

Il giudizio clinico integrato e la deliberazione del medico

di Antonio Da Re

Abstract: Prendendo lo spunto dall'emergenza sanitaria provocata da Covid-19, il saggio inizialmente argomenta a favore del cosiddetto "giudizio clinico integrato", per poi considerare il tema della deliberazione medica, riferendolo però al carattere del soggetto, più che al singolo atto. Infine si sofferma sul consulto medico, interpretabile come una sorta di deliberazione comune, che comunque non esenta il singolo dall'assunzione della responsabilità deontologica e giuridica della scelta.

Introduzione

Prendendo spunto da un dibattito sviluppatosi durante la pandemia da Sars-Cov-2, verrà sollevato l'interrogativo se il giudizio clinico, elemento imprescindibile dell'atto medico, sia sempre giustificato. Durante la prima ondata pandemica che colpì pesantemente il nostro paese, specie le regioni del Nord, alcuni giunsero a proporre una sorte di sospensione del giustizio clinico. A fronte dell'insufficienza delle risorse disponibili, che di fatto rendeva impossibile la cura adeguata di tutti coloro che erano stati colpiti da Covid-19, vi fu chi parlò di inevitabilità del ricorso a un

giudizio extraclinico. Da parte mia, assieme a un collega giurista, argomentai invece a favore di un “giudizio clinico integrato”.

Nel difendere la plausibilità dell'espressione “giudizio clinico integrato”, di contro all'insostenibile tesi del giudizio extraclinico, l'attenzione si sposta poi sulla persona del medico che delibera. Nel saggio si sostiene infatti l'argomento che è importante abbandonare la prospettiva particolaristica, del singolo atto deliberativo, per adottare una prospettiva più ampia, incentrata piuttosto sulla personalità del soggetto, sulle sue disposizioni, sul suo carattere, che necessita di essere costantemente formato, per poter deliberare appropriatamente nei diversi contesti della pratica clinica quotidiana, in situazione di elezione, come pure in quelle di urgenza o di emergenza sanitaria.

Non è solo importante lasciar da parte una prospettiva particolaristica: anche un approccio individualistico non permette di cogliere la complessità del processo deliberativo. Lo dimostra il fatto che nella storia della pratica medica, il consulto medico stava e sta a esemplificare la modalità di una sorta di deliberazione comune, che comunque non esenta il singolo dall'assunzione della responsabilità deontologica e giuridica della scelta.

1. Giudizio clinico, extraclinico, clinico integrato

Il 6 marzo 2020, a pochi giorni di distanza dalla dichiarazione ufficiale di pandemia globale da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (11 marzo 2020), la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) rendeva pubblico un insieme di *Raccomandazioni di etica clinica* riguardanti i parametri di accesso alla terapia intensiva (TI). La tempistica della pubblicazione trasformò rapidamente il documento SIAARTI in un punto

di riferimento imprescindibile per il dibattito bioetico, tanto in ambito nazionale quanto internazionale. Il testo descriveva con toni drammatici il quadro allarmante che si sarebbe configurato nel giro di pochi giorni e che avrebbe messo i medici di fronte a decisioni tremende, dovendo scegliere in mancanza di adeguate risorse sanitarie quali pazienti potevano avere accesso alla TI e quali no. Da qui scaturiva l'esigenza di precisare i criteri che legittimassero il *triage*, così da evitare che le scelte mediche fossero affidate alla casualità, al giudizio soggettivo o all'improvvisazione.

L'obiettivo principale dichiarato era quello di derogare al principio *first come, first served*, che peraltro nemmeno nel *triage* ordinario viene applicato in maniera assoluta. Nelle premesse del documento erano formulate alcune indicazioni condivisibili su come costruire una decisione clinica in una situazione di grave scarsità di risorse sanitarie; tale decisione avrebbe dovuto tenere conto della proporzionalità delle cure e cercare di garantire i trattamenti intensivi ai «pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico». Veniva poi proposto il cosiddetto criterio dell'età, oggetto di innumerevoli discussioni tanto in Italia, che nel mondo. La Raccomandazione 3 affermava infatti che «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI»; si proponeva poi di «riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone» (SIAARTI 2020, p. 5).

La formulazione del criterio dell'età si rivelava subito come problematica, perché a esso veniva attribuito un ruolo prevalente rispetto alla valutazione della comorbidità e dello stato funzionale del paziente (così la Raccomandazione 4), mentre sul piano clinico sarebbe stato più ragionevole capovolgere tale gerarchia,

assegnando la priorità a questi due ultimi fattori rispetto all'età. Dal punto di vista etico, deontologico-professionale e clinico, il limite del criterio dell'età risiedeva proprio nel suo carattere aprioristico, che, qualora fosse stato applicato in modo automatico, non avrebbe permesso di distinguere tra le diverse situazioni cliniche dei singoli pazienti. Certamente, poter disporre di un criterio decisionale chiaro come quello del limite d'età presentava dei vantaggi: in condizioni di forte pressione emotiva, con un carico di lavoro straordinario, con il rischio di contrarre l'infezione e mettere a rischio la propria salute e persino la vita, i medici potevano fare affidamento su un'indicazione precisa, sottratta a interpretazioni soggettive. Tuttavia il prezzo da pagare era elevato, poiché in questo modo si adottava, ai fini della deliberazione, un parametro rigido e predefinito, incapace di cogliere le differenze tra le condizioni cliniche dei singoli malati.

Il criterio fondato sul limite d'età è stato anche definito come un criterio di tipo extraclinico, la cui legittimità deriverebbe dal contesto eccezionale ed emergenziale della pandemia (Mori 2020). Tale qualificazione, però, non può non sollevare interrogativi, se non altro perché essa non sarebbe definibile *prima facie* come clinica, eppure dovrebbe valere ai fini della deliberazione medica, e quindi in ambito clinico. L'adozione aprioristica di un criterio esterno, applicato in modo rigido, comporta inevitabilmente una svalutazione della specificità della deliberazione del medico e della sua correlativa responsabilità etica, deontologica e giuridica. Per queste ragioni, il criterio extraclinico non può ragionevolmente essere considerato né esclusivo né prioritario nella deliberazione medica, nemmeno quando essa si trovi di fronte alle scelte difficili e tragiche imposte dall'emergenza.

La difesa della preminenza del giudizio extraclinico, identificato con il criterio aprioristico dell'età, presuppone che il giudizio

clinico non sia adeguato a orientare le scelte dei medici, almeno in circostanze straordinarie, in contrasto con quanto aveva sostenuto il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel parere dell'8 aprile 2020 intitolato *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*. In quel documento, pur in assenza di critiche esplicite verso il documento SIAARTI, emergeva come il primato del giudizio clinico comporti indirettamente una presa di distanza dalla logica dell'apriorismo. Si affermava infatti che «ogni paziente va visto nella globalità della sua situazione clinica, tenendo in considerazione tutti i necessari fattori di valutazione» (CNB 2020, p. 8), tra cui in via prioritaria il grado di urgenza e poi la gravità del quadro clinico in atto, la comorbidità, la condizione di terminalità a breve, ecc. Si precisava quindi che l'età costituisce un parametro rilevante per la valutazione clinica, anche prognostica, chiarendo però che esso «non è l'unico e nemmeno quello principale». Il giudizio clinico individualizzato, inoltre, non escludeva una valutazione più ampia, riferita all'insieme dei pazienti; in tale prospettiva, si sosteneva che la priorità non andava individuata aprioristicamente nel criterio dell'età, bensì «valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza» (*ibidem*).

Il parere del CNB articolava poi il giudizio clinico secondo la distinzione tra appropriatezza e proporzionalità del trattamento. Il primo elemento, quello dell'appropriatezza, rimanda ad aspetti più oggettivi, legati all'erogazione di cure adeguate ed efficaci sulla base di protocolli e Linee Guida consolidati; la proporzionalità, invece, sposta l'attenzione su aspetti più soggettivi, riguardanti la condizione specifica del paziente: l'obiettivo è che il trattamento proposto risulti ben tollerato e non eccessivamente gravoso. In

questo modo veniva affermata la centralità dell'approccio medico fondato sul giudizio clinico.

A questo punto però vale la pena chiedersi se esista un giudizio clinico, per così dire, “puro”: è possibile per il medico deliberare in modo adeguato senza considerare la grave carenza di risorse che ne limita fortemente l'azione? Sebbene il parere del CNB non abbia affrontato esplicitamente la complessità insita in questa tensione tra dimensione clinica e dimensione extraclinica, ne ha però colto indirettamente il senso, individuando due livelli distinti nella deliberazione medica. Il primo livello riguarda il singolo paziente: qui l'obiettivo è elaborare un giudizio clinico individualizzato, fondato su molteplici fattori, a partire dal grado di urgenza; il secondo livello riguarda la “comunità dei pazienti”, il che implica una valutazione dei pazienti con maggiori probabilità di sopravvivenza, per i quali il trattamento intensivo può risultare più efficace. In altri termini, si ribadisce la centralità del criterio clinico *patient centered*, pur tenendo realisticamente conto dei vincoli imposti da situazioni estreme riconducibili alla cosiddetta medicina delle catastrofi.

Si potrebbe quindi parlare, con maggiore precisione, di “giudizio clinico integrato”: nel *triage* in emergenza pandemica il giudizio clinico elaborato sulla base dell'appropriatezza e della proporzionalità rimane necessario, ma non è sufficiente; deve essere completato da una valutazione che consideri la situazione complessiva di una pluralità di pazienti e la disponibilità di risorse molto limitate (Da Re, Nicolussi 2021).

Sulla base di tali considerazioni, e prestando particolare attenzione a evitare esiti discriminatori nei confronti di anziani, disabili e persone in condizioni di particolare vulnerabilità, la deliberazione medica sarà chiamata all'arduo compito di stabilire a chi destinare le scarse risorse disponibili. Essa dovrà fondarsi su un giudizio cli-

nico, integrato con altri elementi essenziali alla decisione; in questo senso, il *triage* in emergenza pandemica mostra quanto sia illusorio immaginare di poter formulare un giudizio puramente clinico. A ben vedere, un giudizio clinico “puro” non si dà nemmeno nel *triage* in condizioni ordinarie, né nella pratica medica quotidiana, sebbene in quest’ultimo caso gli elementi integrativi abbiano un peso decisamente minore. Ipotizzare un giudizio esclusivamente clinico è dunque un’astrazione; analogamente illusorio è immaginare un giudizio esclusivamente extraclinico, con l’aggravante che in tal caso si ignora la specificità della dimensione medica, subordinandola a logiche di altra natura (organizzative, economiche, politiche, ecc.).

La dialettica tra clinico ed extraclinico è sempre presente, sia in contesti ordinari che straordinari; tuttavia, legittimare una sorta di equivalenza tra i due momenti, o addirittura la supremazia dell’extraclinico, rappresenterebbe una svalutazione del ruolo e delle finalità della medicina, nonché la subordinazione della deliberazione clinica a modelli standardizzati e uniformanti. Esiste una specificità del clinico che va tutelata, pur nella consapevolezza dei condizionamenti cui esso è sottoposto da vari fattori, come ad esempio la scarsità di risorse. L’espressione “giudizio clinico integrato” sta a indicare che vi è nella deliberazione medica un indubbio primato della valutazione clinica; questa, però, deve inevitabilmente tener conto anche di altri aspetti, non strettamente clinici ma comunque capaci di incidere sul piano più propriamente clinico, e deve farlo soprattutto (ma non soltanto) in condizioni di particolare emergenza.

Da questo punto di vista la stessa definizione molto ampia (forse persino troppo) dell’Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS 2009) cerca comunque di dar conto del fatto che l’atto medico, anche nella sua finalizzazione più propriamente clinica, si qualifica come “integrato”. Esso quindi deve tener conto di di-

versi aspetti, incluso quello organizzativo. D'altro canto, l'ampiezza dei riferimenti non fa venir meno la specificità dell'atto clinico che è esclusiva pertinenza del medico.

2. La deliberazione: dall'atto singolo al soggetto che agisce

Semplificando la cosiddetta teoria della scelta razionale, che ha esercitato un grande influsso sulla riflessione economica del secondo Novecento (Arrow 1996), si potrebbe affermare che il soggetto è un decisore puramente e idealmente razionale: egli ha dei desideri o, meglio, delle preferenze che può ordinare e gerarchizzare, per massimizzare il benessere grazie a delle scelte razionali di tipo strumentale, indirizzate al raggiungimento del risultato; il parametro di giudizio della scelta è dato dalla capacità di riuscire a conseguire il risultato stabilito e dal rispetto di parametri di efficienza che rendono possibile ciò. Il decisore è inoltre concepito come un individuo a sé stante, che esamina e vaglia tutte le diverse opzioni e poi sceglie in modo razionale il corso d'azione che ha sul piano delle probabilità le maggiori chance di successo. Il processo deliberativo è pertanto finalizzato all'efficacia del risultato da ottenere e di conseguenza esso si trova alle prese con un problema di tipo tecnico più che morale; importante è quindi la capacità da parte del soggetto di valutare razionalmente le diverse possibilità per poi riuscire a massimizzare la propria funzione di utilità.

Sono questi gli aspetti che, grosso modo, contraddistinguono la "teoria standard della decisione", destinataria delle critiche di John R. Searle (2003). La critica più importante colpisce l'approccio idealizzante e conseguentemente il modo piuttosto semplici-

stico con cui viene descritta la scelta razionale. La teoria standard dà infatti per scontato che il soggetto possenga già uno schema preconstituito e ben ordinato delle sue preferenze e che quindi la questione principale consista nello sviluppare razionalmente dei calcoli di probabilità su come pervenire alla sommità dell'ordinamento delle preferenze. In verità il problema sta ancor più a monte: infatti si tratta di stabilire preliminarmente quali preferenze debbano avere la precedenza rispetto ad altre, come quindi sia possibile costruire uno schema adeguato di esse; detto altrimenti, il problema riguarda la volontà del soggetto, e non è affatto scontato che questa sia già ben indirizzata prima che abbia preso avvio la procedura deliberativa.

La critica all'idealizzazione della teoria della scelta razionale è probabilmente uno dei motivi che spiegano perché l'approccio formulato, diversi secoli prima, da Aristotele in merito alla natura della deliberazione susciti ancor oggi un interesse rilevante. Esso infatti pone in collegamento il processo della deliberazione con la personalità del soggetto e con la valenza temporale che la contraddistingue come un'unità narrativa; tale unità, quando si trovi a deliberare e a scegliere nel presente, riflette, anche se spesso in modo inconsapevole, quanto ha vissuto nel passato e nel contempo si proietta verso il futuro. Chi delibera è dotato di un certo carattere, che si è formato nel tempo attraverso l'assunzione di determinati stati abituali e che continua a ridefinirsi e a formarsi, ma non in uno *status* di asetticità, astruendo dal proprio vissuto e dalle determinazioni già operanti.

Per Aristotele deliberazione (*bouleusis*) e scelta (*proairesis*) sono reciprocamente correlate, al punto che molte delle determinazioni valide per l'una possono essere estese anche all'altra. La deliberazione è strettamente legata alla scelta, nel senso che quest'ultima si esprime "dopo" che il soggetto ha condotto la sua

indagine e ha valutato adeguatamente la situazione, dopo insomma che egli ha deliberato (Aristotele, *Eth. Nic.* III, 1112b 10-11).

Aristotele si chiede quale sia l'oggetto della deliberazione o, per essere più precisi, l'ambito esperienziale nel quale essa ha modo di esprimersi. Innanzitutto egli individua le fattispecie nelle quali non può aver luogo il processo deliberativo. Infatti non si può deliberare su ogni cosa, per esempio sulle cose eterne (il cosmo e l'incommensurabilità della diagonale e del lato) e neppure su ciò che avviene per natura o per necessità o per caso (*Eth. Nic.* III, 1112a 21-29). Perché possa darsi, la deliberazione deve riguardare ciò che dipende da noi e più precisamente quelle situazioni che avvengono per lo più (*epi to poly*) e delle quali non è chiaro come andranno a finire e quelle in cui vi è un che di indeterminato (*Eth. Nic.* III, 1112a 30-34; 1112b 8-9).

A ciò si deve aggiungere un ulteriore elemento: la deliberazione non riguarda propriamente il fine, ma ciò che conduce al fine (*ta pros to telos*) (*Eth. Nic.* III, 1112b 12). Il medico – la precisazione è sempre di Aristotele – non delibera se guarire, dal momento che è assodato che la finalità della sua attività risiede proprio nella salute e nella guarigione del malato; semmai il medico si chiede quali siano le modalità che permettono di raggiungere tale fine e su ciò, ovvero su quel che è indirizzato al fine, si può e in qualche modo si deve deliberare.

A sua volta la scelta, che il soggetto compie dopo aver deliberato, è il risultato dell'intreccio tra l'elemento razionale e quello desiderativo, che contraddistingue l'essere umano; e ciò che più conta è che tale intreccio viene indagato non tanto (o almeno, non solo) adottando un'ottica frammentata e immediatistica (la singola azione), ma collocandosi nella prospettiva dell'unità narrativa del soggetto. La scelta (*proairesis*) è definita come "desiderio deliberato" (*orexis bouleutike*) (*Eth. Nic.* III, 1113a 11; 1139a 23); essa è

quindi espressione della razionalità e al tempo stesso del desiderio (*orexis*), che contraddistinguono l'essere umano. Nel testo ci si imbatte in una definizione straordinariamente efficace nella sua profondità speculativa ed essenzialità lessicale: «la scelta è pensiero desiderante (*orektikos nous*) o desiderio pensante (*orexis dianoetike*), e l'uomo è un principio di questa specie» (*Eth. Nic.* VI, 1139 b 4-5). Tale definizione trova il suo completamento in un passo posto a poche righe di distanza, dove si ribadisce che «il desiderio e il ragionamento in vista di qualcosa sono i principi della scelta», per precisare infine quanto segue: «per questo non vi è scelta senza intelletto e pensiero, e senza uno stato abituale del carattere, infatti l'agire bene e il suo contrario non si danno senza pensiero e senza carattere» (*Eth. Nic.* VI, 1139 a 33-36).

Si noti come qui l'accento cada volutamente sulla rilevanza del carattere: non è possibile sviluppare una teoria soddisfacente dell'azione, non è possibile comprendere in modo adeguato il valore della scelta (e della deliberazione) se si astraie dalla considerazione della centralità del carattere e della sua formazione attraverso l'acquisizione di stati abituali. Ne consegue che una teoria dell'azione che voglia indagare il significato della scelta e della deliberazione si qualifica preliminarmente come una teoria dell'agente. Ciò richiede, sul piano conoscitivo, un mutamento che possa dar conto della prospettiva interna, in prima persona, del soggetto. Da un approccio di tipo estrinseco, in terza persona, e tutto concentrato sulla particolarità dell'azione singola si è quindi invitati a passare a un approccio in prima persona, tendenzialmente unitario e concernente il piano di vita, che dà conto della ricchezza e della complessità dell'identità pratica del soggetto.

In tale prospettiva conta più la personalità del medico, quella che Aristotele chiamerebbe il suo carattere (*ethos*); questo può essere forgiato attraverso l'acquisizione nel tempo di disposi-

zioni stabili, le quali possono essere auspicabilmente virtuose (la saggezza pratica, la compassione, l'integrità, la capacità comunicativa e relazionale con i pazienti e così via), come pure ahimè viziose (Pellegrino, Thomasma 1993). Realisticamente tali disposizioni, siano esse buone o cattive, si formano grazie a un esercizio abituale.

Le conseguenze di questo cambiamento di paradigma (dall'azione all'agente) sono notevoli: basti solo pensare alla rilevanza che in tal modo viene ad acquisire la formazione continua del medico, durante l'intero arco della sua vita professionale. Per deliberare bene bisogna quindi continuare a formarsi, sia sul piano strettamente scientifico (avanzamento della ricerca, sperimentazioni, nuove pratiche di cura, aggiornamento continuo sulla letteratura scientifica riferita alla propria specializzazione medica, ecc.), sia sul piano più propriamente etico e deontologico.

3. Deliberare assieme: il consulto medico

Vi è un ulteriore aspetto di originalità della concezione aristotelica, che accompagna il riferimento alla prospettiva della prima persona e alla centralità del carattere e delle sue disposizioni: la deliberazione pratica non va intesa in senso individualistico, essa è in qualche misura un "deliberare assieme", perché il soggetto ha bisogno di essere sostenuto dal consiglio di altri. Non è facile deliberare bene; si è sempre esposti all'incertezza, all'imprevedibilità e a volte all'urgenza, che ti costringe a dover scegliere in tempi brevissimi (ragione in più per rimarcare l'importanza di un carattere ben formato, che anche nell'emergenza sa orientarsi al meglio). Queste difficoltà sono del tutto normali e a esse va incontro inevitabilmente anche l'uomo saggio, il *phronimos*. Si tratta

infatti di dare concretezza – aristotelicamente – al nostro desiderio, alla nostra tendenza indirizzata al fine buono (per il medico la salute) e quindi di individuare le modalità che permettono di pervenire al fine voluto, attraverso la deliberazione e poi la scelta. La deliberazione è l'individuazione di un percorso per una possibile e fattibile realizzazione pratica del fine. Essa richiede una conoscenza attenta e circostanziata della realtà, che ha ben poco a che spartire con forme di decisionismo irrazionalistico o con una teoria della razionalità che pretenda di fornire «un algoritmo per prendere le decisioni più razionali» (Searle 2003, pp. XIV s.).

Proprio l'ambito medico evidenzia come la capacità di ben deliberare debba tener conto di molti elementi. Uno di questi è senz'altro la capacità di confrontarsi con altri, magari più esperti di noi, per conoscere quanti più dati possibili e tentare di individuare i diversi elementi problematici coinvolti. Ci troviamo in difficoltà; avvertiamo la necessità di essere sostenuti nelle nostre decisioni, desideriamo essere consigliati. Nella lingua greca il consiglio (*symbolè*) significa letteralmente “deliberazione (*boule*) con (*sym*)”. Scrive ancora Aristotele: «E ci procuriamo dei consiglieri (*symbolous*) per gli affari di grande importanza, dato che non ci fidiamo di noi stessi, perché crediamo di non essere capaci di discernere bene» (*Eth. Nic.* III, 1112b 10-11). Andiamo alla ricerca di consiglieri per poter essere accompagnati e sostenuti nelle nostre decisioni. *Symbolè* è allora il consiglio, il consulto, che rende possibile ciò che si viene a configurare come una sorta di deliberazione comune, anche se la responsabilità primaria della scelta rimane in capo a colui che ha chiesto e ricevuto il consiglio.

È quindi fuorviante interpretare l'atto medico in senso banalmente individualistico. Basti solo pensare alla funzione delle Linee Guida, debitamente accreditate, ove confluiscono le conoscenze e le esperienze consolidatesi nella ricerca e nella sperimen-

tazione scientifica nonché nelle pratiche concrete. Come è stato ricordato recentemente, in un parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, le Linee Guida forniscono «un sostegno prezioso al processo decisionale del medico», con la dovuta precisazione che in tal modo non viene meno la sua personale responsabilità clinica, etica e deontologica (CNB 2025, pp. 6 s.): egli infatti è comunque chiamato a valutare «l'applicabilità al caso specifico» delle Linee Guida. Quest'ultima citazione è tratta dal *Codice di deontologia medica* (ENOMCEO 2014, art. 13), ove peraltro si ricorda opportunamente che le Linee Guida costituiscono una forma di tutela dal rischio di promuovere «pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica, valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente».

Già il riferimento alle Linee Guida da parte del medico configura in qualche misura una sorta di deliberazione comune; ma non vi è dubbio che nella pratica medica la modalità classica di una simile declinazione, non individualistica, della deliberazione risieda nella figura del consulto, quindi nella ricerca di un consiglio (*symbolou*) richiesto ai propri colleghi, perché considerati competenti, esperti e non timorosi di condividere le proprie competenze e concrete esperienze cliniche. È per così dire normale che si abbia bisogno del consiglio, della deliberazione comune. Il clinico deve infatti affrontare sfide per certi versi ancor più ardue di quelle a cui va incontro il ricercatore: basti pensare al fattore tempo, che per chi fa ricerca non conosce di fatto restrizioni, mentre per il clinico l'accertamento diagnostico deve svolgersi nel più breve tempo possibile (Scandellari 2009, pp. 158 s.). Insomma, il consulto è così importante che, in alcuni contesti (per esempio, nella Rete Nazionale Trapianti) è stato – per così dire – istituzionalizzato, non perché esso sia obbligatorio, ma perché è una

possibilità sempre prevista e alla quale si può sempre accedere per raccogliere la cosiddetta *second opinion*.

La forma del consulto ha conosciuto nel corso del tempo una sua trasformazione, che tiene conto dell'opportuno superamento della visione paternalistica della pratica medica. Tradizionalmente infatti il consulto era di tipo duale, tra medico che chiedeva consiglio e medico che lo offriva; al più la relazione duale poteva coinvolgere più medici, da una parte e dall'altra. Ora invece il consulto non può non coinvolgere il paziente: la relazione non riguarda solamente due soggetti (medici), bensì tre, così come viene segnalato dal *Codice di deontologia medica* (FNOMCEO 2014, art. 60): «Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso».

Più in generale la logica del consiglio ha modo di svilupparsi nella relazione terapeutica in cui sia il paziente che il medico svolgono un ruolo attivo e di reciproco sostegno. Si viene così a delineare quella che in modo suggestivo Paul Ricœur ha denominato la «cellula del buon consiglio», in cui il paziente con i suoi familiari e medici si confronta in merito alle scelte da compiere, in «un'entità che non è *noi* e non è *egli*, bensì una relazione di prossimità al di là dell'aspetto istituzionale» (Ricœur 2000, pp. 5 s.). L'auspicabile relazione di prossimità non esclude affatto che questa, per prosperare, necessiti di un qualche sostegno istituzionale. Una possibile esemplificazione di tale logica si può rinvenire nella «pianificazione condivisa delle cure»: si tratta di una novità normativa assai significativa, introdotta dall'art. 5 della Legge 219 del 2017 (Italia 2017), la cui ricchezza e potenzialità sul piano relazionale e terapeutico non è ancora stata adeguatamente esplorata da parte dei medici stessi.

Riferimenti bibliografici

- Aristotele (1999), *Etica Nicomachea*, trad. it. di C. Natali, Laterza, Roma-Bari.
- Arrow K.J. (ed.) (1996), *The Rational Foundations of Economic Behaviour*, Macmillan, London.
- CNB (2020), Comitato Nazionale Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, pp. 1-11, https://bioetica.governo.it/media/4248/p136_2020_-covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf.
- CNB (2025), Comitato Nazionale Bioetica, *Linee guida e relazione di cura: profili bioetici*, 19 giugno 2025, pp. 1-10, https://bioetica.governo.it/media/fqspzouo/p155_2025-linee-guida-e-relazione-di-cura.pdf.
- Da Re A., Nicolussi A. (2021), *Hard choices in the pandemic and guidelines. Ethical and juridical remarks on medical responsibility and liability*, in Hon-
dus E., Santos Silva M., Nicolussi A. et al. (a cura di), *Coronavirus and the law in Europe*, Intersentia Uitgevers, Cambridge-Antwerp-Chicago, pp. 411-438.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Italia (2017), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Mori M. (2020), *Posizione di minoranza del Prof. Massimo Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta*, in Comitato Nazionale Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, pp. 12-15, https://bioetica.governo.it/media/4248/p136_2020_-covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf.
- Ricœur P. (2000), *Etica e vivere bene: conversazione con Paul Ricœur*, in L. Aversa, M. Bettetini et al., *Il male*, Raffaello Cortina, Milano 2000, pp. 4-8.

- Scandellari C. (2009), *Metodologia scientifica e metodologia clinica: analogie e differenze*, in P. Giaretta, A. Moretto et al. (a cura di), *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, il Mulino, Bologna, pp. 151-162.
- Searle J.R. (2003), *La razionalità dell'azione*, Raffaello Cortina, Milano.
- SIAARTI (2020) Società Italiana Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del dolore, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020, <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. (1993), *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York.
- UEMS (2009), Union Européenne des Médecins Spécialistes, *European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.