

## Valutazione etica di casi clinici: una proposta di metodo <sup>1</sup>

### *Clinical case ethical evaluation: a methodological proposal*

GIAMPAOLO GHILARDI, VITTORADOLFO TAMBONE

Istituto di Filosofia dell’Agire Scientifico e Tecnologico (FAST), Università Campus Bio-Medico di Roma

L’oggetto di questo lavoro è l’elaborazione di una metodologia etica di valutazione di casi clinici. Dopo aver analizzato le criticità degli impianti proceduralistici, sviluppiamo una possibile flow chart che aiuti a formalizzare il processo valutativo. La valutazione proposta terrà conto gli elementi che costituiscono lo specifico della valutazione etica: lo scopo (la salute del paziente), l’integrazione (le interconnessioni dell’azione) e come l’atto clinico è condotto. Non consideriamo l’aspetto delle intenzioni, focalizzandoci sull’oggetto dell’azione medica, ritenendo che lo scopo interno dell’azione clinica sia esso stesso portatore di un’istanza etica. Il sistema di valutazione quindi considererà oggetti e circostanze e la loro moralità intrinseca, poiché trattiamo di una valutazione di casi clinici, e non di una valutazione etica generale dell’azione in quanto tale, che invece richiederebbe necessariamente la considerazione anche dell’aspetto intenzionale.

**Parole chiave:** Etica, Valutazione etica, Metodologia, Oggetto morale, Caso clinico

*In the present article, we introduce an ethical evaluation methodology for clinical cases. Although rejecting proceduralism as a system, we develop a procedure that eventually could be formalized as a flow chart to help carry out an ethical evaluation for clinical cases. We clarify the elements that constitute an ethical evaluation: aim (patient’s health), integration (action interconnections), and how the action is performed. We leave aside the aspect of intentions, focusing on the object of a medical action, arguing that the internal aim of a clinical action carries a moral value per se. Our evaluation system takes into account only objects and circumstances and their intrinsic morality, since we are dealing with the evaluation of a clinical case, and not with a personal and complete clinical action.*

**Key words:** Ethics, Ethical evaluation, Methodology, Moral object, Clinical case

Indirizzo per la corrispondenza  
 Address for correspondence

**Giampaolo Ghilardi**  
 Università Campus Bio-Medico di Roma  
 via Alvaro del Portillo 21, 00128 Roma  
 e-mail: g.ghilardi@unicampus.it

<sup>1</sup> Il testo, con il permesso dell’editore, riprende e rielabora quanto pubblicato in: Tambone V, Ghilardi G. *An ethical evaluation methodology for clinical cases*. Persona y Bioética 2016;20:48-61.



Il sistema di valutazione etica che intendiamo elaborare non ha come scopo primario quello di valutare casi limite che si possono presentare nella medicina (i cosiddetti casi della “bioetica di frontiera”), ma vuole servire come metodologia semplice per evincere la bontà o malizia di atti medici compiuti quotidianamente.

Anzitutto una premessa terminologica. Parliamo di sistema secondo l’accezione tecnica di questo termine, vale a dire come impianto analitico studiato per una realtà che è stratificata, inoltre perché gli elementi costituiti devono essere utilizzati tutti e insieme per ottenere il risultato desiderato. L’ambito clinico presenta una tale molteplicità di sfaccettature, livelli di intervento e possibilità di azioni che devono essere considerati nella loro complessità, per questa ragione ogni valutazione che se ne vorrà dare dovrà necessariamente considerare tutti questi elementi. È importante in ogni caso non fraintendere il nostro riferimento al concetto di sistema con il proceduralismo scientifico, nello specifico è oggi frequente vedere associata la nozione di sistema a una certa concezione proceduralistica della scienza, tale per cui una volta garantite appunto le procedure operative, o valutative nel nostro caso, si sarebbe per ciò stesso evaso completamente il campo dell’analisi etica. Non è questa l’idea che avalliamo in questo lavoro. Riteniamo al contrario che il ricorso a procedure e sistemi non implichi necessariamente il corollario proceduralistico <sup>2</sup> che spesso li accompagna, allo stesso modo che nella pratica scientifica l’adozione di pratiche di riduzione non implica un riduzionismo di massima (Cavicchi, 2010; Tambone e Ghilardi, 2012; Tambone, 2004). Teniamo ben distinti dunque i mezzi dai fini.

### Elementi costitutivi la valutazione etica di casi clinici

Tre sono gli elementi essenziali per la valutazione etica secondo la classica teoria morale:

Il fine dell’atto medico è sempre la *salute del paziente* (e non il suo bene). Si definisce dunque “atto propriamente medico” quell’atto che abbia come fine la salute del paziente. Sarà necessario ripensare a una definizione del concetto di salute da utilizzare come riferimento normativo.

L’atto medico si configura come un atto integrato, nel quale intervengono diversi attori, mettendo in gioco differenti competenze. La convergenza dei differenti attori in un unico fine, identificato nella salute del paziente, qualifica l’atto medico come un vero atto integrato. Occorre pertanto valutare come si realizza l’integrazione dei fini parziali degli attori di cui consta l’azione.

La bontà di un atto medico si giudica inoltre da come l’atto stesso viene fatto, ossia da come l’azione viene oggettivamente portata a termine. La condizione necessaria affinché un atto medico si possa dire eticamente buono è il suo essere *ben fatto*, ossia la sua osservanza delle *best evidence*, la sua adeguatezza al *gold standard*, il suo corretto inquadramento nosografico, ecc.

Non riteniamo opportuno, per ora, introdurre l’elemento delle intenzioni soggettive all’interno di una valutazione che si vuole avvicinare, per quanto possibile, a un’indicazione oggettiva, proprio perché stiamo parlando della valutazione di un caso clinico, non di un atto clinico. Abbiamo specificato di non volerci occupare delle intenzioni soggettive, poiché esiste anche la dimensione delle intenzioni oggettive, ovvero l’orientamento della volontà dell’agente verso il fine dell’azione stessa. Quest’orientamento costituisce il profilo formale dell’azione ed è pertanto oggetto della valutazione etica. Si noti altresì che quest’aspetto confluisce nel punto tre della nostra griglia: le modalità dell’azione dipendono largamente dal fine dell’azione stessa: il come si fa qualcosa dipende facilmente dalle ragioni per le quali la tal cosa vien fatta.

La bontà dei tre elementi ci porta a valutare eticamente il caso clinico, che sarà una parte della valutazione di tutto l’atto clinico, per il quale sarà necessario valutare anche le intenzioni del soggetto agente. La distinzione tra caso clinico e atto clinico è importante perché permette una maggiore articolazione interna della valutazione: nel caso clinico valutiamo infatti oggetto e circostanze dell’azione, nell’atto clinico oltre alle due precedenti fattispecie dobbiamo prendere in considerazione anche le intenzioni. Spieghiamo ora i tre elementi.

### *Il fine dell’atto medico è la salute e non il bene del paziente*

Questa affermazione può sembrare contraria alla visione personalista della medicina, che pure onoriamo, e coerente con una pratica clinica tecnicizzata, disumanizzata e, forse, cinica. L’opera principale di Edmund Pellegrino è, come ben noto, un libro intitolato “Per il bene del paziente” (Pellegrino e Thomasma, 1992) che per tanto tempo, ancora adesso, è una frase che vuole sintetizzare un atteggiamento del medico pieno di rispetto per la persona, di una scienza non “per la scienza” ma “per l’Uomo”, di una pratica clinica capace di declinare le competenze tecniche in accordo con le dimensioni qualitative del malato, delle famiglie coinvolte e della società. Tutte intenzioni nobili e largamente condivisibili, d’altra parte però identificare il fine della medicina (scienza pratica) con il fine personale dell’Uomo (il suo bene), comporta necessariamente l’assolutizzazione di una scienza particolare e la riduzione del fine personale dell’Uomo a una delle sue dimensioni, la salute. Ecco perché, proprio per promuovere la verità sulla persona umana anche in relazione alla medicina, sarà utile ripensare al fine di quest’ultima, fine che correttamente sarà un fine parziale dell’Uomo, la sua salute.

<sup>2</sup> Sebbene il proceduralismo nasca come nozione all’interno del dibattito filosofico politico del secolo scorso, specificatamente come forma politica del liberalismo, i suoi significati si sono estesi anche ad altri ambiti, quali la scienza, l’etica e la medicina, per citarne solo i più noti.

Se così non fosse, le risposte circa il bene di una persona dovrebbero trovarsi nella scienza medica e il medico così si trasformerebbe, a tutto titolo, in colui che può (e deve) indicare i comportamenti da seguire (normatività morale), valutare la dignità di una vita (valutazione ontologica), regolare i rapporti interpersonali (responsabilità politica/biopolitica), supervisionare la riproduzione e la qualità della specie (procreazione artificiale) e, naturalmente, assicurare la felicità dei singoli (cura della qualità della vita). La medicina, con le sue scienze ancillari, diventa in questo modo il veicolo per una bio-politica specifica e totalizzante, a partire da un riduzionismo teleologico antropologico definito dal fine della medicina. Senza ripensare questo fine diventa difficile anche riuscire a dare una metodologia di valutazione etica riguardante i casi clinici che non faccia riferimento a una valutazione globale dell'atto in questione proprio perché vittima di una visione riduzionistica. In altre parole, se riduco il bene della persona alla sua salute, allora valuterò un atto clinico sulla base di tutti i valori umani in gioco, nella visione principialista l'autonomia, la beneficenza e la giustizia, nella visione consequenzialista il bene dell'umanità, nella visione realista/oggettiva tutte le fonti della moralità di un atto umano. In questo modo quando si dovrà valutare un caso clinico dovremo di fatto valutare tutto ciò che in un modo o nell'altro è in relazione con esso e la valutazione sarà particolarmente complicata e difficile. Ma non solo sarà difficile, a nostro avviso sarà sbagliata perché la valutazione non sarà più del caso clinico ma dell'atto umano del medico nel suo complesso, e queste sono due cose diverse.

Se si valuta un atto clinico *sub ratione boni* e non *sub ratione salutis*, non solo diventa quasi ingestibile la valutazione, affollata da ogni genere di elementi, ma il bene stesso della salute perde la propria specificità e la valutazione non è più dell'atto clinico, ma del clinico stesso. Non valutiamo più se il medico sia un "buon medico", ma si mira al medico buono (moralisticamente). Ora, è pur vero che tra competenza tecnica (il buon medico) e bontà morale (medico buono) non c'è necessariamente conflitto, anzi dovrebbe esserci un rapporto virtuoso, è la mentalità separatistica alla dottor House che legge un conflitto tra le due dimensioni; una volta però sgombrato il campo dall'equivoco dell'inconciliabilità tra i due ambiti, si può e si deve recuperare il senso della distinzione dei domini, ciascuno con una propria fisionomia pratica.

In fondo è proprio della riflessione morale migliore riconoscere le peculiarità pratiche, la virtù della prudenza si esercita anche nella delega alle competenze più specifiche, laddove sono coinvolti ambiti conoscitivi particolari. Anche qui, la specializzazione non è necessariamente specialismo barbarico, per usare i termini di Ortega y Gasset.

*Atto integrato: fiducia e dipendenza come limite o come virtù riconosciuta*

Gli atti umani, e quelli clinici non fanno eccezione a questo riguardo, sono costitutivamente integrati, vale a dire che

procedono da una serie di alterazioni e ne innescano di successive, oltre a questa trama temporale nella quale sono inseriti e integrati vi è anche il contesto interpersonale, ovvero il fatto che ogni azione è in rapporto a quelle di altri. Questa semplice constatazione ha delle conseguenze interessanti anche nel nostro caso, vale a dire che l'aspetto cooperativo è un tratto essenziale dell'agire, nel caso clinico la collaborazione sarà quindi una necessità pratica, etica e scientifica. Pratica perché le azioni sono necessariamente al crocevia di altre azioni; etica perché la collaborazione può essere intesa come una virtù morale; scientifica perché la conoscenza richiede continue integrazioni per superare la propria parzialità. La dimensione etica viene ben illustrata, ad esempio, da Edmund Pellegrino, nell'incipit al capitolo V del suo *Virtues in medical practice*, dove dice: "Trust is ineradicable in human relationships. Without it we could not live in society or attain even the rudiments of a fulfilling life. Without trust we could not anticipate the future, and we would therefore be paralyzed into inaction. Yet to trust and entrust is to become vulnerable and dependent on the good will and motivations of those we trust. Trust, ineradicable as it is, is also always problematic" (Pellegrino, 1993). Ma certamente è MacIntyre che spiega con maggiore chiarezza quanto affermiamo parlando delle "virtù della dipendenza riconosciuta" (MacIntyre, 1999), ossia di quelle capacità che ci porteranno a diventare soggetti indipendenti e responsabili grazie alle diverse relazioni che costituiranno il nostro percorso formativo a livello familiare, didattico, amicale, ecc. Tutto questo appare in netto contrasto con una visione dell'autonomia di stampo individualista come una perfezione che si oppone alla dipendenza intesa come una debolezza da superare. Su questa linea già da diversi anni alcuni, come Willard Gaylin e Bruce Jennings, parlano della "perversione della Autonomia" (Gaylin e Jennings, 2003) come un devastante effetto di una vera e propria *addiction* all'individualismo.

*Morale del lavoro ben fatto: ortoprassi e ortodossia*

Dicendo che un atto medico si giudica anche dal come viene eseguito, misurandolo alla luce delle linee guida, delle *best practice* e del *gold standard*, stiamo affermando che il criterio di valutazione di un atto è esterno all'atto stesso. L'atto clinico può e deve conformarsi a modelli che lo precedono in un certo senso. Quando si dice che un'operazione è riuscita, è stata fatta bene, a regola d'arte appunto, si esprime una comparazione tra l'azione un modello ideale che si è costituito nella sua idealità a paradigma normativo per quel genere di operazioni.

È importante sottolineare questa dinamica perché, ancora una volta, la prassi così come vedemmo per la procedura non ha un fine in sé, mutua il suo riferimento da un altro ambito. Quando si afferma che un'operazione è stata fatta bene, questo bene indica una conformità a un archetipo non riducibile all'ambito pratico.

I termini classici mediante i quali viene descritto questo processo sono quelli di ortodossia e ortoprassi (Tambone e Ghilardi, 2005). La prima esplicita il tentativo del pensiero (doxa/opinione) di conformarsi alla verità, la seconda quello dell'agire (praxis/azione) di conformarsi al bene. Questi termini, nati in contesto teologico, hanno poi subito una curvatura semantica particolare, tale per cui l'ortoprassi è andata a significare un agire avente in sé i criteri di valutazione, che è proprio il punto che noi contestiamo. In altri termini: "non vi possono essere *good practice* o *good clinical practice*, se non come effetto di *good science*" (Tambone e Ghilardi, 2015; Ghilardi, 2014).

Per sintetizzare quanto sostenuto sin qui possiamo dire che il caso clinico, a nostro avviso e nella metodologia realista/oggettiva, consiste nell'oggetto voluto e nelle circostanze dell'atto umano completo senza toccare necessariamente la dimensione intenzionale dell'atto. In questa visione, schematizzando, abbiamo la seguente progressione:

- azione progettata e prevista dal soggetto (oggetto dell'atto voluto; *finis operis*, secondo il vocabolario classico) che sarà il contenuto della valutazione al punto 1;
- tutto questo sarà voluto per una ragione (intenzione; *finis operantis*) che sarà il contenuto della valutazione al punto 2;
- l'azione voluta per questa ragione sarà realizzata con certi mezzi, con certa collaborazione, in un certo tempo, in un certo luogo, ecc... (Circostanze; *quibus auxiliis*, etc.) che sarà il contenuto della valutazione al punto 3;
- l'atto umano completo sarà valutato (punto 4) come sintesi delle valutazioni ai punti 1, 2 e 3;
- la valutazione del caso clinico invece sarà la sintesi della valutazione ai punti 1 e 3.

### Commento e rielaborazione della proposta di Pedersen

Consideriamo ora nel dettaglio una proposta concreta di valutazione etica di casi clinici. Nell'articolo di Pedersen e colleghi (Pedersen et al., 2010) viene studiato il processo di costituzione e analisi di uno strumento per la valutazione etica di casi clinici concreti. Il pregio di questo studio, tra gli altri, è quello di mostrare come avvengono nella quotidianità della pratica clinica queste valutazioni, partendo dalle quali poi si è venuti elaborando uno specifico schema valutativo.

Lo schema qui riportato sintetizza l'ordine degli interrogativi posti durante i lavori di valutazione. Osserviamo ravvicinatamente gli elementi che convergono nella valutazione:

*The matters at issue.* Vale dire il caso concreto sotto osservazione, con terminologia scolastica quest'aspetto sarebbe stato definito come l'oggetto materiale dell'atto: ciò di cui si parla, ad esempio la situazione di un paziente psichiatrico che non mangia, o come procedere di fronte a valutazioni differenti riguardo alle probabilità di successo di un intervento.

*Prospective versus retrospective.* Questa categoria specifica il fatto che i temi discussi sono stati sia relativi a decisioni

morali ancora da prendersi, in prospettiva appunto, che relativi a situazioni già occorse, in retrospettiva. Ci pare utile aggiungere che per via analogica è possibile estendere i risultati delle valutazioni retrospettive a quelle prospettive. L'esempio più paradigmatico è quello delle decisioni sul fine vita, che necessariamente precedono l'evento infausto e sono quindi prospettive. Si decide quindi in modo prospettico, prima del fatto, avendo come riferimento in retrospettiva il modo in cui fatti analoghi si sono conclusi. La dinamica prospettico-retrospettivo si presenta perciò sotto questa forma: somministro un antibiotico per curare una polmonite (aspetto prospettico), sulla base delle evidenze disponibili (aspetto retrospettivo). Da questo punto di vista non utilizzo le conseguenze come categoria etica, ma come categoria conoscitiva analogica e probabilistica, in grado per queste ragioni di proporre alla volontà una scelta razionale.

*What makes the case moral?* Questo è il punto più saliente a nostro giudizio, esplicitando cosa fa dei casi sotto analisi delle questioni morali. Gli autori, movendosi sull'analisi di dieci *case report*, hanno osservato che per lo più la risposta a questa domanda veniva data esibendo quello che abbiamo definito l'oggetto materiale della valutazione, ad esempio si dice che ciò che rende uno specifico caso di interesse morale sarebbe il fatto che tratti dell'autonomia del paziente, o di eutanasia, o di problemi relativi al consenso informato etc. Viene opportunamente rilevato dagli autori (Pedersen et al., 2010) che questo genere di risposta presuppone un consenso previo dei valutatori su quali siano i problemi morali e come si declinino nella prassi medica.

Ritenendo noi questo punto un aspetto importante dell'argomentazione, ne tentiamo un ulteriore approfondimento teoretico. Riprendiamo l'interrogativo originario: cosa rende di interesse morale un determinato caso clinico? La risposta a questa domanda la mutuiamo da Kant, che definì *Factum Rationis*<sup>3</sup> (fatto di ragione) l'esistenza stessa della domanda, vale a dire la natura morale dell'essere umano. Questa moralità, che si manifesta nell'interrogativo stesso, non è oggetto di dimostrazione, non è un giudizio secondo il vocabolario kantiano, ma un fatto, un'evidenza primaria di cui si può solo prendere atto. Questa ricognizione precede le diverse e possibili risposte che si potranno poi elaborare rispetto ai modelli di morale.

Dopo aver risposto a questo quesito, occorre capire che la moralità di un'azione dipende da diversi fattori, che sono stati elencati nei paragrafi precedenti, ora possiamo precisare che la moralità di un caso clinico specifico può prescindere per certi versi dall'aspetto intenzionale dell'agente (quello che secondo il vocabolario scolastico si sarebbe detto il *finis operantis*), per appuntarsi su quello oggettuale (*finis operis*)<sup>4</sup>,

<sup>3</sup> Kant ne parla nel § 7 del I libro della *Critica della Ragion Pratica* (ed. 1788) al capo 56.

<sup>4</sup> La scansione tra *finis operis* e *finis operantis* è di origine scolastica, la fonte più autorevole sulla questione è S. Tommaso, nella *Sum-*

vale a dire sull'aspetto più proprio e specifico dell'intervento medico. È importante capire che l'atto medico/clinico stesso reca in sé una caratura morale, indipendentemente dalle intenzioni che lo muovono, poiché ha in sé stesso una forma e una finalità proprie.

Consideriamo questo esempio. Voglio aprire un accesso addominale con un bisturi, questa volontà è l'oggetto morale della mia azione (cosa voglio fare), che può essere intrapresa per le finalità più disparate (perché lo voglio fare): economiche (mi voglio arricchire); professionali (voglio fare pratica chirurgica); filantropiche (voglio salvare una vita). Tutte queste finalità rispondono alla domanda intorno al perché dell'azione, mentre l'oggetto dell'azione, il che cosa, rimane invariato, ed è l'accesso addominale

*Goals of the consultations process?* Siamo sostanzialmente d'accordo con gli obiettivi elencati.

*Structure or method?* Qualunque procedura di valutazione ha in modo implicito o esplicito, dichiarato o meno, un riferimento teoretico ben preciso. A nostro avviso è importante rendere esplicita questa fondamentazione teoretica, in primo luogo per la trasparenza del dialogo e del confronto e, in seconda battuta ma non meno importante, affinché il dibattito non sia retorico, sofisticato o polemico, ma un confronto razionale.

*Normative dimension?* In coerenza con gli assunti dell'etica cognitivista siamo d'accordo con l'istanza normativa della valutazione etica, aggiungiamo anzi che una valutazione etica che non pervenisse alla dimensione normativa non conseguirebbe il suo scopo.

*Theoretical Sources?* Riguardo a questo punto riteniamo che le fonti delle proprie valutazioni morali debbano essere esplicitate, come appena detto, e che vadano aggiunte a queste per la dimensione tecnico-scientifica le Best Evidence disponibili.

*Legal Status?* Concordiamo pienamente sulla separazione tra la sfera morale e quella legale, in sintonia con la critica al contrattualismo hobbesiano, che al contrario schiaccia la dimensione etica su quella giuridica.

*Participants?* Siamo d'accordo sul fatto che tutte le persone coinvolte nel processo decisionale debbano esserne partecipi.

*Information gathering?* Anche su questo aspetto esprimiamo un accordo sostanziale, sottolineando l'utilità dell'avere dei riferimenti scritti su quanto deciso.

*Documentation?* Anche qui la preferenza è alla documentazione scritta, così da poter ripercorrere in caso di bisogno i passaggi della valutazione.

*Duration?* Non riteniamo sia utile fissare un limite determinato di tempo disponibile per la valutazione, pensiamo che questa variabile debba dipendere dal contesto della valutazione.

*Place of discussion?* Anche in questo caso non riteniamo necessario specificare gli ambienti idonei alla valutazione, riteniamo inoltre che i temi debbano essere prima studiati e solo poi discussi. Questo potrebbe configurare un item ulteriore.

*Consequences and follow-up?* Concordiamo di fondo con le conseguenze rassegnate e anche qui riteniamo si debba aggiungere un elemento ulteriore, vale a dire lo studio di eventuali questioni teoriche emerse all'interno del processo di valutazione.

## Conclusioni

In conclusione possiamo affermare che un caso clinico è di interesse morale nell'aspetto propriamente oggettuale della sua fisionomia. Di ogni intervento clinico possiamo cioè valutare la bontà o malizia o dell'atto conformemente al fine intrinseco dell'atto stesso. Come si può facilmente notare questa accezione di moralità estende significativamente l'ambito di valutazione dei casi clinici, non ci si attesta più alle classiche dimensioni di autonomia del paziente, consenso informato, eutanasia etc., nondimeno quest'estensione non è in alcun modo moralistica, non si appunta cioè sull'ambito intenzionale, ma rimane relativa al dominio oggettuale degli atti.

Non sarà sfuggita la particolare scelta terminologica che abbiamo adottato in questi ultimi passaggi, dove si è spesso parlato dell'aspetto oggettuale dell'atto anziché dell'ambito più semplicemente oggettivo. Si è voluto marcare questa differenza, per enfatizzare la distinzione tra il dominio oggettivo, che implica per definizione un riferimento alla soggettività che si dirige sul lato dell'oggetto, e quello oggettuale, dove il riferimento all'oggetto prescinde dalla sfera delle intenzioni del soggetto, per centrarsi sull'ambito propriamente formale dell'oggetto stesso. Se l'oggettività è il risultato di un'intenzionalità rivolta all'oggetto, l'oggettualità come la stiamo declinando noi è il risultato della conformità dell'oggetto con la sua forma.

In questo senso è appropriato parlare di un'etica oggettuale, relativa cioè all'intrinseca eticità dell'atto umano nella sua componente formale. Declinando ora ancora una volta questo ragionamento alla valutazione clinica e specificatamente alla moralità dei casi clinici, dovrebbe risultare comprensibile il discorso sul giudizio di adeguatezza delle diverse prassi medico/cliniche. Occorre chiedersi, quando ci si trova di fronte all'operato di un operatore sanitario, se quanto fatto sia stato anzitutto conforme alla finalità intrinseca dell'operazione voluta, se il *finis operis* quindi sia stato conseguito nel miglior modo possibile. Solo successivamente, e a nostro avviso non necessariamente all'interno di una valutazione etica di caso clinico, si deve procedere alla considerazione delle intenzioni con le quali l'operazione è stata concepita.

ma, I<sup>o</sup> II<sup>o</sup> Q. 18, richiamato anche nella *Veritatis Splendor* al capo 78.



Figure 1.

La valutazione etica di casi clinici che proponiamo è quindi ridotta all'oggetto voluto dell'atto e alle sue circostanze. La valutazione completa dell'atto clinico dovrà aggiungere anche la valutazione delle intenzioni del soggetto agente. In questo modo non vogliamo togliere importanza alla dimensione della "prima persona", ma riteniamo così di chiarire il ruolo dell'oggetto voluto e delle circostanze nella completezza del discorso circa le fonti della moralità dell'atto umano.

Per schematizzare quanto detto sin qui due sono i profili di interesse nella valutazione di un caso clinico:

1. l'azione progettata e prevista dal soggetto (oggetto dell'atto voluto; *finis operis*);
2. l'azione voluta per questa ragione sarà realizzata con certi mezzi, con certa collaborazione, in un certo tempo, in un certo luogo, etc. (Circostanze; *quibus auxiliis*, ecc.).

La valutazione etica del caso clinico si otterrà quindi come sintesi tra l'oggetto morale, il *che cosa* è stato fatto o si prevede di fare, e le circostanze mediante le quali si ritiene di procedere, ovvero il *come* fare ciò che è stato progettato.

Questo approccio, che abbiamo definito come oggettuale, mantiene l'oggetto morale al centro dell'analisi, corredata necessariamente dal vaglio delle circostanze, e seppur non incrocia l'ambito delle intenzioni dell'agente, neppure esclude la possibilità di questa ulteriore sfera di indagine, anzi per certi versi la invoca. L'approccio oggettuale è integrabile con

l'analisi delle intenzioni, ma non riteniamo che questo livello del discorso debba necessariamente rientrare nella valutazione etica di casi clinici, dove la moralità dell'azione è sufficientemente espressa dall'oggetto dell'azione e dalle circostanze della sua *mise en pratique*.

### **Bibliografia**

- Cavicchi I. *Medicina e sanità: snodi cruciali*. Bari: Dedalo 2010.
- Gaylin W, Jennings B. *The perversion of autonomy*. Washington D.C.: Georgetown University Press 2003.
- Ghilardi G. *Filosofia pratica: studio teoretico delle Good Laboratory Practice*. *Medic* 2014;22:82-7.
- MacIntyre A. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. Chicago: Open Court 1999.
- Pedersen R, Hurst SA, Schildmann J, et al. *The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations*. *Clinical Ethics* 2010;5:136-41.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*. Cinisello Balsamo: Paoline 1992.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *Virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press 1993.
- Tambone V, Ghilardi G. *Riduzione consapevole e cooperante*. *La Clinica Terapeutica* 2012;163:133-43.
- Tambone V. *Proceduralismo e bioetica (I)*. *La Clinica Terapeutica* 2004;155:201.
- Tambone V, Ghilardi G. *La mucca pazza e il Dottor Watson, filosofia e deontologia dell'agire medico*. Roma: SEU 2015.