

# **METODOLOGIA DELL'ANALISI ETICA DEI CASI CLINICI**

## **Il Protocollo della Fondazione Lanza**

*Quanto più la valutazione etica in campo biomedico coinvolge prospettive disciplinari e culturali diverse e quanto più, in conformità a questo dato, si propongono strategie deliberative centrate sul confronto e sul dibattito, tanto più va data importanza al metodo di analisi etica e all'apprendistato necessario per acquisirlo.*

*E' questa la condizione per evitare inconcludenze e sterili contrapposizioni ideologiche.*

Frutto di una sistematica verifica interdisciplinare e di una diversificata applicazione, il Protocollo proposto è finalizzato ad affinare la «pazienza argomentativa» richiesta dalla crescente complessità dei problemi etici in campo clinico.

Documento prodotto da Corrado Viafora nell'ambito della coordinazione del Progetto «Etica e Medicina» della Fondazione Lanza.

## 1. PREMESSA: MOTIVAZIONI E OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO

Data la complessità che sempre più assumono le decisioni in campo clinico, la tradizionale immediatezza con cui il medico, "in scienza e coscienza", risolveva i problemi etici sollevati dalla pratica clinica si dimostra insufficiente. Vengono perciò proposti, con una crescente creatività, specifici protocolli allo scopo di aiutare il processo etico-decisionale e renderlo adeguato alla complessità dei fattori in gioco<sup>1</sup>. L'impiego di tali strumenti di analisi trova riscontro in diversi ambiti: (a) all'interno di *contesti clinici* particolarmente critici, in rapporto sia a decisioni da prendere sia a decisioni già prese, ma che meritano una revisione per la loro esemplarità o perché hanno provocato tensione e creato perplessità in seno all' *équipe*; b) nella *consulenza etica* che si diffonde in alcuni ospedali, sia ad opera di singoli esperti ("clinical ethics consultant", "health care consultant"), sia ad opera di gruppi di consulenza etica cui ci si può riferire per casi particolarmente difficili; (c) nell'ambito della *formazione* in genere e in particolare all'interno di programmi di *formazione permanente* dove l'analisi di casi clinici attinti all'esperienza della propria pratica professionale rappresenta uno strumento didattico di provata efficacia; (d) e soprattutto nell'attività deliberativa dei *comitati di etica* che sotto vari nomi ("Hospital Ethics Committes", "Health Care Ethics Committees", "Bioethics Committees", "Institutional Ethics Committees", "Comité d'Etique Clinique", "Comité Assistencial de Etica",

"Comitati di Etica Locale") vanno attivandosi negli ospedali con il compito di fornire consulenza al processo etico-decisionale e, più in generale, supporto e stimoli alla formazione etica.

---

<sup>1</sup> Per una introduzione alla problematica dei modelli di decisione etico-clinica si vedano: *Decision making methodology in Bioethics*, numero monografico di "Theoretical Medicine", 4 (1991). Dedicato esplicitamente ad un confronto tra modelli nord-americani e modelli europei: D. Gracia, *Procedimientos de etica clinica*, Eudema, Madrid 1991. Si veda anche M.L. Lamau, *Creativité éthique dans le champ de la biomedecine*, in "Recherches de Science Religieuse", 4 (1994), pp. 497-519. Nel panorama della riflessione italiana i termini del dibattito sulla metodologia in seno alla bioetica anglosassone sono stati presentati da R. Mordacci, // *dibattito sul metodo nella bioetica anglosassone. Linee per un' analisi critica*. Prima parte in "Teologia", 1 (1995), pp. 75-103 e seconda parte in "Teologia", 2 (1995), pp. 189-207. Una sintetica ricognizione dell'evoluzione dell'argomentazione bioetica l'ho già presentata in: C. Viafora, *L'argomentazione bioetica*, in C. Viafora (a cura di), *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*. Fondazione Lanza - Gregoriana editrice, Padova 1995.

Il materiale che questi nuovi organismi si trovano ad analizzare è costituito da un particolare tipo di casi clinici per la cui gestione non è adeguata né il codice deontologico né la norma giuridica: si tratta di una casistica che va affrontata a livello specificamente etico. Ciò che in questi casi si richiede e che costituisce la condizione indispensabile per il funzionamento dei comitati è in primo luogo un *metodo di analisi etica*. Quanto più infatti si decide di assumere la molteplice problematica presentata dai casi particolari, quanto più l'analisi dei casi coinvolge competenze disciplinari diverse e differenti impostazioni morali, tanto più trasparente e rigoroso deve essere il metodo, il modo cioè di argomentare la giustificazione dei giudizi sui problemi etici che il caso solleva.

Nel quadro dello sviluppo di questi strumenti di analisi etica si colloca il *Protocollo della Fondazione Lanza*. Frutto di un'elaborazione interdisciplinare e di una diversificata applicazione e verifica, esso è finalizzato a guidare l'argomentazione etico-clinica fornendo una griglia di analisi adeguatamente differenziata per evidenziare gli aspetti etici in tutta la loro articolazione. Il suo impiego sarà tanto più produttivo quanto più aiuterà ad attivare la dinamica di *circolarità* tra problemi *particolari* e principi *generali* costitutiva di ogni autentica riflessione etica. In questo modo, *da una parte* l'esperienza dei problemi sollevati dai casi clinici particolari stimola l'esigenza di motivare e di fondare e *dall'altra* il rapporto vissuto con i valori etici diventa esperienza "compresa" in grado di orientare l'esperienza futura<sup>2</sup>.

Con questa premessa risulta tracciato il quadro delle motivazioni che hanno portato all'elaborazione del Protocollo ed evidenziato gli obiettivi che esso intende favorire. Le considerazioni che seguono presentano e spiegano i *presupposti* teorici su cui il Protocollo si basa e, più in dettaglio, le singole *operazioni* attorno a cui esso si articola.

---

<sup>2</sup> Sull' *attenzione metodologica* come componente decisiva della formazione bioetica, si vedano i preziosi suggerimenti di S. Bastianel, *Quale formazione per la bioetica*, in "Credere Oggi", 4 (1997), pp. 92-103. "Alla riflessione etica appartiene una dinamica di circolarità tra problemi particolari e principi generali. E' l'esperienza dei problemi particolari che muove alla riflessione, con l'esigenza di spiegare, di fondare, di motivare. In questo modo il rapporto vissuto con i valori diventa esperienza compresa e questa è in grado di aprire all'esperienza che continua, orientandola e sostenendola, la dinamica di continuità tra comprensione previa e novità di elementi e di problemi. E' abitualmente il luogo della maturazione etica personale e, analogamente, del maturare di un ethos condiviso" (p. 94).

## 2. LA BIOETICA CLINICA E IL SUO SISTEMA DI ARGOMENTAZIONE: I PRESUPPOSTI DI BASE DEL PROTOCOLLO

Da un punto di vista strutturale il presupposto che guida la trama del Protocollo è la convinzione che, come per l'etica in generale, il campo della bioetica clinica non è costituito semplicemente da una giustapposizione di indicazioni normative eventualmente connotate da diversi coefficienti di importanza. Esso si presenta invece strutturato in *aree* che hanno nel quadro del sistema una loro specifica *funzione*<sup>3</sup>. E perciò la determinazione di queste aree si rende indispensabile. In mancanza di un tale sistema di riferimento si potrebbe tutt'al più elencare una serie di opinioni più o meno contrapposte nel comandare o proibire, tollerare o permettere, senza tuttavia capire dove si situa il livello dei conflitti e senza perciò riuscire a stabilire il minimo confronto.

La determinazione rigorosa di un tale quadro sistematico è naturalmente un'operazione impegnativa. Il rischio più facile è che il quadro progettato non copra tutto il campo dell'esperienza etica nella pratica clinica. E' questo, d'altra parte, il rischio che strutturalmente comporta la teorizzazione di ogni esperienza etica. Questa consapevolezza deve perciò suggerire un atteggiamento di profondo *ascolto* dell'*intenzionalità* implicita nella *pratica* clinica. Se nel campo dell'etica si prescinde da una specifica originaria intenzionalità che abita la coscienza umana, ogni sistema etico sarà una costruzione senza fondamento, un esercizio tanto più astratto ed impotente quanto più si presenta sotto le parvenze dell'impersonalità e della scientificità.

Ciò che in una prospettiva *fenomenologica* vale per l'etica in generale, vale pure

---

<sup>3</sup> Sulla necessità di articolare il "sistema" etico in un insieme di "aree" con una loro specifica "funzione" insiste J. Ladrière. Il motivo della sua insistenza è legato, in particolare, all'esigenza di determinare il rapporto tra scienza ed etica. Cfr. J. Ladrière, *I rischi della razionalità. La sfida della scienza e della tecnologia alla cultura*, SEI, Torino 1977. In particolare il capitolo VI:

*L'impatto sull'etica*, pp. 138-162. "Il campo dei valori etici non è costituito semplicemente da una giustapposizione di principi normativi, eventualmente con l'apposizione di diversi coefficienti di importanza; esso forma un insieme strutturato in aree che si distinguono per l'importanza strategica rivestita nei confronti dell'economia d'insieme del sistema etico" (p. 138).

per l'etica clinica<sup>4</sup>.

### 2.1. *La funzione orientativa del paradigma etico-clinico*

Punto di partenza del sistema argomentativo dell'etica clinica è l'esperienza morale *interna* alla pratica clinica identificabile in un insieme di *fini* costitutivi della pratica stessa che funzionano da paradigma di orientamento: *difendere la vita, promuovere la salute del paziente, rispettando la sua dignità personale e gestendo efficacemente le risorse assegnate dalla comunità*<sup>5</sup>.

L'applicazione di questo paradigma fondamentale avviene sempre all'interno di un *contesto* clinico particolare: il contesto pediatrico, ad esempio, il contesto geriatrico, il contesto ginecologico, il contesto oncologico terminale, il contesto delle terapie intensive, ecc. Tale contesto clinico, modellato da una serie di fini specifici, è il parametro più immediato per interpretare il paradigma etico fondamentale. Altra è la forma che il rispetto assume se riferita, nel contesto del processo procreativo e gestazionale, all'embrione e al feto e alle specifiche ragioni di bene che ha la vita del nascituro; altra è la forma che il rispetto assume se riferita, nel contesto della fase terminale, al malato oncologico e alle specifiche ragioni morali di bene che ha l'ultimo tratto della sua vita; altra è la forma che il rispetto assume se riferita, nel contesto delle

---

<sup>4</sup> Per avere un quadro più articolato della *prospettiva fenomenologica* in etica e in bioetica si veda *Alla ricerca di un nuovo modello di razionalità pratica*, in: C. Viafora, *Fondamenti di bioetica*. Ambrosiana, Milano 1989, pp. 37-53. Per un confronto tra le varie prospettive impiegate nell'attuale "riabilitazione della filosofia pratica" si veda la riflessione organizzata nella seconda metà degli anni '80 presso la Fondazione Lanza e confluita in: AA.VV., *Etica oggi: comportamenti collettivi e modelli culturali*, Fondazione Lanza - Gregoriana editrice, Padova 1989 e E. Berti (a cura di), *Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti*, Fondazione Lanza - Gregoriana editrice, Padova 1990. Per la determinazione del rapporto che, nella prospettiva fenomenologica, si stabilisce *fondazione e metodo*, si vedano le pagine conclusive del già citato testo di D. Gracia dedicato a *La estructura de la racionalidad ética*, pp. 121-138.

<sup>5</sup> Assumere come punto di partenza del sistema argomentativo i *fini* interni alla pratica clinica e attribuire ad essi la priorità rispetto ai *principi* e alle *norme* significa ancorare la bioetica clinica e il suo sistema di argomentazione all'approccio *teleologico* di eredità aristotelica e relativizzare l'approccio *deontologico* di ispirazione kantiana. Questo tuttavia non basta ancora a precisare i presupposti adottati. C'è chi, come A. McIntyre, tende a interpretare il rapporto tra i due approcci in termini di "contrapposizione"; c'è chi, come P. Ricoeur, più che in termini di contrapposizione lo interpreta come la "dialettica" di cui si alimenta il giudizio pratico. E' a questa dialettica che si intende ancorare il sistema argomentativo proposto.

Per il riferimento al pensiero di Ricoeur, si vedano le pagine della "piccola etica" contenuta negli studi settimo, ottavo e nono di *Sé come un altro*, Jaka Book, Milano 1993, e per il particolare campo dell'etica clinica: *Les trois niveaux du jugement médical*, in "Esprit", 12 (1996), pp. 21-33.

terapie intensive, al bambino fortemente immaturo e alle specifiche ragioni morali di bene che possono autorizzare o non autorizzare l'intervento rianimativo. Non che la categoria del rispetto debba essere manipolata o addomesticata. Si tratta piuttosto di assumerla secondo un significato *analogico* che giustifichi sia l'unitario riferimento alla persona, sia il riferimento agli specifici contesti in cui la persona si situa. Un uso della categoria del rispetto che non tenga conto di tale specificità non può indurre che a soluzioni astratte.

## 2.2. La funzione appropriativa delle virtù

Contigua all'area dei fini intrinseci alla pratica clinica è l'area delle virtù. Le virtù indicano gli atteggiamenti che permettono una reale *appropriazione*<sup>6</sup> dei fini cui l'atto medico-assistenziale strutturalmente è orientato. Da questo punto di vista, se è fondamentale il paradigma etico per l'orizzonte ideale che apre alla pratica clinica e importante il contesto clinico entro cui i problemi si collocano, è pure vero che i criteri ispirativi valgono nella misura in cui sono stabilmente assunti nei comportamenti personali fino a *modellare* il carattere del soggetto. A questa particolare esigenza rispondono le *virtù*<sup>7</sup>.

Riferendo all'area delle virtù la funzione *appropriativa* si vengono a richiamare due componenti costitutive della tradizione dell'etica delle virtù: la loro natura *attitudinale* e cioè il fatto che non si tratta di isolati comportamenti, ma di attitudini assunte stabilmente nella propria pratica e che si manifestano come una particolare *sensibilità*; il riferimento delle virtù all' "essere" del soggetto nel senso che con le virtù l'accento è posto sugli *agenti* prima ancora che sugli *atti*, sulla loro struttura motivazionale nella sua globalità più che sui loro singoli atti presi atomisticamente. Si

---

<sup>6</sup> Il concetto di "appropriazione", per definire la funzione che, nel sistema etico, svolgono le virtù, è preso dal lessico della filosofia morale di X. Zubiri, quadro teorico entro cui si collocano le già citate considerazioni sulla struttura della razionalità pratica di D. Gracia.

<sup>7</sup> Condizione prima per una più incisiva valorizzazione della componente "virtuosa" nel campo dell'etica clinica è che tale costitutiva componente dell'esperienza morale venga restituita al suo significato originario, purificata da ogni contrapposizione moralistica e da ogni equivoco. E' sempre utile per questo ricordarsi della definizione aristotelica: "Perciò secondo la sostanza e secondo la definizione che ne esprime l'essenza, la virtù è una medietà, mentre dal punto di vista dell'ottimo e del bene è un culmine" (*Etica Nicomachea*, II, 6, 1107 a 6-7, trad. it. di Claudio Mazzarelli, Rusconi, Milano 1979).

tratta di due componenti *che* hanno un ruolo molto concreto nell'economia del sistema etico-clinico: la pratica clinica, prima che di conflitti e dilemmi da *risolvere*, è fatta di situazioni in cui si è chiamati a *prevenire* i conflitti. In questo le virtù svolgono un ruolo decisivo.

### 2.3. La funzione interpretativa dei valori culturali

Con l'area dei valori culturali l'orizzonte si amplia. Se ci sono dei *contesti* clinici e delle corrispondenti *sensibilità* (una sensibilità pediatrica, una sensibilità geriatrica, una sensibilità antalgica, ecc.) che guidano l'interpretazione dei fini intrinseci alla pratica clinica, ce n'è un altro più ampio e forse per questo meno immediatamente evidente, ma non per questo meno determinante. Tale contesto è costituito dai *valori* di cui è sostanziata la *cultura* della vita entro cui si collocano anche i contesti clinici e i soggetti operanti al loro interno. Si tratta di uno scenario culturale che come *sfondo* condiziona la percezione stessa delle *figure* costituite dai problemi etici che emergono nei particolari contesti clinici. A partire dai significati che all'interno di questo contesto culturale si attribuiscono alla *vita* nella sua globalità, alla *sofferenza*, alla *morte*, alla *salute* e alla *malattia*, si sviluppa un organico complesso *simbolico* che implicitamente o esplicitamente determina *l'interpretazione* dei fini della pratica clinica.

Si tratta di un fatto assai rilevante nell'economia dell'analisi etica. Se i fini del paradigma etico-clinico vengono sempre assunti entro un determinato quadro di *precomprensioni*, è facile capire come molti dei conflitti e delle contrapposizioni che l'analisi etica deve affrontare siano da collocarsi proprio a questo livello: sono cioè conflitti di natura *antropologica*, prima ancora che *etico-normativa*<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> L'inevitabile esposizione a questo tipo di conflitti determina, secondo P. Ricoeur, la "fragilità" specifica dell'etica medica. "Qual è il ruolo che all'interno delle nostre convinzioni sulla *vita buona* attribuiamo alla salute? Quali strategie adottiamo per integrare la sofferenza e l'accettazione della mortalità all'idea che noi ci facciamo di felicità? Quali strategie adotta una determinata società per integrare nella sua idea di bene comune gli strati eterogenei depositati nella cultura presente dalla sua storia? Le ragioni decisive della fragilità dell'etica medica risultano dalla struttura consensuale/conflittuale delle fonti ("sources") della moralità comune". P. Ricoeur, *Les trois niveaux du jugement medical*, op. cit., p. 33. E' a questo livello del sistema etico che, secondo alcuni, si apre il fronte più impegnativo del dibattito bioetico. Per Henk ten Have la considerazione della "moralità interna" nella pratica clinica e insieme delle condizioni sociali e culturali in cui tale pratica è inserita ("moralità esterna") con l'attenzione a integrare "moralità interna" e "moralità esterna" si configura come una caratteristica tipica degli approcci europei all'etica nella medicina clinica. Cfr. Henk ten Have, *Approcci europei all'etica nella medicina clinica*, in C. Viafora (a cura di). *Comitati etici. Una proposta bioetica per il mondo sanitario*, op. cit., pp. 93-118.



#### 2.4. La funzione regolativa dei principi

Assumere come punto di partenza del sistema etico-clinico il riferimento all'esperienza morale interna alla pratica clinica, sia pur mediata da specifiche sensibilità etico-professionali ed etico-culturali, non vuol dire pensare che si possa abbandonare il riferimento ai principi<sup>9</sup>. Nell'economia del sistema etico-clinico funzione dei *principi* è di *regolare* e *ordinare* i fini intrinseci alla pratica clinica nel momento in cui nella complessità dei casi particolari non è possibile realizzarli tutti allo stesso livello. Difesa della vita, sollievo della sofferenza, rispetto della volontà del paziente, attenzione alle risorse: in molti casi si dà un'intenzionalità interna alla pratica clinica in grado di dare priorità all'una o all'altra di tali istanze. In altri casi, invece, le istanze etiche entrano in conflitto. In base a quali criteri ordinarne la realizzazione? E' qui che intervengono i principi con la loro funzione *regolativa*.

Essa consiste nel *procedimento* in base a cui applicare il paradigma al caso particolare. Trattandosi di un procedimento *clinico*, il punto di partenza è costituito dall'*alleanza terapeutica* che si stabilisce tra medico e paziente nel caso particolare; trattandosi di un procedimento *etico*, esso deve includere il principio di *universalizzazione* della norma in base a cui si agisce nel caso particolare<sup>10</sup>. Segnato da queste *condizioni*, il procedimento è affidato, nel contesto specifico della pratica clinica, alla seguente sequenza: (i) il

---

<sup>9</sup> Il posto dei principi e il loro specifico statuto all'interno del sistema etico costituiscono uno dei più importanti nodi del dibattito della metodologia bioetica. Le posizioni contrapposte sono riconducibili rispettivamente ad una impostazione di tipo "procedurale" che affida la determinazione del giusto ad una serie di procedure di discussione indipendenti da ogni particolare "tradizione" sul "bene" (si veda J. Habermas, J. Rawls) e ad un'altra impostazione di tipo "comunitario" che, denunciando l'astrattezza dell'impostazione procedurale, insiste sull'inserimento sociale dell'individuo e sul ruolo che le rispettive tradizioni hanno nel determinare le convinzioni relative al bene (si veda A. McIntyre, M. Sandel, Ch. Taylor, S. Hauerwas). Anche su questo fronte del dibattito, particolarmente produttivo risulta l'approccio di Ricoeur, nel momento in cui smaschera l'artificialità di una tale contrapposizione. Le procedure razionali basate sui principi e sulle norme e l'assunzione delle convinzioni etiche formate all'interno di una tradizione sono da pensare *insieme*. "L'argomentazione non si pone soltanto come antagonista della tradizione e della convenzione, ma come istanza critica operante *nel seno di* convinzioni che essa ha il compito non di eliminare, ma di portare al rango di "giudizi prudenti", in quello che Rawls chiama "equilibrio riflessivo" (P. Ricoeur, *Sé come un altro*, op. cit., p. 398).

<sup>10</sup> "I metodi dell'etica clinica - dice D. Gracia - devono rispettare almeno due condizioni: devono essere *metodi clinici* e devono essere *metodi etici*. La prima condizione obbliga a partire dalla storia clinica per capire la situazione particolare di *questo* paziente. La seconda condizione obbliga a includere nella decisione il principio di *universalizzazione* della norma in base a cui si agisce nel caso particolare". D. Gracia, *Bioetica clinica*, in S. Spinsanti (a cura di), *Bioetica e antropologia medica*, NIS, Roma 1991, p. 68.

principio di beneficenza in prima istanza; (ii) il principio di autonomia in seconda istanza; (iii) il principio di giustizia in ultima istanza.

### *Il principio di beneficenza*

Il principio chiamato in prima istanza ad *ordinare* i fini intrinseci alla pratica clinica è il principio di beneficenza. Esso esprime il nucleo etico della pratica clinica<sup>11</sup>. I suoi obiettivi, sia a livello di diagnosi, sia a livello di terapia, sia a livello di prevenzione che di riabilitazione, si possono tutti ricondurre alla ricerca del *bene* del paziente. La scelta stessa della professione medico-sanitaria implica una "promessa pubblica" di agire *per il bene* del paziente. In coerenza con questa promessa, un operatore sanitario agisce eticamente quando assume abitualmente l'orientamento al bene del paziente. In termini generali il principio si può così formulare: *Agisci in maniera tale che le conseguenze dell'intervento sanitario risultino a vantaggio del bene del paziente nella totalità della sua persona*. In negativo questo principio obbliga l'operatore sanitario a *non recare danno* al paziente. In *positivo* richiede che si promuova il suo bene attraverso trattamenti *appropriati* e i cui rischi siano *proporzionati* ai benefici sperati. Si tratta in sostanza dell'orientamento di fondo dell'etica medica tradizionale, per lungo tempo rimasto al riparo da qualunque obiezione. Obiezioni e conflitti nascono con l'affermarsi di alcuni fenomeni che interpellano in profondità la normatività interna alla pratica clinica: *l'emancipazione* del paziente da una parte e dall'altra *l'ampliamento* delle potenzialità sia diagnostiche che terapeutiche e riabilitative della medicina clinica moderna. Naturalmente più si legittima, nella valutazione della proporzionalità delle cure, la componente della soggettività del paziente; più si amplia, nella definizione del trattamento appropriato, lo spettro degli interventi a disposizione, più cresce la possibilità del conflitto tra *indicazioni* mediche e *volontà* del paziente.

### *Il principio di autonomia*

In caso di persistente conflitto tra indicazioni mediche e volontà del paziente, la

---

<sup>11</sup> Nel porre il principio di beneficenza all'inizio della "sequenza deontologica" seguiamo le esplicite indicazioni di E. Pellegrino, D. Thomasma, *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*, Oxford University Press, New York 1988. Trad. it. *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Ed. Paoline, Milano 1992.

decisione ultima spetta al paziente. A prevalere è il principio di *autonomia*, in quanto postulato indispensabile di ogni scelta morale. La priorità data, in caso di conflitto, all'autonomia del paziente non vuol dire ridurre il medico a esecutore dei desideri del paziente, quanto invece affermare che, anche in situazione di malattia, è il paziente il responsabile della sua vita e che le sue decisioni consapevoli vanno rispettate. In termini generali il principio si può così formulare: *Agisci in maniera tale da rispettare il paziente nella sua dignità di persona e nel diritto che a lui compete di decidere responsabilmente se accettare o rifiutare un trattamento proposto*. In negativo il principio del rispetto esige che sul paziente non vengano esercitate coercizioni o indebite influenze. Esige "distanza". E' la distanza che serve a contrastare l'inclinazione all'imposizione, alla manipolazione, al dominio. Definito in *positivo*, il rispetto per l'autonomia impegna il medico a *informare* adeguatamente il paziente e a *coinvolgerlo* nel processo decisionale, senza tuttavia caricare il paziente di compiti che devono restare del medico.

Più si valorizza il rispetto per l'autonomia, più forte diventa l'obbligo di provare *l'autenticità* della volontà del paziente. Che significa ad esempio il rifiuto del trattamento da parte di un paziente anziano non autosufficiente? Che significa l'aggressività di un giovane in fase terminale? Che significa l'ostilità e la diffidenza di un paziente oncologico che vive nel dubbio e nell'incertezza? E' perciò sempre importante che un'equipe medico-assistenziale si interroghi sul modo in cui viene percepita la *volontà* del paziente. Non può essere che determinate richieste siano indotte da una certa immagine che anche implicitamente si proietta sul paziente?

Una volta, comunque, che se ne sia provata l'autenticità, la volontà del paziente deve essere rispettata. Come applicare il principio del rispetto, nel caso di pazienti "incompetenti"? <sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Seguo la scala delle considerazioni proposte da H. Doucet, *Al fiume del silenzio. Vita e morte: un dialogo tra saggezza e scienza*, SEI, Torino 1988. In particolare il capitolo A chi la responsabilità della decisione?, pp. 31-50.

L'orientamento unanime esige che a fondamento delle decisioni relative a pazienti incompetenti sia posto in primo luogo il *migliore interesse* del paziente: *prima* dell'interesse dei familiari; *prima* di quello dell'istituzione sanitaria; *prima* degli interessi della scienza. Le indicazioni che possono guidare nella determinazione del migliore interesse possono essere desunte dalla seguente sequenza: (i) si può ragionevolmente pensare che il migliore interesse del paziente sia raggiunto nella misura in cui la medicina realizza i suoi *obiettivi costitutivi*: prevenire, guarire e prendersi cura, riabilitare una funzione, alleviare il dolore. Quando si praticano e si prolungano trattamenti medici che non rispondono per il paziente in questione a nessuno di questi obiettivi, si può essere sicuri di non fare il migliore interesse del paziente. (ii) Se la *biografia del paziente* fornisce elementi che possono guidare la scelta di un trattamento piuttosto che un altro, se da questa conoscenza emergono i valori, i progetti di vita, le speranze, i desideri del paziente, tutto questo deve essere ritenuto decisivo ai fini del rispetto dovuto al paziente come persona. (iii) Non potendo accedere alla biografia del paziente, si pone il problema di stabilire chi è il soggetto più competente a *decidere per un altro*. Il problema è dibattuto particolarmente all'interno delle terapie intensive, dove si tratta di decidere se attivare o astenersi, continuare o sospendere trattamenti di sostegno vitale. La decisione migliore sarebbe senz'altro quella assunta *congiuntamente* da équipe medico-assistenziale e famiglia. Superando la posizione di chi ne riferisce la competenza unilateralmente ai medici e ai familiari, evidenti sono le ragioni di una decisione presa insieme nello spirito dell'alleanza terapeutica. E' vero che gli *operatori sanitari* hanno una specifica competenza che viene loro dalla particolare conoscenza del quadro clinico del paziente e insieme una specifica responsabilità giustificata dalla fiducia che il paziente ha riposto in loro e, tuttavia, il punto di vista della famiglia conserva sempre una posizione privilegiata proprio per la conoscenza del paziente. Se questo è vero, è altrettanto evidente che proprio per il particolare rapporto

in cui *i familiari* sono coinvolti, è comprensibile che la loro decisione sia fortemente condizionata emotivamente. E inoltre: gli interessi e le richieste dei diversi membri della famiglia possono non coincidere, spesso diversi e contraddittori; certe famiglie chiedono l'arresto del trattamento quando ancora non è tutto perduto e al contrario ce ne sono altre che non si rassegnano ad accettare il verdetto d'inguaribilità ed esigono che sia fatto anche l'impossibile, senza beneficio alcuno per il paziente direttamente interessato e al prezzo di inutili sofferenze; infine, il coinvolgimento diretto nella responsabilità della decisione di sospendere un trattamento può diventare fonte di angoscia e determinare rimorsi e profondi conflitti. Indicando queste attenzioni in ordine al coinvolgimento della famiglia, non si vuole negare l'importanza del dialogo équipe medica - famiglia. Se la comunicazione viene imposta in maniera tale da far trasparire l'alleanza terapeutica in favore del proprio congiunto, difficilmente la famiglia rifiuterà l'adesione alla decisione medica.

### *Il principio di giustizia*

In ogni atto clinico, oltre alle istanze etiche di cui è portatore il medico (beneficità), oltre a quelle di cui è portatore il paziente (autonomia), sono da prendere in considerazione le istanze che fa valere l'altro protagonista sempre presente: e cioè la *società*. Le istanze etiche che essa fa valere sono riconducibili al principio di *giustizia*. Da un punto di vista storico l'istanza etica della giustizia è stata l'ultima ad avere legittimazione in campo medico. Impostata, con la dottrina del "consenso informato", la soluzione dei conflitti tra beneficià ed autonomia, la sfida più impegnativa per la normatività interna alla pratica clinica proviene oggi dall'esigenza di inserire l'orientamento tradizionale della medicina al bene del singolo paziente nel più ampio quadro di una equa allocazione delle risorse sanitarie. Si tratta di una sfida molto delicata: se infatti è giusto che il medico integri nella sua pratica clinica anche l'attenzione economica, questo deve avvenire secondo modalità che non violino la sua

*integrità morale*, quella connessa con il perseguimento dei fini costitutivi della pratica clinica. Se *limiti* devono essere posti al crescente aumento delle spese sanitarie, non può essere il medico direttamente a determinarli nell'ambito del suo rapporto con il paziente. Porre dei limiti è una questione di competenza *politica*, perché al potere politico è affidata la competenza sul *bene comune*. Le decisioni a questo livello per essere etiche devono rispettare il principio formale dell'intervento politico e cioè il principio della giustizia come *equità e solidarietà*. Tale principio può essere così definito: *Agisci in maniera tale che nell'erogazione delle risorse sanitarie vantaggi e oneri siano distribuiti equamente e cioè senza fare differenze, salvo a dimostrare che le differenze introdotte siano richieste e giustificate a vantaggio dei "soggetti più deboli"*. Il contributo specifico che l'etica clinica può dare nell'allocazione delle risorse è quello di assicurare una gestione *efficace* delle risorse che la comunità mette a disposizione. Il principio di giustizia interpella la professione medica a rinnovare il *patto* con la società in maniera tale che, *da una parte*, la società venga garantita dalla responsabilità che la professione si assume di impiegare le risorse nella maniera più appropriata possibile e, *dall'altra*, la professione medica venga a sua volta garantita che le politiche di controllo dei costi siano in armonia con l'intrinseca destinazione della pratica clinica e cioè: (i) rispettino la responsabilità del medico nel servire primariamente il migliore interesse del paziente; (ii) sfidino il medico ad una prestazione ottimale della sua competenza; (iii) rispettino l'autonomia di cui il medico ha bisogno per realizzare tale prestazione<sup>13</sup>.

Accanto alla sfida che alla pratica clinica proviene dalla giustizia distributiva, se ne profila un'altra non meno impegnativa sul fronte dell'altro senso che tradizionalmente ha avuto la giustizia: la giustizia *commutativa*. In questa prospettiva il principio può essere così definito: *Agisci in maniera tale che ad ognuno sia garantito uguale rispetto e considerazione*. Si tratta di una sfida decisiva di fronte a cui l'attuale pratica clinica si

---

<sup>13</sup> Su queste condizioni insistono: J. Hougland, J. Polder, H. Jochemsen, *Ethical conditions in health care reform*, in AA.VV., *Allocation of resources and choices in health care*, Institut Borja de Bioetica - Fundación Mapfre Medicina, Barcelona 1995, pp. 125-140.

trova proprio per il fatto che l'ampliamento delle sue possibilità diagnostiche e terapeutiche le consente di toccare zone un tempo inaccessibili all'intervento umano, zone dove il paziente si presenta maggiormente *esposto* (vedi *processo riproduttivo, fasi del morire, patrimonio genetico*) e dove quindi è più facile il pericolo della "intrusione valutativa", della selezione, della discriminazione. Su questo fronte c'è da dire che la bioetica non può contare su un risolutivo aiuto da parte della tradizione filosofica moderna. Essa ha certo fornito alla bioetica il suo linguaggio, quello dei diritti, con l'imperativo etico di base che, assumendo questo linguaggio, si è espresso nel "diritto di ognuno all'uguale rispetto e all'uguale considerazione". Ma non ha fornito la risposta alla domanda speculare a questa: chi è *un altro* che merita uguale rispetto e considerazione? Alla base di tale lacuna c'è la totale irrilevanza, esibita dalla tradizione filosofica moderna, della *dimensione biologica* nella costituzione del soggetto e la sua conseguente estromissione dall'etica. Non ci si può nascondere che tale estromissione rischia di avere un esito discriminante. Se è vero, infatti, che la dimensione biologica non definisce *tutto* l'uomo, essa tuttavia rappresenta la condizione insuperabile per un'efficace protezione di *ogni* uomo. In quest'ottica, la difesa della *vita fisica* appare chiaramente sottratta ad un'interpretazione biologistica e viene assunta invece come fattore di garanzia contro ogni "selezione": è con il *corpo* che ognuno rivendica di essere trattato come *un altro* e incluso nella comunità *morale*.

Dal principio di beneficenza, al principio di autonomia, al principio di giustizia: la sequenza "deontologica" chiamata a ordinare i fini intrinseci alla pratica clinica si è svolta per intero e ha toccato il suo *limite*. Il riferimento al concetto di limite vale in un duplice senso. Innanzitutto, nel senso che il principio di giustizia viene a delimitare ciò che può essere *negoziabile* da ciò che non lo può in alcun modo diventare, indicando doveri che si impongono alla coscienza come *inviolabili*. Doveri *perfetti*, direbbe Kant, la cui osservanza non è demandata all'autonomia dell'individuo, che deve perciò uniformarsi sempre. Limite, inoltre, in un senso più materiale: toccando "questioni di giustizia", l'etica clinica perde la sua specifica competenza ed entra (con la giustizia distributiva) nel campo della politica e (con la giustizia commutativa) nel campo del

diritto<sup>14</sup>.

### 2.5. *La funzione operativa del giudizio etico*

Se il riferimento ai principi fornisce i criteri per ordinare i fini del paradigma etico, non basta ancora a determinare la decisione. E' questa la funzione ulteriore svolta dal *giudizio etico* che determina la decisione capace di realizzare nel caso particolare i valori in gioco al più alto livello possibile. La sua formulazione comporta sempre due momenti: (i) il *momento deontologico*: consiste nel riferire la decisione ai principi regolativi del sistema; (ii) il *momento teleologico*: consiste nel valutare le conseguenze che la decisione produce nell'esperienza concreta. La valorizzazione di entrambi questi momenti, affidata alla *saggezza pratica*<sup>15</sup>, permette un'autentica applicazione del paradigma etico-clinico.

## 3. LE OPERAZIONI DEL PROTOCOLLO

Di solito si pensa che sia solo il giudizio scientifico a fondarsi sulla mediazione di operazioni razionali e che il giudizio etico sia invece frutto di una valutazione immediata, frutto esclusivo dell'intuizione. Contro questo modo di pensare, contro questa pretesa sta la complessità dei problemi etici che la pratica clinica presenta. Se è vero che nel campo dell'etica clinica la valutazione si muove all'interno di un paradigma etico che da un sicuro orientamento di fondo, è pur vero che *l'applicazione* operativa del paradigma fondamentale ai problemi etici sollevati dai casi particolari si basa sulla mediazione di adeguate *operazioni* razionali.

---

<sup>14</sup> Sulla giustizia come istanza del diritto volta a garantire la simmetria e la parità nei rapporti intersoggettivi, si veda F. D'Agostino, *Filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1994

<sup>15</sup> Sul concetto di *saggezza pratica* e sulla funzione che svolge all'interno del sistema etico, con riferimenti a situazioni bioetiche particolarmente problematiche, si vedano le importanti indicazioni di metodo che P. Ricoeur dà nel Nono Studio di *Sé come un altro* dedicato esplicitamente alla saggezza pratica, op. cit., pp. 343-407.



**Prima Operazione  
RACCOGLIERE I DATI CLINICI**

<p>Punto di partenza dell'analisi etica di un caso clinico è la considerazione quanto più precisa dei <i>dati</i> relativi alla diagnosi, alla prognosi e ai trattamenti possibili. Un approccio clinico corretto comporta sempre il riferimento al paziente nella sua <i>unicità</i> e nella sua <i>globalità</i>. E perciò i dati clinici da considerare comprendono i dati strettamente medici e insieme il particolare vissuto del paziente.</p> <p>L'impostazione sistematica di un tale approccio è il primo presupposto per individuare i fattori rilevanti ai fini della risposta da dare agli eventuali problemi etici. Questo comporta che la raccolta dei dati sia fatta all'interno di un modello di storia clinica abbastanza ampio, e cioè tale da permettere di identificare tutti gli aspetti della situazione clinica: gli aspetti medico-biologici insieme a quelli umani o etici e di seguire l'evoluzione di ciascuno di essi.</p> <p>L'esperienza dimostra che una corretta impostazione della storia clinica contiene in sé la soluzione etica del caso. E comunque costituisce sempre la <i>premesse</i> indispensabile da cui deve partire la ricerca della soluzione dei conflitti etici. Se non si conduce con sufficiente cura e competenza la storia clinica, c'è il rischio che si trasformino in problemi <i>etici</i> problemi che sono semplicemente <i>tecnic</i>, risolvibili cioè all'interno di scelte mediche più <i>corrette</i>.</p> <p>Qual è il trattamento medico più <i>appropriato</i> nel caso in questione? E' questa in sostanza la domanda a cui può essere ricondotta la prima operazione dell'analisi etica di un caso clinico.</p>	<p><b>1. Quali sono, nel caso in questione, i dati clinici relativi alla diagnosi e alla prognosi? Quale trattamento si può proporre in base a questi dati?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>2. Esistono alternative da un punto di vista medico-assistenziale?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>3. Ci sono condizioni che, a prescindere dalle indicazioni strettamente medico-assistenziali, orientano di fatto la scelta verso un intervento più che un altro? Sono condizioni legate a esigenze di organizzazione del lavoro? A scarsità di risorse economiche? A carenza di specifiche competenze? A determinate interazioni in seno all'équipe curante?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

## Seconda Operazione INDIVIDUARE LE RESPONSABILITÀ

<p>La seconda operazione consiste nel determinare le specifiche responsabilità dei soggetti coinvolti. Attenzione prioritaria esige la valutazione della <i>competenza</i> decisionale del paziente, in modo che sia garantito il rispetto per la sua volontà, sia tutelato nel caso in cui non sia in grado di decidere e che la sua volontà venga, eventualmente, interpretata nel modo più autentico possibile. Tenendo presente la rete relazionale entro cui il paziente si trova inserito, particolare attenzione va posta nel valutare e coinvolgere adeguatamente la responsabilità <i>dei familiari</i>; come pure nel valutare responsabilità che si collocano al di là del contesto strettamente clinico e familiare, coinvolgendo fattori di rilevanza sociale. Specifiche considerazioni vanno fatte sulla responsabilità degli <i>operatori professionali</i>. La loro responsabilità va determinata innanzitutto a livello <i>giuridico</i>. E questo non per svaloriare la dimensione etica, quanto invece per dare più risalto a quei comportamenti che rispondono ad un diritto del paziente. Se riferimenti giuridici si danno, è comunque il riferimento alla <i>deontologia professionale</i> il parametro più pertinente per determinare le specifiche responsabilità degli operatori. Riferirsi alla deontologia professionale vuol dire, in campo clinico, riferirsi ad una particolare sensibilità che è quella espressa dall' <i>alleanza terapeutica</i>. E' questa la prospettiva adeguata che da senso alla collaborazione e alla responsabilità in seno all'équipe sanitaria e che, nell'attuale situazione culturale caratterizzata dalla tendenza alla giuridicizzazione del rapporto medico-paziente, può contribuire a fissare la giusta dimensione del <i>consenso informato</i>, delle sue modalità e della sua più o meno obbligatorietà.</p>	<p><b>1. Quali sono le responsabilità specifiche degli operatori professionali coinvolti nella gestione del caso?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>2. Il paziente è stato adeguatamente informato? Ci sono motivi per ritenere giustificata una qualche incompletezza nell'informazione e nell'assunzione di responsabilità? Il paziente è stato messo in grado di valutare vantaggi e svantaggi che le eventuali alternative comportano? E' stato, inoltre, messo in grado di conoscere le indicazioni che possono favorire l'esito positivo del trattamento proposto?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>3. Quali sono le responsabilità dei familiari? In particolare: ci sono motivi per ritenere rilevante il loro consenso? Per ritenerlo obbligatorio? Per ritenerlo, al contrario, poco attendibile?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>4. L'intervento proposto comporta conseguenze che non possono essere ragionevolmente assunte dai soli familiari: su quali supporti sociali può contare la famiglia? A chi compete l'obbligo di promuoverne una concreta attivazione?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

### Terza Operazione IDENTIFICARE I PROBLEMI ETICI

<p>La terza operazione ha lo scopo di identificare i problemi specificamente etici che il caso presenta. Di solito i problemi etici che un caso clinico solleva sono molti. Occorre identificarli uno ad uno in maniera tale che nella discussione si evitino equivoci e confusione.</p> <p>Il <i>primo</i> approccio a questa operazione sarà di natura <i>analitica</i> e dovrà indicare per ogni singolo problema i possibili corsi di azione e insieme i valori che in essi sono rispettivamente promossi o minacciati. Trattandosi di <i>valori</i> e non solamente di <i>fatti</i>, è necessario che l'elaborazione della "mappa" dei problemi etici si avvalga del contributo delle diverse sensibilità professionali e umane coinvolte nella discussione del caso. Può darsi che un problema che per uno è poco importante assuma grande rilevanza per altri. Il confronto che così si apre, qualora si diano adeguate condizioni, può portare a fare emergere tutti i valori in gioco.</p> <p>Il <i>secondo</i> approccio, più globale, sarà di natura <i>ecologica</i>, finalizzato cioè a collocare i problemi etici individuati nel loro specifico <i>contesto</i> clinico. Il riferimento al contesto è un fattore determinante nell'analisi etica. Determina, innanzitutto, la <i>fisionomia</i> del caso, indicando la problematica più pertinente entro cui trattarlo. Determina inoltre un primo ordine tra i problemi elencati, aiutando a individuare qual è nel contesto particolare il problema etico più importante, nucleo attorno a cui ruota la sostanza etica della storia clinica.</p>	<p><b>* Un approccio analitico</b></p> <p><b>1. Quali sono i problemi etici che lo sviluppo del caso presenta? Formula la domanda che più immediatamente e chiaramente esprime, per ogni problema, i possibili corsi d'azione e insieme i valori che in essi vedi rispettivamente coinvolti e minacciati.</b></p> <p>a) _____ _____</p> <p>b) _____ _____</p> <p>c) _____ _____</p> <p>d) _____ _____</p> <p>e) _____ _____</p> <p><b>* Un approccio globale</b></p> <p><b>2. Organizza i problemi etici elencati ordinandoli in rapporto all'importanza che assumono nel particolare contesto in cui si trovano inseriti.</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

**Quarta Operazione**  
**VALUTARE LE SOLUZIONI ALTERNATIVE E DECIDERE**

<p>La quarta operazione è la più impegnativa avendo lo scopo di formulare la valutazione etica: individuare le soluzioni alternative, esplicitarne le ragioni, decidere, infine, per quella scelta che nel caso concreto promuove al massimo i valori del <i>paradigma</i> etico-clinico.</p> <p>Il <i>primo</i> parametro per la valutazione è fornito dalle istanze del paradigma etico-clinico. Esso fornisce l'orientamento di fondo e in molti casi determina immediatamente la decisione giusta. Nei casi invece in cui le istanze del paradigma entrino in conflitto, la valutazione etica richiede un'adeguata <i>mediazione</i>. Trattandosi di un paradigma etico-clinico, tale mediazione deve essere <i>etica</i> e, insieme, <i>clinica</i>. La prima condizione obbliga la decisione a confrontarsi con i principi; la seconda a confrontarsi con l'esperienza del caso concreto. Il procedimento di applicazione del paradigma etico-clinico comprende perciò due momenti entrambi costitutivi: momento <i>deontologico</i> e momento <i>ideologico</i>.</p> <p><i>Momento deontologico</i>; consiste nel riferire la decisione ai principi regolativi del sistema della bioetica clinica: il principio di <i>beneficità</i> in prima istanza, il principio di <i>autonomia</i> in seconda istanza, il principio di <i>giustizia</i> in ultima istanza. Il momento deontologico garantisce una decisione <i>corretta</i>. Tale decisione, però, deve essere sempre confrontata con l'esperienza particolare del caso. Solo tale confronto rende la decisione <i>effettivamente</i> corretta, e cioè effettivamente aderente al paradigma etico.</p> <p><i>Momento teleologico</i>; consiste nel riferire la decisione giustificata dai principi generali alle circostanze particolari del caso in questione. Si tratta di un procedimento teleologico nel senso che intende "provare" le <i>conseguenze</i> che la decisione produce nell'esperienza del caso concreto. Nella valutazione etica il caso va certo riferito ad una griglia di principi generali, ma è pur vero che si devono riferire i principi alla griglia delle circostanze particolari del caso. E' la valorizzazione di entrambi questi riferimenti che rende possibile un'autentica applicazione del paradigma etico-clinico.</p>	<p><b>1. In relazione al problema etico più importante, quali sono le soluzioni proposte? Su quali ragioni rispettivamente si basano?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">SOLUZIONI</th> <th style="width: 50%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">RAGIONI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">1.</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">1.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2.</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">2.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3.</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">3.</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>2. Qual è nel caso in questione la decisione che promuove la realizzazione dei valori in gioco al più alto livello possibile?</b></p> <p><i>* Riferimento ai principi (decisione corretta)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>* Riferimento all'esperienza (decisione effettivamente corretta)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	SOLUZIONI	RAGIONI	1.	1.					2.	2.					3.	3.				
SOLUZIONI	RAGIONI																				
1.	1.																				
2.	2.																				
3.	3.																				

**Quinta Operazione**  
**FORMULARE UNA DIRETTIVA PER CASI SIMILI**

<p>Obiettivo specifico di questa parte conclusiva dell'analisi etica è ricavare <i>indicazioni</i> che aiutino la gestione di casi simili nell'urgenza con cui nella pratica clinica si presentano. A volte l'urgenza è di natura <i>psicologica</i> nel senso che in certi casi équipes mediche con una forte propensione interventista non sopportano l'attesa. Da qui il costituirsi di un intenso clima emotivo, di situazioni di crisi in seno all'equipe sanitaria o tra l'equipe e la famiglia e il paziente. In altri casi la componente psicologica rispecchia il reale grado di <i>incertezza etica</i>: incertezza su come sia meglio curare un paziente gravemente malato o morente quando i trattamenti disponibili, i bisogni clinici e i valori complessivamente in gioco possono essere interpretati in modo molto diverso. In entrambe le circostanze, che si tratti cioè di un'urgenza di natura psicologica o di una reale urgenza etica, avere a disposizione una <i>linea guida</i> può aiutare la decisione.</p> <p>I parametri secondo cui impostare un'eventuale linea-guida dovrebbero includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) gli elementi che individuano la <i>morfologia</i> dei casi: contesto clinico, indicazioni medico-assistenziali, conflitti etici tipici;</li> <li>(ii) i <i>valori</i> implicati nelle diverse opzioni etiche;</li> <li>(iii) i <i>principi</i> etici proposti per ordinare la realizzazione di questi valori;</li> <li>(iv) le <i>virtù</i> etiche, e cioè il richiamo agli <i>atteggiamenti</i> richiesti agli operatori sanitari per la gestione etica di casi simili.</li> </ul>	<p><b>1. E' possibile ricondurre tutto il caso ad un unico e più generale problema etico? Come esprimerlo in forma tipica?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>2. Quali sono le istanze a cui dare priorità per prevenire, gestire e/o risolvere i conflitti più ricorrenti in casi simili?</b></p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>3. Nella gestione di casi di questo tipo, quali sono le "virtù" richieste agli operatori sanitari e più in generale le risorse umane da attivare?</b></p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--