominare la prassi, né è subordinata alla prassi. La teoria, come nella concezione greca, non solo non sta in contrasto con la prassi, ma è "essa stessa una prassi", è il modo più alto di essere dell'uomo.

La razionalità pratica è la condizione per l'esercizio della razionalità teoretica. Nell'etica, come ha insegnato Aristotele, noi non vogliamo sapere soltanto per sapere che cos'è la virtù, ma per diventare buoni. Occorre la "razionalità responsabile", la saggezza, che è un tipo di razionalità e di sapere diverso sia dalla scienza che dalla tecnica.

La teoria gadameriana dell'*applicatio* tenta di superare la dicotomia kantiana espressa nella *Kritik der Urtheilskraft*, tra giudizio determinante e giudizio riflettente. Come è noto, per Kant, il giudizio in genere è "la facoltà di pensare il particolare come contenuto dell'universale".⁴⁹ Kant distingue il giudizio determinante, in cui si opera la sussunzione del particolare sotto l'universale dato (regola, principio o legge), dal giudizio riflettente, in cui si cerca un concetto universale per un particolare dato. Richiamandosi espressamente ad Hegel, che aveva "validamente" mostrato il carattere astratto della separazione delle suddette due funzioni del giudizio, perché il giudizio in realtà svolge sempre ambedue le funzioni, Gadamer afferma che "l'universale sotto il quale si sussume un particolare si determina ulteriormente proprio mediante questo".⁵⁰ Il concreto particolare è un momento sempre determinante per il contenuto dell'universale. Il significato giuridico di una legge, infatti, si determina attraverso la

48 GADAMER HG. *Wahrheit und Methode*. Tübingen: Mohr; 1960: 292.

49 KANT I. *Critica del giudizio*. Bari: Laterza; 1972: 18.

50 GADAMER HG. *Verità e metodo*. Milano: Bompiani; 2004: 1044. Appendice III: Prefazione all'edizione italiana (1972).

giurisprudenza; così in generale l'universalità della norma si determina attraverso il singolo caso concreto, come ha mostrato Aristotele nella sua critica all'idea platonica del bene, considerata vuota perché pensata come un ente universalissimo. Il bene va pensato non idealisticamente in sé, ma nel suo triplice ordine dell'essere: anima, Stato e mondo. La critica aristotelica è soprattutto critica dell'ipostizzazione dell'universale.

L'*applicatio* comporta una visione non astratta, idealistica, ma concreta dell'universale (principi, norme), nel senso che l'universale viene tematizzato in stretto rapporto con l'applicazione al particolare e pertanto concretesce ("concreto" deriva dal latino "concretus", part. passato di "concretere"), cresce assieme al particolare e alla situazione. Si tratta sia di "concretizzare un sapere universale" (*Allgemeinwissen zu konkretisieren*) sia di "universalizzare il concreto" (*Konkretes zu verallgemeinern*).⁵¹

Il rapporto tra i principi morali e i casi particolari è dialettico, circolare, può essere regolato non solo dal modello *top-down*, ma anche da quello *bottom-up*. Non sempre è possibile applicare dall'alto (*top*) un principio a un caso particolare (*down*), a volte i casi sono così nuovi e inediti che bisogna partire dal caso (*bottom*) per far emergere i principi (*up*) attraverso un impegno ermeneutico creativo.

La comprensione del senso di una norma non è codificabile apriori, ma ha una decisa connotazione progettuale, creativa. Non è implicito nella norma il modo in cui sarà applicata, perché le situazioni sono molteplici e sempre nuove, mentre la norma è unica e fissa. Occorre mediare, pertanto, creativamente e concretamente la norma generale e la situazione particolare, teoria e prassi. Il momento applicativo è un continuo misurarsi non solo confermativo ma anche inventivo con la prassi.

La destinazione della filosofia pratica è indubbiamente la prassi, ma, in quanto istruzione teoretica, non ci può garantire che siamo in grado di individuare ciò che è giusto *hic et nunc*. Questo rimane il compito della prassi, della virtù della ragionevolezza pratica, della coscienza morale personale.

⁵¹ GADAMER HG. *Die Idee des Gutes zwischen Plato und Aristoteles*. Heidelberg: Winter; 1978: 97.

Da questa concezione dell'universale scaturisce l'importanza decisiva dell'applicazione, che non viene più intesa come un'operazione sussidiaria, posticcia, che si aggiunge a "cose fatte" alla comprensione e alla spiegazione, ma è momento costitutivo della conoscenza, che è codeterminata dall'universale e dal particolare, dal concetto e dall'esperienza. È l'*applicatio* che getta il ponte tra il generalismo e lo specialismo, tra l'etica fondamentale e l'etica applicata, tra la scienza medica e la pratica clinica.⁵²

Aristotele elabora la sua filosofia politica analizzando in particolare più di 158 tipi di costituzione, di cui si è conservato solo il frammento sulla costituzione degli ateniesi. La filosofia dell'arte di Aristotele è sorretta dallo studio della tragedia dell'epoca, come la sua metafisica è illuminata dalle sue ricerche scientifiche sul mondo degli animali e sulla natura e dal metodo empirico e dalla visione della scienza come scienza delle cause (*aitiologia*) di Ippocrate. Per Jaeger, la scienza etica di Socrate è impensabile senza il modello della medicina di Ippocrate, che con il suo celebre *Giuramento* ricorda ancora oggi al medico che il malato non è un oggetto, un mezzo, ma un fine, un valore e pertanto va rispettato.

Questi esempi sono indicativi dello strettissimo rapporto tra teoria e prassi. Il puro filosofo è il puro asino, così come si diceva nel Medioevo della logica, intesa non come arte del ragionare correttamente ma unicamente come scienza in quanto tale (*purus logicus purus asinus*).

La filosofia nasce sempre in un ambito esperienziale particolare, è sempre filosofia applicata, come l'esperienza morale è sempre esperienza che avviene in un contesto storico particolare con singole persone.

Baltasar Gracian consiglia all'uomo saggio di dotarsi di "un pizzico dell'anima del commerciante", di "quel tanto appena che basti per non vedersi ingannato e magari irriso" e lo invita a diventare "uomo d'azione, giacché, se anche non consiste nell'agire il meglio delle attività umane, l'azione è sempre la cosa più necessaria del vi-

⁵² Sulla struttura ternaria (principi o norme, situazione, coscienza personale) dell'esperienza morale rimando al mio volume: *Pensare la vita. Bioetica e nuove prospettive euristiche*. Bari: Cacucci; 2013: capp. V, VII.

vere. A che serve il sapere, se non ha in sé nulla di pratico? Il saper vivere è oggi il vero sapere”.⁵³

È infatti, nella prassi, che si costruisce la nostra individualità personale. Se si vuole comprendere l’umanità “bisogna coglierla nel suo vivente operare, nella sua attività globale”,⁵⁴ afferma Mounier. Dai frutti si vede la bontà del seme.

La consulenza etica tra expertise e counseling

La bioetica clinica è etica applicata e si occupa dei problemi che sorgono “al letto del malato” e nella pratica clinica.⁵⁵ Il bioeticista clinico è un consulente filosofico e quest’ultimo è a suo modo un eticista “applicato”. “Esigendo che la teoria si ponga al servizio della pratica, la consulenza filosofica propizia *anch’essa* – annota Cattorini, che coglie il profondo nesso tra la pratica filosofica e l’etica applicata – un’*applicazione dell’etica* in grado di opporsi alle ovvietà, ai pregiudizi, ai tabù, che inquinano tanto la vita personale quanto le modalità di pensiero del consultante. Analisi delle passioni, cura degli affetti, interpretazione dei dilemmi decisionali, esercizio spregiudicato del dialogo, metamorfosi della volontà, esame “socratico” di coscienza sono i *luoghi morali* in cui la consulenza impegna il proprio amore di sapienza/saggezza, cioè la propria passione filosofica”.⁵⁶

Tale passione ha cura anche della vita del nostro pensiero, che è minacciata dalla presenza del male, della contraddizione, dell’errore, di sofismi e paralogismi. Cattorini fa esplicito riferimento a “salti logici, incongruenze fra percezioni e teorie, fraintendimenti emotivi,

53 GRACIAN B. *Oracolo manuale e arte di prudenza*. Milano: Rizzoli; 1967: 158.

54 MOUNIER E. *Il personalismo*. Roma: A.V.E.; 1964: 32.

55 Cfr. in particolare: SPAGNOLO AG. *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*. Torino: Edizioni Camilliane; 1997: 261-286; GRACIA D. *Bioetica clinica* in LEONE S, PRIVITERA S (a cura di). *Nuovo Dizionario di Bioetica*. Roma: Città Nuova; 2004: 114-118; DRANE JF. *Bioetica clinica* in RUSSO G. *Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia*. Leumann (Torino): ELLEDICI; 2004: 339-352; SPAGNOLO AG, COMORETTO N. *Bioetica clinica* (Parte medica e Parte etica) in AA.VV. *Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane (vol. II); 2009: 183-202.

56 CATTORINI P. *Bioetica clinica e consulenza filosofica*. Milano: Apogeo; 2008: 12.

tautologie e pensieri circolari, luoghi comuni accettati acriticamente. Aver *cura di sé* significa bonificare queste zone paludose, portare a coerenza la vita vissuta con i valori professati, interrogare i pregiudizi e le ovvietà, che ci rendono ciechi alla verità”.⁵⁷

Il consulente bioetico deve essere in possesso di una duplice competenza, quella specifica (*expertise*) in etica e quella più generale di tipo relazionale (*counseling*).

Dare ragione delle nostre scelte è uno dei compiti essenziali dell’etica. Senza volontarietà e senza razionalità non c’è una vera scelta. In ambito pubblico la corretta giustificazione razionale del proprio punto di vista è fondamentale, per Boniolo, che propugna una bioetica deliberativa, “solo questa vale in ambito pubblico”.⁵⁸

Per ben deliberare in ambito etico su questioni di biomedicina occorre una triplice competenza:

1. *La sufficiente competenza scientifica*: si dovrebbe conoscere il dato scientifico sulle cui implicazioni etiche si va a deliberare.

2. *La sufficiente competenza etica*: anche l’etica, come tutte le discipline filosofiche, ha un suo sapere specifico, ha le sue tecniche logiche e argomentative, la sua struttura epistemologica, il suo linguaggio. Avere conoscenze storiche è importante, ma la capacità di svolgere una buona analisi etica di un caso o di una situazione non coincide col “sapere di storia delle dottrine morali o di storia dell’etica”.⁵⁹

3. *La sufficiente competenza retorica*: sapere abbastanza di come svolgere un argomento per non parlare a vuoto, saper ragionare ed esprimere pubblicamente e correttamente le proprie ragioni. “In un processo deliberativo, pena la cessazione formale del processo stesso, non dovrebbero essere ammessi, o dovrebbero essere esclusi se

⁵⁷ *Ibid.*, p. 2.

⁵⁸ BONIOLO G. *Il pulpito e la piazza. Democrazia, deliberazione e scienze della vita*. Milano: Raffaello Cortina; 2011: XV. “La deliberazione (*boulesis*) è, per Aristotele, ciò grazie a cui il saggio (*phronimos*), cioè il buon deliberatore, arriva a una scelta (*proairesis*) che determina l’azione (*praxis*) verso quel certo fine. E il fine per eccellenza – scrive Boniolo – è la felicità del cittadino nella felicità della *polis*. Ne segue che si delibera sui mezzi per raggiungere un certo fine, e non sul fine” (*Ibid.*, p. 63). Cfr. anche BONIOLO G, SCHIAVONE G. *Per una bioetica deliberativa* in BONIOLO G, MAUGERI P. *Etica alle frontiere della biomedicina. Per una cittadinanza consapevole*. Milano: Mondadori; 2014: 35-49.

⁵⁹ BONIOLO. *Il pulpito e la piazza* ..., p. 305.

scoperti, – chiarisce Boniolo, che si richiama alla retorica di Aristotele, al metodo medievale sempre attuale della *quaestio* e della *disputatio*, al *problem solving* – i *parrhesiasti* (ossia coloro che parlano tanto per parlare e non portano argomenti), gli *eristi* (ossia coloro che pur avendo capacità retoriche non sanno di che parlano o non perseguono il bene comune), i *paralogisti* (coloro che nell'argomentare cadono, in buona o cattiva fede, in errori di ragionamento)".⁶⁰

Oltre a svolgere funzioni deliberative o di supporto tecnico alle questioni morali in rapporto ai casi clinici e funzioni di informazione, documentazione e formazione nell'ambito della comunità socio-sanitaria, il Servizio di bioetica dovrebbe avere la funzione di prendersi cura (*counseling*) delle singole persone coinvolte, dei loro dilemmi morali, del disagio esistenziale e dei problemi di senso, del dolore.

Goethe nel *Tasso* dice che se l'uomo nel suo tormento tace, un dio gli ha concesso il dono di dire il suo dolore. Questo, afferma Adorno, è ciò che ispira veramente la filosofia: "essa vuole tradurre il dolore nel linguaggio del concetto".⁶¹

Tutti gli uomini, ha ribadito Jaspers, "hanno bisogno di far luce su se stessi e quindi di tranquillizzarsi nell'agire interiore, di dominare con sincerità le difficoltà della vita, di rinunciare liberamente e di tirarsi indietro, di farsi carico della realtà della vita per come è data loro".⁶²

Jaspers pone in chiaro anche la differenza tra la pratica filosofica e la psicoterapia. "Vi è una differenza di significato fra il venire a capo dei problemi della vita, il maturare, l'affermarsi esistenzialmente, da un lato, e il guarire da una nevrosi, dall'altro; e, parallelamente, fra l'aiuto in una situazione di disagio psichico e una terapia medica".⁶³ E ancora in modo molto chiaro: "Tutto ciò che, sul piano

60 *Ibid.*, p. 78. Sulla retorica, oltre alle opere specifiche di Aristotele, Cicerone, Quintiliano, si vedano: PERELMAN C, OLBRECHTS-TYTECA L. *Trattato dell'argomentazione. La nuova retorica*. Torino: Einaudi; 1966; TOULMIN S. *Gli usi dell'argomentazione*. Torino: Rosenberg & Sellier; 1975; BONIOLO G, VIDALI P. *Strumenti per ragionare. Logica e teoria dell'argomentazione*. Milano: Bruno Mondadori; 2011.

61 ADORNO TH. W. *Terminologia filosofica*. Torino: Einaudi; 1975: 78; vol. I.

62 JASPERS. *Il medico nell'età della tecnica...*, p. 142.

63 *Ibid.*

della psicologia del profondo e della chiarificazione esistenziale, accade fra due persone che si guardano negli occhi non può venire trasformato in principio e scopo di una terapia. Si tratta di qualcosa che è possibile in tutte le relazioni umane, che le sorregge quando esse si fanno essenziali e investono i destini personali”.⁶⁴

Il counseling etico approccia il mondo della vita, la storia della singola persona nella sua interezza attraverso la comunicazione e l’ascolto esistenziale.

La regole fondamentali della pratica filosofica

Come ha ben colto Cattorini, il counseling etico-filosofico opera una svolta culturale profonda, perché rifocalizza “sulla *storia del malato* tanto l’impegno sanitario quanto la domanda filosofica”.⁶⁵ Il consulente, come Socrate, “invita a prendersi cura della *vita dei propri pensieri* e mette a disposizione le proprie competenze, affinché si cominci a realizzare con lui quello che dovrà poi continuare anche senza di lui: una domanda e un dialogo esigente fra le diverse teorie, credenze e passioni, che abitano il nostro mondo interno. Spendere realmente tutta la propria vita nella filosofia, aver cura della propria anima, provare il gusto (e talora anche il dolore) di dubitare del proprio ingenuo sapere, sono le qualità, che ci attendiamo da chi *pratica la filosofia*, attività per nulla astratta, ampollosa o accademica”.⁶⁶

L’esigenza della pratica filosofica nel contesto socio-sanitario nasce dalla frammentazione dell’individuo in un *puzzle* e dal suo smembramento “analitico” in parti e organi ad opera della medicina superspecializzata, che ha sviluppato nell’individuo il bisogno di “essere visto e capito, considerato e accettato come se stesso: come quello che è, e non come colui che ha questo o quello (cioè per esempio, questa o quella “malattia”, questa o quella “caratteristica”, la specifica “nevrosi”, il particolare “sintomo” ecc.)”.⁶⁷

⁶⁴ *Ibid.*, p. 144.

⁶⁵ CATTORINI. *Bioetica clinica e consulenza filosofica...*, p. 4.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 3.

⁶⁷ ACHENBACH G. *La consulenza filosofica*. Milano: Apogeo; 2004: 65.

Ogni terapia, infatti, rende un individuo un paziente, il paziente un bisognoso e il bisognoso un oggetto di prestazioni di aiuto esterno. La diagnosi lo rende un caso da trattare. Contro questa logica di tutte le terapie o a integrazione di essa, l'individuo ricerca un'altra prassi, che non è una nuova terapia, ma che gli consente di prendere posizione sulla propria vita, di riflettere sui propri pensieri, di concettualizzare il proprio dolore e di riappropriarsi di se stesso in quanto persona. Questa prassi alternativa o integrativa è la pratica filosofica, che è un pensare dialogico, "vitale e concreto".⁶⁸

La pratica filosofica può aiutare a trasformare i problemi, gli ostacoli, le difficoltà della vita in opportunità, accedendo all'immenso potere delle risorse interiori e promuovendo l'atteggiamento giusto nei confronti della realtà.

Achenbach enuncia le quattro regole fondamentali per i praticanti filosofici:⁶⁹

1. Per arrivare a comprendere i bisogni dei suoi clienti (o, come li chiama, ospiti), il consulente filosofico non deve trattare tutti i clienti allo stesso modo, ma adattare se stesso alle loro diverse necessità.

2. Deve provare a comprendere il suo cliente e aiutarlo a voler capire.

3. Non deve provare a cambiare il suo cliente, ma evitare ogni obiettivo e intenzione predeterminati, a parte l'obiettivo molto generale di alleviare le sue preoccupazioni.

4. Il consulente filosofico deve provare ad aiutare il cliente ad ampliare le sue prospettive, ovvero "la cornice della sua storia" e deve nutrirlo con qualunque cosa sembri appropriato alle circostanze.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 69. Nel counseling il pensare filosofico "non "sa", però alle volte comprende di più; aggancia, non elimina; argomenta discorsivamente e non in modo strategico (è l'anti-strategia pura); fa del semplice un'avventura (l'ermeneutica della vita quotidiana) e del più difficile (per quanto possibile) un semplice problema (un rischioso superamento della contingenza attraverso l'aggiunta di temporanee intuizioni plausibili e sintetiche); significa ampliare (aumentare, concretizzare, rendere preciso) contro ogni seduzione alla riduzione; e ha, tra le altre cose, tre nemici: la convinzione precipitosa, la fredda esattezza e la verità senz'anima. La sua ragionevolezza è quella del "cuore che pensa" (Hegel). Traduco: l'utopia della consulenza filosofica sarebbe l'*anima razionale* o la *ragione sensibile*" (p. 70).

⁶⁹ Cfr.: ACHENBACH G. *About the Center of Philosophical Practice* in VAN DER VLIST W (ed.). *Perspectives in Philosophical Practice: Collected Lectures of the Second International Congress on Philosophical Practice*. Leusden: Vereniging voor Filosofische Practijk; 1996: 9-15.

Il counseling etico e i valori

Indubbiamente il counseling etico-filosofico, pur praticando un approccio globale alla persona, incentrato sull'ascolto attivo,⁷⁰ sulla comprensione empatica e l'accettazione incondizionata del cliente e sull'autenticità e congruenza del counselor,⁷¹ è soprattutto, come la bioetica, un'impresa di ricerca di verità, di saggezza e di riflessione sull'agire e sul destino dell'uomo. Vuole aiutare l'uomo a esplorare la sua "situazione problematica", usando gli strumenti del pensiero filosofico, come l'analisi concettuale e linguistica, per esaminare i concetti e i principi base che costituiscono il fondamento del suo modo di vivere. Si concentra sulla "logica" dell'atteggiamento della persona verso la vita",⁷² sulle idee, sulle ragioni piuttosto che su stati psicologici e fatti contingenti.

Il counseling etico aiuta a decidere. Per essere etica la decisione deve essere volontaria e razionale.

La volontarietà è il frutto della libertà del soggetto, che deve dominare l'emotività, soprattutto quella distruttiva, come la collera, la tristezza, la paura, l'odio, l'illusione, il dubbio afflittivo, l'orgoglio, la crudeltà, le affezioni mentali.⁷³ All'analfabetismo emozionale dominante il counseling potrebbe essere una risposta concreta con un'opera biopedagogica di alfabetizzazione emotiva.⁷⁴

La razionalità, come ci ha insegnato Spinoza nella sua *Etica*, è il

70 Si vedano i contributi fondamentali di ROBERT CARKHUFF, in particolare: *L'arte di aiutare* (Manuale). Trento: Erickson; 1989; *L'arte di aiutare* (Quaderno di esercizi). Trento: Erickson; 1989.

71 Cfr.: ROGERS CR. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli; 1970; *Psicoterapia di consultazione. Nuove idee nella pratica clinica e sociale*. Roma: Astrolabio; 1971. Si veda anche MAY RR. *L'arte del counseling*. Roma: Astrolabio; 1991; BIZOUARD C. *Dall'accoglienza al dialogo*. Milano: Il Samaritano; 1986.

72 LAHAV R. *Comprendere la vita*. Milano: Apogeo; 2004: 137. Si veda anche di Lahav. *Introduction* in LAHAV R, TILLMANNS M (a cura di). *Essays on Philosophical Counseling*. New York: University Press of America; 1995: XII.

73 DALAI LAMA, GOLEMAN D. *Emozioni distruttive. Liberarsi dai tre veleni della mente: rabbia, desiderio e illusione*. Milano: Mondadori; 2004. Nelle scritture buddiste si parla di ottantaquattromila tipi di emozioni negative (p. 106). Nella tradizione cristiana l'equivalente delle emozioni distruttive si possono considerare i peccati capitali: ingordigia, lussuria, avarizia, collera, tristezza, acedia, vanagloria, orgoglio.

74 GOLEMAN D. *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli; 1999: Parte V e Appendici.

frutto di un esercizio quotidiano e di un cammino per liberarsi dall'errore, dall'illusione, dai pregiudizi, dalle idee irrazionali. Antropologicamente "l'errore è inseparabile dalla conoscenza umana, perché ogni conoscenza – annota Morin – è una traduzione, a cominciare da quella dei sensi, specialmente la percezione visiva (di stimoli fotonici sulla retina in un codice binario di un messaggio trasmesso dal nervo ottico, messaggio ricostruito e trasformato dal cervello che ne fa una percezione). Ora, ogni traduzione rischia l'errore, ogni ricostruzione rischia l'errore, il rischio di errore è dunque inerente alla conoscenza. Bisogna sapere anche che "coloro che prendono una parte della verità per la verità sono nell'errore". Noi sotto-stimiamo l'errore quando ignoriamo che esso gioca un ruolo pericoloso e talvolta mortale nelle nostre imprese e nelle nostre vite".⁷⁵

L'errore si può superare solo se lo riconosciamo. Per Popper, l'unica strada per progredire nella conoscenza è l'eliminazione degli errori. A tale proposito è fondamentale la *metacognizione* ovvero la conoscenza della conoscenza, che comprende la complessità e la difficoltà della conoscenza e i rischi permanenti dell'errore, dell'autoinganno, di tutto ciò che può accecare la mente umana, impedendo all'uomo di fare scelte libere e razionali.

Il counseling etico, come il dialogo socratico, al quale si ispira, non è assiologicamente neutro, perché impegnato a perseguire la verità e il bene. Per questo, come ha ben colto David Jopling,⁷⁶ il consulente filosofico assume "una posizione debole *non-direttiva*" nei confronti del cliente. Tale posizione lo rende neutrale "rispetto allo specifico contenuto di opinioni, scelte e valori personali del cliente". Assume, però, "una posizione filosoficamente critica" rispetto alle scelte, ai modelli di ragionamento e ad altre proprietà formali della concezione del cliente (per esempio la coerenza, la consistenza, la plausibilità dell'adeguatezza esplicativa), quando queste abbiano un rilevante valore probatorio e criteriologico; oppure egli assume una "posizione *direttiva* debole", cioè "una posizione filosoficamente critica e valutativa rispetto (almeno) al contenuto e alle implicazioni

⁷⁵ MORIN. *Insegnare a vivere...*, p. 70.

⁷⁶ JOPLING D. *Philosophical Counseling. Truth and Self-Interpretation*. Journal of Applied Philosophy. 1996; 13 (3): 297-310, pp. 307-308.

delle opinioni, delle scelte e dei valori del cliente, così come a tutte le caratteristiche probanti, criteriologiche, logiche della concezione del cliente”.

Indubbiamente nel counseling etico-filosofico la dimensione logica è centrale.⁷⁷ Anche se pensare bene non ha sempre e necessariamente come effetto l’agire bene, è innegabile, però, che pensare male, in modo poco corretto comporta come effetto l’agire male.

Un campo di ricerca molto interessante e utile è proprio quello che viene dalla ricca fenomenologia delle logiche fittizie, delle distorsioni cognitive, che hanno la loro fonte nelle convinzioni errate e che producono malessere, disagio, conflitti, paure e comportamenti distruttivi di sé e degli altri.

Uno dei compiti più urgenti del counseling etico-filosofico è aiutare a liberarsi dalle distorsioni cognitive, dalle irrazionalità, dalla fallacie, dall’autoinganno e dagli errori logici e valutativi della mente umana, per poter decidere correttamente e responsabilmente.

La storia della filosofia, orientale (Confucio, Buddha, Lao-Tzu) e occidentale (Socrate, Platone, Aristotele, Epicuro, Epitteto, Kant, Dewey, Russell, Popper), e le scienze cognitive (Ellis, Beck, Lazarus, Goleman)⁷⁸ hanno enucleato alcune delle numerose distorsioni cognitive, che hanno intossicato la storia umana e continuano a intossicare la vita di tante persone.

Vorrei citare solo alcune di queste convinzioni irrazionali:

- l’*ipergeneralizzazione*: il soggetto assume un singolo evento come regola generale da applicarsi a situazioni diverse, senza procedere mai ad alcuna verifica;

- la *distorsione*: si focalizza l’attenzione solo su alcuni aspetti della realtà, ignorandone altri;

77 Sul ruolo della logica e del pensiero critico nella consulenza filosofica si veda COHEN E. *Philosophical Counseling: Some Role of Critical Thinking* in LAHAV R, TILLMANN M (a cura di). *Essays on Philosophical Counseling*. Lanham: University press of America; 1995: 121-132; COHEN E. *Philosophers at Work*. New York: Holt, Rinehart& Winston; 1989.

78 ELLIS A. *L’autoterapia razionale-emozionale*. Trento: Erickson; 1993; ID. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio; 1989. BECK AT. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio; 1990; GOLEMAN D. *Menzogna, autoinganno, illusione*. Milano: Rizzoli; 2013; STROCCHI CM. *Penso bene mi sento meglio. Per imparare a pensare in modo razionale*. Cinisello Balsamo: San Paolo; 2004; NANETTI F. *Counseling ad orientamento umanistico-esistenziale*. Bologna: Pendragon; 2009.

- il *pensiero bipolare*: il soggetto vive la realtà in termini di categorie estreme (“bianco o nero”. “tutto o niente”), senza individuare tonalità intermedie;

- la *personalizzazione*: il soggetto si pone al centro dell’universo e si attribuisce, secondo procedure di carattere inferenziale, la responsabilità di un qualsiasi evento negativo, senza che esista alcuna ragione oggettiva;

- i *pensieri assoluti*: il soggetto si basa esclusivamente sulle proprie emozioni o su superficiali intuizioni, per interpretare la realtà, senza tener conto di principi logici e razionali.

Il counseling attraverso l’ascolto e il dialogo attiva un processo di autoconsapevolezza e di ristrutturazione cognitiva, mediante il quale il soggetto impara a mettere in discussione (*disputing*) le convinzioni irrazionali, che possono avere origine anche sociale, e a liberarsene.

Come nel dialogo socratico, all’ascolto e alla comprensione dell’altro si accompagna, attraverso il confronto libero e sereno, la giustificazione critica delle idee, per verificare pubblicamente se sono corrette, vere, plausibili.

Nel counseling filosofico le persone si devono comprendere sempre, altrimenti non sarebbe counseling; le idee ovvero il contenuto oggettivo delle nostre affermazioni e delle nostre scelte devono essere sempre sottoposte alla critica razionale e al confronto pubblico, altrimenti non sarebbe filosofia.

Aggiungiamo, infine, con Peter B. Raabe: “un consulente filosofico non discuterà questioni senza considerazioni morali. Con ciò voglio dire che aiuterà il cliente a ottenere i suoi obiettivi fintanto che essi siano moralmente ragionevoli e accettabili, finché cioè non siano potenzialmente nocivi per il cliente o per la comunità”. La consulenza filosofica vuol essere in fondo “un aiuto al cliente nel suo tentativo di cambiare e migliorare sia il proprio pensiero che la propria vita”.⁷⁹

Il Servizio di bioetica per la sua struttura interdisciplinare può

⁷⁹ RAABE PB. *Teoria e pratica della consulenza filosofica. Idee fondamentali, metodi e casi di studio*. Milano: Apogeo; 2006: 224-225.

produrre un *edge effect*, un effetto di confine, come lo chiamano gli ecologisti, che è quello di porre la persona al centro dell'organizzazione sanitaria e come obiettivo comune di tutte le professioni sanitarie. Questo effetto potrebbe rafforzare la tanto auspicata condivisione interprofessionale della cura (*shared care*), che innescherebbe un processo di miglioramento della qualità organizzativa e professionale dei servizi deputati a garantire il diritto alla salute del cittadino.

Parole chiave: counselling etico; bioetica clinica; pratica filosofica.

Key-words: ethical counselling; clinical bioethics; philosophical practice.

RIASSUNTO

La bioetica clinica è etica applicata e si occupa dei problemi morali che sorgono al "letto del malato" e nella pratica clinica. Il consulente bioetico deve essere in possesso di una duplice competenza, quella specifica (expertise) in etica applicata e quella più generale di tipo relazionale (counseling). Oltre a svolgere funzioni deliberative o di supporto tecnico alle questioni morali in rapporto ai casi clinici e funzioni di informazione, documentazione e formazione nell'ambito della comunità socio-sanitaria, il Servizio di bioetica dovrebbe prendersi cura (counseling) delle singole persone coinvolte, dei loro dilemmi morali, del disagio esistenziale e dei problemi di senso. Deve aiutare il paziente a concettualizzare il dolore.

Il consulente bioetico può offrire il supporto tecnico, valoriale, relazionale, perché i diretti interessati possano prendere le opportune decisioni morali.

Il counselling etico-filosofico può operare una svolta culturale profonda, perché pone la persona malata al centro dell'impegno socio-sanitario.

SUMMARY

Ethical consultation in clinical practice between expertise and counselling: foundational aspects.

Clinical ethics is mainly applied ethics. It deals with moral problems, rising at the bedside and in a real-life ethical practice. The bioethical consul-

tant should possess two main competences: one competence is specific, and we may define it “expertise”; the other one is more broad in scope and it shows an intrinsic relational nature, and we will refer to it as “counselling”. Bioethical Consultation in the NHS (National Health System) should take care by counselling the individual persons involved about their moral dilemmas, their existential malaise, and their questions over the sense of life. Bioethical consultation should help patients to conceptualize their suffering.

The bioethical consultant, as a consequence, could offer technical (meaning ethical), value-based, and relational support, in order to allow people to take decisions in life, that is, being more conscious of the sense that these decisions will take in their life as a whole. Philosophical-ethical counselling could provide a radical cultural change in the way medical care is conceptualized in health systems, in so far as persons are the centre of the engagement of the NHS.

La consulenza etica nella pratica clinica dei trapianti*

Giuseppe Piccolo**

*C'era una volta un colibrì che danzava veloce tra le mangrovie della savana.
Poco più lontano, un incendio divampò dalla sterpaglia secca dell'altipiano
e tutti gli animali si diedero alla fuga. Il colibrì invece, spiccò il volo
dritto verso l'incendio, con una goccia d'acqua nel becco.
Un vecchio elefante lo vide e gli disse "ehi piccolo,
stai andando nella direzione sbagliata!" Il colibrì rispose:
"vado a spegnere l'incendio". L'elefante lo ammonì senza voltarsi
"non puoi spegnere un incendio con una goccia d'acqua nel becco".
"Io faccio la mia parte", rispose il colibrì.
(leggenda africana)*

Premessa

Lavoro presso il Centro di Riferimento per i trapianti del Nord Italia Transplant dal 1990. In un quarto di secolo sono cambiate molte cose nella medicina dei trapianti: l'aumento progressivo delle donazioni da cadavere e dei trapianti (e recentemente da vivente), lo sviluppo della Rete Nazionale Trapianti, il miglioramento dei farmaci anti-rigetto. In generale è migliorata la capacità della "Transplant Community" di rispondere al bisogno di cura dei soggetti in attesa di trapianto. In particolare, credo che l'esperienza del percorso donazione-trapianto abbia consentito ad alcune migliaia di operatori sanitari di maturare la consapevolezza che il

* Un sentito ringraziamento al prof. Mario Picozzi, Coordinatore del gruppo di lavoro NITp sull'etica; al dr. Giuseppe Rossini e alla dr.ssa Tullia Maria De Feo, proattivi elementi del gruppo stesso; al dr. Massimo Cardillo, Presidente del NITp. Infine un grato pensiero alla Sig.ra Daniela Notari, musa ispiratrice della chiosa d'apertura.

** Medico, Direttore ff Uoc Coordinamento Trapianti – Centro di Riferimento per i Trapianti della Regione Lombardia-Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico-Milano (recapito per la corrispondenza: giuseppe.piccolo@policlinico.mi.it).

Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto è prima di tutto un fatto di etica, che compete a tutti e ciascuno.

Il ruolo istituzionale di un Centro di Riferimento per i trapianti è l'assegnazione degli organi a dei soggetti in attesa. Si tratta in sostanza di amministrare un bene prezioso in regime di carenza: molti pazienti in lista rispetto agli organi disponibili. Si dice talvolta che il "trapianto è vittima del proprio successo": più trapianti si fanno e con migliori risultati, più i centri tendono ad allargare i criteri di inserimento in lista e il divario tra fabbisogno e disponibilità di organi aumenta.

Il sistema di regole che la comunità dei trapianti si è data per assicurare il buon uso degli organi è rigorosamente sorvegliato e periodicamente verificato. La trasparenza dell'intero sistema e la diffusione pubblica dei risultati concorrono alla credibilità dei trapianti da donatore cadavere e alla fiducia da parte dei cittadini. Il cammino della comunità dei trapianti, iniziato in Italia negli anni '80, poggia su due "gambe": una è quella "sociale", che fornisce il consenso alla donazione e la delega fiduciaria al buon uso di organi, tessuti e cellule; l'altra è quella "sanitaria" che deve declinare nella pratica quotidiana la massima "la società dà (donazione), la società riceve (trapianto)".¹ Le istituzioni dovrebbero sovrintendere alla governance delle due gambe per sostenerne il cammino armonico.

Da questa breve premessa si potrebbe dedurre che alla maturazione del sistema trapianti corrisponda un progressivo svezamento dal bisogno di consulenza etica. Sulla base delle peculiarità etiche dei trapianti e delle esperienze maturate in ambito NITp, credo si possa affermare il contrario. Proverò quindi a spiegare perché le scelte degli operatori della rete trapianti hanno un bisogno crescente di una sorta di "audit etico" ad opera di una parte terza.

¹ COUNCIL OF EUROPE. *Organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation. A European consensus document*.1996.

Etica e peculiarità dei trapianti

La medicina dei trapianti estende l'etica del rapporto medico-paziente a più soggetti "deboli", seguendo un filo conduttore chiamato "processo donazione-trapianto".

Questo percorso si sviluppa tra i nodi della rete (regionale, macroregionale, nazionale, europea, mondiale) ed è sospinto dalla forza di propagazione che i singoli operatori della rete stessa imprimono al processo (Fig. 1).

Il tempo che intercorre tra l'inizio e la fine di ciascun ciclo del percorso donazione-trapianto varia da poche ore a molti anni. L'inizio del percorso corrisponde all'identificazione del potenziale donatore (deceduto o vivente), la fine coincide con la cessata funzione dell'organo/tessuto trapiantato (o al decesso del soggetto trapiantato). Nella pratica quotidiana, di fronte ad un soggetto deceduto in ospedale, in pochi minuti i sanitari operano, discrezionalmente, la

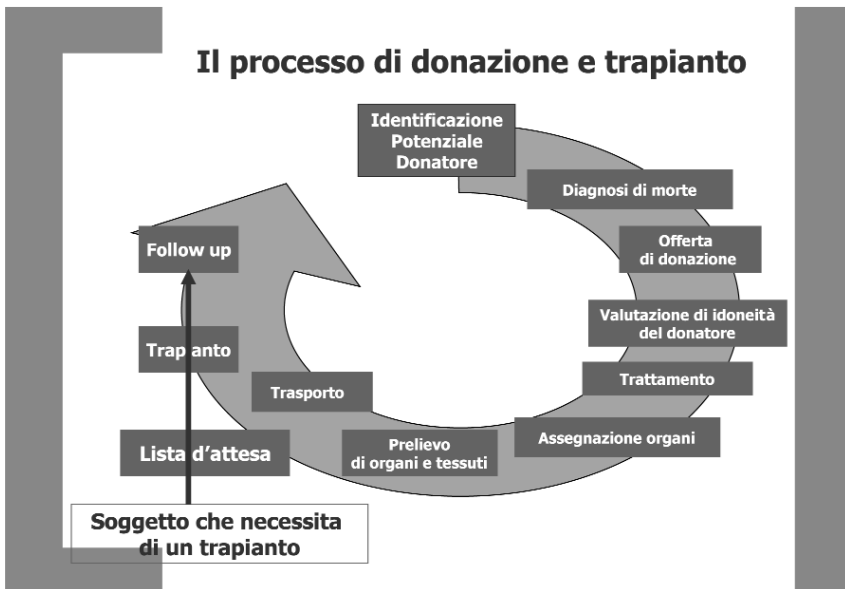


Figura 1

scelta di attivare o non attivare il percorso di donazione “post-mortem”. Offrire o non offrire ai familiari di un soggetto deceduto la possibilità di donazione a scopo di trapianto fa la differenza. Paradossalmente, il primo ciclo donazione-trapianto della storia d’Italia, innescato dalla manifestazione di volontà espressa in vita da don Carlo Gnocchi, non si è ancora concluso. Infatti, a distanza di 59 anni, è ancora in sede di innesto la cornea trapiantata nel 1956 a Silvio Colagrande, per anni direttore dell’Istituto don Gnocchi a Inverigo (CO).

L’aspetto più peculiare del sistema trapianti è che l’inizio del percorso di donazione non è presidiato, come normalmente avviene per qualsiasi percorso diagnostico-terapeutico di un ospedale. I sanitari che si prodigano per rendere disponibili gli organi e i tessuti di un soggetto deceduto partecipano, indirettamente, alla cura di soggetti a loro sconosciuti. Questo però avviene solo se:

1. l’operatore sanitario pensa che quel soggetto deceduto è un potenziale donatore;
2. l’operatore sanitario passa dal pensiero all’azione iniziando il processo.

La pulsione etica all’agire è lasciata al libero arbitrio del singolo operatore sanitario e la comunità nosocomiale riconosce il processo di donazione come “valore di scopo” solo quando si realizza. Le “non donazioni”, che rappresentano il potenziale inespresso di un ospedale, vengono comunque monitorate e sistematicamente rendicontate dai “Coordinamenti Locali di Prelievo” ai Coordinamenti Regionali, quindi al Centro Nazionale Trapianti. Dall’esterno il sistema è descrivibile quindi come di “donazione-non donazione”, ma proprio poiché la “non donazione” non è immediatamente evidente, la consulenza etica è raramente coinvolta in questa tematica.

Analoga situazione si verifica sul versante del trapianto, ove l’inserimento in lista d’attesa segna l’inizio del percorso trapiantologico. I soggetti che entrano in lista d’attesa ricevono dai curanti la comunicazione che per curare la loro malattia è necessario un trapianto. A differenza della chirurgia elettiva convenzionale, dove gli interventi sono programmati e le date comunicate ai pazienti, i medici dei trapianti non possono stabilire con certezza né se il trapianto arriverà né soprattutto quando arriverà. Dovrebbe a questo

punto apparire bene evidente che i soggetti deboli del sistema donazione-trapianto sono gli stessi candidati al trapianto da un lato ed i familiari dei donatori di organi/tessuti dall'altro. L'elemento comune per entrambi è la potenzialità di un evento (la donazione/il trapianto), che il sanitario ha il dovere di comunicare per tempo, al fine di rendere possibile loro una scelta condivisa. Ad ogni step del processo donazione-trapianto corrisponde un quesito cui sono tenuti a rispondere i sanitari coinvolti. Alcuni dei quesiti più frequenti sono:

- Tutti i soggetti con indicazioni al trapianto vengono inseriti in lista d'attesa (o esclusi dall'inserimento) con gli stessi criteri?

- Tutti i soggetti che entrano in lista ricevono le informazioni necessarie per poter accettare organi da donatori a rischio "non standard"?

- Tutti i candidati in attesa vengono selezionati con gli stessi criteri di assegnazione degli organi?

- Tutti i familiari dei soggetti deceduti vengono informati della possibilità di donazione post mortem?

- Tutte le famiglie dei donatori ricevono una restituzione sull'esito delle donazione?

- Tutti i soggetti in dialisi (o che dovranno iniziare la dialisi) ed i loro familiari vengono informati del trapianto da donatore cadavere e da donatore vivente?

Il termine "tutti" indica l'attenzione che eticamente si riconosce a ogni singolo soggetto. La risposta ad ogni quesito richiede consapevolezza del proprio ruolo tra i sanitari coinvolti, comportamenti coerenti con gli assunti etici, misurazione degli effetti di tali comportamenti.

Il connubio tra consulenza etica e trapianti

L'applicazione coerente dei principi etici dei trapianti rappresenta forse l'elemento più critico di tutto il sistema donazione-trapianto. Nella prassi quotidiana, gli operatori sanitari sperimentano situazioni non previste da normative e protocolli, che coinvolgono sempre e comunque soggetti deboli. Proprio perchè vi sono casi non previsti

dai protocolli, il dubbio sorge spontaneo e se il singolo operatore lo palesa, il caso diviene terreno fertile per una rivisitazione etica, fino ad allora non evidente. Ogniquale volta un operatore della rete trapianti pone un dubbio etico nell'applicazione delle linee-guida e i protocolli (in uso o di nuova introduzione), si accende potenzialmente la necessità di una consulenza etica.

Già all'inizio degli anni '90, la transplant community del NITP aveva condiviso il valore del dubbio, coinvolgendo nei temi delicati dei trapianti alcuni elementi della società civile, tra cui gli esperti di bioetica, i giornalisti, i magistrati, le Associazioni. Con la legge 91/99 sull'organizzazione della rete trapianti, le stesse tematiche sono state consegnate al Centro Nazionale Trapianti, perchè istituzionalmente rappresentativo di tutti gli operatori sanitari della rete.

Il bisogno di confronto e l'abitudine alla revisione critica delle scelte ha mantenuto acceso il valore del dubbio in ambito NITP. Questo ha portato, dopo un lungo dibattito tra operatori sanitari e soggetti terzi, tra cui alcuni esperti di bioetica, alla "Carta dei Principi", edita nel 2005. Lo slogan coniato da Mario Picozzi "attraversare il dubbio" bene esprime il sugo della storia recente della comunità trapianti. La Carta dei Principi è il ponte costruito per aiutare i sanitari ad attraversare i dubbi di cui è disseminato il cammino della transplant community. È lo stesso ponte che collega i principi etici dei trapianti con l'applicazione clinica. La testimonianza di come questo ponte è stato attraversato nei casi reali la ritroviamo in "Il trapianto di organi. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche", edito nel 2010.² Nella prefazione di questo testo ritroviamo la sintesi della necessità della consulenza etica nella pratica trapiantologica: *"Le persone in attesa di un organo sono in numero superiore rispetto agli organi a disposizione. Alcuni pazienti muoiono in lista di attesa. Quali i criteri per assegnare un organo? Cosa fare per aumentare la disponibilità di organi? Fino a che punto offrire ai pazienti organi che presentano dei rischi? Si possono utilizzare criteri meritocratici per determinare la lista di attesa? Domande complesse e*

2 PICOZZI M, PIZZI C, CREPALDI R ET AL (a cura di). *La Carta dei Principi Nitp*. Gennaio 2006 (accesso del 18.12.2015, a: http://www.policlinico.mi.it/nitp/area_paziente/altre_informazioni/documenti/carta_principi.pdf).

drammatiche, che quotidianamente si pongono agli operatori, ai pazienti, alle loro famiglie coinvolti nel processo del trapianto. Domande che al contempo riguardano l'intera cittadinanza, sia perché ciascuno è un potenziale donatore e un potenziale ricevente, sia perché i criteri utilizzati devono essere pubblici, trasparenti, condivisi, verificabili. Questo volume raccoglie casi realmente accaduti, in cui emergono i quesiti sopra esposti, nel tentativo di darne risposte argomentate. I trapianti sono un caso paradigmatico: in essi si riassumono, anticipandoli, problemi che riguardano l'intera pratica medica. Per questo contenuti e metodo proposti nel volume possono applicarsi alle diverse discipline sanitarie e alla medicina nel suo insieme. La medicina del futuro sarà sempre più chiamata non solo a spiegare ciò che fa, ma perché lo fa".

Se chiedessimo agli esperti di Bioetica e agli operatori sanitari di aggiornare la Carta dei Principi o il volume pubblicato nel 2010, ci ritroveremmo forse ad attraversare vecchi e nuovi dubbi etici dell'attuale rete trapianti, alla luce di tre nuovi elementi:

1. proprio in virtù dei principi di autodeterminazione delle scelte, equità, proporzionalità, sussidiarietà, beneficalità, l'establishment trapiantologico nazionale sta introducendo cambiamenti di linee-guida nazionali, livelli organizzativi e normative. Si impone una verifica periodica dell'applicazione "coerente" e non solo "cogente" di tali principi.

2. la dimostrazione della praticabilità del prelievo di organi da donatori "a cuore fermo" crea i presupposti per un confronto tra sanitari e bioetici sulle tematiche di fine vita, nell'alveo dei trattamenti di assistenza cardiocircolatoria in soggetti con arresto cardio-circolatorio prolungato (ECLS=Extra Corporeal Life Support).

3. il percorso donazione-trapianto si sta integrando con i percorsi diagnostico-assistenziali aziendali e con le reti di patologia, la reale sfida tra "rete" e "sistema".

Se parte della nostra ricchezza dipende dalla capacità di ereditare il patrimonio culturale del passato, anche recente, credo sempre più verrà chiesta la consulenza etica in uno o più dei 3 elementi nuovi che ho delineato. Alcuni di questi quesiti sono già al vaglio del Gruppo di Lavoro NITp sull'etica, quali ad esempio:

- È lesa un principio etico per i pazienti in dialisi che aspettano

mediamente 20 mesi per completare la valutazione di inserimento in lista d'attesa?

- È corretto avere variopinte policy regionali che ammettono/non ammettono al trapianto pazienti non ancora in dialisi (cosiddetti "pre-emptive") con 7.000 pazienti in dialisi in lista d'attesa?

- È veramente libera la scelta della donazione di rene da vivente se il percorso della donazione da cadavere non viene correttamente proposto dai sanitari al nucleo familiare?

- È corretto informare preliminarmente un paziente della possibilità di un trapianto da donatore a rischio "non standard" e poi decidere di non proporgli proprio gli organi a rischio non standard?

- Va accompagnata la richiesta di donazione di organi palesata dai familiari di un soggetto morente, senza che queste condizioni la condotta terapeutica di fine vita da parte dei sanitari?

Questi e molti altri quesiti richiedono, nella piccolezza e inadeguatezza del mio vissuto di operatore sanitario, il coinvolgimento di chi si occupa di etica e indicano che il testimone va passato a soggetti terzi, non coinvolti direttamente nelle scelte e scveri da condizionamenti (compresi la spending review ed il marketing sanitario), soprattutto se provenienti da posizioni diametralmente opposte su temi delicati. Lo stesso confronto, libero e aperto, che dieci anni fa ha portato alla Carta dei Principi NITP. La carta dei principi venne consegnata agli operatori sanitari per essere verificata sul campo. Oggi abbiamo molti elementi vecchi e nuovi che richiedono di riportare gli effetti delle nostre scelte o gli effetti attesi di ciò che stiamo per cambiare, al vaglio della consulenza etica.

Parole chiave: consulenza etica etica, donazione d'organo, trapianto d'organo, assegnazione degli organi.

Key words: ethics consultation, organ donation, organ transplantation, organ allocation.

RIASSUNTO

Nella medicina dei trapianti l'etica del rapporto medico-paziente si estende in modo peculiare a più soggetti "deboli": i soggetti in lista d'attesa, i familiari dei donatori deceduti, i donatori viventi.

L'applicazione coerente e sistematica dei principi etici dei trapianti rappresenta forse l'elemento più critico di tutto il sistema donazione-trapianto. In Italia, il processo donazione-trapianto, sia da donatore cadavere, sia da donatore vivente, sta vivendo un'evoluzione, regionale e nazionale, che tocca le modalità di applicazione di principi fondanti quali l'equità di accesso alle cure ed il rispetto dell'autodeterminazione dei soggetti coinvolti nella donazione e nel trapianto. Nell'esperienza della Comunità dei Trapianti del NITP (Nord Italia Transplant), il coinvolgimento degli esperti di etica ha portato alla "Carta dei Principi", modello positivo di connubio tra etica e trapianti. Il ricorso alla consulenza etica viene oggi visto, in prospettiva, come un valore aggiunto che assicura l'indipendenza di valutazione di un parte terza rispetto ad alcune scelte critiche della rete regionale e nazionale trapianti nei confronti dei "pazienti" e dei loro familiari.

SUMMARY

Ethics consultation in clinical practice of transplants.

In transplant medicine, ethics of doctor-patient relationship extends particularly to more "weak" subjects: subjects on the waiting list, the families of deceased donors, living donors. The consistent and systematic application of the ethical principles of transplantation is perhaps the most critical element of the whole system donation-transplantation. In Italy, the cadaveric donation-transplantation process, both from cadaveric and living donor, is undergoing an evolution, at regional and national levels, touching on detailed rules for the application of principles such as equality of access to care and respect for the self-determination of stakeholders. In the experience of the NITP's transplant community, the involvement of Ethics experts led to the "Chart of principles", a good match between ethics and clinical transplants.

Ethics consultation is seen, ultimately, as an added value that ensures the independence of evaluation by a third party in the light of some critical choices of regional and national transplant network towards the "patients" and their family members.

La consulenza etica in chirurgia

Carlo Castoro*

Introduzione

La chirurgia, per sua natura, pone imperativi etici da seguire. La violazione dell'integrità del corpo che tutti gli interventi chirurgici comportano viola palesemente il primo "comandamento" cui il medico deve da sempre obbedire: *primum non nocere*.¹

L'intervento chirurgico di per sé va contro questo principio e sta al chirurgo valutare ogni volta danni certi e vantaggi attesi per dare l'indicazione corretta al suo paziente.

Per sua natura l'attività chirurgica è poi un'attività specialistica, come molte altre, se non tutte, quelle dei servizi ospedalieri. Questo comporta un altro problema da affrontare: lo specialista si prende cura di una piccola parte della patologia, della salute, della vita di un paziente e spesso non conosce davvero chi sta curando. L'astrazione della cura specialistica dal contesto generale può essere causa di decisioni etiche gravemente sbagliate pur in presenza di scelte tecniche corrette e di apparenti successi terapeutici. In questo ambito molti interventi mutilanti, lesivi dell'autonomia fisica di pazienti spesso molto anziani, consentono solo un minimo e non significativo aumento della sopravvivenza senza restituire vita degna di questo nome.

La specializzazione, le nuove tecnologie, la ricerca esasperata di nuove tecniche chirurgiche, i grandi progressi della terapia intensiva a sostegno delle funzioni vitali, la mancata percezione dei nostri limiti ci ha fatto perdere di vista troppo spesso i veri obiettivi della

* Medico chirurgo, Responsabile SSD Chirurgia dell'Esophago e delle Vie Digestive, Centro Specializzato Regionale per la Chirurgia dell'Esophago; Dipartimento di Chirurgia Oncologica, Istituto Oncologico Veneto – IOV IRCCS, Padova (recapito per la corrispondenza: carlo.castoro@ioveneto.it).

Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

¹ WALL A, ANGELOS P, BROWN D ET AL. *Ethics in Surgery*. Current Problems in Surgery 2013; 50 (3): 99-134.

cura e le aspettative di vita e di qualità di vita del paziente che abbiamo davanti.

Molte questioni etiche cliniche potrebbero essere affrontate meglio conoscendo dunque bene il paziente e il suo contesto familiare e sociale. Ma il rapporto tra medico, anche specialista, e paziente richiederebbe per questo molto più tempo di quello che le regole del nostro sistema sanitario e l'organizzazione dei nostri ospedali oggi consentono. Il tempo quindi è un fattore importante che va considerato nella allocazione delle risorse e nella pianificazione dei percorsi di diagnosi e cura.

Infine, le politiche sanitarie che spostano priorità assistenziali e risorse economiche, e le linee guida che tendono a restringere la libertà delle scelte cliniche hanno un grande impatto potenziale sulla libertà decisionale del chirurgo su indicazioni a interventi chirurgici e scelte tecniche, aprendo così problematiche etiche complesse.

La mancanza di un percorso formativo in etica clinica, nel corso degli studi medici e di specializzazione in chirurgia, e l'assenza di percorsi codificati all'interno degli ospedali per ottenere una consulenza etica clinica escludono ancora troppo spesso la discussione etica dalla pratica clinica quotidiana.²

Etica e chirurgia

Etica e chirurgia: accostare i due termini poteva essere considerato un ossimoro solo pochi decenni fa. La decisione del chirurgo era considerata a priori giusta sia dal punto di vista medico che da quello morale, nessun dubbio poteva esserci che quella potesse non essere la miglior scelta per la vita del paziente. Minima informazione e discussione su indicazioni e rischi e atteggiamento passivo di fiducia da parte di paziente e famigliari. L'interesse, o meglio la necessità, di affrontare i problemi etici della chirurgia e l'utilità della collaborazione tra chirurghi ed eticisti è emersa solo di recente.³

² KODNER I. *Ethics curricula in surgery: needs and approaches*. World J Surg. 2003; 27: 952-956.

³ McCULLOUGH LB, JONES JW. *The Art of Medicine. Unravelling ethical challenges in surgery*. The Lancet 2009; 374: 1058-59.

Il chirurgo, in un recente passato, non vedeva certo la necessità di affrontare problemi etici ogniqualevolta doveva decidere se, quando, con quale priorità, con quale tecnica e con quale utilizzo di risorse riteneva di dover operare sul suo paziente. Molti chirurghi ancora in attività hanno certamente vissuto negli ultimi trent'anni il complesso cambiamento etico, partecipandovi attivamente o subendolo passivamente, che ha rivoluzionato i rapporti tra chirurgo, paziente, familiari e società.

Michael DeBackey raccontava la storia della rivoluzionaria idea di utilizzare protesi vascolari per la riparazione delle arterie e degli aneurismi e tranquillamente descriveva la preparazione delle prime protesi di Dacron cucite in casa con la macchina da cucire della moglie nel 1953. Questo oggi appare completamente inconcepibile ma era l'apice della ricerca e innovazione del tempo e l'opera di un vero genio innovatore della chirurgia che ha avuto un grande impatto su tutte le generazioni successive.⁴

Le cose sono cambiate molto rapidamente e l'evoluzione continua, di pari passo con il cambiamento della società.

Come in altri campi della medicina, il grande progresso tecnologico, la disponibilità di nuovi farmaci e strumenti, le procedure sempre più complesse e nel contempo l'enorme quantità di risorse impiegate hanno fatto sorgere innumerevoli problemi etici.

L'etica in chirurgia ha individuato molteplici questioni da affrontare nei diversi ruoli professionali che il chirurgo oggi vive: clinico, ricercatore, educatore, manager, consulente in politiche sanitarie, *policy maker*, responsabile dell'utilizzo di risorse economiche e umane preziose. Cambiano anche gli interlocutori che non sono più solo pazienti e familiari, ma la società nel suo complesso.⁵

Come tutti poi il chirurgo vive anche ruoli privati nella famiglia e nella comunità, molte volte senza poterli scindere completamente dal ruolo professionale per la continua dedizione che il lavoro di chirurgo richiede.

La sovrapposizione di ruoli tanto complessi è causa stessa del

4 BAKER RB, MCCULLOUGH LB (eds.). *The Cambridge World History of Medical Ethics*. Cambridge and New York: Cambridge University Press; 2009.

5 MCCULLOUGH, JONES. *The Art of Medicine...*

possibile sorgere di conflitti etici da dirimere quotidianamente e giustifica la necessità che il chirurgo, come e anche più di altri medici specialisti, acquisisca conoscenze etiche.⁶ L'insegnamento formale dell'etica manca ancora nel corso di studi di medicina e nella formazione specialistica post-laurea. La complessità delle problematiche etiche, in continua evoluzione, giustifica il bisogno di collaborare con eticisti che possano partecipare alle scelte più difficili fornendo una consulenza specialistica strutturata ed entrando a far parte di un team multidisciplinare che comprende tutto il personale sanitario, il paziente, la famiglia o altre persone delegate dal paziente e a volte anche personale amministrativo e di direzione ospedaliera.

Questa consulenza, che definirei forse meglio come dialogo tra chirurgo ed eticista, non potrà mai essere uno scarico di responsabilità della scelta, anche della più rischiosa e complessa, che sarà sempre a carico del clinico che è il responsabile della cura del paziente. Il dialogo tra chirurgo ed eticista dovrà permettere allo specialista, di vedere e considerare anche aspetti che potrebbe trascurare per la limitata visione che i nostri ambiti professionali specialistici, ma molto ristretti sotto altro aspetto, troppo spesso consentono.

La consulenza etica non dovrà quindi essere un dialogo teorico tra specialista in chirurgia e specialista in bioetica o etica clinica, ma una vera attività di consulenza che entri nel merito del singolo caso, individui quesiti, priorità, valori, soggetti coinvolti nella decisione e nelle sue conseguenze, e risorse da allocare. Dell'attività di consulenza etica, come di ogni altra consulenza, dovrà restare documentazione nella cartella clinica.

Questioni etiche in chirurgia

Con l'aiuto della letteratura sull'argomento, cercherò di formalizzare alcuni aspetti della crescente complessità delle problematiche etiche in chirurgia, senza la pretesa di essere esaustivo per la com-

6 KODNER. *Ethics curricula...*

piessità della materia e la grande variabilità delle problematiche etiche nelle varie specialità chirurgiche.⁷

Trascurerò volutamente le problematiche etiche in chirurgia, condivise con altri specialisti, legate al fine vita e alla cura del paziente critico in terapia intensiva, che sono oggetto di trattazione in altra parte di questa pubblicazione.

Uno studio che aveva come scopo la descrizione dei problemi etici che i chirurghi devono affrontare nella pratica clinica ha evidenziato le seguenti priorità: problemi riguardanti la terapia (inizio e sospensione dei trattamenti, trattamenti eccessivi, rispetto del paziente e sue aspettative), risoluzione di conflitti di opinione clinica (con superiori, con colleghi di altri dipartimenti, con colleghi incompetenti), problemi riguardanti la società (risorse locali limitate, leggi e regolamenti, allocazione di risorse globali limitate).⁸

Le problematiche etiche in chirurgia sono molto varie e comprendono aspetti clinici decisionali, informazione e comunicazione con paziente e familiari, utilizzo di risorse, ricerca e innovazione, formazione, conflitti di interesse.⁹

Informazione e consenso

I pionieri del consenso informato in chirurgia possono essere considerati i chirurghi inglesi che nel 17° secolo avevano iniziato a stipulare veri contratti con i pazienti prima di un intervento. Due secoli più tardi i chirurghi negli Stati Uniti hanno iniziato a elaborare i principi del consenso informato all'atto chirurgico.¹⁰

La formalizzazione della procedura del consenso informato al-

7 WALL A. *Ethics for International Medicine: A Practical Guide for Aid Workers in Developing Countries*. Hanover, NH: Dartmouth College Press; 2012; BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2009 (6th ed): xiii, 417; JUNKERMAN C, SCHIEDERMAYER DL. *Practical Ethics for Students, Interns, and Residents: A Short Reference Manual*. Frederick, MD: University Publishing Group; 1998 (2nd ed.): 73.

8 TORJUUL K, NORDAM A, SØRLIE V. *Action ethical dilemmas in surgery: an interview study of practicing surgeons*. BMC Medical Ethics 2005; 6: 7; doi:10.1186/1472-6939-6-7.

9 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*....

10 BAKER, McCULLOUGH. *The Cambridge World History*....

L'intervento chirurgico è storia recente, degli ultimi decenni, quando è diventato obbligo di legge. L'atto chirurgico richiede per la sua natura, lesiva dell'integrità dell'organismo, l'ottenimento di un consenso che rispetti un principio fondamentale dell'etica: il rispetto dell'autonomia del paziente.¹¹

Questo richiede un approccio strutturato all'informazione del paziente. Per ciascun tipo di intervento andranno illustrati la diagnosi e le indicazioni alla chirurgia, la prognosi, la tecnica chirurgica in termini semplici e pratici, risultati attesi e rischi associati, possibili complicanze e loro conseguenze, le conseguenze a lungo termine, le alternative terapeutiche all'intervento e le conseguenze del rifiuto dell'intervento chirurgico stesso.

Risulta semplice teorizzare i principi del consenso, molto più difficile tradurli in pratica soprattutto per i problemi legati al livello di approfondimento e dettaglio delle informazioni da dare al paziente. Queste devono essere sufficienti ma non eccessive e devono essere adeguate alla richiesta di informazione che il paziente manifesta.

Informazione e consenso richiedono tempo e disponibilità da parte del chirurgo, capacità di comunicazione verbale e utilizzo di materiale informativo stampato, la condivisione delle informazioni con tutto il personale medico che entra in contatto con il paziente e in particolare l'equipe chirurgica e anestesiologicala per garantire un'informazione coerente.

I chirurghi hanno il dovere legale, etico e morale di informare adeguatamente i pazienti e ottenere il consenso informato all'intervento chirurgico.

Ricerca e innovazione

Un aspetto peculiare dell'attività del chirurgo rispetto alla pratica delle specializzazioni mediche è la necessità frequente di modificare o adattare le tecniche chirurgiche codificate per risolvere problemi

¹¹ BEAUCHAMP, CHILDRESS. *Principles...*; JUNKERMAN, SCHIEDERMAYER. *Practical Ethics for Students...*

non prevedibili che sorgono in sala operatoria.¹² Le cause più frequenti sono la presenza di variazioni anatomiche individuali o patologie non precisamente diagnosticate per l'approssimazione degli esami preoperatori: in entrambi i casi la soluzione deve essere trovata in sala operatoria e spesso richiede modifiche significative del piano dell'intervento. La capacità di adattarsi a tali situazioni inaspettate è una qualità importante che il chirurgo deve acquisire. Molte innovazioni possono nascere quindi occasionalmente per questione di necessità e non possono essere preventivamente programmate. In questo caso la riesamina dei casi trattati può portare poi a codificare un'innovazione che può diventare un nuovo standard di cura. Ma come è possibile in questo caso rispondere ai principi dell'etica che non consentono di apportare modifiche di tecnica chirurgica i cui risultati non sono noti e possono essere potenzialmente causa di complicanze anche gravi? Non esiste per gli interventi chirurgici la possibilità di sottoporre ogni innovazione all'approvazione di commissioni simili a quelle che devono approvare l'utilizzo dei farmaci come l'AIFA in Italia o la FDA negli Stati Uniti, per la stessa natura degli interventi soggetti a grande variabilità. Il chirurgo è anzi tenuto a fare tutte quelle innovazioni tecniche che riterrà opportune per il bene del paziente. Le nuove tecniche sviluppate spontaneamente e per necessità potranno comunque a posteriori essere sottoposte al vaglio dei comitati etici prima di essere pubblicate in letteratura e magari sottoposte a controllo in trial prospettici appositamente disegnati.¹³

Negli ultimi vent'anni lo sviluppo tecnologico dello strumentario chirurgico e l'applicazione in chirurgia di materiali protesici innovativi è stato un forte impulso allo sviluppo di tecniche chirurgiche innovative. Il grande e recente sviluppo delle tecniche chirurgiche mininvasive laparo e toracoscopiche è un esempio di innovazione spon-

12 WALL ET AL. *Ethics in Surgery*...

13 AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *National surgical quality improvement project*. (accesso del 11.4.2012, a: <http://site.acsnsquip.org>) ; REYNOLDS JR. W. *The first laparoscopic cholecystectomy*. *J Soc Laproendosc Surg* 2001; 5 (1): 89-94; BIFFL WL, SPAIN DA, MINTER RM ET AL. *Responsible development and application of surgical innovations: a position statement of the Society of University Surgeons*. *J Am Coll Surg*. 2008; 206 (3): 1204-1209.

tanea iniziata in questo modo e solo successivamente validata da trial clinici randomizzati. Queste tecniche chirurgiche innovative mininvasive hanno permesso di migliorare significativamente i risultati di molti interventi chirurgici maggiori anche in campo oncologico, riducendo complicanze e degenza post-operatoria. Questo modello di innovazione e ricerca clinica si presta a molte considerazioni etiche: quale ruolo ha l'industria nello sviluppo di queste innovazioni che nascono dall'offerta di nuove tecnologie? Chi è il portatore di interesse che guida queste innovazioni? Il bene del paziente è sempre l'unico obiettivo delle nostre innovazioni tecnologiche e dello sviluppo delle nuove tecniche? La risposta a queste domande pone serie questioni etiche nei confronti dei pazienti ma anche nei confronti dell'ospedale e della società per il grande investimento di risorse che queste innovazioni comportano. Il prezzo da pagare inoltre è sempre stato, almeno nella fase iniziale della inevitabile curva di apprendimento, un possibile e comprovato rischio di aumento di complicanze e mortalità.

Emerge quindi, anche in questo caso, un possibile conflitto di interessi e la necessità di trasparenza che nelle pubblicazioni così come nelle relazioni congressuali obbliga anche i chirurghi a dichiarare possibili interessi, non solo economici, nello sviluppo e applicazione di nuove tecnologie e nuove tecniche operatorie, similmente a quanto accade nella sperimentazione di nuovi farmaci.¹⁴

Gli studi prospettici, multicentrici, randomizzati e controllati sono lo standard di riferimento per l'introduzione di nuovi protocolli di cura e dovrebbero esserlo anche per le nuove tecniche chirurgiche. In assenza di risultati provati da studi clinici randomizzati molti pazienti possono essere sottoposti ad interventi la cui efficacia non è provata e i cui rischi non sono ben conosciuti. Il disegno di questi studi in ambito chirurgico pone però rilevanti problemi pratici ed eti-

14 CAMPBELL EG, GRUEN R, MOUNTFORD J ET AL. *A national survey of physician-industry relationships*. N Engl J Med. 2007; 356 (17):1742-1750; CAMPBELL EG, WEISSMAN J, EHRINGHAUSE S ET AL. *Institutional academic industry relationships*. J Am Med Assoc. 2007; 298 (15): 1779-1786; OKIKE K, KOCHER M, WEI E. *Accuracy of conflict-of-interest disclosures reported by physicians*. N Engl J Med. 2009; 361 (15): 1466-1474; KEUNE JD, VIG S, HALL BL ET AL. *Taking disclosure seriously: disclosing financial conflicts of interest at the American College of Surgeons*. J Am Coll Surg. 2011; 212 (2): 215-224.

ci. Per prima cosa risulta difficile la standardizzazione delle tecniche chirurgiche e dei risultati che possono dipendere da molteplici fattori compresa la performance del singolo chirurgo, in secondo luogo sia il paziente che il chirurgo devono accettare che la procedura da applicare non venga da loro scelta ma assegnata per randomizzazione, e questo spesso genera perplessità che possono portare al rifiuto dello studio e all'esclusione del paziente dal trial. Infine la possibile introduzione di un intervento chirurgico placebo pone evidenti problemi spesso non superabili nel disegno di trial randomizzati in chirurgia. L'etica e la metodologia della ricerca in chirurgia devono quindi essere adattate alle peculiarità tipiche dell'atto chirurgico.¹⁵

Chirurghi in formazione

La formazione della nuova generazione di chirurghi è ben codificata dalle scuole di specializzazione post-laurea, con differenze organizzative nei diversi Paesi. La partecipazione di giovani chirurghi in formazione a interventi chirurgici di varia complessità e rischio è comunque sempre parte fondamentale del percorso formativo. Questo è ben noto anche al pubblico in generale e ai pazienti; tutti comprendono che tale processo di formazione è necessario al ricambio generazionale. Alla massima parte degli interventi chirurgici partecipano almeno due chirurghi di cui spesso uno in formazione negli ospedali sede di insegnamento. Tuttavia alla domanda su chi farà davvero l'intervento non è sempre facile rispondere e si possono configurare diversi scenari: il caso più frequente è che sia il chirurgo tutor che lo specializzando partecipino attivamente all'intervento. In questo caso lo specializzando farà almeno una parte dell'intervento sotto la guida del chirurgo, ma chi può essere considerato il primo operatore direttamente responsabile della procedura? Lo specializzando che ha fatto le incisioni e suturato i visceri o il tutor che lo ha

¹⁵ EMANUEL EJ, CURRIE XE, HERMAN A. *Undue inducement in clinical research in developing countries: is it a worry?*. Lancet 2005; 366 (9482): 336-340; FRIEDMAN B. *Equipoise and the ethics of clinical research*. N Engl J Med. 1987; 317: 141-145; BIFFL, SPAIN, MINTER ET AL. *Responsible development...*

guidato impedendo possibili errori? Lo specializzando dovrà dimostrare nel suo percorso formativo di aver veramente effettuato gli interventi richiesti e quindi figurerà come primo operatore, anche se in formazione, in molti casi. In altre situazioni il ruolo dello specializzando come primo operatore sarà ancora più evidente: in molti interventi meno complessi il tutor potrebbe essere presente in sala ma non direttamente lavato al tavolo operatorio, sovrintendendo all'intervento ma non partecipandovi direttamente. Da queste premesse sorgono molti possibili questioni etiche: nei confronti del paziente quale informazione pre-operatoria dovremo dare nell'ottenimento del consenso sul ruolo degli specializzandi nel suo intervento? Che libertà decisionale potrà poi avere il paziente nel rifiutare il permesso allo specializzando di essere anche primo operatore visto che sarà operato in un istituto di insegnamento? Nonostante le possibili perplessità del paziente, i chirurghi e tutto lo staff di un ospedale dedicato all'insegnamento hanno il dovere etico di insegnare e di formare gli specializzandi, permettendo loro di operare e diventare gradualmente autonomi.¹⁶

Il buon senso deve guidare sia la formazione dei giovani chirurghi che dovranno essere guidati verso una progressiva autonomia senza che questo comporti rischi aggiuntivi per i pazienti, sia il modo di informare pazienti e famigliari per ottenere il loro consenso alla partecipazione attiva degli specializzandi nell'intervento chirurgico. Il rischio di contenzioso medico-legale deve essere prevenuto con informazione e consenso che includa anche il ruolo degli specializzandi.

Gli interventi chirurgici palliativi

Gli interventi chirurgici eseguiti a scopo palliativo, spesso su pazienti anziani e con aspettativa di vita ridotta a mesi o settimane da malattie, frequentemente oncologiche, in stadio avanzato, pongono problemi etici particolari. La scelta tra opzioni molto diverse, che

¹⁶ WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*...

possono variare da interventi chirurgici palliativi, anche molto complessi, ad astensione da qualunque terapia, deve rispettare alcuni principi guida:¹⁷

- Efficacia: l'intervento può davvero raggiungere il risultato atteso?

- Proporzionalità: i benefici atteso sono superiori agli effetti negativi e alla violazione dei valori e dell'integrità della persona?

- Necessità: la violazione di norme e valori è davvero inevitabile e necessaria?

- Trasparenza: il processo decisionale può essere apertamente condiviso con altri clinici?

Le aspettative crescenti di pazienti e familiari e il facile accesso a informazioni mediche che la rete rende facilmente reperibili, ma non controllate, rendono sempre più difficile la discussione di rischi e benefici attesi e possono portare ad una indicazione eccessiva a interventi chirurgici palliativi.¹⁸

Le complicanze degli interventi chirurgici: dilemmi etici

Le complicanze chirurgiche violano palesemente il più antico principio dell'etica medica: *primum non nocere*.

Questa violazione etica deve essere minimizzata con la regolare applicazione di procedure e protocolli aggiornati secondo scienza e coscienza, ma non può essere del tutto evitata. Le complicanze pongono problemi etici specifici che possono avere grande rilevanza sia per il paziente che per il chirurgo.¹⁹

Il primo problema è il rischio di violazione del principio di autonomia decisionale del paziente: nell'informazione e consenso all'in-

17 CHILDRESS JF, FADEN RR, GAARE RD ET AL. *Public health ethics: mapping the terrain*. J Law Med Ethics. 2002; 30 (2): 170-178.

18 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*...

19 ADEDEJI S, SOKOL DK, PALSER T ET AL. *Ethics of Surgical Complications*. World J Surg. 2009; 33 (4): 732; BALCH C, FREISCHLAG J, SHANAFELT T. *Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences*. Arch Surg. 2009; 144 (4): 371-376.

tervento chirurgico che grado di informazione è stato dato su complicanze e possibili rischi? Il paziente era a conoscenza e aveva ben compreso le complicanze possibili e le aveva accettate? Risulta sempre molto difficile dare risposta a queste domande e bilanciare un'informazione adeguata ma non eccessiva. Quest'ultima potrebbe addirittura ridurre l'autonomia del paziente creando paure e confusione.

Diversi fattori condizionano l'adeguatezza dell'informazione ricevuta. Il primo è la gravità della complicanza: più è grave e più deve essere considerata e discussa. Il secondo è la probabilità e il rischio della complicanza: le complicanze più frequenti devono essere spiegate e comprese. Il terzo è il grado di informazione che il paziente stesso richiede e al quale la comunicazione pre-operatoria deve essere adattata.

Un aspetto importante da sottolineare è la necessità per il chirurgo di riconoscere apertamente e spiegare la complicanza e le sue conseguenze al paziente e ai familiari. Questo permette di distinguere le complicanze attese e possibili da quelle derivanti da errori o negligenza.

La complicanza rappresenta un problema che il chirurgo vive spesso con senso di frustrazione e colpa anche se non deriva da errori o negligenza. Il chirurgo deve allora affrontare il problema etico di avere competenza adeguata ad effettuare l'intervento che ha generato la complicanza.²⁰

Le complicanze sono materia di confine tra etica e colpa e sono spesso causa di contenziosi medico-legali e richieste di risarcimento da parte di pazienti e familiari.²¹

Il codice di comportamento etico del 1872 negli Stati Uniti esortava i medici a non criticare i colleghi, anche incompetenti. Oggi al contrario il codice etico degli Stati Uniti prevede per i medici l'ob-

20 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery...*; ADEDEJI S, SOKOL DK, PALSER T ET AL. *Ethics of Surgical Complications*. World J Surg. 2009 Apr; 33 (4): 732-7; BALCH C, FREISCHLAG J, SHANAFELT T. *Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences*. Arch Surg. 2009; 144 (4): 371-376.

21 KLAAS PB, BERGE KH, KLAAS KM ET AL. *When patients are harmed, but are not wronged: ethics, law and history*. Mayo Clin Proc 2014; 89:1279-1286.

bligo di denunciare i colleghi incompetenti che siano causa di eccessive complicanze per i pazienti.²²

Conflitti di interesse

I conflitti di interesse sono problemi etici potenzialmente condivisi tra tutte le discipline mediche e chirurgiche. I rapidi cambiamenti nell'organizzazione e nel finanziamento della chirurgia, sia nella sanità pubblica che in quella privata, generano conflitti di interesse economico per i chirurghi.²³ Può risultare difficile individuare questi possibili conflitti di interesse, valutarne la rilevanza e cercare la soluzione secondo i principi dell'etica per evitare che possano influire sul processo decisionale clinico e avere conseguenze per il paziente.

La tipologia dei conflitti di interesse può essere varia. Il chirurgo, per esempio, dovrebbe ben valutare se la sua qualificazione, la sua esperienza e la sua formazione sono adeguate ad affrontare un certo intervento. Il rischio di perdita professionale nel rifiutare un paziente e inviarlo ad un collega specialista in materia nello stesso o anche in altro ospedale può spingere a rischiare oltre il dovuto. D'altra parte un certo rischio di conflitto di interesse in questo campo deve essere riconosciuto e accettato altrimenti nessuna innovazione e nuova tecnica potrebbe essere introdotta. L'applicazione dei principi dell'etica può aiutare a trovare il giusto equilibrio preservando l'integrità professionale, la sicurezza del paziente e l'integrità dell'ospedale.²⁴

L'evoluzione dell'organizzazione della chirurgia ha portato alla creazione di centri di riferimento specialistici dedicati ad alcune pa-

22 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*....

23 CAMPBELL EG, GRUEN R, MOUNTFORD J ET AL. *A national survey of physician-industry relationships*. N Engl J Med. 2007; 356 (17):1742-1750; CAMPBELL EG, WEISSMAN J, EH-RINGHAUSE S ET AL. *Institutional academic industry relationships*. J Am Med Assoc. 2007; 298 (15): 1779-1786; OKIKE, KOCHER, WEI. *Accuracy of conflict-of-interest disclosures...*; KEUNE JD, VIG S, HALL BL ET AL. *Taking disclosure seriously: disclosing financial conflicts of interest at the American College of Surgeons*. J Am Coll Surg. 2011; 212 (2): 215-224.

24 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*....

tologie, come la chirurgia del pancreas e quella dell'esofago, che per complessità e rischi hanno risultati significativamente migliori nei centri ad alto volume dove competenze multidisciplinari sono dedicate alla singola patologia.²⁵ L'auspicabile potenziamento della rete tra ospedali dovrebbe favorire l'accesso dei pazienti ai centri di riferimento riconosciuti. Questo tuttavia è ancora molto difficile da realizzare e molti chirurghi e ospedali tendono a limitare la mobilità dei pazienti afferenti al proprio territorio verso i centri specializzati riconosciuti magari fuori regione. Non solo i clinici possono essere considerati responsabili di questa tendenza ma anche i responsabili delle politiche sanitarie che ancora penalizzano e non incentivano la mobilità appropriata dei pazienti lontano dall'ospedale dove risiedono. Infatti la fuga dei pazienti viene in genere usata come parametro di valutazione negativo della performance di un ospedale mentre la fuga appropriata dovrebbe essere premiata dal sistema. Le conseguenze sono un difficile accesso dei pazienti alle cure migliori disponibili in violazione di chiari principi etici.

Altro esempio di possibile conflitto di interesse è legato all'uso eccessivo di strumenti tecnologici innovativi, spesso molto costosi e che non migliorano significativamente i risultati clinici e la qualità di vita.

I trapianti d'organo

Lo sviluppo dei trapianti d'organo ha portato ad affrontare problemi etici nuovi e a sviluppare la necessità di una consulenza etica e di competenze specifiche.

La materia è complessa e vasta e merita una trattazione a parte: basti considerare i criteri di priorità di allocazione degli organi disponibili, i criteri di selezione dei donatori, l'ottenimento del consenso alla donazione degli organi e le leggi in continua evoluzione, il limitato numero di organi disponibili e le liste di attesa per tra-

25 MARKAR S, GRONNIER C, DUHAMEL A ET AL. *Pattern of postoperative mortality after esophageal cancer resection according to center volume: results from a large European multicenter study.* Ann Surg Oncol. 2015; 22 (8): 2615-223.

pianto, i fallimenti e i re-trapianti, i trapianti urgenti, i trapianti da vivente in età adulta e pediatrica, i donatori viventi e i rischi associati, l'informazione e il consenso della donazione da vivente.²⁶

La libertà di decisione clinica e le politiche sanitarie

Il principio etico di giustizia in campo medico dovrebbe essere sempre rispettato anche dai legislatori, dai *policy makers* e dalle direzioni generali e ospedaliere che indirizzano allocazione di risorse e priorità assistenziali. L'accesso alle cure migliori dovrebbe essere favorito dalle politiche sanitarie a livello del singolo ospedale ma anche a livello di rete regionale e nazionale e, in un prossimo futuro, anche a livello dei Paesi della Comunità Europea per la recente legge che apre ai cittadini europei la libera circolazione nei Paesi dell'Unione.²⁷

La prospettiva etica in ambito sociale e sanitario apre scenari nuovi: una riflessione etica dovrebbe essere parte del processo legislativo che stabilisce priorità assistenziali e allocazione di risorse economiche per garantire giustizia ed equità di accesso alle cure. Le scelte di politica sanitaria possono avere ripercussioni significative sulla libertà di scelta dei clinici, e dei chirurghi in particolare, e sulla disponibilità di nuove strumentazioni e tecnologie innovative. La consulenza etica si potrebbe sviluppare utilmente anche in questo campo a tutela dei principi di giustizia e trasparenza.²⁸

26 WALL, ANGELOS, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*....

27 EMANUEL EJ. *Medical ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases*. J Clin Ethics. 1995; 6 (4): 335-338; BEAUCHAMP D. *Public health as social justice* in BEAUCHAMP D, STEINBOCK B (eds.). *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press; 1999: 105-114; GOSTIN LO, POWERS M. *What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives*. Health Aff (Millwood) 2006; 25 (4):1053-1060.

28 WALL, ANGELOSET, BROWN ET AL. *Ethics in Surgery*....

Conclusioni

L'etica in chirurgia usa gli strumenti di analisi dei problemi etici comuni a ogni branca della medicina. L'analisi etica richiede di identificare con chiarezza i fatti e le decisioni clinicamente rilevanti, quali sono i portatori di interesse, quali i possibili conflitti, identificare le soluzioni realmente perseguibili e cercare di applicarle coerentemente e con buon senso. Le argomentazioni etiche dovranno essere chiare, semplici, ben comprensibili, pratiche e legate al caso clinico in esame, non generiche e di principio. L'applicazione dei principi etici potrà quindi guidare il clinico, responsabile della cura del paziente, nelle scelte cliniche controverse, nel comportamento e nella comunicazione delle scelte stesse. Conoscere e seguire la disciplina del ragionamento etico rende il clinico più forte e consapevole delle sue decisioni, riduce lo stress legato a decisioni critiche che non dovrebbero essere prese con il solo *sensu clinico*, riduce il rischio di adeguarsi a politiche istituzionali che non dovrebbero mai, ma in realtà possono fortemente condizionare le scelte cliniche.

La mancanza di formazione etica specifica nel percorso formativo dei chirurghi rende molto difficile e lento il processo di apprendimento dei principi e dei metodi del ragionamento etico e la sua applicazione come parte integrante del ragionamento clinico.

La rapida evoluzione tecnologica della chirurgia, le aspettative crescenti di pazienti e famigliari, il rapido cambiamento della società, l'invecchiamento della popolazione e le risorse economiche sempre limitate generano nuove sfide e nuovi conflitti etici da affrontare.

La consulenza etica trova perciò molte possibili applicazioni in campo chirurgico, ma passa attraverso la capacità dei clinici di individuare i problemi che possono avere rilevanza etica sostanziale. e quindi di richiedere una consulenza a supporto del ragionamento clinico.

I chirurghi devono imparare ad affrontare i problemi etici con la stessa metodologia con cui affrontano i problemi clinici e l'etica applicata dovrebbe diventare parte integrante dei processi decisionali. Sarebbe auspicabile che i chirurghi potessero partecipare attivamente all'evoluzione dell'etica clinica piuttosto che demandare la solu-

zione dei dilemmi etici a specialisti che non abbiano esperienza clinica.

Una chirurgia altamente qualificata richiede sempre l'applicazione delle migliori conoscenze scientifiche, tecniche ed etiche.

Parole chiave: consulenza etica, chirurgia, principi etici.

Key-words: ethics consultation, surgery, ethical principles.

RIASSUNTO

La chirurgia, per sua natura, pone imperativi etici da seguire. La violazione dell'integrità del corpo che tutti gli interventi chirurgici comportano viola palesemente il primo "comandamento" cui il medico deve da sempre obbedire: *primum non nocere*.

I chirurghi vivono e praticano una forma di etica clinica applicata nel loro lavoro quotidiano. La necessità di svelare e superare i conflitti etici in chirurgia è stata pienamente riconosciuta solo di recente. Solo alcuni decenni fa il chirurgo sceglieva cosa fosse meglio per il paziente il quale aveva poche possibilità di discutere le scelte che venivano in genere accettate e solo raramente poi contestate legalmente. Le cose sono rapidamente cambiate. Lo sviluppo delle nuove tecnologie e il grande progresso delle tecniche anestesologiche e della terapia intensiva permettono oggi di effettuare interventi chirurgici sempre più complessi e ardui. Sfortunatamente la relazione personale di fiducia tra chirurgo e paziente spesso non è così forte come in passato. Il cambiamento dell'organizzazione del lavoro in ospedale costringe oggi i chirurghi a visitare troppi pazienti e a fare troppi interventi riducendo il tempo disponibile a costruire un solido rapporto personale e di fiducia con il paziente.

L'etica in chirurgia ha svelato che i chirurghi hanno diversi ruoli professionali che possono generare conflitti etici: clinici, ricercatori, leaders di un team, insegnanti, consulenti in politica sanitaria, responsabili di risorse umane e tecnologiche preziose. La complessità di questi ruoli e i possibili conflitti che possono sorgere richiedono la capacità di riconoscere i potenziali problemi etici come: informare pazienti e familiari per permettere una scelta consapevole nel processo di consenso informato, comunicare cattive notizie e prognosi, dare indicazione a interventi palliativi, affrontare le complicanze chirurgiche e gli interventi ad alto rischio, modificare tecniche chirurgiche e procedure durante l'intervento per variazioni anatomiche o situazioni patologiche non previste, introdurre nuove tecniche chirurgiche o nuovi strumenti.

Nuovi dilemmi etici sorgono nella chirurgia dei trapianti, nella ricerca, nello sviluppo di nuove tecniche chirurgiche, nella formazione dei giovani chirurghi, nelle scelte di politica sanitaria e nell'allocazione delle limitate risorse disponibili.

La consulenza etica al letto del paziente può essere perciò utile a svelare e superare i complessi problemi etici che i chirurghi devono affrontare.

L'insegnamento dell'etica dovrebbe essere formalmente parte del corso di studi in medicina e nella specializzazione in chirurgia.

Una chirurgia altamente qualificata richiede l'applicazione delle migliori conoscenze cliniche, scientifiche, tecniche ed etiche.

SUMMARY

Ethics consultation in surgery.

Clinical ethics is embedded in the practice of surgery. Surgeons live and practice a form of applied surgical ethics in their daily activity. The need to unravel and overcome ethical challenges in surgery has been fully recognized only recently. Few decades ago the patients were told what the surgeons considered best for them and despite little discussion was possible very few patients refused operation and sued. Things have changed rapidly. The development of amazing new technologies and the great progress of anaesthesia and intensive care have allowed surgeons to do more for patients than ever before. Unfortunately personal and trusting relationship with patients are often not as strong as they were in the past. Hospital organization has changed and surgeons now have to visit too many patients, to perform too many operations and do not have enough time to establish a close relationship with their patients.

Surgical ethics has emphasized that surgeons have many professional roles: clinicians, researchers, team leaders, teachers, consultant or active policy makers, responsible for the use of expensive and precious human and technological resources. The complexity of these roles and the potential conflicts that can arise demand the surgeons to become skilled in unravelling ethical challenges.

Ethical challenges in surgery include helping patients and family to make informed choices and give an informed consent, communicating bad news, deciding on palliative operations, dealing with surgical complications and life threatening operations, changing procedures during surgery for unexpected anatomical or pathological findings, introducing new surgical techniques and new technologies and more. New ethical dilemmas also arise in transplant surgery, in research activities, in the development of new operations, in the training of the new generation of surgeons and in healthcare policy choices and the allocation of the limited available resources.

Bedside ethics consultation in surgery is often useful in unravelling the complex ethical challenges that surgeons have to face.

The formal teaching of ethics should be part of medical and surgical training.

Good clinical surgery requires the best use of clinical, scientific, technical and ethical skills.

Il ruolo della consulenza di etica clinica in ospedale

Alberto Giannini*

Introduzione

Esiste oggi un ampio consenso sul fatto che per i medici un'adeguata competenza nell'ambito della bioetica e dell'etica clinica sia indispensabile per svolgere la loro attività professionale.¹ La fotografia della realtà italiana, realizzata anche attraverso i pochi dati presenti in letteratura, genera però perplessità sul reale livello di competenza in questo campo. Di particolare rilievo è il fatto, ad esempio, che temi come l'etica clinica, le cure di fine vita e gli aspetti relativi alla comunicazione sono stati assenti dal percorso formativo della Scuola di Specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione² sino alla recente riforma del febbraio 2015.³ Non sorprende dunque che solo il 12% dei medici rianimatori di un'area urbana italiana sia risultato avere una specifica formazione in ambito bioetico e che solo un altro 7% fosse interessato ad acquisirne una nel futuro.⁴

La complessità della medicina contemporanea e delle relazioni di cura sono tali che molto di frequente i medici incontrano aspetti dilemmatici sul piano etico e dunque di difficile risoluzione. Questa, ad esempio, è l'esperienza riportata dal 95% di medici internisti in

* Medico, Terapia Intensiva Pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Milano (recapito per la corrispondenza: a.giannini@policlinico.mi.it).
Il contributo è stato accettato per la pubblicazione in data: 18.12.2015.

1 CARRESE JA, SUGARMAN J. *The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician*. Chest 2006; 130: 1864-1872

2 GIANNINI A. *Ethics and end-of-life care in the new training curriculum for ICU physicians in Italy*. Intensive Care Med. 2007; 33: 1043-1045.

3 Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68. Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria (accesso del 18.15.2015, a: <http://attiministeriali.miur.it/anno-2015/febbraio/di-04022015.aspx>).

4 GIANNINI A. *Clinicians' competency in bioethics*. Chest 2007; 131: 1612.

uno studio nazionale nord-americano.⁵ In questo contesto, la consulenza di etica clinica⁶ può indubbiamente rappresentare un prezioso aiuto. In estrema sintesi si può dire, infatti, che la consulenza di etica clinica può 1. svolgere un'azione educativa per l'équipe medico-infermieristica; 2. può offrire sostegno per risolvere i conflitti riguardanti le decisioni sulle cure ai pazienti; e, infine, 3. può offrire occasione per discutere in modo aperto quelle che sono le “institutional policies”.⁷

La consulenza di etica clinica: esperienza sul campo

I dati relativi alla consulenza di etica clinica svolta in ospedale provengono in larga misura dagli Stati Uniti, uno dei Paesi dove questo tipo di attività si è con maggior frequenza affiancato a quello dei clinici. Attualmente in tutti gli ospedali statunitensi con più di 400 letti viene svolta un'attività di consulenza etica, anche se le sue modalità, così come la figura che la effettua e la sua formazione sono molto variabili da centro a centro.⁸ Negli USA tra lo 0.16 e il 3 % dei ricoveri⁹ è accompagnato in una qualche fase da una consulenza

5 DUVAL G, CLARRIDGE B, GENSLER G ET AL. *A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation*. J Gen Intern Med. 2004; 19: 251-258.

6 “... a service provided by an individual or a group to help patients, families, surrogates, health care providers, or other involved parties address uncertainty or conflict regarding value-laden issues that emerge in health care”. AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES, SHHV-SBC TASK FORCE ON STANDARDS FOR BIOETHICS CONSULTATION. *Core competencies for ethics consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*. Glenview (IL): American Society for Bioethics and Humanities; 1998; 3-7.

7 *Guidelines for ethics committees in health care institutions*. Judicial Council. JAMA 1985; 253: 2698-9; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON BIOETHICS. *Institutional ethics committees*. Committee on Bioethics. Pediatrics 2001; 107: 205-9.

8 FOX E, MYERS S, PEARLMAN RA. *Ethics consultation in United States hospitals: a national survey*. Am J Bioeth. 2007; 7: 13-25.

9 SWETZ KM, CROWLEY ME, HOOK C ET AL. *Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature*. Mayo Clin Proc. 2007; 82: 686-91; TAPPER EB, VERCLER CJ, CRUZE D ET AL. *Ethics consultation at a large urban public teaching hospital*. Mayo Clin Proc. 2010; 85: 433-38; JOHNSON LS, LESANDRINI J, ROZYCKI GS. *Use of the medical Ethics Consultation Service in a busy Level I trauma center: impact on decision-making and patient care*. Am Surg. 2012; 78: 735-40; THOMAS SM, FORD PJ, WEISE KL ET AL. *Not just little adults: a review of 102 paediatric ethics consultations*. Acta Paediatr. 2015; 104: 529-534.

di etica clinica (Tabella 1), ma buona parte di queste si concentrano nei reparti di “area critica”. I dati di letteratura ci segnalano, infatti,

Tabella 1.
Consulenza etica in ospedale

	Paese	Percentuale
Tapper EB et Al, <i>Mayo Clin Proc</i> 2010; 85: 433-438	USA	0.16% di tutti i ricoveri <u>ospedalieri</u>
Johnson LS et Al, <i>Ann Surg</i> 2012; 78: 735-740	USA	0.5% di tutti i ricoveri per <u>trauma</u>
Voigt LP et Al, <i>J Intensive Care Med</i> 2015; 30: 436-42	USA	1% di tutti i ricoveri in <u>Terapia Intensiva</u>
Romano ME et Al, <i>Mayo Clin Proc</i> 2009; 84: 581-588	USA	3% di tutti i ricoveri in <u>Terapia Intensiva</u>

che tra il 40 e l’80% (Tabella 2) di queste consulenze viene condotto nelle Terapia Intensiva (neonatali, pediatriche o per adulti), per affrontare in genere (43-54% dei casi)¹⁰ temi di particolare rilievo come quelli riguardanti scelte di fine vita e/o appropriatezza delle cure.

Nella pratica clinica, come ha messo in evidenza una recente revisione dell’attività svolta all’ospedale pediatrico di Cleveland

10 ROMANO ME, WAHLANDER SB, LANG BH ET AL. *Mandatory ethics consultation policy.* Mayo Clin Proc. 2009; 84: 581-8; TAPPER EB, VERCLER CJ, CRUZE D ET AL. *Ethics consultation at a large urban public teaching hospital.* Mayo Clin Proc. 2010; 85: 433-38; BRUCE CR, SMITH ML, HIZLAN S ET AL. *A systematic review of activities at a high-volume ethics consultation service.* J Clin Ethics. 2011; 22: 151-64; JOHNSON LS, LESANDRINI J, ROZYCKI GS. *Use of the medical Ethics Consultation Service in a busy Level I trauma center: impact on decision-making and patient care.* Ann Surg. 2012; 78: 735-40; VOIGT LP RAJENDRAM P, SHUMAN AG ET AL. *Characteristics and outcomes of ethics consultations in an oncologic intensive care unit.* J Intensive Care Med. 2015; 30: 436-442.

Tabella 2.
Motivazioni per la richiesta di consulenza etica in ospedale

	Paese	Percentuale di consulenze etiche effettuate in Terapia Intensiva	Temi principali
Swetz KM et Al, <i>Mayo Clin Proc</i> 2007; 82: 686-691	USA	40%	- non inizio o sospensione dei trattamenti, 52% - appropriatezza dei trattamenti e futilità, 54%
Tapper EB et Al, <i>Mayo Clin Proc</i> 2010; 85: 433-438	USA	54%	- "code status", 46% - terapie di tipo curative vs palliativo, 40%
Bruce CR et Al, <i>J Clin Ethics</i> 2011; 22: 151-164	USA	45%	- fine vita, 47%
Johnson LS et Al, <i>Am Surg</i> 2012; 78: 735-740	USA	79%	- fine vita, 44%
Thomas SM et Al, <i>Acta Paediatr</i> 2015; 104: 529-534	USA	50% (TI neonatale + TI pediatrica)	- fine vita, 43%

(USA),¹¹ la consulenza porta prevalentemente all’elaborazione di un consiglio (69% dei casi), ma può offrire anche un contributo nell’avallare le decisioni prese (39%), nell’elaborare una soluzione del problema (29%), nel dare informazioni (26%) e nel contribuire a risolvere i conflitti (23%).

A fronte di questo, è interessante notare che in Italia solo l’1% dei medici rianimatori afferma che la consulenza etica è parte integrante del processo decisionale di sospensione dei supporti vitali in Terapia Intensiva.¹²

La consulenza etica in Terapia Intensiva

Per sua natura la medicina intensiva è una disciplina “di confine” che comporta di necessità l’esigenza di affrontare situazioni molto complesse e dai risvolti etici estremamente articolati e, spesso, dilemmatici. Ne sono un esempio temi quali la proporzionalità delle cure, il *triage* e l’ammissione in Terapia Intensiva, il consenso alle cure, la ricerca e la sperimentazione nel soggetto non “competent”, l’allocazione delle risorse, le scelte di fine vita, la limitazione e la sospensione delle cure, la donazione d’organo dopo diagnosi di morte con criteri neurologici o cardiovascolari, le cure al paziente pediatrico, ecc.

In modo particolare – e ne è chiara espressione il dato citato in precedenza sui temi proposti per la consulenza di etica clinica in Terapia Intensiva¹³ – i medici devono affrontare decisioni cruciali circa la vita e la morte dei loro pazienti. Ancora più di altre discipline me-

11 THOMAS SM, FORD PJ, WEISE KL. *Not just little adults: a review of 102 paediatric ethics consultations*. Acta Paediatr 2015; 104: 529-534.

12 GIANNINI A, PESSINA A, TACCHI EM. *End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting*. Intensive Care Med. 2003; 29: 1902-1910.

13 ROMANO ME, WAHLANDER SB, LANG BH. *Mandatory ethics consultation policy*. Mayo Clin Proc. 2009; 84: 581-588; TAPPER EB, VERCLER CJ, CRUZE D ET AL. *Ethics consultation at a large urban public teaching hospital*. Mayo Clin Proc. 2010; 85: 433-438; JOHNSON LS, LESANDRINI J, ROZYCKI GS. *Use of the medical Ethics Consultation Service in a busy Level I trauma center: impact on decision-making and patient care*. Ann Surg. 2012; 78: 735-740; VOIGT LP, RAJENDRAM P, SHUMAN AG ET AL. *Characteristics and outcomes of ethics consultations in an oncologic intensive care unit*. J Intensive Care Med. 2015; 30: 436-442.

diche, infatti, la Terapia Intensiva si confronta con il *limite*: la nostra medicina contemporanea, per quanto sofisticata e “aggressiva”, spesso non è in grado di guarire i pazienti, di salvare loro la vita o anche solo di incidere in modo significativo sull’evoluzione della loro malattia. A questo proposito, un dato “grezzo” ma efficace per esprimere concretamente il *limite* è rappresentato dalla mortalità, che nelle Terapia Intensive dei Paesi europei è attualmente intorno al 13%:¹⁴ in media, dunque, tra i pazienti che hanno avuto la necessità di un ricovero in Terapia Intensiva, più di uno su dieci va incontro a morte.

Utilizzando il termine *limite* ritengo che si possa far riferimento ad almeno tre differenti livelli di significato, che schematicamente possono essere così riassunti:¹⁵

1. limite di *ragionevolezza*: conoscenze e azioni dell’uomo non sono in grado di soddisfare ogni e qualsiasi necessità o richiesta. E questo è vero in particolar modo nel campo della salute, contrariamente alle aspettative dell’opinione pubblica o a quanto è proposto in modo spesso fuorviante dai *mass media*;

2. limite di *efficacia clinica*: è un elemento che si modifica nel tempo (per l’evoluzione del bagaglio di conoscenze e la disponibilità di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici), ma la mortalità benché sia comprimibile non è affatto annullabile;

3. limite di *senso*: esiste una dimensione etica dell’agire umano che ci deve condurre ad esplorare e giudicare il senso, la “bontà” e l’accettabilità morale di ogni scelta nell’ambito della salute e delle cure. Questo comporta, ad esempio, che sia sul piano clinico sia su quello etico, la disponibilità di un mezzo diagnostico o terapeutico non ponga *di per sé* l’obbligo al suo utilizzo (*principio di proporzionalità delle cure*).

Caratteristiche peculiari della medicina intensiva sono inoltre i tempi decisionali spesso molto ridotti o compressi e una dimensione

14 SPRUNG CL, COHEN SL, SJOKVIST P ET AL. *Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study.* JAMA 2003; 290: 790-797.

15 GIANNINI A. *Limite terapeutico e scelte di fine vita: il processo decisionale in terapia intensiva* in PESSINA A (a cura di). *Scelte di confine in medicina. Sugli orientamenti dei medici rianimatori.* Milano: Vita e Pensiero; 2004: 37-75.

relazionale particolare, dove il paziente nella gran parte dei casi non è in grado di prendere parte in modo pieno e consapevole ai processi decisionali.¹⁶

In questo contesto così complesso, l'esperienza sviluppata da alcuni decenni in altri Paesi europei e, in modo particolare, del Nord America ha messo in evidenza come la consulenza di etica clinica possa essere uno strumento efficace in Terapia Intensiva per accompagnare l'équipe nei processi decisionali, nonché per dare aiuto ai pazienti e alle loro famiglie.¹⁷ In particolare, la consulenza di etica clinica è risultata associata in modo statisticamente significativo a una maggior limitazione dei supporti vitali per i pazienti destinati a non sopravvivere alla dimissione, così come a una riduzione della durata della loro degenza in ospedale e in Terapia Intensiva, pur senza comportare una differenza per quanto riguarda la mortalità. Inoltre medici, pazienti e familiari hanno percepito la consulenza come uno strumento utile per affrontare i conflitti riguardanti le terapie da attuare.¹⁸

Credo meriti però di essere sottolineato il fatto che sebbene la consulenza etica possa contribuire a limitare i costi della spesa sanitaria, questo non può essere assolutamente considerato come un suo obiettivo e non dobbiamo arrivare a pensare che una buona consulenza etica condurrà necessariamente a una riduzione dei costi.¹⁹ Questa può es-

16 COHEN S, SPRUNG C, SJOKVIST P ET AL. *Communication of end-of-life decisions in European intensive care units*. Intensive Care Med. 2005; 31: 1215-1221.

17 SCHNEIDERMAN LJ. *Ethics consultation in the intensive care unit*. Curr Opin Crit Care. 2005; 11: 600-604.

18 SCHNEIDERMAN LJ, GILMER T, TEETZEL HD. *Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial*. Crit Care Med. 2000; 28: 3920-3924; SCHNEIDERMAN LJ, GILMER T, TEETZEL HD ET AL. *Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial*. JAMA 2003; 290: 1166-72; CHEN YY, CHU TS, KAO YH ET AL. *To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization*. BMC Med Ethics. 2014; 3 (15): 1.

19 "Although we find value in the finding the ethics consultation may reduce costs, we do not support the idea that ethics consultation should be purchased because it saves money". HEILICSER BJ, MELTZER D, SIEGLER M. *The effect of clinical medical ethics consultation on healthcare costs*. J Clin Ethics. 2000 Spring; 11: 31-8. "I claim that there is no necessary connection between clinical ethics consultation and cost of health care (...). We cannot assume that a good ethics consultation will necessarily decrease cost, or have any such fixed effect on any outcome". BATTEN J. *Assessing clinical ethics consultation: processes and outcomes*. Med Law. 2013; 32: 141-152.

sere eventualmente una conseguenza ma non certo l'obiettivo di questo genere di attività.

Di particolare interesse è che i dati della letteratura sembrano suggerire che una consulenza etica è efficace se attuata laddove sia stato identificato un “dilemma etico” (*reactive intervention*), mentre un *proactive ethics intervention* (cioè un intervento di tipo “preventivo” e sistematico, in casi dove non sia stato individuato un “dilemma etico”) non ha dimostrato di essere in grado di avere un effetto significativo su mortalità, degenza in ospedale e in Terapia Intensiva, utilizzo dei supporti vitali e costi.²⁰

Problemi e prospettive

Un'attenta “fotografia” della realtà odierna della medicina intensiva (e, con ogni probabilità, non solo di questa) fa emergere in modo netto come i processi della comunicazione in quel peculiare triangolo relazionale composto da équipe curante, paziente e famiglia siano spesso inadeguati e inefficaci.²¹ In modo particolare quando si affrontano gli aspetti relativi al fine vita, la comunicazione con i curanti è costantemente identificata da pazienti e familiari come l'elemento più importante nella qualità delle cure ma anche il meno realizzato.²² Ad esempio, uno studio nazionale francese ha messo in evidenza che metà delle famiglie di pazienti ricoverati in Terapia Intensiva riporta di aver sperimentato un'inadeguata comunicazione con i medici (per quanto riguarda la diagnosi

20 ANDERECK WS, MCGAUGHEY JW, SCHNEIDERMAN LJ ET AL. *Seeking to reduce nonbeneficial treatment in the ICU: an exploratory trial of proactive ethics intervention*. Crit Care Med. 2014; 42: 824-30; HALL R. *Ethical consultations in the ICU: by whom and when?*. Crit Care Med. 2014; 42: 983-4. Da considerare sul tema anche i dati di DOWDY MD, ROBERTSON C, BANDER JA. *A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay*. Crit Care Med. 1998; 26: 252-259.

21 CARLET J, THUIS LG, ANTONELLI M ET AL. *Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium April 2003*. Intensive Care Med. 2004; 30: 770-784.

22 LEVY M. *End-of-life in the intensive care unit: Can we do better?* Crit Care Med. 2001; 29 (Suppl.): N56-N61.

nel 20% dei casi; la prognosi, 43%; la terapia, 40%; più di una di queste informazioni contemporaneamente nel 53% dei casi).²³

La *Consensus Conference* mondiale sul fine vita in Terapia Intensiva, che si è tenuta a Bruxelles nel 2003, aveva esplicitamente affermato che “*careful, sensitive and inclusive communication is probably the key to successful end of life care discussions and problems arise when the ICU staff are not sufficiently skilled in this aspect of care*”.²⁴ La comunicazione deve dunque essere assolutamente considerata una specifica competenza professionale e come tale da acquisire e aggiornare.²⁵

È interessante notare a questo proposito che la pianificazione e l’attuazione di colloqui interdisciplinari tempestivi e ben preparati con i familiari di pazienti ricoverati in Terapia Intensiva ha dimostrato di poter ridurre in modo statisticamente significativo la durata della degenza nei pazienti che vanno incontro a morte, consentendo inoltre un più rapido accesso alle cure palliative e senza determinare un aumento di mortalità.²⁶ Questi dati danno sostanza all’idea che la consulenza etica consenta di raggiungere, tra gli altri, anche l’obiettivo di favorire una comunicazione più chiara e regolare tra l’équipe della Terapia Intensiva e la famiglia del paziente.²⁷

23 AZOULAY, E CHEVRET S, LELEU G ET AL. *Half the families of intensive care units patients experience inadequate communication with physicians*. Crit Care Med. 2000; 28: 3044-3049.

24 CARLET J, THUIS LG, ANTONELLI M ET AL. *Challenges in end-of-life care in the ICU*. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium April 2003. Intensive Care Med. 2004; 30: 770-784.

25 DAVIDSON JE, POWERS K, HEDAYAT KM ET AL. AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE TASK FORCE 2004-2005, SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005*. Crit Care Med. 2007; 35: 605-622; GIANNINI A. *Ethics and end-of-life care in the new training curriculum for ICU physicians in Italy*. Intensive Care Med. 2007; 33:1043-1045.

26 LILLY CM, DE MEO DL, SONNA LA ET AL. *An intensive communication intervention for the critically ill*. Am J Med. 2000; 109: 469-475; LILLY CM, SONNA LA, HALEY KJ ET AL. *Intensive communication: four-year follow-up from a clinical practice study*. Crit Care Med. 2003; 31(5 Suppl): S394-S399.

27 “*One way that the ethics consultation may work is by promoting regular communication between the patient’s family and the health care team*”. AULISIO MP, CHAITIN, E, ARNOLD RM. *Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit*. Crit Care Clin. 2004; 20: 505-523.

Affrontando più in generale i temi relativi alla consulenza di etica clinica credo si debba accennare a quattro aspetti a mio avviso essenziali. In primo luogo è vitale prevedere una *formazione* post-laurea specifica e accurata, accompagnata da un solido e protratto *training* “sul campo” (e, il più possibile, “al letto del paziente”), nonché da un’adeguata supervisione. Una preparazione centrata solo o prevalentemente sugli aspetti teorici o speculativi della bioetica sarebbe oggi del tutto inadeguata per affrontare la complessità della pratica clinica e/o della sperimentazione. I percorsi formativi dovrebbero, inoltre, essere resi omogenei sul territorio nazionale e, auspicabilmente, comprendere periodi di studio all’estero. Analogamente, deve essere compiuto ogni sforzo perché la bioetica e l’etica clinica siano riconosciute come una specifica competenza professionale per i medici, facendo sì che la loro formazione sia stabilmente accompagnata da un’attenta riflessione sugli aspetti etici della pratica clinica e della sperimentazione.

L’iter formativo dell’eticista clinico resta certamente un tema aperto e controverso.²⁸ Resta il fatto che, come ha efficacemente sintetizzato Martin L. Smith, “*the “professionalization” of clinical ethics consultants has long been a subject of heated debate, with questions raised about accreditation of training programs, licensure and certification of practitioners, identification of competency standards, and development of a code of ethics. Many remain concerned about the quality of clinical ethics consultations because the level of knowledge, skill, and training seems to vary widely among practitioners*”.²⁹

Un secondo aspetto è, a mio avviso, quello del *linguaggio*. Spesso ho la sensazione che nel nostro Paese abbia preso cittadinanza la convinzione che le cose complesse debbano di necessità essere accompagnate da un linguaggio criptico, prolisso, magari un po’ ampolloso o per iniziati. L’etica clinica richiede, al contrario, un linguaggio chiaro, preciso, essenziale e ben argomentato. La necessità

28 DUBLER NN, WEBBER MP, SWIDERSKI DM. FACULTY AND THE NATIONAL WORKING GROUP FOR THE CLINICAL ETHICS CREDENTIALING PROJECT. *Charting the future. Credentialing, privileging, quality, and evaluation in clinical ethics consultation*. Hastings Cent Rep. 2009; 39: 23-33; SMITH ML. *A possible solution, but not the last word*. Hastings Cent Rep. 2009; 39: 3.

29 SMITH. *A possible solution...*

della relazione e del confronto (con medici, infermieri, pazienti, familiari, ecc) impone questo stile, che certo non va a scapito della profondità nell'analisi o della qualità dell'elaborazione di un parere. Credo che l'esperienza degli altri Paesi europei e del Nord America sia, da questo punto di vista, estremamente importante. Essa, infatti, ci ha anche insegnato che si può fare buona etica clinica adottando un linguaggio certamente "tecnico" ma modulato in modo tale da essere chiaro, sintetico e puntuale.

Un terzo punto è quello relativo alla dimensione del *tempo*. L'attività di diagnosi e di cura al letto del paziente ha tempi e ritmi ben definiti, che in taluni ambiti – come quello della medicina intensiva – risultano essere spesso molto rapidi o compressi. I processi decisionali risentono di questo e anche tutte le forme di consulenza, compresa quella di etica clinica, devono "tenere il passo" per poter essere realmente di supporto. L'organizzazione ospedaliera deve tener conto di questi aspetti e credo che la modalità più efficace per garantire un adeguato e tempestivo supporto all'attività clinica sia quello dei Servizi di Etica clinica. Questo, peraltro, è il modello organizzativo che si è in genere affermato con successo in altri Paesi.

Il quarto aspetto è quello della *ricerca*. L'etica clinica non è, mio avviso, un'attività di tipo squisitamente speculativo ma è parte integrante delle azioni di cura per la persona. Come tale essa deve essere da un lato oggetto e dall'altro promotrice di ricerca metodologicamente rigorosa. Tutte le azioni che riguardano i processi di diagnosi e cura possono e debbono essere analizzati, verificati e migliorati anche attraverso la ricerca scientifica, e l'etica clinica rientra in pieno in questo orizzonte. Al di fuori dell'Italia i temi etici sono normalmente oggetto di questa attività di ricerca e di confronto³⁰ mentre fa riflettere che nel nostro Paese, a titolo d'esempio, un tema importante e delicato come le scelte di fine vita in Terapia Intensiva sia stato indagato da solo due studi.³¹

30 DEVITA MA, GROEGER J, TRUOG R. *Current controversies in critical care ethics: not just end of life*. Crit Care Med. 2003; 31 (5 Suppl): S343.

31 GIANNINI, PESSINA, TACCHI. *End-of-life decisions...*; BERTOLINI G, BOFFELLI S, MALACARNE P ET AL. *End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units*. Intensive Care Med. 2010 1495; 36: 1504.

Un'ulteriore riflessione riguarda più in generale il ruolo del consulente di etica clinica e della sua attività. Questo tipo di consulenza, infatti, non è una sorta di “bacchetta magica” in grado di affrontare e risolvere qualsiasi o situazione complessa o dilemmatica, come talora alcuni medici e infermieri tendono a ritenere.³² Né, peraltro, il consulente di etica clinica può assumere il ruolo di “decisore finale”, come se fosse una sorta di Corte di Cassazione cioè come se sul piano etico costituisse un livello di valore superiore o, addirittura, supremo. Dovrebbe piuttosto essere un “compagno di cordata”, un soggetto quindi con una specifica competenza che condivide in prima persona (con paziente, équipe, famiglia) il percorso di cura e il processo decisionale.

Vi è un ampio consenso in merito al fatto che la consulenza etica non possa avere un carattere direttivo.³³ La consulenza etica è certamente uno strumento prezioso ed efficace per affrontare gli aspetti più complessi delle cure sanitarie e per comprendere *a.* quali siano i soggetti coinvolti e con quale ruolo e responsabilità; *b.* i valori in gioco e *c.* gli aspetti etici delle varie opzioni possibili. Tuttavia, per quanto autorevoli essi siano, il parere del consulente di etica clinica o del Comitato etico non possono però essere considerati ultimativi. È dunque oltremodo importante sottolineare che la consulenza etica non rimuove né attenua la responsabilità dei curanti, tanto sul piano clinico quanto su quello etico.³⁴

Ritengo che i medici non debbano auto-confinarsi (o essere confinati) in un ruolo squisitamente “tecnico”, sottraendosi alla fatica degli aspetti relazionali (*la comunicazione*) ed esiliando le domande di senso (*gli aspetti etici*) che originano dalla loro attività. Deve dunque essere evitato un pericolo che resta sotto traccia e cioè che la disponibilità di uno strumento come la consulenza di etica clinica possa indurre il singolo medico o l'équipe di una Terapia Intensiva ad applicare in modo pedissequo un orientamento o

32 GIANNINI A. *Ethics consultation and everyday hospital practice: insights and questions.* Acta Paediatr. 2015; 104: e474.

33 *Ibid.*

34 GIANNINI A, MESSERI A, APRILE A ET AL. *End-of-life decisions in pediatric intensive care. Recommendations of the Italian Society of Neonatal and Pediatric Anesthesia and Intensive Care (SARNEPI).* Paediatr Anaesth. 2008; 18: 1089-95; GIANNINI. *Ethics consultation and everyday hospital practice....*

una scelta proposti da altri, sentendosi – di fatto – sollevati dalla responsabilità e dalla fatica di affrontare la complessità di un processo decisionale.

Vorrei dedicare una piccola annotazione finale a un aspetto “formale”. Come ho accennato in precedenza, ritengo che la consulenza di etica clinica non debba essere considerata come un’attività squisitamente speculativa ma piuttosto come un’attività svolta *at bedside*, al letto del paziente, legata cioè concretamente al lavoro clinico come qualunque altra consulenza. Pertanto anche le valutazioni del consulente di etica clinica, al pari di quelle degli altri consulenti, devono essere tracciabili e devono essere parte integrante della cartella clinica.

La domanda “*per chi la consulenza di etica clinica?*” non ha però come unica e scontata risposta quella, sia pur di estremo rilievo, dell’attività clinica e della ricerca. Sono infatti dell’opinione che ci sono almeno altri due ambiti sanitari che in Italia debbono maturare la consapevolezza che la loro attività può e deve essere accompagnata da un’attenta riflessione di carattere etico. Nella fattispecie sia il contesto dove avviene la macro-allocazione delle risorse (come, ad esempio, gli Assessorati regionali) sia le direzioni generali e amministrative degli ospedali devono non solo agire secondo processi eticamente pensati ma devono anche renderne pubblicamente conto, secondo il principio, ben radicato nel mondo anglosassone, della *accountability*. Ritengo quindi che la consulenza etica debba essere proposta come uno strumento abituale di lavoro non solo per l’attività clinica e di ricerca ma anche per tutti i livelli decisionali che entrano nel processo della gestione sanitaria e/o lo influenzano.

Conclusioni

Nessuna delle generazioni che ci ha preceduto ha dovuto affrontare problemi di così grande complessità per quanto riguarda la salute, le cure e la ricerca bio-medica, come quelle che stiamo affrontando noi oggi. Questa complessità non si esprime solo sul piano delle conoscenze tecniche ma riguarda anche quello del senso e dell’accettabilità etica delle azioni di diagnosi e cura. La consulenza di etica clinica ha dimostrato di poter rappresentare uno strumento utile

per affrontare questa complessità, affiancando medici, pazienti e famiglie nel lavoro di analisi e riflessione in merito ai processi decisionali e alle scelte da compiere.

In prospettiva, è condivisibile l'idea che il consulente di etica clinica divenga una figura familiare per il clinico e sia presente a sostegno dei pazienti, delle loro famiglie e di tutti i soggetti coinvolti a diverso titolo sui temi della salute (dai medici sino agli amministratori della cosa pubblica). Si rende dunque indispensabile definire un solido percorso formativo perché l'etica clinica ("*a structured approach to ethical questions in clinical medicine*")³⁵ non è concepibile come un'attività di tipo "ideologico" e non può certo essere improvvisata ma, al contrario, richiede grande competenza e grande equilibrio. Resta comunque fondamentale dedicare ogni sforzo perché cresca la sensibilità, la cultura e la competenza dei medici e degli infermieri per gli aspetti etici della loro attività professionale di cura dell'altro.

Parole chiave: consulenza etica, processo decisionale, Terapia Intensiva, formazione, organizzazione e gestione sanitaria.

Key words: ethics consultation, decision making, intensive care medicine, training, health organization and management.

RIASSUNTO

La complessità della medicina contemporanea e delle relazioni di cura sono tali che molto di frequente medici infermieri incontrano aspetti dilemmatici sul piano etico e dunque di difficile risoluzione.

La consulenza di etica clinica è una pratica comune e consolidata nel Nord America, a differenza di quanto accade nei Paesi europei. Essa rappresenta uno strumento utile ed efficace per affrontare gli aspetti più complessi riguardanti le cure in ambito sanitario, per comprendere i valori coinvolti e gli aspetti etici delle diverse scelte. Tuttavia è ampiamente condiviso

³⁵ JORSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. *Clinical Ethics. A practical approach too ethical decisions in clinical medicine.* (7th edition) McGraw Hill; 2010: 2.

che la consulenza etica non debba essere direttiva. Dobbiamo inoltre essere consapevoli che, per quanto autorevoli essi siano, il parere del consulente di etica clinica o del Comitato etico non possono però essere considerati ultimativi. In particolare, la responsabilità delle scelte e delle azioni ricade su coloro che le compiono. È dunque oltremodo importante sottolineare che la consulenza etica non rimuove né attenua la responsabilità dei curanti, tanto sul piano clinico quanto su quello etico. Deve pertanto essere fatto ogni sforzo per creare nei medici e negli infermieri la consapevolezza che l'etica clinica è una specifica competenza professionale e come tale da acquisire e aggiornare.

L'esperienza in particolare del Nord America ha reso evidente come la consulenza etica possa essere uno strumento efficace nei reparti di Terapia Intensiva, aiutando l'équipe nel processo decisionale, così come i pazienti e le loro famiglie. Ad esempio, per i pazienti che sono destinati a non sopravvivere alla dimissione, la consulenza etica ha dimostrato di avere un effetto statisticamente significativo nel ridurre l'utilizzo dei trattamenti di supporto vitale, così come nella riduzione della durata della degenza in ospedale e in Terapia Intensiva, senza per altro comportare una differenza per quanto riguarda la mortalità.

In prospettiva, è condivisibile l'idea che il consulente di etica clinica divenga una figura familiare per il clinico e sia presente a sostegno dei pazienti, delle loro famiglie e di tutti i soggetti coinvolti a diverso titolo sui temi della salute (dai medici sino agli amministratori della cosa pubblica). Si rende dunque indispensabile definire un solido percorso formativo perché l'etica clinica (intesa come "*a structured approach to ethical questions in clinical medicine*") non è concepibile come un'attività di tipo "ideologico" ma, al contrario, richiede grande competenza e grande equilibrio.

SUMMARY

The role of clinical ethics consultation within hospital.

The complexity of medicine today and of the relationships between healthcare professionals and patients (and family members) is such that very often doctors and nurses are faced with ethical dilemmas which are difficult to resolve.

Ethics consultation is a common and consolidated practice in North America, unlike in most European countries. It is a valuable and effective tool for dealing with the most complex aspects of healthcare and in understanding the values involved and the ethical aspects of the possible choices.

However, it is a widely held view that ethics consultation must not be directive. Moreover, we also have to be aware that, as authoritative as the ethics consultant or the ethics committee is, their opinions on ethical matters cannot

be considered definitive. In particular, the responsibility for decisions and actions belongs to those who carry them out.

It is important, therefore, to stress that ethics consultation does not remove or attenuate the responsibility of healthcare professionals in decision making, either in clinical or ethical terms. Meanwhile, every possible effort must be made to create awareness among doctors and nurses that clinical ethics is a specific area of professional competency that needs to be improved and updated.

In the critical care setting, the experience in North America in particular has highlighted how ethics consultation can be an effective tool in intensive care unit (ICU) by assisting the team in decision making, as well as helping patients and their families. Specifically, ethics consultation has had a statistically significant impact in reducing the use of life support as well as in decreasing the length of hospital stay and the days spent in ICU in those patients who ultimately will not survive to discharge, without, however, affecting death rates.

Looking ahead, we can agree that the clinical ethics consultant should become a familiar figure for the clinician and there to support patients, their families and all those variously involved in healthcare (from doctors to administrators of the health system). However, it is essential to define a sound training program for consultants so that clinical ethics (taken to mean “*a structured approach to ethical questions in clinical medicine*”) is not seen as an “ideological” activity, but instead as one that demands both great competence and great equilibrium.

Documentazione

a cura di Maria Addolorata Mangione

Dal Magistero del Santo Padre

ma affidato a tutti gli uomini e a tutte le donne, che sono chiamati a realizzarlo.

I

Messaggio di Papa Francesco per la celebrazione della XLIX Giornata Mondiale della Pace (1° gennaio 2016)

Custodire le ragioni della speranza

In occasione della celebrazione della XLIX Giornata Mondiale della Pace, il Santo Padre Francesco ha scritto il messaggio dal titolo *Vinci l'indifferenza e conquista la pace.*

2. Le guerre e le azioni terroristiche, con le loro tragiche conseguenze, i sequestri di persona, le persecuzioni per motivi etnici o religiosi, le prevaricazioni, hanno segnato dall'inizio alla fine lo scorso anno moltiplicandosi dolorosamente in molte regioni del mondo, tanto da assumere le fattezze di quella che si potrebbe chiamare una "terza guerra mondiale a pezzi". Ma alcuni avvenimenti degli anni passati e dell'anno appena trascorso mi invitano, nella prospettiva del nuovo anno, a rinnovare l'esortazione a non perdere la speranza nella capacità dell'uomo, con la grazia di Dio, di superare il male e a non abbandonarsi alla rassegnazione e all'indifferenza. Gli avvenimenti a cui mi riferisco rappresentano la capacità dell'umanità di operare nella solidarietà, al di là degli interessi individualistici, dell'apatia e dell'indifferenza rispetto alle situazioni critiche.

Ne pubblichiamo di seguito il testo in versione integrale:

1. Dio non è indifferente! A Dio importa dell'umanità, Dio non l'abbandona! All'inizio del nuovo anno, vorrei accompagnare con questo mio profondo convincimento gli auguri di abbondanti benedizioni e di pace, nel segno della speranza, per il futuro di ogni uomo e ogni donna, di ogni famiglia, popolo e nazione del mondo, come pure dei Capi di Stato e di Governo e dei Responsabili delle religioni. Non perdiamo, infatti, la speranza che il 2016 ci veda tutti fermamente e fiduciosamente impegnati, a diversi livelli, a realizzare la giustizia e operare per la pace. Sì, quest'ultima è dono di Dio e opera degli uomini. La pace è dono di Dio,

Tra questi vorrei ricordare lo sforzo fatto per favorire l'incontro dei leader mondiali, nell'ambito della COP 21, al fine di cercare nuove vie per affrontare i cambiamenti cli-

matici e salvaguardare il benessere della Terra, la nostra casa comune. E questo rinvia a due precedenti eventi di livello globale: il Summit di Addis Abeba per raccogliere fondi per lo sviluppo sostenibile del mondo; e l'adozione, da parte delle Nazioni Unite, dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, finalizzata ad assicurare un'esistenza più dignitosa a tutti, soprattutto alle popolazioni povere del pianeta, entro quell'anno.

Il 2015 è stato un anno speciale per la Chiesa, anche perché ha segnato il 50° anniversario della pubblicazione di due documenti del Concilio Vaticano II che esprimono in maniera molto eloquente il senso di solidarietà della Chiesa con il mondo. Papa Giovanni XXIII, all'inizio del Concilio, volle spalancare le finestre della Chiesa affinché tra essa e il mondo fosse più aperta la comunicazione. I due documenti, *Nostra aetate* e *Gaudium et spes*, sono espressioni emblematiche della nuova relazione di dialogo, solidarietà e accompagnamento che la Chiesa intendeva introdurre all'interno dell'umanità. Nella Dichiarazione *Nostra aetate* la Chiesa è stata chiamata ad aprirsi al dialogo con le espressioni religiose non cristiane. Nella Costituzione pastorale *Gaudium et spes*, dal momento che "le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo",¹ la Chiesa

desiderava instaurare un dialogo con la famiglia umana circa i problemi del mondo, come segno di solidarietà e di rispettoso affetto.²

In questa medesima prospettiva, con il Giubileo della Misericordia voglio invitare la Chiesa a pregare e lavorare perché ogni cristiano possa maturare un cuore umile e compassionevole, capace di annunciare e testimoniare la misericordia, di "perdonare e di donare", di aprirsi "a quanti vivono nelle più disparate periferie esistenziali, che spesso il mondo moderno crea in maniera drammatica", senza cadere "nell'indifferenza che umilia, nell'abitudine che anestetizza l'animo e impedisce di scoprire la novità, nel cinismo che distrugge".³

Ci sono molteplici ragioni per credere nella capacità dell'umanità di agire insieme in solidarietà, nel riconoscimento della propria interconnessione e interdipendenza, avendo a cuore i membri più fragili e la salvaguardia del bene comune. Questo atteggiamento di corresponsabilità solidale è alla radice della vocazione fondamentale alla fraternità e alla vita comune. La dignità e le relazioni interpersonali ci costituiscono in quanto esseri umani, voluti da Dio a sua immagine e somiglianza. Come creature dotate di inalienabile dignità noi esistiamo in relazione con i nostri fratelli e sorelle, nei confronti dei quali abbiamo una responsabilità e con i quali

¹ CONC. ECUM. VAT. II., Cost. past. *Gaudium et spes*. 1.

² Cfr.: *ibid.*, 3.

³ Bolla di indizione del Giubileo straordinario della Misericordia *Misericordiae Vultus*, 14-15.

agiamo in solidarietà. Al di fuori di questa relazione, ci si troverebbe ad essere meno umani. È proprio per questo che l'indifferenza costituisce una minaccia per la famiglia umana. Mentre ci incamminiamo verso un nuovo anno, vorrei invitare tutti a riconoscere questo fatto, per vincere l'indifferenza e conquistare la pace.

Alcune forme di indifferenza

3. Certo è che l'atteggiamento dell'indifferente, di chi chiude il cuore per non prendere in considerazione gli altri, di chi chiude gli occhi per non vedere ciò che lo circonda o si scansa per non essere toccato dai problemi altrui, caratterizza una tipologia umana piuttosto diffusa e presente in ogni epoca della storia. Tuttavia, ai nostri giorni esso ha superato decisamente l'ambito individuale per assumere una dimensione globale e produrre il fenomeno della "globalizzazione dell'indifferenza".

La prima forma di indifferenza nella società umana è quella verso Dio, dalla quale scaturisce anche l'indifferenza verso il prossimo e verso il creato. È questo uno dei gravi effetti di un umanesimo falso e del materialismo pratico, combinati con un pensiero relativistico e nichilistico. L'uomo pensa di essere l'autore di sé stesso, della propria vita e della società; egli si sente autosufficiente e mira non solo a sostituirsi a Dio, ma a farne completamente a meno; di conseguenza, pensa di non dovere niente a nessuno, eccetto che a sé stesso, e pretende di avere solo

diritti.⁴ Contro questa autocomprensione erronea della persona, Benedetto XVI ricordava che né l'uomo né il suo sviluppo sono capaci di darsi da sé il proprio significato ultimo;⁵ e prima di lui Paolo VI aveva affermato che "non vi è umanesimo vero se non aperto verso l'Assoluto, nel riconoscimento di una vocazione, che offre l'idea vera della vita umana".⁶

L'indifferenza nei confronti del prossimo assume diversi volti. C'è chi è ben informato, ascolta la radio, legge i giornali o assiste a programmi televisivi, ma lo fa in maniera tiepida, quasi in una condizione di assuefazione: queste persone conoscono vagamente i drammi che affliggono l'umanità ma non si sentono coinvolte, non vivono la compassione. Questo è l'atteggiamento di chi sa, ma tiene lo sguardo, il pensiero e l'azione rivolti a sé stesso. Purtroppo dobbiamo constatare che l'aumento delle informazioni, proprio del nostro tempo, non significa di per sé aumento di attenzione ai problemi, se non è accompagnato da un'apertura delle coscienze in senso solidale.⁷ Anzi, esso può comportare una certa saturazione che anestetizza e, in qualche misura, relativizza

4 Cfr.: BENEDETTO XVI. Lett. enc. *Caritas in veritate*. 43.

5 Cfr.: *ibid.*, 16.

6 Lett. Enc. *Populorum progressio*, 42.

7 "La società sempre più globalizzata ci rende vicini, ma non ci rende fratelli. La ragione, da sola, è in grado di cogliere l'uguaglianza tra gli uomini e di stabilire una convivenza civica tra loro, ma non riesce a fondare la fraternità" (BENEDETTO XVI. Lett. enc. *Caritas in veritate*. 19).

la gravità dei problemi. “Alcuni semplicemente si compiacciono incolpando i poveri e i paesi poveri dei propri mali, con indebite generalizzazioni, e pretendono di trovare la soluzione in una “educazione” che li tranquillizzi e li trasformi in esseri addomesticati e inoffensivi. Questo diventa ancora più irritante se gli esclusi vedono crescere questo cancro sociale che è la corruzione profondamente radicata in molti Paesi – nei governi, nell’imprenditoria e nelle istituzioni – qualunque sia l’ideologia politica dei governanti”.⁸

In altri casi, l’indifferenza si manifesta come mancanza di attenzione verso la realtà circostante, specialmente quella più lontana. Alcune persone preferiscono non cercare, non informarsi e vivono il loro benessere e la loro comodità sorde al grido di dolore dell’umanità sofferente. Quasi senza accorgercene, siamo diventati incapaci di provare compassione per gli altri, per i loro drammi, non ci interessa curarci di loro, come se ciò che accade ad essi fosse una responsabilità estranea a noi, che non ci compete.⁹ “Quando noi stiamo bene e ci sentiamo comodi, certamente ci dimentichiamo degli altri (cosa che Dio Padre non fa mai), non ci interessano i loro problemi, le loro sofferenze e le ingiustizie che subiscono... Allora il nostro cuore cade nell’indifferenza: mentre io sto relativamente bene e comodo, mi dimentico di quelli che non stanno bene”.¹⁰

8 Esort. ap. *Evangelii gaudium*. 60.

9 Cfr.: *ibid.*, 54.

10 *Messaggio per la Quaresima 2015*.

Vivendo in una casa comune, non possiamo non interrogarci sul suo stato di salute, come ho cercato di fare nella *Laudato si’*. L’inquinamento delle acque e dell’aria, lo sfruttamento indiscriminato delle foreste, la distruzione dell’ambiente, sono sovente frutto dell’indifferenza dell’uomo verso gli altri, perché tutto è in relazione. Come anche il comportamento dell’uomo con gli animali influisce sulle sue relazioni con gli altri,¹¹ per non parlare di chi si permette di fare altrove quello che non osa fare in casa propria.¹²

In questi ed in altri casi, l’indifferenza provoca soprattutto chiusura e disimpegno, e così finisce per contribuire all’assenza di pace con Dio, con il prossimo e con il creato.

La pace minacciata dall’indifferenza globalizzata

4. L’indifferenza verso Dio supera la sfera intima e spirituale della singola persona ed investe la sfera pubblica e sociale. Come affermava Benedetto XVI, “esiste un’intima connessione tra la glorificazione di Dio e la pace degli uomini sulla terra”.¹³ Infatti, “senza un’apertura trascendente, l’uomo cade facile preda del relativismo e gli riesce poi difficile agire secondo giustizia e impegnarsi per la pace”.¹⁴ L’oblio e la negazione di Dio, che inducono l’uo-

11 Cfr.: Lett. enc. *Laudato si’*. 92.

12 Cfr.: *ibid.*, 51.

13 *Discorso in occasione degli auguri al Corpo Diplomatico accreditato presso la Santa Sede*, 7 gennaio 2013.

14 *Ibid.*

mo a non riconoscere più alcuna norma al di sopra di sé e a prendere come norma soltanto sé stesso, hanno prodotto crudeltà e violenza senza misura.¹⁵

A livello individuale e comunitario l'indifferenza verso il prossimo, figlia di quella verso Dio, assume l'aspetto dell'inerzia e del disimpegno, che alimentano il perdurare di situazioni di ingiustizia e grave squilibrio sociale, le quali, a loro volta, possono condurre a conflitti o, in ogni caso, generare un clima di insoddisfazione che rischia di sfociare, presto o tardi, in violenze e insicurezza.

In questo senso l'indifferenza, e il disimpegno che ne consegue, costituiscono una grave mancanza al dovere che ogni persona ha di contribuire, nella misura delle sue capacità e del ruolo che riveste nella società, al bene comune, in particolare alla pace, che è uno dei beni più preziosi dell'umanità.¹⁶

Quando poi investe il livello istituzionale, l'indifferenza nei confronti dell'altro, della sua dignità, dei suoi diritti fondamentali e della sua libertà, unita a una cultura improntata al profitto e all'edonismo, favorisce e talvolta giustifica azioni e politiche che finiscono per costituire minacce alla pace. Tale atteggiamento di indifferenza può anche giungere a giustificare alcune politiche economiche deplorevoli, foriere

di ingiustizie, divisioni e violenze, in vista del conseguimento del proprio benessere o di quello della nazione. Non di rado, infatti, i progetti economici e politici degli uomini hanno come fine la conquista o il mantenimento del potere e delle ricchezze, anche a costo di calpestare i diritti e le esigenze fondamentali degli altri. Quando le popolazioni vedono negati i propri diritti elementari, quali il cibo, l'acqua, l'assistenza sanitaria o il lavoro, esse sono tentate di procurarseli con la forza.¹⁷

Inoltre, l'indifferenza nei confronti dell'ambiente naturale, favorendo la deforestazione, l'inquinamento e le catastrofi naturali che sradicano intere comunità dal loro ambiente di vita, costringendole alla precarietà e all'insicurezza, crea

17 "Fino a quando non si eliminano l'esclusione e l'inequità nella società e tra i diversi popoli sarà impossibile sradicare la violenza. Si accusano della violenza i poveri e le popolazioni più povere, ma, senza uguaglianza di opportunità, le diverse forme di aggressione e di guerra troveranno un terreno fertile che prima o poi provocherà l'esplosione. Quando la società – locale, nazionale o mondiale – abbandona nella periferia una parte di sé, non vi saranno programmi politici, né forze dell'ordine o di intelligence che possano assicurare illimitatamente la tranquillità. Ciò non accade soltanto perché l'inequità provoca la reazione violenta di quanti sono esclusi dal sistema, bensì perché il sistema sociale ed economico è ingiusto alla radice. Come il bene tende a comunicarsi, così il male a cui si acconsente, cioè l'ingiustizia, tende ad espandere la sua forza nociva e a scardinare silenziosamente le basi di qualsiasi sistema politico e sociale, per quanto solido possa apparire" (Esort. ap. Evangelii gaudium. 59).

15 Cfr.: BENEDETTO XVI. *Intervento durante la Giornata di riflessione, dialogo e preghiera per la pace e la giustizia nel mondo*, Assisi, 27 ottobre 2011.

16 Cfr.: Esort. ap. *Evangelii gaudium*. 217-237.

nuove povertà, nuove situazioni di ingiustizia dalle conseguenze spesso nefaste in termini di sicurezza e di pace sociale. Quante guerre sono state condotte e quante ancora saranno combattute a causa della mancanza di risorse o per rispondere all'insaziabile richiesta di risorse naturali?¹⁸

Dall'indifferenza alla misericordia: la conversione del cuore

5. *Quando, un anno fa, nel Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace "Non più schiavi, ma fratelli", evocavo la prima icona biblica della fraternità umana, quella di Caino e Abele (cfr.: Gen 4,1-16), era per attirare l'attenzione su come è stata tradita questa prima fraternità. Caino e Abele sono fratelli. Provengono entrambi dallo stesso grembo, sono uguali in dignità e creati ad immagine e somiglianza di Dio; ma la loro fraternità creaturale si rompe. "Non soltanto Caino non sopporta suo fratello Abele, ma lo uccide per invidia".¹⁹ Il fratricidio allora diventa la forma del tradimento, e il rifiuto da parte di Caino della fraternità di Abele è la prima rottura nelle relazioni familiari di fraternità, solidarietà e rispetto reciproco.*

Dio interviene, allora, per chiamare l'uomo alla responsabilità nei confronti del suo simile, proprio come fece quando Adamo ed Eva, i primi genitori, ruppero la comunione con il Creatore. "Allora il Signo-

re disse a Caino: "Dov'è Abele, tuo fratello?". Egli rispose: "Non lo so. Sono forse il guardiano di mio fratello?". Riprese: "Che hai fatto? La voce del sangue di tuo fratello grida a me dal suolo!"" (Gen 4,9-10).

Caino dice di non sapere che cosa sia accaduto a suo fratello, dice di non essere il suo guardiano. Non si sente responsabile della sua vita, della sua sorte. Non si sente coinvolto. È indifferente verso suo fratello, nonostante essi siano legati dall'origine comune. Che tristezza! Che dramma fraterno, familiare, umano! Questa è la prima manifestazione dell'indifferenza tra fratelli. Dio, invece, non è indifferente: il sangue di Abele ha grande valore ai suoi occhi e chiede a Caino di renderne conto. Dio, dunque, si rivela, fin dagli inizi dell'umanità come Colui che si interessa alla sorte dell'uomo. Quando più tardi i figli di Israele si trovano nella schiavitù in Egitto, Dio interviene nuovamente. Dice a Mosè: "Ho osservato la miseria del mio popolo in Egitto e ho udito il suo grido a causa dei suoi sorveglianti; conosco, infatti, le sue sofferenze. Sono sceso per liberarlo dalla mano dell'Egitto e per farlo uscire da questo paese verso un paese bello e spazioso, verso un paese dove scorre latte e miele" (Es 3,7-8). È importante notare i verbi che descrivono l'intervento di Dio: Egli osserva, ode, conosce, scende, libera. Dio non è indifferente. È attento e opera.

Allo stesso modo, nel suo Figlio Gesù, Dio è sceso fra gli uomini, si è incarnato e si è mostrato solidale con l'umanità, in ogni cosa, eccetto il peccato. Gesù si identificava con l'umanità: "il primogenito tra molti

¹⁸ Cfr.: Lett. enc. *Laudato si'*, 31; 48.

¹⁹ *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 2015, 2.*

fratelli” (Rm 8,29). Egli non si accontentava di insegnare alle folle, ma si preoccupava di loro, specialmente quando le vedeva affamate (cfr.: Mc 6,34-44) o disoccupate (cfr.: Mt 20,3). Il suo sguardo non era rivolto soltanto agli uomini, ma anche ai pesci del mare, agli uccelli del cielo, alle piante e agli alberi, piccoli e grandi; abbracciava l'intero creato. Egli vede, certamente, ma non si limita a questo, perché tocca le persone, parla con loro, agisce in loro favore e fa del bene a chi è nel bisogno. Non solo, ma si lascia commuovere e piange (cfr.: Gv 11,33-44). E agisce per porre fine alla sofferenza, alla tristezza, alla miseria e alla morte.

Gesù ci insegna ad essere misericordiosi come il Padre (cfr.: Lc 6,36). Nella parabola del buon samaritano (cfr.: Lc 10,29-37) denuncia l'omissione di aiuto dinanzi all'urgente necessità dei propri simili: “lo vide e passò oltre” (cfr.: Lc 10,31.32). Nello stesso tempo, mediante questo esempio, Egli invita i suoi uditori, e in particolare i suoi discepoli, ad imparare a fermarsi davanti alle sofferenze di questo mondo per alleviarle, alle ferite degli altri per curarle, con i mezzi di cui si dispone, a partire dal proprio tempo, malgrado le tante occupazioni. L'indifferenza, infatti, cerca spesso pretesti: nell'osservanza dei precetti rituali, nella quantità di cose che bisogna fare, negli antagonismi che ci tengono lontani gli uni dagli altri, nei pregiudizi di ogni genere che ci impediscono di farci prossimo.

La misericordia è il cuore di Dio. Perciò dev'essere anche il cuo-

re di tutti coloro che si riconoscono membri dell'unica grande famiglia dei suoi figli; un cuore che batte forte dovunque la dignità umana – riflesso del volto di Dio nelle sue creature – sia in gioco. Gesù ci avverte: l'amore per gli altri – gli stranieri, i malati, i prigionieri, i senza fissa dimora, perfino i nemici – è l'unità di misura di Dio per giudicare le nostre azioni. Da ciò dipende il nostro destino eterno. Non c'è da stupirsi che l'apostolo Paolo inviti i cristiani di Roma a gioire con coloro che gioiscono e a piangere con coloro che piangono (cfr.: Rm 12,15), o che raccomandi a quelli di Corinto di organizzare collette in segno di solidarietà con i membri sofferenti della Chiesa (cfr.: 1 Cor 16,2-3). E san Giovanni scrive: “Se qualcuno possiede dei beni di questo mondo e vede suo fratello nel bisogno e non ha pietà di lui, come potrebbe l'amore di Dio essere in lui?” (1 Gv 3,17; cfr.: Gc 2,15-16).

Ecco perché “è determinante per la Chiesa e per la credibilità del suo annuncio che essa viva e testimoni in prima persona la misericordia. Il suo linguaggio e i suoi gesti devono trasmettere misericordia per penetrare nel cuore delle persone e proccacciarle a ritrovare la strada per ritornare al Padre. La prima verità della Chiesa è l'amore di Cristo. Di questo amore, che giunge fino al perdono e al dono di sé, la Chiesa si fa serva e mediatrice presso gli uomini. Pertanto, dove la Chiesa è presente, là deve essere evidente la misericordia del Padre. Nelle nostre parrocchie, nelle comunità, nelle associazioni e nei movimenti, insomma, dovunque vi sono dei cristiani,

chiunque deve poter trovare un'oasi di misericordia".²⁰

Così, anche noi siamo chiamati a fare dell'amore, della compassione, della misericordia e della solidarietà un vero programma di vita, uno stile di comportamento nelle nostre relazioni gli uni con gli altri.²¹ Ciò richiede la conversione del cuore: che cioè la grazia di Dio trasformi il nostro cuore di pietra in un cuore di carne (cfr.: Ez 36,26), capace di aprirsi agli altri con autentica solidarietà. Questa, infatti, è molto più che un "sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine o lontane".²² La solidarietà "è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno perché tutti siamo veramente responsabili di tutti",²³ perché la compassione scaturisce dalla fraternità.

Così compresa, la solidarietà costituisce l'atteggiamento morale e sociale che meglio risponde alla presa di coscienza delle piaghe del nostro tempo e dell'innegabile interdipendenza che sempre più esiste, specialmente in un mondo globalizzato, tra la vita del singolo e della sua comunità in un determinato luogo e quella di altri uomini e donne nel resto del mondo.²⁴

20 Bolla di indizione del Giubileo Straordinario della Misericordia *Misericordiae Vultus*, 12.

21 Cfr.: *ibid.*, 13.

22 GIOVANNI PAOLO II. Lett. enc. *Sollicitudo rei socialis*. 38.

23 *Ibid.*

24 Cfr.: *ibid.*

Promuovere una cultura di solidarietà e misericordia per vincere l'indifferenza

6. La solidarietà come virtù morale e atteggiamento sociale, frutto della conversione personale, esige un impegno da parte di una molteplicità di soggetti, che hanno responsabilità di carattere educativo e formativo.

Il mio primo pensiero va alle famiglie, chiamate ad una missione educativa primaria ed imprescindibile. Esse costituiscono il primo luogo in cui si vivono e si trasmettono i valori dell'amore e della fraternità, della convivenza e della condivisione, dell'attenzione e della cura dell'altro. Esse sono anche l'ambito privilegiato per la trasmissione della fede, cominciando da quei primi semplici gesti di devozione che le madri insegnano ai figli.²⁵

Per quanto riguarda gli educatori e i formatori che, nella scuola o nei diversi centri di aggregazione infantile e giovanile, hanno l'impegnativo compito di educare i bambini e i giovani, sono chiamati ad essere consapevoli che la loro responsabilità riguarda le dimensioni morale, spirituale e sociale della persona. I valori della libertà, del rispetto reciproco e della solidarietà possono essere trasmessi fin dalla più tenera età. Rivolgendosi ai responsabili delle istituzioni che hanno compiti educativi, Benedetto XVI affermava: "Ogni ambiente educativo possa essere luogo di apertura al trascen-

25 Cfr.: *Catechesi* nell'Udienza Generale del 7 gennaio 2015.

dente e agli altri; luogo di dialogo, di coesione e di ascolto, in cui il giovane si senta valorizzato nelle proprie potenzialità e ricchezze interiori, e impari ad apprezzare i fratelli. Possa insegnare a gustare la gioia che scaturisce dal vivere giorno per giorno la carità e la compassione verso il prossimo e dal partecipare attivamente alla costruzione di una società più umana e fraterna”.²⁶

Anche gli operatori culturali e dei mezzi di comunicazione sociale hanno responsabilità nel campo dell'educazione e della formazione, specialmente nelle società contemporanee, in cui l'accesso a strumenti di informazione e di comunicazione è sempre più diffuso. È loro compito innanzitutto porsi al servizio della verità e non di interessi particolari. I mezzi di comunicazione, infatti, “non solo informano, ma anche formano lo spirito dei loro destinatari e quindi possono dare un apporto notevole all'educazione dei giovani. È importante tenere presente che il legame tra educazione e comunicazione è strettissimo: l'educazione avviene, infatti, per mezzo della comunicazione, che influisce, positivamente o negativamente, sulla formazione della persona”.²⁷ Gli operatori culturali e dei media dovrebbero anche vigilare affinché il modo in cui si ottengono e si diffondono le informazioni sia sempre giuridicamente e moralmente lecito.

26 *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace* 2012, 2.

27 *Ibid.*

La pace: frutto di una cultura di solidarietà, misericordia e compassione

7. Consapevoli della minaccia di una globalizzazione dell'indifferenza, non possiamo non riconoscere che, nello scenario sopra descritto, si inseriscono anche numerose iniziative ed azioni positive che testimoniano la compassione, la misericordia e la solidarietà di cui l'uomo è capace. Vorrei ricordare alcuni esempi di impegno lodevole, che dimostrano come ciascuno possa vincere l'indifferenza quando sceglie di non distogliere lo sguardo dal suo prossimo, e che costituiscono buone pratiche nel cammino verso una società più umana.

Ci sono tante organizzazioni non governative e gruppi caritativi, all'interno della Chiesa e fuori di essa, i cui membri, in occasione di epidemie, calamità o conflitti armati, affrontano fatiche e pericoli per curare i feriti e gli ammalati e per seppellire i defunti. Accanto ad essi, vorrei menzionare le persone e le associazioni che portano soccorso ai migranti che attraversano deserti e solcano mari alla ricerca di migliori condizioni di vita. Queste azioni sono opere di misericordia corporale e spirituale, sulle quali saremo giudicati al termine della nostra vita.

Il mio pensiero va anche ai giornalisti e fotografi che informano l'opinione pubblica sulle situazioni difficili che interpellano le coscienze, e a coloro che si impegnano per la difesa dei diritti umani, in particolare quelli delle minoranze etniche e religiose, dei popoli indigeni, delle donne e dei bambini, e di tutti coloro che vivono in condizioni di maggiore vulnerabilità. Tra loro ci sono anche

tanti sacerdoti e missionari che, come buoni pastori, restano accanto ai loro fedeli e li sostengono nonostante i pericoli e i disagi, in particolare durante i conflitti armati.

Quante famiglie, poi, in mezzo a tante difficoltà lavorative e sociali, si impegnano concretamente per educare i loro figli “controcorrente”, a prezzo di tanti sacrifici, ai valori della solidarietà, della compassione e della fraternità! Quante famiglie aprono i loro cuori e le loro case a chi è nel bisogno, come ai rifugiati e ai migranti! Voglio ringraziare in modo particolare tutte le persone, le famiglie, le parrocchie, le comunità religiose, i monasteri e i santuari, che hanno risposto prontamente al mio appello ad accogliere una famiglia di rifugiati.²⁸

Infine, vorrei menzionare i giovani che si uniscono per realizzare progetti di solidarietà, e tutti coloro che aprono le loro mani per aiutare il prossimo bisognoso nelle proprie città, nel proprio Paese o in altre regioni del mondo. Voglio ringraziare e incoraggiare tutti coloro che si impegnano in azioni di questo genere, anche se non vengono pubblicizzate: la loro fame e sete di giustizia sarà saziata, la loro misericordia farà loro trovare misericordia e, in quanto operatori di pace, saranno chiamati figli di Dio (cfr.: Mt 5,6-9).

La pace nel segno del Giubileo della Misericordia

8. Nello spirito del Giubileo della Misericordia, ciascuno è chiama-

²⁸ Cfr.: *Angelus* del 6 settembre 2015.

to a riconoscere come l'indifferenza si manifesta nella propria vita e ad adottare un impegno concreto per contribuire a migliorare la realtà in cui vive, a partire dalla propria famiglia, dal vicinato o dall'ambiente di lavoro.

Anche gli Stati sono chiamati a gesti concreti, ad atti di coraggio nei confronti delle persone più fragili delle loro società, come i prigionieri, i migranti, i disoccupati e i malati.

Per quanto concerne i detenuti, in molti casi appare urgente adottare misure concrete per migliorare le loro condizioni di vita nelle carceri, accordando un'attenzione speciale a coloro che sono privati della libertà in attesa di giudizio,²⁹ avendo a mente la finalità rieducativa della sanzione penale e valutando la possibilità di inserire nelle legislazioni nazionali pene alternative alla detenzione carceraria. In questo contesto, desidero rinnovare l'appello alle autorità statali per l'abolizione della pena di morte, là dove essa è ancora in vigore, e a considerare la possibilità di un'amnistia.

Per quanto riguarda i migranti, vorrei rivolgere un invito a ripensare le legislazioni sulle migrazioni, affinché siano animate dalla volontà di accoglienza, nel rispetto dei reciproci doveri e responsabilità, e possano facilitare l'integrazione dei migranti. In questa prospettiva, un'attenzione speciale dovrebbe essere prestata alle condizioni di soggiorno dei migranti, ricordando che la clan-

²⁹ Cfr.: *Discorso alla delegazione dell'Associazione internazionale di diritto penale*, 23 ottobre 2014.

destinàtà rischia di trascinarli verso la criminalità.

Desidero, inoltre, in quest'Anno giubilare, formulare un pressante appello ai responsabili degli Stati a compiere gesti concreti in favore dei nostri fratelli e sorelle che soffrono per la mancanza di lavoro, terra e tetto. Penso alla creazione di posti di lavoro dignitoso per contrastare la piaga sociale della disoccupazione, che investe un gran numero di famiglie e di giovani ed ha conseguenze gravissime sulla tenuta dell'intera società. La mancanza di lavoro intacca pesantemente il senso di dignità e di speranza, e può essere compensata solo parzialmente dai sussidi, pur necessari, destinati ai disoccupati e alle loro famiglie. Un'attenzione speciale dovrebbe essere dedicata alle donne – purtroppo ancora discriminate in campo lavorativo – e ad alcune categorie di lavoratori, le cui condizioni sono precarie o pericolose e le cui retribuzioni non sono adeguate all'importanza della loro missione sociale.

Infine, vorrei invitare a compiere azioni efficaci per migliorare le condizioni di vita dei malati, garantendo a tutti l'accesso alle cure mediche e ai farmaci indispensabili per la vita, compresa la possibilità di cure domiciliari.

Volgendo lo sguardo al di là dei propri confini, i responsabili degli Stati sono anche chiamati a rinnovare le loro relazioni con gli altri popoli, permettendo a tutti una effettiva partecipazione e inclusione alla vita della comunità internazionale, affinché si realizzi la fraternità anche all'interno della famiglia delle nazioni.

In questa prospettiva, desidero

rivolgere un triplice appello ad astenersi dal trascinare gli altri popoli in conflitti o guerre che ne distruggono non solo le ricchezze materiali, culturali e sociali, ma anche – e per lungo tempo – l'integrità morale e spirituale; alla cancellazione o alla gestione sostenibile del debito internazionale degli Stati più poveri; all'adozione di politiche di cooperazione che, anziché piegarsi alla dittatura di alcune ideologie, siano rispettose dei valori delle popolazioni locali e che, in ogni caso, non siano lesive del diritto fondamentale ed inalienabile dei nascituri alla vita.

Affido queste riflessioni, insieme con i migliori auspici per il nuovo anno, all'intercessione di Maria Santissima, Madre premurosa per i bisogni dell'umanità, affinché ci ottenga dal suo Figlio Gesù, Principe della Pace, l'esaudimento delle nostre suppliche e la benedizione del nostro impegno quotidiano per un mondo fraterno e solidale.

Dal Vaticano, 8 dicembre 2015

FRANCISCUS

(da L'Osservatore Romano del 16.12.2015)

II

Il Papa su temi di bioetica

Recentemente il Santo Padre Francesco si è espresso su temi di rilevanza bioetica.

Lo scorso 11 gennaio si è svolta nella Sala Regia la tradizionale udienza di inizio anno al corpo diplomatico accreditato presso la San-

ta Sede e in tale occasione Papa Francesco, nel discorso rivolto ai presenti, ha richiamato l'importanza della famiglia, sottoposta in questo tempo a sfide e minacce, a causa di una cultura che denota mancanza di apertura verso la vita. Soffermandosi sulla grave emergenza migratoria, il Pontefice ha sottolineato che la fame, l'impossibilità di accedere alle cure mediche, il degrado sono frutto della "cultura dello scarto" che "mette in pericolo la persona umana" e ha denunciato che "le persone non sono più sentite come un valore primario da rispettare e tutelare", riferendosi in particolar modo ai poveri, ai disabili, ai nati e agli anziani. Papa Francesco ha quindi auspicato che il Primo Vertice Umanitario Mondiale, convocato nel maggio prossimo dalle Nazioni Unite, riesca a collocare la persona umana e la sua dignità al centro dei propri programmi. Il Santo Padre ha poi ribadito il valore dei principi di umanità, di rispetto per la dignità di ogni persona, di sussidiarietà e di solidarietà reciproca, quali "strumenti per difendere la centralità della persona umana". Il Papa si è poi soffermato sul raggiungimento dell'accordo sul clima nel corso della Conferenza di Parigi, richiamando la responsabilità di ciascuno nel custodire il creato.

Riportiamo di seguito i brani del discorso del Pontefice relativi a questi argomenti:

"(...) A Filadelfia, in occasione dell'Incontro Mondiale delle Famiglie, come pure nel corso del viaggio in Sri Lanka e nelle Filippine e con il recente Sinodo dei Vescovi, ho ri-

chiamato l'importanza della famiglia, che è la prima e più importante scuola di misericordia, nella quale si impara a scoprire il volto amorevole di Dio e dove la nostra umanità cresce e si sviluppa. Purtroppo, conosciamo le numerose sfide che la famiglia deve affrontare in questo tempo, in cui è "minacciata dai crescenti tentativi da parte di alcuni per ridefinire la stessa istituzione del matrimonio mediante il relativismo, la cultura dell'effimero, una mancanza di apertura alla vita".³⁰ C'è oggi una diffusa paura dinanzi alla definitività che la famiglia esige e ne fanno le spese soprattutto i più giovani, spesso fragili e disorientati, e gli anziani che finiscono per essere dimenticati e abbandonati. Al contrario, "dalla fraternità vissuta in famiglia, nasce (...) la solidarietà nella società",³¹ che ci porta ad essere responsabili l'uno dell'altro. Ciò è possibile solo se nelle nostre case, così come nelle nostre società, non lasciamo sedimentare le fatiche e i risentimenti, ma diamo posto al dialogo, che è il migliore antidoto all'individualismo così ampiamente diffuso nella cultura del nostro tempo. (...)

Come allora, udiamo la voce di Giacobbe che dice ai suoi figli "Andate laggiù e comprate [il grano] per noi, perché possiamo conservarci in vita e non morire" (Gen 42,2). È la voce di quanti fuggono dalla miseria estrema, per l'impossibilità di sfamare la famiglia o di accedere

³⁰ *Incontro con le famiglie*, Manila, 16 gennaio 2015.

³¹ *Incontro con la società civile*, Quito, 7 luglio 2015.

alle cure mediche e all'istruzione, dal degrado senza prospettive di alcun progresso, o anche a causa dei cambiamenti climatici e di condizioni climatiche estreme. Purtroppo, è noto come la fame sia ancora una delle piaghe più gravi del nostro mondo, con milioni di bambini che ogni anno muoiono a causa di essa. Duole, tuttavia, constatare che spesso questi migranti non rientrano nei sistemi internazionali di protezione in base agli accordi internazionali.

Come non vedere in tutto ciò il frutto di quella "cultura dello scarto" che mette in pericolo la persona umana, sacrificando uomini e donne agli idoli del profitto e del consumo? È grave assuefarci a queste situazioni di povertà e di bisogno, ai drammi di tante persone e farle diventare "normalità". Le persone non sono più sentite come un valore primario da rispettare e tutelare, specie se povere o disabili, se "non servono ancora" – come i nascituri –, o "non servono più" – come gli anziani. Siamo diventati insensibili ad ogni forma di spreco, a partire da quello alimentare, che è tra i più deprecabili, quando ci sono molte persone e famiglie che soffrono fame e malnutrizione.³²

La Santa Sede auspica che il Primo Vertice Umanitario Mondiale, convocato nel maggio prossimo dalle Nazioni Unite, possa riuscire, nel triste quadro odierno di conflitti e disastri, nel suo intento di mettere la persona umana e la sua dignità al cuore di ogni risposta umanitaria. Occorre un impegno comune che ro-

vesci decisamente la cultura dello scarto e dell'offesa della vita umana, affinché nessuno si senta trascurato o dimenticato e altre vite non vengano sacrificate per la mancanza di risorse e, soprattutto, di volontà politica.

Purtroppo, oggi come allora, sentiamo la voce di Giuda che suggerisce di vendere il proprio fratello (cfr.: Gen 37,26-27). È l'arroganza dei potenti che strumentalizzano i deboli, riducendoli ad oggetti per fini egoistici o per calcoli strategici e politici. (...)

Tuttavia, non ci si può permettere di perdere i valori e i principi di umanità, di rispetto per la dignità di ogni persona, di sussidiarietà e di solidarietà reciproca, quantunque essi possano costituire, in alcuni momenti della storia, un fardello difficile da portare. Desidero, dunque, ribadire il mio convincimento che l'Europa, aiutata dal suo grande patrimonio culturale e religioso, abbia gli strumenti per difendere la centralità della persona umana e per trovare il giusto equilibrio fra il duplice dovere morale di tutelare i diritti dei propri cittadini e quello di garantire l'assistenza e l'accoglienza dei migranti.³³ (...)

Il 2015 ha visto la conclusione di importanti intese internazionali, le quali fanno ben sperare per il futuro. Penso anzitutto (...) come pure al raggiungimento dell'atteso accordo sul clima nel corso della Conferenza di un'intesa significativa – quest'ultima – che rappresenta un importante risultato per l'intera Comunità in-

32 Cfr.: *Udiienza generale*, 5 giugno 2013.

33 Cfr.: *ibid.*

ternazionale e che mette in luce una forte presa di coscienza collettiva circa la grave responsabilità che ciascuno, individui e nazioni, ha di custodire il creato, promuovendo una “cultura della cura che impregni tutta la società”.³⁴ È ora fondamentale che gli impegni assunti non rappresentino solo un buon proposito,

ma costituiscano per tutti gli Stati un effettivo obbligo a porre in essere le azioni necessarie per salvaguardare la nostra amata Terra, a beneficio dell'intera umanità, soprattutto delle generazioni future. (...)”

(da L'Osservatore Romano
dell'11-12.1.2016)

³⁴ Enc. *Laudato si'*, 231.

Dal Magistero Episcopale

I

I Vescovi Cattolici dell'Irlanda del Nord: il diritto alla vita non cambia per la sentenza di una Corte (30 novembre 2015)

I Vescovi Cattolici dell'Irlanda del Nord, in seguito alla sentenza dell'Alta Corte di Belfast che ha concesso la cosiddetta interruzione volontaria di gravidanza nei casi di incesto, stupro o grave malformazione del feto, hanno emanato lo scorso 30 novembre una nota episcopale in cui esprimono contrarietà e rammarico per tale decisione, che di fatto ha soppesato una vita contro l'altra, stabilendo quale sia più degna di protezione e tutela.

I Vescovi si dicono scioccati per le parole dei Giudici che definiscono i bambini non ancora nati, che presentano gravi malformazioni, come "condannati". Da un punto di vista sia umano che morale, questi bambini sono persone, ribadiscono i presuli, e il dovere di rispettare e tutelare il loro diritto alla vita non cambia a causa di una sentenza della Corte.

Secondo la loro esperienza pastorale, ribadiscono i Vescovi all'inizio della nota, anche nel più duro dei casi la società non può dimenticare che la vita umana è sacra e è sempre meritevole della massima protezione, compassione e cura; inoltre, proseguono i presuli, la Chiesa cattolica insegna che il dovere di prendersi cura e di proteggere la vita umana si estende ugualmente

dalla madre al suo bambino non ancora nato. Togliere deliberatamente e intenzionalmente la vita ad una persona innocente continua ad essere moralmente un grave errore in tutte le circostanze.

Il diritto alla vita è sancito dalla Costituzione ed è disumano privare un nascituro del diritto alla vita, affermano i Vescovi; inoltre, come si legge nella dichiarazione, tale sentenza mette in luce la contraddizione e l'illogicità delle leggi che richiedono di non operare discriminazione alcuna nei confronti dei bambini che nascono affetti da disabilità, come la sindrome di Down o la spina bifida, ma poi permettono l'aborto selettivo in modo da evitare in primo luogo che i bambini con tali disabilità possano nascere. I Vescovi dell'Irlanda del Nord inseriscono poi un richiamo all'insegnamento di Papa Francesco che nella lettera enciclica Laudato si indica la non praticabilità di un cammino educativo per l'accoglienza degli esseri più vulnerabili, se non sappiamo proteggere un embrione umano, per quanto possa arrecare disagi o difficoltà (cfr.: Laudato si, n. 120).

L'uccisione diretta e intenzionale di un bambino non ancora nato non può mai essere una risposta umana, compassionevole o adeguata alle circostanze complesse e delicate di una gravidanza difficile o critica, ribadiscono i presuli, che concludono la nota episcopale ribadendo l'intenzione da parte della Chiesa di prendere in considerazione le implicazioni della sentenza dell'Alta Corte di Belfast e di qualsiasi successivo ricorso.

Riportiamo di seguito il testo della nota episcopale:

Statement by the Catholic Bishops of Northern Ireland in response to the judgement of the High Court in Belfast in relation to the laws on abortion

Our day to day pastoral experience teaches us that even in the hardest of hard cases society cannot forget that human life is sacred and always deserving of our utmost protection, compassion and care. The Catholic Church teaches that the duty to care for and protect human life extends equally to a mother and her unborn child in all circumstances.

Having met with many parents whose unborn child with a life limiting condition has lived for hours, days, weeks and even years bringing immense happiness, we are profoundly shocked and disturbed at the Judges words that such children are “doomed”. The Judge compounds this by saying that “there is no human life to protect”. By any human and moral standard these children are persons and our duty to respect and protect their right to life does not change because of any Court judgment.

It is profoundly disquieting that the decision of the High Court in Belfast has effectively weighed up one life against another and said to our society that the life of some children is more worthy of our protection, love and care than others. Vulnerable and innocent children who suffer from a life limiting con-

dition, and children who have been conceived as a result of the trauma of a sexual crime for which they bear no responsibility, will no longer be afforded the protection of the law to vindicate their inherent right to life. To deliberately and intentionally take the life of an innocent person continues to be gravely morally wrong in all circumstances.

The judgment itself draws attention to the contradiction and illogicality of laws that call for “no discrimination against those children who are born suffering from disabilities such as Down’s Syndrome or spina bifida” but then permit “selective abortion so as to prevent those children with such disabilities being born in the first place”. In this regard we draw attention to the words of Pope Francis: “How can we genuinely teach the importance of concern for other vulnerable beings, however troublesome or inconvenient they may be, if we fail to protect a human embryo, even when its presence is uncomfortable and creates difficulties? If personal and social sensitivity towards the acceptance of the new life is lost, then other forms of acceptance that are valuable for society also wither away” (*Laudato si’*, n. 120).

We are committed to a culture of equal compassion and care for a mother and her unborn child. We share with others the belief that the direct and intentional killing of an unborn child can never be a humane, compassionate or appropriate response to the complex and sensitive circumstances of a difficult or crisis pregnancy. The Church will

continue to consider the full implications of the judgment of the High Court in Belfast and of any appeal which may follow.

November 30, 2015

Archbishop EAMON MARTIN,
Archbishop of Armagh
Bishop NOEL TREANOR,
Bishop of Down & Connor
Bishop ANTHONY FARQUHAR,
Auxiliary Bishop of Down & Connor
Bishop JOHN MCAREAVEY,
Bishop of Dromore
Bishop LIAM MACDAID,
Bishop of Clogher
Bishop DONAL MCKEOWN,
Bishop of Derry

(da copia fotostatica del documento)

II

Nota del Presidente della Conferenza dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti (USCCB) sulla tutela dell'obiezione di coscienza all'aborto

Lo scorso 23 dicembre è stata emanata una nota di Mons. Joseph E. Kurtz, Presidente della Conferenza dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti (USCCB), in cui il presule esprime il proprio disappunto a causa della decisione del Congresso USA di non inserire nella proposta di legge "omnibus" 2016 la legge contro la discriminazione sull'aborto "Abortion Non-Discrimination Act" (ANDA). Si tratta di un provvedimento presentato nel 2011

che ha l'obiettivo di tutelare meglio l'obiezione di coscienza in materia di aborto: si rivela quindi di capitale importanza per le istituzioni religiose impegnate in ambito sanitario, in cui si dovrebbe garantire agli operatori la facoltà di agire nel rispetto dei propri principi, soprattutto nel rispetto dell'inviolabilità della vita umana.

L'Arcivescovo di Louisville si dice preoccupato per il fatto che un principio fondante che in passato ha sempre avuto un ampio consenso bipartisan sia diventato improvvisamente una questione di parte e puntualizza che nessuno dovrebbe essere costretto dal Governo a partecipare attivamente a quella che considera l'uccisione di una vita innocente. Quindi Mons. Joseph E. Kurtz rivolge agli oppositori all'Abortion Non-Discrimination Act un appello a riconsiderare la posizione assunta contro l'applicazione di una legge che, ricorda il presule, affonda le sue radici nella Costituzione americana.

Il Presidente della USCCB conclude la dichiarazione ribadendo che la missione della Chiesa nella sfera pubblica è quella di testimoniare la dignità di ogni essere umano e di difendere la libertà di agire in accordo con le proprie convinzioni morali e religiose in difesa delle vite più fragili.

Pubblichiamo di seguito il testo del documento:

Washington Misses Opportunity to Protect the Freedom to Serve

A statement by Archbishop Joseph E. Kurtz of Louisville President of the United States Conference of Catholic Bishops

The bishops of the United States are gravely disappointed that the 2016 omnibus funding bill did not include the Abortion Non-Discrimination Act (ANDA). While the omnibus bill certainly addresses other critical issues, the modest reform that ANDA represents – to make federal conscience laws on abortion workable and enforceable – was an urgent legislative priority in these final months of the year.

Many Catholic and other institutions, including those that provide health care and other human services to the poor and vulnerable, have joined in our support of ANDA. Without ANDA, these caring organizations face legal threats to their very existence, as they lack clear and enforceable protection for their freedom to serve the needy in accord with their deepest moral convictions on respect for human life. Such threats to conscience also pose a threat to the most marginalized and vulnerable in our society – the poor and the sick, as well as the unborn.

I am deeply concerned that a foundational principle that has received long-standing, bipartisan support in the past has suddenly become partisan. No one should be forced by the government to actively participate in what they believe to be the taking of an innocent life. This is not about “access” to abortion. The principle at stake is

whether people of faith and others who oppose abortion and abortion coverage should be compelled to participate in them. Federal law has long supported the rights of conscientious objection, and even in recent years, President Obama and many members of Congress have publicly declared their support for these existing laws. ANDA merely sought to give them a more consistent means of enforcement.

Despite this, ANDA was caught in the partisan polarization gripping Washington. To those who supported ANDA, we offer our gratitude and applaud your commitment to maintaining our national consensus in support of conscience protection. To those who opposed ANDA, we urge you, in the strongest possible terms, to reconsider your position, which stands in opposition to even the modest enforcement of a venerable principle that is rooted in the constitution and has long enjoyed broad, bipartisan support.

We join Pope Francis in “call(ing) for a renewal of that spirit of cooperation, which has accomplished so much good throughout the history of the United States” a cooperation that must be undertaken “with respect for our differences and our convictions of conscience.” (*Address to Congress*, Sept. 24, 2015) We call upon our elected officials to rise above partisan divisions and to renew their support for this most basic right. ANDA should be enacted as soon as possible. Without it, current federal conscience laws are, now for the first time, being enforced erratically or not at all in places such as California.

The mission of the Church in the public square is to witness to the dignity of every human life and advocate for the freedom to act in accord with one's moral and religious convictions in defense of those lives, no matter how young or vulnerable. We will continue to rea-

ch out to the White House and Congressional leaders untiringly until proper protections are guaranteed.

December 23, 2015

(da copia fotostatica del documento)

INDICE ANALITICO E DEGLI AUTORI

Anno LXV, 2015

(I numeri in neretto si riferiscono al fascicolo, quelli in tondo alle pagine; A = Articolo; BA = Bioetica dell'ambiente; CC = Congressi e Convegni; D = Documentazione; DB = Dibattito in bioetica; BC = Bioetica Clinica; E = Editoriale; LI = Letteratura Internazionale; R = Recensioni; S = Segnalazioni bibliografiche)

Aborto **3**, 361-365 (E);
Alleanza terapeutica **1**, 41-59 (A)
Anziani **3**, 489-495 (CC)
Atella V. **2**, 325-326 (S)
Autodeterminazione **3**, 391-416 (A)
Autonomia **4**, 531-536 (E); **4**, 577-617 (A)
Aznar J. **3**, 449-451 (DB)

Battimelli G. **3**, 453-470 (DB)
Bellino F. **2**, 326-327 (S); **6**, 999-1029 (A)
Bioetica clinica **6**, 999-1029 (A)
Bioeticista clinico **6**, 931-939 (E)

Caenazzo L. **1**, 287-298 (BC)
Calamo Specchia F. **5**, 893-894 (S)
Caputo A. **3**, 417-488 (A)
Casa comune **5**, 737-780 (A)
Casini C. **4**, 537-575 (A)
Casini M. **4**, 641-661 (DB)
Castoro C. **6**, 1041-1052 (A)
Cattorini P.M. **2**, 245-266 (A); **6**, 941-958 (A)
Chirurgia **6**, 1041-1052 (A)
Codice deontologico **1**, 61-80 (A)
Colucci M. **4**, 577-617 (A)
Comitato etico **2**, 219-226 (E); **6**, 987-998 (A); **6**, 941-958 (A)
Comoretto N. **2**, 319-323 (R); **3**, 489-495 (CC); **5**, 805-821 (A)
Consulenza etica/ di etica clinica **6**, 959-985 (A); **6**, 987-998 (A); **6**, 1061-1066 (A); **6**, 931-939 (E); **6**, 1041-1052 (A); **6**, 999-1029 (A); **6**, 941-958 (A); **6**, 1031-1040 (A)
Contracezione **3**, 449-451 (DB)
Coulter M.L. **5**, 896-898 (S)
Counseling genetico **4**, 619-640 (A)
Cozzoli M. **5**, 737-780 (A)
Cricelli C. **2**, 325-326 (S)

Decisione clinica **2**, 245-266 (A)
Deontologia **1**, 41-59 (A); **1**, 61-80 (A)
Dichiarazioni anticipate **3**, 453-470 (DB)

Diritti umani **2**, 227-244 (A)
 Diritto a conoscere le proprie origini **4**, 641-661 (DB)
 Diritto di non sapere **4**, 619-640 (A)
 Dominio etico **2**, 267-285 (A)
 Donazione d'organo **6**, 1031-1040 (A)

Ebola **2**, 227-244 (A)
 Ecologia **5**, 737-780 (A)
 Embrione **4**, 537-575 (A)
 Enhancement **1**, 61-80 (A)
Enriquez Canto Y. **4**, 619-640 (A)
 Epidemia **2**, 227-244 (A)
 Epistemologia **2**, 267-285 (A); **5**, 781-804 (A)
 Etica applicata **6**, 941-958 (A)
 Etica clinica **5**, 805-821 (A)
 Etica delle virtù **5**, 805-821 (A)
 Eutanasia **1**, 125-138 (A); **3**, 453-470 (DB); **5**, 823-861 (A)

Faggioni M.P. **1**, 17-39 (A)
 Fattore uterino di infertilità (FUI) **1**, 17-39 (A)
 Fecondazione eterologa **4**, 641-661 (DB)
 Figlio **1**, 9-15 (E)
 Fine vita **3**, 453-470 (DB); **5**, 823-861 (A)
Fiori A. **3**, 361-365 (E)

Genitorialità **1**, 9-15 (E)
Gensabella Furnari M. **5**, 887-892 (R)
Ghilardi G. **5**, 781-804 (A)
Giannini A. **6**, 1061-1066 (A)
Giardina S. **1**, 185-187 (R); **3**, 497-499 (R)
Giglio F. **1**, 61-80 (A); **5**, 893-894 (S)
Gonzalez C.D. **1**, 125-138 (A)

Health Technology Assessment (HTA) **2**, 267-285 (A)
 Helsinki, Dichiarazione di **1**, 81-124 (A)

Infermità di mente **3**, 417-488 (A)

Legge 40/2004 **4**, 537-575 (A)
Liborio F. **1**, 81-124 (A)

Krason S.M. **5**, 896-898 (S)

Magistero del Santo Padre (D)

- ai Centri di Aiuto alla Vita (CAV) **5**, 863-864
- all'Associazione Scienza e Vita **3**, 471-472

- alle Nazioni Unite **3**, 472-476
- Giornata Mondiale del malato **1**, 140-142; **4**, 666-669
- Giornata Mondiale della Pace **1**, 143-150; **6**, 1077-1087
- sui temi di bioetica **1**, 153-155; **2**, 307-309; **3**, 476-480; **4**, 670-673; **5**, 867-873; **6**, 1087-1090

Magistero Episcopale (D)

- Commissione delle Conferenze episcopali nell'Unione Europea (COMECE) **1**, 156-171
- Conferenza dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti (USCCB) **6**, 1093-1095
- Conferenza Episcopale degli Stati Uniti **3**, 484-485
- Conferenza Episcopale della Colombia **3**, 483-484
- Conferenza Episcopale del Cile **4**, 678-682
- Conferenza Episcopale Italiana **2**, 317-318; **3**, 485-488; **6**, 1076-1076
- Giornata nazionale per la vita **5**, 881-883
- Vescovi dell'Irlanda del Nord **6**, 1091-1093

Magnavita N. **2**, 327-329 (S)

Malta R. **2**, 327-329 (S)

Manferlotti S. **3**, 497-499 (R)

Mangione M.A. **4**, 683-695 (R)

Maternità surrogata **1**, 156-171 (D)

Medicina narrativa **2**, 245-266 (A); **5**, 805-821 (A)

Medicina potenziativa **1**, 61-80 (A)

Midolo E. **5**, 894-895 (S); **5**, 895-896 (S); **5**, 896-898 (S)

Minore **1**, 287-298 (BC)

Myers R.S. **5**, 896-898 (S)

Mori M. **6**, 959-985 (A)

Münchhausen, Sindrome di **1**, 287-298 (BC)

Neonatologia **1**, 125-138 (A)

Ontologia **5**, 781-804 (A)

Ospedale psichiatrico giudiziario **3**, 417-488 (A)

Papa A. **5**, 887-892 (R)

Pegoraro R. **6**, 931-939 (E)

Persona **3**, 391-416 (A)

Pessina A. **1**, 9-15 (E)

Piccolo G. **6**, 1031-1040 (A)

Picozzi M. **1**, 287-298 (BC); **6**, 931-939 (E)

Placebo **1**, 81-124 (A)

Pluralismo **6**, 959-985 (A)

Posteraro N. **3**, 391-416 (A)

Pratica clinica **6**, 987-998 (A)

Pratica filosofica **6**, 999-1029 (A)
 Proceduralismo **5**, 805-821 (A)
 Processo decisionale **6**, 1061-1066 (A)
 Procreazione artificiale/ Procreazione medicalmente assistita (PMA) **4**, 537-575 (A); **4**, 641-661 (DB)
 Psichiatria **3**, 417-488 (A)

Razzano G. **2**, 319-323 (R)
Refolo P. **2**, 267-285 (A); **2**, 325-326 (S); **5**, 894-895 (S); **5**, 895-896 (S)
 Relazione **4**, 577-617 (A)
 Relazione medico-paziente **1**, 41-59 (A)
Requena Meana P. **1**, 81-124 (A)
Ricci C. **5**, 823-861 (A)
Ricciardi W. **2**, 325-326 (S)
 Ricerca farmacologica **1**, 81-124 (A)
Ricoeur P. **3**, 367-390 (A)
 Riduzione consapevole e cooperante **5**, 781-804 (A)
Roze E. **4**, 683-695 (R)
Russo M.T. **1**, 41-59 (A)

Salute **3**, 391-416 (A)
 Sanità pubblica **4**, 577-617 (A)
 Santa Sede (D)

- COP 21 **5**, 874-878
- Osservatorio permanente presso le Nazioni Unite **3**, 481-482; **4**, 674-675

Scienza **3**, 367-390 (A)
Semplici S. **6**, 987-998 (A)
Serra F. **2**, 325-326 (S)
Silberberg A.A. **1**, 125-138 (A)
Spagnolo A.G. **2**, 219-226 (E); **4**, 531-536 (E); **5**, 729-735 (E); **6**, 931-939 (E)
 Storia della bioetica **6**, 959-985 (A)
 Suicidio assistito **4**, 531-536 (E)

Tambone V. **5**, 781-804 (A)
 Terapia intensiva **6**, 1061-1066 (A)
 Test genetici **4**, 619-640 (A)
Tozzo P. **1**, 287-298 (BC)
 Trapianto d'organo **6**, 1031-1040 (A)
 Trapianto di utero **1**, 17-39 (A)
 Trial clinico **1**, 17-39 (A)
Tudela J. **3**, 449-451 (DB)
Turolfo F. **3**, 367-390 (A)

Vaccini **5**, 729-735 (E)
Varacalli J.A. **5**, 896-898 (S)

Verità **3**, 367-390 (A)
Villari *L.* **2**, 326-327 (S)
Villar *M.J.* **1**, 125-138 (A)

Worth *J.* **1**, 185-187 (R)

CODICE ETICO

“Medicina e Morale. Rivista internazionale di Bioetica” è una rivista scientifica *double blind peer-reviewed*, che pubblica bimestralmente articoli, note, commenti e recensioni bibliografiche sui vari aspetti della bioetica, della deontologia e dell’etica medica.

La rivista si ispira al *Codice etico* dell’Università Cattolica del Sacro Cuore (http://www.unicatt.it/Codice_etico.pdf), al codice etico delle pubblicazioni elaborato da COPE (Committee on Publication Ethics), *Best Practice Guidelines for Journal Editors* (http://publicationethics.org/files/u2/Best_Practice.pdf) e alle raccomandazioni di ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* (<http://www.icmje.org/>).

È necessario che tutte le parti coinvolte – membri del Comitato di Direzione e del Comitato Scientifico, il Direttore, gli autori, i redattori e i referee – conoscano e condividano i seguenti requisiti etici.

DOVERI DEL DIRETTORE E DELLA REDAZIONE

Decisioni sulla pubblicazione

Il Direttore della rivista è responsabile della decisione di pubblicare o meno gli articoli proposti. Il Direttore fa riferimento al Comitato di Direzione e al Comitato Scientifico della rivista ed è vincolato ai requisiti delle leggi vigenti in materia di diffamazione, violazione del copyright e plagio. Il Direttore può parlare con altri esperti o referee nel prendere le proprie decisioni.

Correttezza

Il Direttore valuta gli articoli proposti per la pubblicazione in base al loro contenuto senza discriminazioni di razza, genere, orientamento sessuale, religione, origine etnica, cittadinanza, orientamento politico degli autori.

Riservatezza

Il Direttore e qualsiasi membro dello staff non devono rivelare qualsivoglia informazione su un manoscritto sottoposto alla valutazione della rivista a chiunque non sia l’autore corrispondente, referee, referee potenziale, consulenti editoriali, e l’editore, a seconda dei casi.

Conflitto di interessi e divulgazione

Materiali inediti contenuti in un manoscritto inviato non devono essere utilizzati in ricerche ad opera del Direttore o di un membro della redazione senza l’espreso consenso scritto dell’autore.

DOVERI DEI REFEREE

Contributo alla decisione editoriale

La pratica del *peer review* aiuta il Direttore a prendere decisioni editoriali e attraverso la comunicazione editoriale con l’autore può anche aiutare l’autore a migliorare il suo testo.

Rispetto dei tempi

Il referee che non si senta adeguato al compito proposto o che sappia di non poter svolgere la lettura nei tempi richiesti è tenuto a comunicarlo tempestivamente alla Redazione.

Riservatezza

Ogni testo assegnato in lettura deve essere considerato riservato. Pertanto, tali testi non devono essere discussi con altre persone senza esplicita autorizzazione del Direttore.

Oggettività

La *peer review* deve essere condotta in modo oggettivo. Ogni giudizio personale sull'autore è inopportuno. I referee sono tenuti a motivare adeguatamente i propri giudizi.

Indicazione di testi

I referee si impegnano a indicare con precisione gli estremi bibliografici di opere fondamentali eventualmente trascurate dall'autore. Il referee deve inoltre segnalare al Direttore eventuali somiglianze o sovrapposizioni del testo ricevuto in lettura con altre opere a lui note.

Conflitto di interessi e divulgazione

Informazioni riservate o indicazioni ottenute durante il processo di *peer review* devono essere considerate confidenziali e non possono essere usate per finalità personali. I referee sono tenuti a non accettare in lettura articoli per i quali sussiste un conflitto di interessi.

DOVERI DEGLI AUTORI

Accesso e conservazione dei dati

Gli autori di ricerche originali sono tenuti a fornire una descrizione accurata del lavoro eseguito e una discussione oggettiva del suo significato. I dati comprovanti le tesi devono essere riportati in maniera accurata nell'articolo. L'articolo deve essere sufficientemente dettagliato e avere riferimenti tali da permettere ad altri di replicare alle tesi contenute in esso. Affermazioni mendaci o volutamente imprecise costituiscono un comportamento disdicevole e sono pertanto inaccettabili.

Originalità e plagio

Gli autori devono garantire che hanno scritto opere del tutto originali, e se gli autori hanno usato il lavoro e/o parole di altri, che questo è stato opportunamente indicato o citato.

Pubblicazioni multiple, ripetitive e/o concorrenti

L'autore non dovrebbe pubblicare articoli che descrivono la stessa ricerca in più di una rivista. Proporre contemporaneamente lo stesso testo a più di una rivista costituisce un comportamento eticamente non corretto e inaccettabile.

Indicazione delle fonti

L'autore deve sempre fornire la corretta indicazione delle fonti e dei contributi menzionati nell'articolo.

Nel caso di uno studio che coinvolga essere umani, l'autore deve indicare che la ricerca è stata approvata dal Comitato Etico e che i pazienti hanno dato il loro consenso informato.

Paternità dell'opera

Va correttamente attribuita la paternità dell'opera e vanno indicati come coautori tutti coloro che abbiano dato un contributo significativo all'ideazione, all'organizzazione, alla realizzazione e alla rielaborazione della ricerca che è alla base dell'articolo. Se altre persone hanno partecipato in modo significativo ad alcune fasi della ricerca, il loro contributo deve essere esplicitamente riconosciuto.

Nel caso di contributi scritti a più mani, l'autore che invia il testo alla rivista è tenuto a dichiarare di avere correttamente indicato i nomi di tutti gli altri coautori, di avere ottenuto la loro approvazione della versione finale dell'articolo e il loro consenso alla pubblicazione nella rivista.

Conflitto di interessi e divulgazione

Tutti gli autori devono indicare nel proprio manoscritto qualsiasi conflitto finanziario o altro conflitto di interesse (in particolare accordi finanziari con ditte farmaceutiche o biomedicali i cui prodotti siano pertinenti all'argomento trattato nel manoscritto) che potrebbe essere interpretato in modo tale da influenzare i risultati o l'interpretazione del loro lavoro. Tutte le fonti di sostegno finanziario per il progetto devono essere indicate.

Errori negli articoli pubblicati

Quando un autore scopre un errore significativo o inesattezze nel suo lavoro pubblicato, è obbligato a comunicare tempestivamente al Direttore della rivista o all'editore e collaborare con il Direttore per ritirare o correggere il testo.

CODE OF ETHICS

“*Medicina e Morale. Rivista internazionale di Bioetica*” is a double blind peer-reviewed scientific journal, that publishes articles, commentaries and reviews on various aspects of bioethics, deontology and medical ethics.

Our ethic statements are based on Università Cattolica del Sacro Cuore’s *Code of ethics* (http://www.unicatt.it/Codice_etico.pdf), on COPE’s *Best Practice Guidelines for Journal Editors* (http://publicationethics.org/files/u2/Best_Practice.pdf) and on the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*, issued by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org/>).

It is necessary to agree upon standards of expected ethical behavior for all parties involved in the act of publishing: the Editorial Committee, the Scientific Committee, the Editor-in-Chief, the authors, the Editorial Staff, the peer reviewers.

DUTIES OF EDITORS

Publication decisions

The Editor-in-Chief of the journal is responsible for deciding which of the articles submitted to the journal should be published. The Editor-in-Chief may refer to the Editorial Committee and to the Scientific Committee of the journal and constrained by such legal requirements as shall then be in force regarding libel, copyright infringement and plagiarism. The Editor-in-Chief may confer with other editors or reviewers in making this decision.

Fair play

The Editor-in-Chief at any time evaluate manuscripts for their intellectual content without regard to race, gender, sexual orientation, religious belief, ethnic origin, citizenship, or political philosophy of the authors.

Confidentiality

The Editor-in-Chief and any editorial staff must not disclose any information about a submitted manuscript to anyone other than the corresponding author, reviewers, potential reviewers, other editorial advisers, and the publisher, as appropriate.

Disclosure and conflicts of interest

Unpublished materials disclosed in a submitted manuscript must not be used in an Editor-in-Chief’s (or any member of Editorial Staff) own research without the express written consent of the author.

DUTIES OF REVIEWERS

Contribution to Editorial Decisions

Peer review assists the Editor-in-Chief in making editorial decisions and through the editorial communications with the author may also assist the author in improving the paper.

Promptness

Any selected referee who feels unqualified to review the research reported in a manuscript or knows that its prompt review will be impossible should notify the Editorial Staff and excuse himself from the review process.

Confidentiality

Any manuscripts received for review must be treated as confidential documents. They must not be shown to or discussed with others except as authorized by the Editor-in-Chief.

Standards of Objectivity

Reviews should be conducted objectively. Personal criticism of the author is inappropriate. Referees should express their views clearly with supporting arguments.

Acknowledgement of Sources

Reviewers should identify relevant published work that has not been cited by the authors. Any statement that an observation, derivation, or argument had been previously reported should be accompanied by the relevant citation. A reviewer should also call to the Editor-in-Chief's attention any substantial similarity or overlap between the manuscript under consideration and any other published paper of which they have personal knowledge.

Disclosure and Conflict of Interest

Privileged information or ideas obtained through peer review must be kept confidential and not used for personal advantage. Reviewers should not consider manuscripts in which they have conflicts of interest.

DUTIES OF AUTHORS

Reporting standards

Authors of reports of original research should present an accurate account of the work performed as well as an objective discussion of its significance. Underlying data should be represented accurately in the paper. A paper should contain sufficient detail and references to permit others to replicate the work. Fraudulent or knowingly inaccurate statements constitute unethical behavior and are unacceptable.

Originality and Plagiarism

The authors should ensure that they have written entirely original works, and if the authors have used the work and/or words of others that this has been appropriately cited or quoted.

Multiple, Redundant or Concurrent Publication

An author should not in general publish manuscripts describing essentially the same research in more than one journal or primary publication. Submitting the same manuscript to more than one journal concurrently constitutes unethical publishing behaviour and is unacceptable.

Acknowledgement of Sources

Proper acknowledgment of the work of others must always be given. Authors should cite publications that have been influential in determining the nature of the reported work.

If the research involves human beings, authors must indicate that the study has been approved by the Ethics Committee and that patients have given their informed consent.

Authorship of the Paper

Authorship should be limited to those who have made a significant contribution to the conception, design, execution, or interpretation of the reported study. All those who have made significant contributions should be listed as co-authors. Where there are others who have participated in certain substantive aspects of the research project, they should be acknowledged or listed as contributors.

The corresponding author should ensure that all appropriate co-authors and no inappropriate co-authors are included on the paper, and that all co-authors have seen and approved the final version of the paper and have agreed to its submission for publication.

Disclosure and Conflicts of Interest

All authors should disclose in their manuscript any financial or other substantive conflict of interest (in particular, any financial agreement with any pharmaceutical or biomedical organization that were involved in the research) that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript. All sources of financial support for the project should be disclosed.

Fundamental errors in published works

When an author discovers a significant error or inaccuracy in his/her own published work, it is the author's obligation to promptly notify the journal editor-in-chief or publisher and cooperate with the editor-in-chief to retract or correct the paper.

NORME PER GLI AUTORI

Medicina e Morale pubblica bimestralmente articoli, note, commenti e recensioni bibliografiche sui vari aspetti della bioetica, della deontologia e dell'etica medica.

I **manoscritti** vanno recapitati al seguente indirizzo e-mail: medicinaemorale@rm.uni-catt.it. Non si risponde della reperibilità di materiale inviato o consegnato ad altri indirizzi. È possibile l'invio di manoscritti in inglese, francese, spagnolo ed italiano.

Possono essere inviati i seguenti tipi di **contributi**: 1. *Articoli originali* su argomenti di bioetica, deontologia, etica medica e discipline affini, che devono includere: *a.* un sommario (nella lingua di stesura del testo e in inglese); *b.* il testo; *c.* eventuali illustrazioni e tabelle con relative legende; *d.* da 3 a 6 parole chiave; 2. *Casi clinici* di rilevanza etica, che vanno presentati con una breve introduzione, la descrizione dei casi ed un commento etico e/o deontologico; 3. *Lettere al Direttore* riguardanti articoli pubblicati sulla rivista o argomenti di attualità bioetica; 4. *Recensioni di pubblicazioni inerenti la bioetica* (volumi a stampa, articoli di letteratura internazionale, ecc.); 5. *Segnalazioni bibliografiche*.

È riservata alla Redazione la cura delle rubriche della rivista.

I manoscritti devono essere preparati seguendo gli *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*, editi nel 2008 dall'International Committee of Medical Journal Editors. Non saranno presi in considerazione i contributi non uniformati agli standard internazionali.

Sulla prima pagina del dattiloscritto si prega di scrivere: 1. titolo del lavoro; 2. nomi per esteso e cognomi degli Autori; 3. titoli e/o gradi accademici degli Autori; 4. istituzioni di appartenenza complete di indirizzo; 5. indirizzo di un Autore indicato come corrispondente.

L'accettazione dei lavori presentati sarà subordinata a double blind peer review. I referee sono scelti all'interno del Comitato Scientifico o fra esperti esterni di documentata competenza.

Il giudizio dei referee sui manoscritti potrà essere espresso in 4 opzioni:

- favorevole alla pubblicazione come tale; - favorevole, dopo aver apportato le modifiche minori suggerite; - favorevole, dopo aver apportato tutte le rilevanti modifiche richieste; - sfavorevole.

In caso di richiesta di modifiche, la nuova versione corretta deve essere ripresentata alla redazione sottolineando ed evidenziando le parti modificate. La nuova versione deve essere accompagnata da una lettera con le risposte punto per punto ai commenti dei revisori.

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Modifiche sostanziali al contenuto (cambiamenti del titolo e degli autori, nuovi risultati, ecc.) sono soggette a revisione editoriale. Non sono accettate modifiche non conformi allo stile della rivista. Le bozze corrette dovranno essere restituite entro 5 giorni lavorativi alla redazione. In caso di ritardo, la redazione potrà correggere d'ufficio le bozze sulla base del manoscritto originale.

Titoli. Si raccomanda che i titoli siano brevi e specifici. La redazione si riserva il diritto di apportare eventuali modifiche che si rendessero necessarie, previa comunicazione all'autore.

Riassunti. Ogni lavoro deve essere accompagnato da un riassunto nella lingua di stesura del contributo ed uno in inglese (che comprenda anche la traduzione del titolo) di lunghezza non inferiore alle 250 parole e non superiore alle 400. Esso deve focalizzare i punti essenziali trattati nel lavoro e le conclusioni a cui si è giunti, sottolineando in particolare le eventuali novità apportate sull'argomento. Devono essere inoltre indicate dalle tre alle sei parole chiave – possibilmente in accordo con i *Subject Medical Headings* (MESH) dell'*Index Medicus* – che identifichino chiaramente il contenuto del testo. Su richiesta dell'autore il riassunto in inglese può essere eventualmente curato dalla redazione in base a quello della lingua di stesura. Non saranno accettati i lavori privi di riassunto.

Formato. Il manoscritto non dovrebbe eccedere di norma i 40.000 caratteri spazi inclusi.

Note bibliografiche. Le note vanno elaborate in accordo alle norme editoriali di "Medicina e Morale" come di seguito riportate. Esse devono essere compilate secondo le norme dell'International Committee of Medical Journals Editors. Esse vanno numerate consecutivamente nel testo ed elencate a piè di pagina. Si indicheranno nell'ordine: cognome ed iniziale del nome di tutti gli Autori, in Maiuscoletto (fino a tre Autori; se più, far seguire l'espressione "ET AL."); titolo in corsivo seguito da:

per le *riviste*: titolo (eventualmente abbreviato secondo l'*Index Medicus*), anno, numero, pagina iniziale e finale (eventualmente seguito dalla pagina da cui si è preso un brano testuale);

per i *volumi*: città, casa editrice, anno di pubblicazione, pagine a cui si fa riferimento; per gli *estratti da libri* di Autori vari: cognome e iniziale del nome del/i curatore/i, in maiuscoletto, titolo del libro sottolineato, città, casa editrice, anno di pubblicazione, pagina/e a cui si fa riferimento (eventualmente seguito dalla pagina da cui si è preso un brano testuale);

per *estratti dal web*, città, anno di pubblicazione, data di accesso al sito relativo e *URL*.
Esempi:

KAFY S, TULANDI T. *New advances in ovulation induction*. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007; 19 (3): 248-252, p. 250.

SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedici*. Milano: Vita e Pensiero; 2007: 245.

DI PIETRO ML, MOLTISANTI D. *Persona, Sessualità umana e Procreazione Aspetti antropologici ed etici nell'ambito della medicina ginecologica* in CARUSO A (a cura di). *Manuale di Ginecologia e Ostetricia*. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 2011: 79-92.

1° FORUM ITALIANO PER LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE. *Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia* (28 marzo 2006). Trento; 2006 (accesso del 02.10.2006, a: http://www.apss.tn.it/public/Allegati/File/Carta_di_trento_su_HTA_in_Italia.pdf).

Nel caso, infine, della citazione di documenti ufficiali la punteggiatura va inserita secondo il seguente esempio:

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *Etica, sistema sanitario e risorse* (17 luglio 1998). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria; 1998.

Se si cita nuovamente un volume o una rivista riferendosi alla stessa o ad altra pagina/e, attribuire un nuovo numero di riferimento nel testo e riportare il solo cognome dell'autore, in maiuscoletto, con le prime parole del titolo in corsivo, seguite da puntini di so-

sensione e quindi la pagina/e cui si fa riferimento: es. SGRECCIA. *Manuale di bioetica...*, p. 291.

Se lo stesso Autore della stessa opera compare in due o più riferimenti immediatamente successivi indicare *Ibid.* seguito eventualmente dalla diversa pagina cui si riferisce. Se il riferimento immediatamente successivo è allo stesso Autore, ma di un'opera diversa, indicarlo con *Id.*, seguito dal titolo dell'opera secondo le norme sopraindicate.

Eventuali indicazioni giurisprudenziali comportano la citazione della fonte.

Illustrazioni e tabelle. Le illustrazioni possono essere inviate come tabella/grafico elettronico in ambiente operativo MsDos/Windows. Tabelle e illustrazioni vanno allegate in numero di una per pagina, in fondo al manoscritto.

Tutto il materiale iconografico deve essere originale. L'iconografia tratta da altre pubblicazioni deve essere corredata da permesso dell'editore.

Estratti. L'autore corrispondente ha diritto a un PDF gratuito della versione finale dell'articolo. Nessun estratto cartaceo verrà fornito agli autori dell'articolo.

Gli estratti dei singoli articoli possono essere ordinati presso l'Ufficio di Redazione non appena l'articolo sia stato accettato per la pubblicazione. Si prega di inviare una e-mail all'indirizzo amministrazionemedmor@rm.unicatt.it, specificando il numero di estratti desiderato e il luogo dove recapitarli (L'autore riceverà un preventivo e istruzioni per il pagamento. 25 estratti (ordine minimo) costano 25€).

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Medicina e Morale is a bimonthly Journal that publishes articles, commentaries and reviews on various aspects of bioethics deontology and medical ethics.

Manuscripts should be sent to following e-mail address: medicinaemorale@rm.unicatt.it. No responsibility will be taken for the whereabouts of material sent or delivered to any other address. It is possible to send manuscripts in English, French, Spanish and Italian language.

Types of contributions. 1. *Original articles* on bioethics, medical ethics and related disciplines, should include the following: *a.* a summary (in the language of the writing out of the text and in English); *b.* text; *c.* illustrations/Tables and their legends; *d.* a list of 3-6 keywords; 2. *Case Reports*, on clinical cases in which ethical dilemmas are relevant, should include the following: *a.* brief introduction, *b.* description, *c.* discussion on issues of medical ethics/bioethics; 3. *Letters to the director* on questions or comments concerning: *a.* published papers, *b.* up to date on bioethics topics; 4. *review of publications concerning Bioethics* (printed books, articles on international literature, etc.); 5. *Bibliographical notes*.

The special section of the journal are realized by the editorial Staff.

The manuscripts should have to comply to *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*, edited in 2008 by the International Committee of Medical Journal Editors.

All manuscripts should start with a title page, detailing: 1. Title of the contribution; 2. Initials, names and qualifications of each author; 3. Title and position of the authors; 4. The name(s) of the(ir) institution (s); 5. The Institution of affiliation; 6. Mailing address of the author designated as corresponding author.

All papers are subjected to double blind peer review. The referees are chosen among the Scientific Committee's members or among the experts in the field.

The evaluation expressed by the referees on manuscripts may be expressed in four options:

- accepted as it is; - accepted with minor revisions; - accepted with major revisions; - reject.

If modifications to the manuscript are requested, the corrected version should be sent to the online editorial staff with the modified parts underlined and highlighted. The revised version should be accompanied by a letter with point-by-point responses to the reviewers' comments.

Correction of proofs should be limited to typographical errors. Substantial changes in content (changes of title and authorship, new results, etc.) are subject to editorial review. Changes not conform to the journal's style are not accepted. Corrected proofs must be sent back within 5 working days to the editorial staff. In case of delay, the editorial staff of the journal may correct the proofs on the basis of the original manuscript.

Title. The title should be short and specific. The Editors reserve the right to alter the title if necessary, after communicating it to the author.

Abstract. Each paper should include one abstract in the language of the writing out of the text and one in English (with a translation of the title), of 250-400 words. The ab-

stract should concentrate on the paper's main points and conclusions and in particular on any new contribution to the topic.

A list of three to six keywords – according to Medical Subject Headings (MESH) list of “Index Medicus” – should be provided, in order to clearly identify the contents of the paper. Papers with no abstract will not be accepted.

Format. The manuscript should not exceed 40.000 characters (including spaces).

References. They should be compiled according to the norms of the International Committee of Medical Journal Editors, in the following order: surnames and initials of all the authors, in small capital letters (up to three authors, if there are more state “ET AL.”); title in Italics and:

for *journals*: title (it should conform to abbreviations used in *Index Medicus*), year of publication, volume, complete page range;

for *books*: city, publisher, year of publication, page;

for *extracts from books* edited by several authors: surname and initial of the editor/s in capital letters, title of the book underlined, city, publisher, year of publication, pages;

for *extracts from web*: city, year of publication, date of access to web site and *URL*.

Examples:

KAFY S, TULANDI T. *New advances in ovulation induction*. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007; 19 (3): 248-252, p. 250.

SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedici*. Milano: Vita e Pensiero; 2007: 245.

DI PIETRO ML, MOLTISANTI D. *Persona, Sessualità umana e Procreazione Aspetti antropologici ed etici nell'ambito della medicina ginecologica* in CARUSO A (a cura di). *Manuale di Ginecologia e Ostetricia*. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 2011: 79-92.

1° FORUM ITALIANO PER LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE. *Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia* (28 marzo 2006). Trento; 2006 (retrived on 02.10.2006, at: http://www.apss.tn.it/public/Allegati/File/Carta_di_trento_su_HTA_in_Italia.pdf).

In the case, at last, of the citation of official documents the punctuation has to be inserted according to the following example:

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *Etica, sistema sanitario e risorse* (17 luglio 1998). Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria; 1998.

If a book or journal is quoted more than once and the same or another page is referred to, indicate a new reference number in the text and provide only the author's surname, in capital letters, with the first few words of the title underlined, followed by three dots and then the pages: e.g. SGRECCIA. *Manuale di bioetica...*, p. 291.

If the same author of the same study appears in two or more references that follow each other, indicate *Ibid.* (italics), with the page/s if different. If the next reference regards the same author but a different study, indicate this with *ID.* in capital letters, followed by the title of the study, according to the above mentioned instructions. They should be numbered consecutively in the order in which they appear and indicated by Arabic numerals and listed at the end of the page.

The source of any legal indications should be quoted.

Illustrations and tables. Illustrations can be sent as computer generated figures. Each

table should have a title and be self explanatory. Tables should be typed on separate sheets of paper, one table to a page, and included at the end of the text.

All illustrations should be original. Illustrations taken from other publications must be accompanied by the publisher's permission.

Offprints. Each corresponding author will be entitled to a free PDF file of the final version of their article. No offprint will be provided to authors.

Offprints of individual articles can be ordered from the Editorial Office as soon as a paper is accepted for publication. Please send an email to: amministrazionemedmor@rm.unicatt.it specifying the number you require and where they are to be delivered to (the author will then receive a quote and instructions for payment. 25 offprints (minimum order) cost 50€).

MEDICINA E MORALE

Subscriptions 2016

BASIC (*print only*):

Europe:

- Individuals: € 70,00
- Istitutions: € 90,00

Other Countries:

- Individuals: € 75,00
- Istitutions: € 95,00

ON LINE (*current year*):

Europe:

- Individuals: € 35,00

Other Countries:

- Individuals: € 35,00

ON LINE & BASIC:

Europe:

- Individuals: € 95,00

Other Countries:

- Individuals: € 100,00

ON LINE PLUS (*current year + archive 1996/2014*) & **BASIC:**

Europe:

- Individuals: € 100,00

Other Countries:

- Individuals: € 100,00

Single issue € 21,00

Free sample issues of our Journal are available on request

Address to:

Amministrazione Medicina e Morale – c/o Ufficio Attività Organi di Governo Roma,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Francesco Vito, 1 – 00168 ROMA
Tel. +39.06.3015.5241; Telefax: +39.06.30155811;
E-mail: amministrazionemedmor@rm.unicatt.it
Web site: <http://www.rm.unicatt.it/medmor>

Please, arrange for payment by: 1. banker's transfer registered to: "Medicina e Morale", Largo Francesco Vito, 1, 00168 Roma, Italia; 2. credit card, on-line: www.rm.unicatt.it/medmor

MEDICINA E MORALE

Abbonamenti 2016

Italia

BASE (cartaceo):

- Individuale € 50,00
- Studente € 45,00
- Istituzioni/Enti € 70,00

ON LINE (anno corrente):

- Individuale € 35,00
- Studente € 30,00

ON LINE & BASE:

- Individuale € 75,00
- Studente € 65,00

ON LINE PLUS (anno corrente + archivio 1996/2014) & BASIC:

- Individuale € 100,00
- Studente € 80,00

- **Singolo fascicolo:** € 15,00

- **Sconto per librerie 10%**

La rivista può essere richiesta dalle agenzie e dalle librerie in c/d

Inviare ordini e corrispondenza a:

Amministrazione Medicina e Morale – c/o Ufficio Attività Organi di Governo Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Francesco Vito, 1 – 00168 ROMA

L'importo dell'abbonamento può essere versato: 1. on-line con carta di credito sul sito: www.rm.unicatt.it/medmor; 2. sul c/c postale n. 45419660 intestato a: Università Cattolica del S. Cuore, Servizio Tesoreria, L.go F. Vito, 1 - 00168 Roma, specificando nella causale di pagamento la tipologia di abbonamento, l'anno e il proprio indirizzo e-mail oppure tramite vaglia o assegno intestato a: Medicina e Morale - L.go F. Vito, 1 - 00168 Roma; 3. tramite bonifico bancario (Coordinate: Banca di Roma, Ag. Roma 60 - Policlinico Gemelli - Conto Corrente: 000400266512 - IBAN IT13F0200805314000400266512) intestato a: Università Cattolica del Sacro Cuore, specificando nella causale di pagamento la tipologia di abbonamento, l'anno e il proprio indirizzo e-mail.

Copia della ricevuta di versamento (C/C Postale, bonifico, on-line) deve essere inviata tramite fax al n. 06/30155811 oppure tramite e-mail: amministrazionemedmor@rm.unicatt.it



VITA E PENSIERO

Publicazioni dell'Università Cattolica

Scienza
Medicina
collana Etica

Nuova genetica. Uomo e società. *Atti del Simposio "Il gene. una scoperta per la scienza, l'uomo e la società". Nel centenario della morte di Gregor Mendel, Roma, 4-5 dicembre 1984*, a cura di Angelo Serra e Giovanni Neri, 1986, pp. 134.

Il dono della vita. *Istruzione della Congregazione per la Dottrina della Fede su Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, a cura di Elio Sgreccia, 1987, pp. 224.

Trattamento della Sterilità Coniugale, a cura di Salvatore Mancuso e Elio Sgreccia, 1989, pp. 224.

Trapianti d'Organo, a cura di Adriano Bompiani e Elio Sgreccia, 1989, pp. 278.

La Trasmissione della vita nell'insegnamento di Giovanni Paolo II, di Maria Luisa Di Pietro e Elio Sgreccia, 1989, pp. 242.

Anzianità creativa, a cura di Leonardo Antico e Elio Sgreccia, 1989, pp. 237.

Accanto al morente. Prospettive etiche e pastorali, di Massimo Petrini, 1990, pp. 265.

Nuova genetica ed embriopoiesi umana, di Angelo Serra, Elio Sgreccia, Maria Luisa di Pietro, 1990, pp. 335.

Lineamenti di etica della sperimentazione clinica, a cura di Antonio G. Spagnolo, Elio Sgreccia, 1994, pp. 334.

Metodi naturali per la regolazione della fertilità: l'alternativa autentica, *Atti del Convegno organizzato dal Pontificio Consiglio per la Famiglia, Città del Vaticano, 9-11 dicembre 1992*, a cura di Alfonso López Trujillo e Elio Sgreccia, 1994, pp. 561.



VITA E PENSIERO

Pubblicazioni dell'Università Cattolica

Scienza
Medicina
collana Etica

Rilevanza dei fattori etici e sociali nella prevenzione delle malattie professionali, a cura di Elio Sgreccia e Vincenza Mele, 1994, pp. 266.

Etica e allocazione delle risorse in sanità, *Atti del III Corso di aggiornamento in bioetica organizzato dall'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica del S. Cuore, Roma, 17-19 giugno 1994*, a cura di Elio Sgreccia e Antonio G. Spagnolo, 1996, pp. 312.

Fabbricare bambini? La questione dell'embrione tra nuova medicina e genetica, di Mariella Lombardi Ricci, 1996, pp. 233.

***Evangelium Vitae* e Bioetica. Un approccio interdisciplinare**, a cura di Elio Sgreccia e Dario Sacchini, 1996, pp. 332.



VITA E PENSIERO

Pubblicazioni dell'Università Cattolica

collana Medicina

Anzianità e valori, a cura di Elio Sgreccia, Silvano Burgalassi, Giuseppe Fasanella, 1991, pp. 272.

Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo, a cura di Elio Sgreccia e Vincenza Mele, 1992, pp. 458.

L'assistenza al morente, a cura di Elio Sgreccia, Antonio G. Spagnolo, Maria Luisa Di Pietro, 1994, pp. 494.

La vita e l'uomo nell'età delle tecnologie riproduttive, a cura di Elio Sgreccia e Mariella Lombardi Ricci, 1997, pp. 154.

Al confine tra la vita e la morte: il caso-limite dei bambini anencefali. Aspetti bioetici e giuridici, di Mariella Caporale, 1997, pp. 168.

Le radici della Bioetica, a cura di Elio Sgreccia, Vincenza Mele, Gonzalo Miranda, Dario Sacchini, 1998, 2 voll., pp. 787.

La Bioetica al femminile, di Vincenza Mele, 1998, pp. 170.

Bioetica e formazione, a cura di Elio Sgreccia e Maria Luisa Di Pietro, 2000, pp. 184.

Esperienza della morte e speranza. Un dibattito sulla morte nella cultura contemporanea, di Mario Bizzotto, 2000, pp. 191.

Nuova edizione riveduta e ampliata



BIOETICA

ELIO SGRECCIA

Manuale di bioetica

Volume I

Fondamenti ed etica biomedica

V&P

TRATTATI E MANUALI

Vita e Pensiero
Milano, 2007, 4^a Ed., pp. 997
(ISBN 978-88-343-1290-2)

PERSONALIST
BIOETHICS
Foundations and Applications

ELIO SGRECCIA

Translated by

JOHN A. DI CAMILLO AND MICHAEL J. MILLER

THE NATIONAL CATHOLIC BIOETHICS CENTER

Edizione giapponese

Elio Sgreccia

Manuale di bioetica
Volume I

Fondamenti ed etica biomedica

人格主義生命倫理学総論

諸々の基礎と生物医学倫理学

E.スグレッチャ著
秋葉悦子訳



知泉書房

ELIO SGRECCIA
Manuale di Bioetica
I. Fondamenti ed etica biomedica, 2007⁴

(pp. 997, ISBN 978-88-343-1290-2)

II. Aspetti medico-sociali, 2002³

(pp. 690, ISBN 88-343-0922-7)

Milano: Vita e Pensiero

ELIO SGRECCIA
Manual de Bioéthique
Montreal: Wilson & La Fleur Itém, 1999

(pp. 839, ISBN 2-89127-456-3)

ELIO SGRECCIA
Manual de Bioéthique
Les fondements et l'éthique biomédicale

MAME-EDIFA, 2004

(ISBN 2-7289-1114-2)

ELIO SGRECCIA
Manual de Bioética
Mexico D.F.: Diana, 1996

(pp. 688, ISBN 968-13-2920-1)

ELIO SGRECCIA
Manual de Bioetica
São Paulo: Loyola, 1996

(pp. 686, ISBN 85-15-01285-5)

ELIO SGRECCIA, VICTOR TAMBONE
Manual de Bioetică
Bucuresti: Arhiepiscopia Romano
Catolică de București, 2001 (pp. 306)

ЭЛИО СГРЕЧЧА ВИКТОР ТАМБОНЕ
БИЭТИКА
учебник

МОСКВА: ББИ, 2001

(pp. 413, ISBN 5-89647-051-7)

ЕЛИО СГРЕЧЧА ВИКТОР ТАМБОНЕ
НАРЪЧНИК ПО БИОЕТИКА
Издание на Софийско-Плоедиевска Епархия
Плоедие, 2003

B I O E T I C A
E
M E D I C I N A

R I C E R C H E

a cura di
MARIA LUISA DI PIETRO
ELIO SGRECCIA

Biotecnologie e futuro dell'uomo

VP
UNIVERSITÀ

RU-486

Dall'aborto chimico
alla contraccezione di emergenza

Riflessioni biomediche, etiche e giuridiche

Lucio Romano

Maria Luisa Di Pietro

Maurizio P. Faggioni

Marina Casini



Edizioni ARS

Management e Sanità

Antonio G. Spagnolo, Dario Sacchini
Adriano Pessina, Michele Lenoci

Etica e giustizia in sanità

**QUESTIONI GENERALI,
ASPETTI METODOLOGICI
E ORGANIZZATIVI**



McGraw-Hill

McGraw-Hill

Milano, 2004, pp. 399

(ISBN 88-386-2522-0)



FACITE

Fondazione FACITE

L'età in gioco

Anziani in Calabria tra vecchie e nuove identità

a cura di

Carlo De Rose e Dario Sacchini



Rubbettino

BIOETICA E MEDICINA

DAVID T. OZAR DAVID J. SOKOL

Bioetica clinica in odontoiatria

Principi professionali e applicazioni pratiche

Edizione italiana a cura di Antonio G. Spagnolo

TRATTATI E MANUALI

V&P



Antonio G. Spagnolo
Gabriella Gambino
(Eds.)

WOMEN'S HEALTH ISSUES



Prefaced by Elio Sgreccia



SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO – ROMA

Via G.B. Morgagni, 1 – 00161 Roma – <http://www.seuroma.com>

MEDICINA E MORALE **è presente in queste librerie**

BERGAMO: Libreria Buona Stampa - V. Paleocapa, 1/6.

BOLOGNA: Libreria San Paolo - V. Altabefia, 8.

BRESCIA: Libreria San Paolo - V. Trieste, 30/A.

CATANIA: Libreria L.D.C. - V. Mario Rapisardi, 22.

MILANO: Libreria Ancora - V. Larga, 7; Libreria Feltrinelli - V. Manzoni, 12.

PINEROLO: Libreria Pietro Tajo - V. Duomo, 4.

REGGIO EMILIA: Libreria Bizzocchi - V. Vittorio Veneto, 6.

ROMA: Libreria Ancora - V. della Conciliazione, 63; Libreria Coletti - Colonnato S. Pietro; Libreria Feltrinelli V. del Babuino, 41; Libreria Leoniana - V. dei Corridori, 28; Libreria San Paolo - P.zza S. Giovanni in Laterano.

SIRACUSA: Libreria "Nuovi Orizzonti" S.r.l. - P.zza Duomo, 5.

TRADATE: Libreria Mazza - Galleria di Corso Bernacchi, 35.

VERONA: Libreria Editrice Salesiana - V. Rigaste S. Zeno, 13

Questo fascicolo è stato chiuso in tipografia il 26 febbraio 2016
Il fascicolo precedente è stato consegnato alle Poste il 20 gennaio 2016

L'Istituto di Bioetica della Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, in collaborazione con la **Fondazione "Ut Vitam Habeant"** hanno realizzato il **Progetto "Laboratorio di Biodiritto"**, un sito gratuito di raccolta, catalogazione e commento di documenti biogiuridici.

Accedi e registrati al sito: <http://www.laboratoriobiodiritto.eu>

I grandi mutamenti nell'ambito della biologia e della medicina hanno richiamato l'attenzione dei vari settori del diritto su determinati interventi relativi alla vita e alla corporeità umane (aborto chirurgico e chimico, fecondazione artificiale, diagnosi prenatale, eutanasia, accanimento terapeutico, trapianti di organi e tessuti, ecc.), come anche su determinati interventi sulla vita animale e vegetale. La necessità di rispondere sul piano pubblico – legislativo-parlamentare, normativo e giurisprudenziale – alle domande etiche imposte dalle possibilità biomediche e tecnologiche, oltre che dalle connesse trasformazioni sociali, è all'origine dell'ambito di studio in via di espansione che va sotto il nome di "biodiritto" o "biogiuridica", il cui nucleo è costituito dal rapporto tra bioetica e diritti umani.

Il progetto "Laboratorio di Biodiritto" rappresenta un locus dedicato all'attività di raccolta organica, sistematica e aggiornata delle principali fonti biogiuridiche, e di catalogazione corredata di note di commento esplicative, per supportare quanti tra studenti, ricercatori, professori, avvocati, operatori del diritto necessitano di un facile accesso a tali fonti documentative.

Il "Laboratorio di Biodiritto" è uno strumento di conoscenza e approfondimento per quanti hanno interesse ad avvicinarsi o desiderino addentrarsi nel complesso e affascinante mondo del rapporto tra diritto e bioetica che così tanto caratterizza il nostro tempo.

L'archivio del sito, organizzato per argomenti, consente, previa registrazione, di scaricare gratuitamente tutto il materiale. È data inoltre la possibilità di inserire dei commenti, che, pubblicati solo dopo l'autorizzazione dell'amministrazione del sito, dovranno avere una struttura estesa e un taglio scientifico. Al fine di arricchire i contenuti dell'archivio gli utenti hanno, pertanto, la possibilità di segnalare fonti documentative recenti o del passato o a realizzarne un commento esteso, scrivendo all'indirizzo e-mail: **laboratoriobiodiritto@gmail.com**