

Scopi della medicina e consulenza etica

Purposes of medicine and ethical counseling

MARIO PICOZZI

Direttore del Centro di Ricerca in Etica Clinica, Università degli Studi dell’Insubria

Il presente contributo intende esplicitare le ragioni del nesso tra scopi della medicina e consulenza etica. Dopo aver precisato i diversi termini in gioco, si delineano gli argomenti a favore della tesi, rispondendo alle critiche presenti nella letteratura. L’etica clinica è parte integrante della medicina in quanto ha come suo obiettivo il miglioramento della cura delle persone; essa è uno strumento necessario, anche se non il solo, al fine di garantire e promuovere la relazione terapeutica tra medico e paziente, concetto su cui si basa ogni istanza di cura. Alla luce di questa impostazione si affronta il tema della neutralità del consulente e della nozione di proporzionalità delle cure. Il convincimento del medico è elemento costitutivo nella relazione con il malato e i suoi familiari: lungi dal rappresentare un’indebita interferenza verso la libertà di chi deve legittimamente avere l’ultima parola, il parere del medico è un aspetto necessario affinché il malato possa decidere di se stesso.

Parole chiave: Scopi della medicina, Etica clinica, Consulenza etica, Neutralità, Proporzionalità delle cure, Relazione medico-paziente

The present paper intends to explain the reasons for the relation between the purposes of medicine and ethical counseling. Having specified the different issues involved, the article outlines the arguments in favor of this thesis, replying to the criticisms present in scientific literature. Clinical ethics is an integral part of medicine as it aims at improving the care of people; it is a necessary tool, still not the only one, which allows to ensure and promote the therapeutic relationship between doctor and patient, a concept on which every demand for treatment is based. In the light of this approach, the article addresses the issue of the physician’s neutrality and the notion of treatment proportionality. The doctor’s belief is a constitutive element in the relationship with the patient and his/her family: far from representing an undue interference with the liberty of those who lawfully have the last word, the physician’s opinion is a necessary aspect that helps the patients decide for themselves.

Key words: Aims of medicine, Clinical ethics, Ethical counseling, Neutrality, Proportion of treatment, Doctor-patient relationship

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Mario Picozzi
Centro di Ricerca in Etica Clinica
Università degli Studi dell’Insubria
via Ravasi 2, 21100 Varese
e-mail: mario.picozzi@insubria.it



Introduzione

Il presente contributo intende esplicitare le ragioni del nesso tra scopi della medicina e consulenza etica. Dopo aver precisato i diversi termini in gioco, si delineano gli argomenti a favore della tesi, rispondendo alle critiche presenti nella letteratura. Infine si traduce quanto detto per riferimento al tema della neutralità del consulente e della nozione di proporzionalità delle cure.

Gli scopi della medicina

Nel dibattito etico riguardo alla definizione degli scopi della medicina una delle tesi di più successo, sebbene molto controversa, è quella secondo cui la medicina sarebbe soltanto un sapere tecnico. In questa prospettiva il medico sarebbe solamente colui che grazie alle competenze tecno-scientifiche offre una prestazione a un paziente, il quale sarebbe il solo a poter interpretare la portata etica del proprio vissuto nel momento della malattia. Tuttavia, tale idea risulta problematica: infatti, come afferma Massimo Reichlin, la concezione “iatrotecnica della medicina caratterizzata da un insieme di saperi scientifici e di competenze tecnologiche utilizzabili come strumenti per fini che sono oggetto di scelta individuale appare non convincente poiché nega l’aspetto essenziale della pratica medica: essa avviene nell’incontro tra persone, nasce da una richiesta di aiuto cui viene incontro l’offerta di una relazione di cura e implica un dialogo interpersonale” (Reichlin, 2013). Alla luce di ciò, si può quindi facilmente sostenere che esiste necessariamente una centralità etica della relazione medico-paziente la quale presuppone che vi siano scopi e principi che la regolano e che non possono essere modificati a piacimento in modo illimitato.

Nondimeno, anche assumendo questa posizione si potrebbe notare come esistano rilevanti divergenze in merito all’identificazione dei principi da porre al centro della relazione terapeutica, nonché degli scopi che essa può e deve proporsi. In modo sintetico è possibile rilevare l’esistenza di un contrasto fondamentale tra due prospettive: la prima è la concezione ippocratica, sebbene nella sua forma rinnovata e attualizzata; la seconda è la tesi contrattualista la quale si propone come superamento della prima (Reichlin, 2013).

La prima prospettiva sottolinea l’importanza dello scopo della tutela della vita e della salute; essa pone al centro l’esercizio della cura che è tradotto nella forma professionalmente sviluppata dall’agire terapeutico. In questo contesto la relazione medico paziente è posta alla base medicina stessa: tale relazione è caratterizzata dalla fiducia reciproca e da un impegno fondamentale del medico a ricercare il bene del paziente; anche se ciò non toglie che anche l’autonomia del malato abbia un ruolo. “Occorre infatti un dialogo franco e verace e un impegno a coinvolgere il paziente nelle decisioni cliniche, perché

ciò è maggiormente rispettoso della sua dignità e consente una migliore adesione alle cure” (Reichlin, 2013).

La seconda prospettiva intende la relazione medico-paziente in chiave contrattualista: più specificamente, afferma che il contratto che lega medico e paziente si iscrive all’interno del più ampio contratto che la società stipula con i professionisti che si impegnano a fornire prestazioni sanitarie sulla base di standard scientifici e deontologici; quest’ultimo si iscrive a sua volta nel più ampio contratto sociale che lega tutti i membri della società (Reichlin, 2013).

Entrambi i modelli presentano tuttavia delle criticità. In primo luogo, il modello neo ippocratico sembrerebbe conferire un valore universale all’etica medica tradizionale e ai suoi fini, quasi che essa fosse indipendente dagli sviluppi scientifici e i cambiamenti sociali: il fatto che gli scopi terapeutici e preventivi siano parte ineliminabile dell’attività medica non è un argomento sufficiente a escludere l’ampliamento dei suoi orizzonti di intervento, a fronte dell’aumento delle opportunità tecnico-scientifiche e dei bisogni e desideri umani che esulano dalla prospettiva terapeutica. In secondo luogo, il modello contrattualista, tuttavia, pare esposto a una possibile deriva relativistica. In effetti, esso sembra aperto, specialmente nelle formulazioni più estreme (Engelhardt, 1996), all’accettazione di qualsiasi forma di intervento tecnico a servizio dei fini del “cliente”. Tale intervento avrebbe la sola condizione del consenso fornito da entrambe le parti: ciò ne consegue che non solo potrebbe essere realizzata la ricerca delle più svariate forme di potenziamento delle capacità umane, ma potrebbero anche essere attuate pratiche direttamente contrarie agli scopi terapeutici, come l’eutanasia. Accettando soltanto vincoli di natura procedurale, la medicina finirebbe dunque col perdere ogni prerogativa valoriale di tipo sostanziale.

In conclusione è opportuno tracciare una sintesi delle due prospettive analizzate in precedenza promuovendo un approccio che tenga conto di entrambe le istanze, superandone i limiti e cogliendone i punti di forza. In accordo con Reichlin, da un lato va tenuto presente che, nel contesto contemporaneo, la pratica medica trova realizzazione nell’ambito dello sforzo delle società moderne di garantire ai cittadini un’equa eguaglianza di opportunità sociali, incluse quelle legate al godere di buona salute e all’aver accesso a sufficienti cure sanitarie; dato che la medicina è parte degli scopi che una società democratica si propone attraverso la realizzazione di servizi sociali, essa non può restare indifferente ai valori e ai fini che gli individui e la società nel suo insieme si propongono. D’altro canto va sottolineato che l’esercizio della medicina resta fondato su un’azione di cura che non può che esercitarsi in alcune forme concrete le quali tutelano e promuovono il carattere di relazione interpersonale e che non possono venire offuscate dalle dimensioni istituzionali. “In altri termini, la dinamica impersonale e istituzionale del contratto deve essere coniugata con la logica personale del patto di cura basato sulla fiducia, perché l’esercizio della medicina non si riduca a una mera pre-

stazione d'opera professionale, ma contribuisca a promuovere il benessere integrale della persona all'interno di istituzioni giuste (Reichlin, 2013, 2019)".

L'etica clinica

Digitando la parola chiave *clinical ethics*, utilizzando il database PubMed, si scopre che il numero di pubblicazioni contenente questo lemma passa da 69 nel periodo 1995-1997 a 132 nell'anno 2016. Ciò testimonia un incremento notevole e una progressiva specifica attenzione all'etica clinica.

Per etica clinica si intende "l'etica della pratica clinica e dei problemi etici emergenti a partire dalla cura dei pazienti" (Fletcher e Brody, 1995), o più precisamente essa consiste "nella valutazione e nella giustificazione sistematica, critica e ragionata di ciò che è giusto e sbagliato, di ciò che è buono e cattivo nella pratica clinica e nella riflessione sul genere di persona che i professionisti sanitari dovrebbero o non dovrebbero sforzarsi di diventare" (Sulmasy, 2001). In questa accezione si riconosce che il giudizio etico implichi, e al contempo metta in gioco, l'identità di colui che esprime il giudizio. Infatti, non sarebbe possibile che l'operatore sanitario si chiami fuori, si astenga dal prendere posizione: ciò significherebbe trascurare un profilo intrinseco all'atto di cura e quindi una rinuncia a quell'impegno che si è liberamente assunto accettando di svolgere una professione di cura. Riguardo all'origine dell'etica clinica, in un recente articolo, M. Siegler raccontando la sua esperienza ben descrive le ragioni e le istanze che hanno portato alla sua nascita: "Nel 1972, quando cominciai a lavorare alla facoltà dell'Università di Chicago, il Presidente della Scuola di Medicina mi chiese di fondare e dirigere la prima unità di terapia intensiva del nostro ospedale. A quei tempi, c'erano pochissime unità di questo tipo, in parte perché il numero dei ventilatori era ridotto e in parte perché la specializzazione in questo ambito non esisteva ancora. Col tempo, questi dispositivi medici sono diventati uno dei grandi traguardi del progresso medico e tecnologico, salvando e prolungando molte vite e, al contempo, hanno sollevato nuove questioni etiche che i clinici non avevano mai affrontato prima di quel momento. Dirigere la terapia intensiva dal 1972 al 1977 ha cambiato la mia carriera e mi ha incoraggiato a fondare il campo dell'etica medica clinica. Dotato di sette posti letto, il mio reparto di terapia intensiva ha ospitato i più gravi pazienti adulti dell'ospedale. Il nostro tasso di mortalità era superiore al 60 per cento. Ogni giorno, io e il mio team abbiamo affrontato questioni etiche come il razionamento dei posti letto, il consenso informato, decidendo quando avevamo bisogno dell'intervento di un fiduciario, la sospensione di un trattamento già iniziato e la comunicazione di prognosi infauste ai paziente o alle famiglie. La mia precedente formazione in medicina non mi aveva preparato ad affrontare questo insieme di problemi i quali si presentavano ogni giorno nel nostro reparto. Di fronte a questi problemi ricorrenti, ho presto scoperto che non c'era

un luogo dove poter mandare il personale del mio reparto e gli studenti a trovare le risposte. La letteratura medica e i libri di testo non discutevano di questi argomenti (...). Mi resi conto per la prima volta che per migliorare la cura dei pazienti in rianimazione e in tutto l'ospedale, era essenziale che medici, infermieri, pazienti e famiglie diventassero più strettamente coinvolti in discussioni su queste questioni cliniche ed etiche relativamente nuove e difficili. I medici e pazienti avevano bisogno di aiuto per comprendere meglio le questioni etiche nella pratica clinica quotidiana in modo che potessero incorporarle nelle loro decisioni cliniche" (Siegler). Siegler chiosa il suo intervento riportando le parole di un editoriale della rivista *Lancet*: "L'etica deve essere radicata nella pratica clinica e non nella filosofia morale da poltrona. Il dibattito sulle questioni etiche è parte integrante della pratica quotidiana come la scelta del trattamento migliore per i pazienti" (*Lancet*, 1997).

Alla luce di queste considerazioni è ragionevole sostenere che l'etica clinica debba essere parte integrante della medicina in quanto ha come suo obiettivo il miglioramento della cura delle persone; essa è uno strumento necessario, anche se non il solo, al fine di garantire e promuovere la relazione terapeutica tra medico e paziente, concetto su cui si basa ogni istanza di cura.

La consulenza etica

La consulenza etica in ambito sanitario è "un servizio, offerto da un individuo o un gruppo per aiutare pazienti, familiari, rappresentanti/tutori, operatori sanitari o altre persone coinvolte nell'assistenza in ordine a dubbi o conflitti di valore che emergono nella pratica clinica" (*American Society for Bioethics and Humanities*, 2016). Il suo scopo è quello di "migliorare il processo e i risultati dell'assistenza ai pazienti aiutando a identificare, analizzare e risolvere i problemi etici" (Fletcher e Siegler, 1996). La consulenza etica è parte integrante dell'etica clinica e rappresenta lo strumento privilegiato – anche se non l'unico – per realizzarne gli obiettivi.

Come attesta il Documento di Trento, "la consulenza etica è una consulenza specialistica analoga alle altre consulenze svolte in ambito ospedaliero, con alcune accentuazioni e peculiarità: una più attenta e mirata opera di relazione e dialogo e un pluralismo più marcato sia nel metodo sia nei contenuti" (Pegoraro et al., 2016). Le ragioni dell'analogia tra la consulenza medica a quella etica vanno ricercate nel fatto che la consulenza in ambito ospedaliero si richiede quando vi sia un dubbio (Adams, 2011) o una diversità di approccio. Il dubbio o il conflitto possono riguardare sia i mezzi sia i fini, perché entrambi possono essere sottoposti a giudizio. Ciò comporta una chiara conseguenza: il consulente etico risponde delle sue azioni come ogni consulente specialistico in medicina (Weise e Daly, 2014; Finder e Bliton, 2011; Hendrick, 2001).

Il nesso tra scopi della medicina e consulenza etica

Si è dimostrato che la medicina risponde da una parte alle esigenze della società di godere di buona salute e di cure adeguate tenendo in considerazione i fini che gli individui e la società nel suo insieme si propongono; dall'altra parte, pur all'interno di contesti democratici e pluralistici, rimane ancorata al principio di cura che si estrinseca in quella relazione interpersonale che ne consente l'esercizio. Da queste considerazioni si comprende come la consulenza etica rappresenti uno degli strumenti perché questo doppio legame possa realizzarsi.

La consulenza etica recepisce le nuove istanze che la pratica della medicina oggi pone, sia in forza dei progressi tecnologici sia dei mutamenti sociali e culturali; al contempo essa tutela e garantisce l'intrinseca finalità di cura di ogni pratica medica. In questa prospettiva, il consulente etico "non si sostituisce alla responsabilità decisionale del paziente e del medico, ma è interamente funzionale ad essa. Egli non è un intermediario, ma un mediatore. Condividendo le finalità proprie di quella relazione, l'eticista non si trasforma in una super-figura, dotata di autorità superiore, ma si accontenta di valutare, su richiesta del paziente, del medico o di chiunque partecipi della cura del malato, le condizioni morali a partire dalle quali soltanto quella relazione può raggiungere i fini ad essa intrinseci" (Dell'Oro, 2003). Perciò la consulenza etica si propone di istruire, attraverso il dialogo e della comunicazione, circa le ragioni di bene implicate da un certo trattamento. L'eticista può solo mostrare quelle ragioni, non imporle. Per questo, la sua autorità, come anche la forza intrinseca dei suoi argomenti, rimangono sospese alla libertà di quanti, tra i suoi interlocutori, sono disposti a riconoscerle.

Non appare convincente la critica di chi separa la consulenza etica dalla pratica medica, argomentando come la prima si occupi di fini, mentre la seconda di mezzi. In questa prospettiva solo il paziente sa cosa sia bene per lui ed è coerente con i suoi fini; solo lui è in grado di prendere una decisione coerente con i fini che lui ha liberamente scelto. Il medico, invece, si occupa di mezzi; egli solo sa quale sia lo strumento più appropriato – valutati rischi e benefici - per risolvere il problema di salute. Il consulente etico, occupandosi della sfera etica, che non gli appartiene, così come non appartiene a nessun professionista sanitario, invaderebbe indebitamente un campo non suo, privando il paziente della sua libertà decisionale (Mori, 2015).

La posizione non appare convincente per due ordini di motivi. Il primo riguarda l'intrinseca finalità della medicina, come già abbiamo evidenziato in precedenza. La medicina non è un'attività eticamente neutra, solo tecnicamente connotata. Il mezzo non è neutro, ma rivela l'intenzione. Un'azione che tradisse, nei mezzi e nelle intenzioni, tenuto conto delle conseguenze, l'obiettivo della cura non sarebbe legittima.

La seconda ragione si riferisce al fatto che il paziente non può decidere se non all'interno di una relazione di cura e di fiducia. Egli viene a capo di se stesso e si determina grazie alla relazione con altri, che non sostituendosi a lui, creano però le condizioni perché lui possa decidere. Come abbiamo detto, il consulente può solo mostrare delle ragioni, mai imporle; ragioni che restano sospese alla libertà di chi, paziente o personale sanitario, sia disposto a riconoscerle.

Risvolti pratici

Il nesso tra cura e consulenza, così come descritta sopra, comporta una serie di conseguenze. Si esplicita quella che si ritiene più rilevante, ovvero la questione legata alla neutralità dell'operatore sanitario e di rimando del consulente etico. Atteso che la pratica medica si fonda su un principio di cura che si realizza attraverso una relazione di fiducia, ci si chiede se l'operatore sanitario possa o debba essere eticamente neutro. La questione diventa ancora più urgente per riferimento al consulente etico, che proprio di questioni etiche si occupa. Nella consulenza etica non è moralmente indifferente la scelta delle norme o principi specifici che devono essere tutelati e promossi. A volte ciò che è necessario è una valutazione morale complessa della bontà delle azioni, dei fini, dei valori e dei principi presi in considerazione nella deliberazione etica. Naturalmente, questo può essere fatto secondo alcuni criteri meta-etici, come una prospettiva morale che consideri il carattere dell'agente, la natura dell'atto, le sue conseguenze e i relativi fattori contestuali. Questo è il contributo principale che il consulente può portare a buoni risultati etici nell'assistenza ai pazienti. Inoltre è ragionevole affermare che il consulente etico debba essere autorizzato a esprimere la sua personale opinione morale. Infatti, ci possono essere circostanze in cui è percorribile più di un'opzione eticamente giustificabile in un determinato caso clinico: esprimendo la sua personale opinione, il consulente promuoverebbe e alimenterebbe la discussione e ciò potrebbe condurre a tenere conto di prospettive non considerate precedentemente. Inoltre, in alcune circostanze, il consulente potrebbe persino manifestare un disaccordo con la concezione di "consenso del paziente" che viene utilizzata dai clinici, dai familiari o dal paziente stesso: in questo caso, qualora il consulente non manifestasse la propria opinione, verrebbe minata l'integrità del consulente e la pretesa legittima di dare voce alla propria convinzione. Tuttavia, è opportuno sottolineare che il consulente dovrebbe, in questi casi, dichiarare chiaramente la sua l'opinione perché altrimenti potrebbero crearsi situazioni di condizionamento non dichiarato le quali sono eticamente inaccettabili.

In altre situazioni, il ruolo appropriato del consulente potrebbe essere soltanto quello di chiarire e analizzare questioni etiche o facilitare la comprensione e l'accordo tra le persone. Pertanto, il ruolo e le funzioni che il consulente ha all'interno della consulenza etica spesso dipende da ciò che viene dal

contesto situazionale e dalla specifica richiesta. Si noti: in questa sede non si sostiene che il consulente debba sapere cosa è buono per il paziente in termini assoluti; il bene del paziente è una nozione molto complessa e dovrebbe essere inteso tenendo conto di fatti e dimensioni diversi. Tuttavia, a mio avviso, il consulente etico ha le stesse responsabilità morali dei medici o di altri professionisti della salute, cioè dovrebbe agire in un modo tale da promuovere il benessere del paziente sia in senso medico sia morale. Ciò che si vuole sottolineare è l'idea secondo cui il consulente non fornisce raccomandazioni o consigli a prescindere dalle altre parti coinvolte (pazienti, operatori sanitari, familiari e altri). Il consiglio offerto dovrebbe essere inteso come il risultato di una valutazione morale congiunta della situazione, tenendo in considerazione i fatti clinici, le convinzioni morali del paziente e la storia della vita, e altre prospettive pertinenti (Gasparetto et al., 2018).

In questa prospettiva si giustifica la nostra impostazione sul tema della proporzionalità delle cure. Per definire il significato di proporzionalità delle cure vengono solitamente distinte due componenti: In primo luogo un trattamento sanitario per essere proporzionato deve soddisfare il criterio di appropriatezza clinica in relazione a una specifica condizione patologica del paziente. Il medico ha il compito di accertare l'appropriatezza clinica il quale, grazie alle proprie competenze, è in grado di valutare se e come è possibile incidere sull'evento patologico.

La seconda componente consiste nella valutazione di un trattamento già decretato appropriato dal medico, da parte del malato. Questa valutazione fa riferimento alle preferenze soggettive del paziente, le quali derivano dai valori e convincimenti morali che sono parte fondamentale dell'identità personale. Tuttavia tale prospettiva sembrerebbe scindere nei suoi elementi costitutivi quello che nell'interazione medico-paziente appare, piuttosto, come un concetto unico. L'unione tra le due concezioni è sintetizzato in un processo interattivo orientato a maturare decisioni di cura adeguate al problema di salute del paziente e, nel contempo, fedeli alla sua idea di vita buona. In questa prospettiva è possibile sostenere che il giudizio di proporzionalità è, pertanto, la sintesi feconda tra giudizi di natura tecnica e al contempo morale e trova collocazione nella relazione medico-paziente. Il concetto di relazione sarebbe rilevante e fondamentale solamente alla luce di tale sintesi; infatti, se così non fosse tale concetto risulterebbe incorrere in un'interpretazione dicotomica, pertanto impropria.

Questa proposta vuole perciò criticare la tesi secondo cui la valutazione di proporzionalità etica sia appannaggio solamente del malato, mentre il giudizio di appropriatezza clinica sia l'unico che il medico possa ambire di formulare. In questi termini verrebbe promossa una sorta di separazione la quale avallerebbe una visione secondo cui la valutazione di appropriatezza clinica sia in sé priva di elementi di natura morale. La strenua difesa di tale tesi rischia di sottovalutare la complessità dell'interazione medico-paziente come relazione di affidamento. Appare più ragionevole sostenere che ciascun attore coinvolto nella relazione clinica esprime un giudizio

di proporzionalità e pertanto morale: il medico, quando legittimamente consiglia il malato o i suoi familiari; il malato, quando acconsente o dissente a un trattamento sanitario; i familiari, quando si rendono testimoni degli interessi del congiunto incapace di esprimersi e collaborano con il medico per individuare le decisioni più idonee.

In conclusione si deve respingere la cosiddetta tesi della neutralità del medico. Essa non considera che la richiesta di consiglio non è dettata dalla volontà di venire meno alla responsabilità di decidere di sé o di svincolarsi dall'impegno di favorire una decisione rispettosa del proprio congiunto. La ragione di tale richiesta va piuttosto ascritta all'aspettativa di una condivisione e di un accompagnamento verso la decisione. L'opinione del medico è elemento costitutivo dell'opera di informazione del malato e dei suoi familiari, anche quando non esplicitamente richiesta. In tale ottica, lungi dal rappresentare un'operazione indebita rispetto al doveroso ruolo neutrale del medico, il consiglio o raccomandazione è parte indispensabile dell'informazione da destinare al malato affinché egli decida.

Bibliografia

- Adams DM, Winslade WJ. *Consensus, clinical decision making and unsettled cases*. J Clin Ethics 2011;22:310-27.
- American Society for Bioethics and Humanities (ASBH). *Core competencies for healthcare ethics consultation*. 2nd ed., Glenview, ASBH; (trad it. Pegoraro R, Picozzi M, Spagnolo AG. *La consulenza di etica clinica in Italia. Lineamenti e prospettive*. Padova: Piccin 2016, p. 44).
- Dell'Oro R. *La bioetica clinica come etica applicata. Problemi teorici della consulenza etica nell'istituzione sanitaria*. In: Picozzi M, Tavani M, Cattorini P. *Verso una professionalizzazione del bioeticista*. Milano: Giuffrè 2003, pp. 43-65.
- Pegoraro R, Picozzi M, Spagnolo A.G. *La consulenza di etica clinica in Italia. Lineamenti e prospettive*. Padova: Piccin 2016, p. 37.
- Engelhardt, HT. *The foundations of bioethics*. Oxford: OUP 1996.
- Finder SG, Bliton MJ. *Responsibility after the apparent end: following-up in clinical ethics consultation*. Bioethics 2011;25:413-24.
- Fletcher JC, Brody H. *Clinical ethics. I. Elements and methodologies*. In: Reich W, Eds. *Encyclopedia of Bioethics*. Rev. ed. New York: Macmillan Pub. Co.: Simon & Schuster Macmillan 1995, p. 399.
- Fletcher JC, Siegler M. *What are the goals of ethics consultation? A consensus statement*. J Clin Ethics 1996;7:122-6.
- Gasparetto A, Jox J, Picozzi P. *The notion of neutrality in clinical ethics consultation*. Philos Ethics Humanit Med 2018;13:3.
- Hendrick J. *Legal aspects of clinical ethics committees*. J Med Ethics 2001;27:50-3.
- Mori. *Per un ripensamento delle consulenze etiche nelle strutture sanitarie. Riflessioni a margine del Documento di Trento*. Medicina e Morale 2015;64:959-85.
- Reichlin M. *Etica della relazione medico-paziente*. In: Gruppo di studio sulla Bioetica. *Il senso della medicina*. Aggiornamenti sociali 2013;64:726-34.
- Siegler M. *Clinical medical ethics: its history and contributions to american medicine*. J Clin Ethics 2019;30:17-26.
- Sulmasy DP. *On the current state of clinical ethics*. Pain Med 2001;2:97-107.
- Editorial. *The Ethics Industry*. Lancet 1997;350:897.
- Weise KL, Daly BJ. *Exploring accountability of clinical ethics consultants: practice and training implications*. Am J Bioeth 2014;14:34-41.