



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA DI VARESE

Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita

Corso di Dottorato di ricerca in Medicina e Scienze Umane XXV Ciclo

**LA RIVISITAZIONE DELLA CASISTICA
E IL SUO RUOLO NELL'ETICA CLINICA**

Relatore:

Chiar.mo Prof. MARIO PICOZZI

Tesi di Dottorato di

SILVIA SIANO

Matr. n. 713355

Anno Accademico 2011/2012

LA RIVISITAZIONE DELLA CASISTICA E IL SUO RUOLO NELL'ETICA CLINICA

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
I. L'AVVENTO DELLA NEOCASISTICA NEL CONTESTO STORICO-CULTURALE OCCIDENTALE POSTMODERNO	pag. 13
1. <i>"The Birth of Bioethics": perché iniziare dall'analisi di quest'opera e le linee generali del testo</i>	pag. 13
2. <i>Chi è Albert R. Jonsen. Biografia e aspetti caratteristici del suo percorso professionale</i>	pag. 22
3. <i>Il contesto storico-culturale in cui Albert R. Jonsen opera: aspetti del dibattito teologico degli anni '60 -'70</i>	pag. 35
4. <i>Il contesto storico-culturale in cui Albert R. Jonsen opera: i contributi per il dibattito sulla filosofia della medicina offerti dalle Commissioni governative e dalla bioetica dei principi</i>	pag. 47
5. <i>Albert R. Jonsen alla National Commission: la scoperta dell'uso "pratico" del metodo casistico</i>	pag. 56
II. LA NEOCASISTICA. IL SUO RUOLO NELL'ETICA CLASSICA GENERALE	pag. 63
1. <i>La ripresa della casistica tradizionale: "The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning". Introduzione</i>	pag. 66
2. <i>"The Abuse of Casuistry". Aspetti generali</i>	pag. 68
3. <i>La struttura e i contenuti storico-filosofico-teologici principali dello sviluppo della casistica tradizionale nel testo "The Abuse of Casuistry"</i>	pag. 76

III “CLINICAL ETHICS”: LA NEOCASISTICA APPLICATA ALLA CLINICA	pag. 97
1. <i>Un metodo per la bioetica clinica: il testo “Clinical Ethics”</i>	pag. 97
2. <i>Il metodo neocasistico nel testo “Clinical Ethics”</i>	pag. 102
3. <i>Un’esemplificazione pratica del metodo casistico al caso clinico</i>	pag. 117
4. <i>Il metodo neocasistico: aspetti critici e punti di forza nelle parole dei suoi commentatori</i>	pag. 124
5. <i>Dal dibattito internazionale più recente: una versione contemporanea di neocasistica applicata all’etica e una ricerca empirica correlata</i>	pag. 148
6. <i>Mark R. Tonelli. Il mutamento dell’evidenza nella medicina clinica</i>	pag. 149
7. <i>A. Braunack-Mayer. La casistica come metodo della bioetica: una prospettiva empirica</i>	pag. 155
IV CONCLUSIONI	pag. 161
BIBLIOGRAFIA	pag. 182

INTRODUZIONE

L'oggetto della nostra ricerca si delinea a partire da una domanda fondamentale: se sia possibile offrire, nel dibattito bioetico attuale, una ulteriore *fondazione dell'etica clinica* a partire dal *recupero*, attraverso uno studio serio e approfondito, delle *caratteristiche* e del *metodo* proposto dalla *teoria neocasistica*¹, uno tra i modelli bioetici dell'etica applicata sorti, nel dibattito contemporaneo, come *alternativi*, specie nel panorama del mondo nordamericano, alla cosiddetta *bioetica dei principi*², un paradigma di ragionamento morale divenuto punto di riferimento "classico" e imprescindibile per lo sviluppo di tutta la bioetica contemporanea.

¹ Albert R. Jonsen e Stephen Toulmin, i principali promotori del recupero del modello della neocasistica, nella loro opera fondamentale *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning* (California University Press, Berkeley 1988) definiscono la casistica "l'interpretazione delle questioni morali usando la procedura del ragionamento basato su paradigmi e analogie, che porta alla formulazione di opinioni esperte circa l'esistenza e la rigorosità di certi obblighi specifici, formulate in termini di regole o massime che sono generali ma non universali né invariabili, poiché sono valide con certezza solo nelle condizioni tipiche dell'agente e delle circostanze dell'azione"; si veda *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning*, California University Press, Berkeley 1988, p. 257. Si veda anche la voce *Casuistry* in W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, pp. 374-380.

² Il documento considerato il "manifesto" della bioetica dei principi è il The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Department of Health, Education and Welfare, Publication No (OS) 78-0012, Washington D.C. 1978; l'opera fondamentale che ha poi "codificato" e sistematizzato il modello principialista, diventando un classico di riferimento per tutta la bioetica contemporanea, è il testo di T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 2009, 6thed. (trad.it. *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999). La prima edizione risale al del 1979.

L'interesse per lo studio della neocasistica è nato durante la redazione del testo *Fino a quando? La sospensione dei trattamenti sanitari*³, scritto in collaborazione con Mario Picozzi e Vanna Consolandi e pubblicato nel 2012 presso la Casa Editrice San Paolo.

Durante il lavoro, è apparso indispensabile strutturare il testo seguendo una *metodologia* che contemplasse la presentazione del caso clinico attraverso una lettura “*a più voci*” dello stesso, ritenendosi indispensabile offrire un’analisi clinica, etica e all’occorrenza anche deontologica “*in dialogo*”, da parte dei principali protagonisti della scena terapeutica (medico, paziente, familiari, personale sanitario tout court), proprio per poter far emergere, quanto più possibile, *tutte* le problematiche riguardanti il singolo caso considerato, i beni/valori morali in gioco, il contesto socio-culturale di riferimento, la rete di *relazioni* intessute dalle figure coinvolte nella situazione e con cui le stesse devono confrontarsi nel contesto reale della pratica clinica.

Il risultato di tale impostazione metodologica, che non può prescindere da un accurato esame della situazione clinico-esistenziale reale del caso concreto, ha stimolato la ricerca e la riflessione critica circa i *fondamenti*, le *radici* storico-filosofico-teologico-socioculturali che costituiscono i *presupposti teorici* dello sviluppo della teoria neocasistica (intesa come modello di

³ M. Picozzi, V. Consolandi, S. Siano, *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*, Edizioni San Paolo, Milano 2012.

metodologia di ragionamento etico per l'analisi delle questioni morali presenti nel contesto dell'etica medica), per poter poi analizzare obiettivamente la sua peculiare *struttura* e il suo *ruolo*, con specifico riferimento alla sua applicazione nell'etica clinica.

Si è pertanto scelto di articolare il lavoro di ricerca esaminando in maniera approfondita il percorso teoretico del principale autore e fautore della neocastica, Albert R. Jonsen⁴, ripercorrendo, attraverso le sue opere, i momenti fondamentali dell'origine e sviluppo del modello casistico da lui riproposto, quale metodo di analisi dei casi applicabile nell'etica medico-clinica.

Per tracciare le linee di tale analisi, si è optato per la scelta di offrire una linea di lettura della ricostruzione della struttura del modello casistico che non ne tracciasse semplicemente un quadro "storico-cronologico"; si è preferita, invece, una ricerca "per temi", focalizzando l'attenzione sui fattori che hanno portato Jonsen, nel suo personale percorso di studi e di lavoro, a riscoprire l'esigenza di definire e "codificare" la struttura e le modalità per l'utilizzo di tale approccio al ragionamento etico, così come egli stesso ne dà

⁴ Nato a San Francisco, nell'aprile del 1931; è attualmente co-direttore del Programma di Medicina e Valori Umani al California Medical Center di San Francisco; è inoltre professore emerito di Etica e Medicina presso la facoltà di Medicina dell'Università di Washington, dove è stato direttore del Dipartimento di Storia della Medicina ed Etica dal 1987 al 1999. si veda, a riguardo, il sito http://en.wikipedia.org/wiki/Albert_R._Jonsen (accesso del 08/08/2012); si veda inoltre R. Bucci, Multidisciplinary approach to Public Health: Albert Jonsen's example, in *Italian Journal of Public Health*, 2010, 7 (4), pp. 416-420.

prova e “voce” attraverso le sue principali opere: *The Birth of Bioethics*⁵, *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning*⁶e *Clinical Ethics*⁷.

Il volume *The Birth of Bioethics*, oggetto di studio del primo capitolo del nostro lavoro, è considerato uno dei migliori manuali di storia del pensiero bioetico⁸presenti nella letteratura bioetica contemporanea; in esso Jonsen, oltre ad offrire una panoramica delle principali tematiche bioetiche e le relative problematiche ad esse connesse, esamina l’origine e l’evoluzione della bioetica (coprendo un arco di tempo dal 1947 al 1987) a partire da quei *fondamenti teorici* che costituiscono anche, non a caso, il proprio personale background culturale, analizzando i contributi apportati dalla *filosofia*, dalla *teologia*, dal *diritto* e dalle scienze sociali allo sviluppo e l’affermarsi della nuova disciplina.

Emerge già un aspetto molto importante per quanto concerne il rapporto con la neocasistica, in quanto Jonsen evidenzia subito il suo interesse per l’analisi attenta della componente etica propria dell’arte medica

⁵ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003.

⁶ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning*, California University Press, Berkeley 1988.

⁷ A.R. Jonsen, M. Siegler, W.J. Winslade, *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 5th edition, Mc Graw-Hill, New York 2002, (ed.it. a cura di Spagnolo A.G., *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, Mc Graw-Hill, Milano 2003).

⁸ Si vedano, a titolo esemplificativo, le recensioni a riguardo presenti sul sito della Oxford University Press (accesso del 01/09/2012 al sito <http://www.oup.com>) con i contributi di autori quali D. Lamb nel *Journal of Medical Ethics*, A. Kaplan nel *Journal of American Association*, J.C. Fletcher nel *Medical Humanities Review* e E.G. Howe nel *New England Journal of Medicine*.

fin dalle sue origini, del ruolo della morale cristiana così come viene strutturata dalla teologia e quello della filosofia nella definizione e chiarificazione dei concetti che riguardano l'etica applicata alla medicina.

Il testo si caratterizza per essere il frutto di un'ampia ricerca d'archivio e per comprendere diverse interviste con figure di primo piano per lo sviluppo della bioetica; esso offre sia un'approfondita presentazione della "storia delle idee" che hanno costituito la bioetica sia -e questo è uno degli aspetti più importanti nella nostra prospettiva- un'accurata disamina del *contesto sociale, storico-culturale e tecnico-scientifico*, entro cui emergono quelle problematiche etico-cliniche che spronano ad interrogarsi sulla *realtà pluralistica* contingente, con la quale i modelli etici vigenti sono chiamati a confrontarsi per offrire risposte adeguate a dirimere le incombenti e nuove questioni bioetiche emergenti, tenendo conto che esse riguardano e influenzano la sfera più ampia della società, interessando, di fatto, l'intera etica pubblica.

Ciò che appare, nella prospettiva di Jonsen, è che la sua attività entro tale *contesto* (in cui un ruolo centrale è assunto dal lavoro svolto all'interno delle Commissioni Nazionali nominate dal Governo statunitense, a cui egli dà grande valore e a cui dedica un ampio resoconto nel testo) gli ha permesso di vedere *di fatto* applicato concretamente e inconsapevolmente proprio quel particolare metodo di analisi dei casi che si definisce come *casistica*; ed è stato altresì *il contesto* in cui ha operato che lo ha spronato

alla riflessione in merito all'approccio al ragionamento etico da adottare in etica clinica e, nel contempo, gli ha fornito gli spunti e gli elementi essenziali per definire la sua peculiare proposta teorica in merito all'utilizzo "pratico" del metodo casistico.

Nel secondo capitolo, l'obiettivo della ricerca prosegue sulla scia del percorso teoretico intrapreso dallo stesso Jonsen: se dal contesto storico-sociale-tecnico è emerso, in un certo qual modo, l'uso *diretto* del metodo casistico, si potrebbe dire, *in nuce*, applicato per dirimere le questioni morali emergenti in etica medica, ora lo studioso, insieme a Stephen Toulmin⁹, in *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning* si concentra sui *fondamenti, le radici storiche* dell'origine e sviluppo del metodo casistico in relazione, però, all'*etica tout court*, per trovare una giustificazione razionale al suo utilizzo "pratico" in etica, attraverso un'approfondita disamina della storia del pensiero filosofico classico e della teologia morale.

Il volume è pertanto un testo storico-teorico che ha come oggetto la *ripresa e la rivalutazione della casistica tradizionale*, specie di matrice cattolica, così come è stata sviluppata dalla teologia morale.

⁹ Edison Stephen Toulmin (1922-2009) filosofo britannico, scrittore ed educatore, è stato influenzato dal pensiero di Ludwig Wittgenstein per quanto concerne l'esame sul rapporto tra gli usi e i significati della lingua.

Dal 1975 al 1978 ha lavorato con la National Commission per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale, collaborando -di fatto- con Albert Jonsen; la loro attività continuerà poi, in seguito, con la redazione del testo *The Abuse of Casuistry*.

Su Stephen Toulmin si veda il sito [http:// en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Toulmin](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Toulmin) (accesso del 08/08/2012).

Jonsen infatti conosceva dai suoi studi teologici che la casistica, sviluppata in particolare dai gesuiti, era come caduta in discredito. Il “colpo di grazia” le era stato inferto dall’attacco polemico del filosofo Blaise Pascal, il quale, a metà del XVII secolo, l’aveva messa alla berlina con un’opera, le *Lettere Provinciali*, rovinandone in modo decisivo la reputazione. Casistica, da allora, soprattutto nella sua variante *casuistica*, era diventato sinonimo di un modo evasivo e sofisticato di trattare l’etica, riducendo al minimo le esigenze del dovere morale¹⁰.

Jonsen si propone invece come obiettivo di *riabilitare* il metodo casistico tradizionale confutando l’interpretazione che ne dà Pascal, e riscoprendone, attraverso l’indagine storica, il *significato autentico*, la sua *funzione e applicazione pratica*, quale metodo di ragionamento morale, attraverso la presentazione di *esempi paradigmatici* di casistica offerti dai teologi moralisti seicenteschi, come nel caso del commento all’usura.¹¹

La parte conclusiva del testo vede la *definizione e schematizzazione* degli elementi essenziali della teoria casistica, così come emerge dai risultati della ricerca storica: il riferimento principale riguarda la definizione dei *casus paradigmatici*.

Tali casi forniscono indicazioni iniziali presuntive o probabili che, in base a *somiglianze e differenze* rispetto al caso in esame e in mancanza di

¹⁰ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Ediz. Franco Angeli, Milano 1995, p. 121.

¹¹ Si veda A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of casuistry. Op. Cit.*, pp. 181-194.

circostanze eccezionali, acquisiscono valore conclusivo per l'esercizio del giudizio morale, formulato quindi per *via analogica*.

L'insieme delle condizioni che definiscono i casi paradigmatici costituirebbe poi una *tassonomia morale* cui attingere per orientare l'esercizio prudenziale del *discernimento*:¹² in modo analogo, sostengono Jonsen e Toulmin¹³, a come avviene nella *clinica*, in cui, dato un insieme di elementi (sintomi e circostanze) emerge poi la capacità di identificare fattispecie simili; pertanto, secondo la loro interpretazione, sia che si tratti di una malattia o di un dilemma morale, dovrebbe attivarsi una "sorta di percezione"¹⁴ che consenta a chi si occupa di tali questioni di procedere alla formulazione di una decisione pratica.

Emerge così, in maniera consequenziale, come la *struttura del metodo della casistica*, così riscoperta attraverso l'indagine storiografica, sia funzionale, nella prospettiva di Jonsen, alla sua *applicazione diretta all'etica clinica*, oggetto di studio nel terzo capitolo della nostra ricerca attraverso l'analisi del testo *Clinical Ethics. A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, scritto in collaborazione con Mark Siegler¹⁵ e William j. Winslade.¹⁶

¹² P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, p. 93.

¹³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of casuistry. Op.cit.*, p. 40

¹⁴ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of casuistry. Op.cit.*, p. 40

¹⁵ Mark Siegler (20 giugno 1941) è un medico, laureato presso l'università di Chicago; vi ha svolto tutta la sua carriera clinica e accademica, dove è consulente medico internista e titolare della cattedra

L'intento di Jonsen in questo testo è *presentare il metodo neocasistico applicato all'ambito medico*, esprimendo, quindi, le *conseguenze bioetiche* che egli ha dedotto sia dallo studio della metodologia casistica tradizionale sia interrogandosi se e come quest'ultima possa offrirsi come strumento di approccio "pratico" al ragionamento morale, tenendo conto delle esigenze che emergono dal contesto storico-culturale odierno e dell'uso concreto di tale metodo, di cui egli stesso è stato testimone.

Clinical Ethics è così presentato come "un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica".¹⁷

I *casi*, nella struttura del volume, hanno un'importanza centrale, in quanto, secondo l'approccio della neocasistica, sono la matrice del problema etico e anche della sua soluzione.

Gli Autori si impegnano a proporre un metodo che aiuti a far emergere il complesso intreccio di elementi emotivi, sociali, economici che molti casi contengono (analizzando quindi il *contesto* in cui essi sono inseriti); nel testo si affronta così ogni caso analizzando i *fatti* che costituiscono i quattro tratti essenziali di ogni situazione clinica:

1. *Le indicazioni mediche.*
2. *Le preferenze del paziente.*

di medicina interna. È anche consulente eticista ed è stato Direttore del servizio di Consulenza di Etica Clinica dal 1986 al 1994. Si veda http://en.wikipedia.org/wiki/Mark_Siegler (accesso al sito del 20/08/2012).

¹⁶ William J. Winslade (18 novembre 1941) è un giurista e psichiatra, ha una formazione in filosofia, diritto e psicanalisi. Si veda http://en.wikipedia.org/wiki/William_J._Winslade (accesso al sito del 20/08/2012).

¹⁷ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Ediz. Franco Angeli, Milano 1995, p. 120.

3. *La qualità di vita.*

4. *Gli aspetti contestuali, come il contesto sociale, economico, giuridico, amministrativo.*

Sebbene i singoli casi possano differire tra loro, scrivono gli Autori,¹⁸ questi criteri risultano essere sempre pertinenti, aiutano ad organizzare i dati e, allo stesso tempo, portano l'attenzione sui principi etici appropriati allo specifico caso, pertanto "rappresentano un metodo sistematico per identificare ed analizzare i problemi etici che si verificano nella medicina clinica".¹⁹

Infine, il quarto capitolo del nostro lavoro l'attenzione si concentra principalmente sulle *critiche* rivolte al metodo casistico formulato da Jonsen presenti nella letteratura bioetica contemporanea,²⁰ ripercorrendone le principali e illustrando le successive *repliche* fornite dallo stesso Jonsen a difesa della propria proposta teorica.

L'interrogativo che ci si pone, nella nostra prospettiva, è se sia sufficiente che la neocasistica, quale modello di ragionamento etico-clinico, abbia semplicemente il valore di *metodo*, come sembra ritenere Jonsen, il cui uso sia quindi sempre possibile, al di là e a prescindere dall'impianto contenutistico di riferimento adottato.

¹⁸ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica, Op.cit.*, p. 2.

¹⁹ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica, Op.cit.*, p. 2.

²⁰ Si veda, per una panoramica generale in merito, A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, in Sugarman J., Sulmasy D.P., *Methods in Medical Ethics*, 2nd edition, Georgetown University Press, Washington D.C., 2010, pp. 118-122.

Ci si domanda, pertanto, se abbia senso e sia possibile un *metodo neutro* per l'analisi etica applicata ad una dimensione così delicata come quella clinica, o se già la scelta di tale metodo presupponga comunque l'adesione a un determinato indirizzo teoretico di fondo.

Nella nostra proposta, sviluppata nel volume *Fino a quando? La sospensione dei trattamenti sanitari* pur mantenendo e sostenendo il valore di alcuni aspetti metodologici positivi messi in rilievo dal metodo neocassiano di Jonsen, come l'attenzione alla concretezza e completezza nell'analisi della situazione etico-clinica reale, si ritiene nel contempo indispensabile proporre un *impianto teoretico di riferimento fondato sull'antropologia* e, in ultima analisi, sulla *metafisica di riferimento cattolico-personalista*. L'approccio proposto, si ritiene, consentirebbe un'adeguata e pertinente rilettura delle singole storie, permettendo quell'approfondimento necessario alla concretizzazione e comprensione della norma morale.²¹ Nella nostra analisi, il ragionamento etico che si intende proporre richiede la necessaria integrazione tra il momento della fondazione dei valori e delle norme, e il momento della loro corretta e coerente applicazione all'interno di un rapporto di interdipendenza, in cui emerge il movimento della *circolarità*. Le circostanze, messe in luce dalla specificità e singolarità del caso concreto, svolgono un ruolo primario nell'istruire sul da farsi per risolverlo, come già appare dal lavoro di Jonsen; peraltro, l'unicità delle circostanze non ammette

²¹ M. Picozzi, V. Consolandi, S. Siano, *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*, Edizioni san Paolo, Milano 2012, p. 7.

in sé e per sé l'avvento e l'applicazione tout court del libero arbitrio dell'agire morale, come sostengono taluni critici del metodo neocasistico, in quanto le evidenze emerse nella singola situazione rimandano a norme morali, consentendo una loro univoca interpretazione.

Il metodo casistico opportunamente rivisitato e sostenuto, quindi, si definisce *sintetico*, in quanto appare funzionale a rendere ragione di quel nesso, quel legame duttile e flessibile fra gli apporti offerti dalle singole discipline e il caso pratico, offrendo la possibilità di costruire una "lettura proporzionata" dei beni in gioco, all'interno della situazione determinata dal caso concreto, permettendo così una loro valutazione adeguata²², il tutto con l'intento di delineare un *profilo alto* dell'assistenza sanitaria, non solo auspicabile, ma possibile.

²² M. Picozzi, V. Consolandi, S. Siano, *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari. Op. Cit.*, p. 10.

CAPITOLO I

L'AVVENTO DELLA NEOCASISTICA NEL CONTESTO STORICO-CULTURALE OCCIDENTALE POSTMODERNO

1. *“The Birth Of Bioethics”*: perché iniziare dall'analisi di quest'opera e le linee generali del testo

Prima di esaminare nel dettaglio il modello teorico della neocasistica, nella sua formulazione paradigmatica proposta nel testo di Albert Jonsen e Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning* (Il “Maltrattamento” o “Abuso” della Casistica. La storia del ragionamento morale),²³ si ritiene necessario indagare, attraverso le opere e le parole stesse di Jonsen, il particolare *ambito* entro cui egli ha esercitato la sua attività accademica e clinica, ossia il *contesto storico/filosofico/culturale* che ha spronato la sua riflessione bioetica e, nel contempo, gli ha fornito quegli spunti e quegli elementi essenziali che gli hanno permesso di definire la sua

²³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, California University Press, Berkeley 1988.

peculiare proposta teorica riguardo alla strutturazione di un modello di ragionamento etico applicabile e fruibile concretamente in etica clinica.

Per farlo, si è deciso di iniziare l'analisi partendo dal lavoro di Jonsen contenutisticamente più compiuto e sistematizzato, il testo di bioetica "teorica" ed "etico-clinica" *The Birth of Bioethics*²⁴, pubblicato per la prima volta a New York e Oxford nel 1998, presso la Casa Editrice Oxford University Press.

Questo volume, uno tra i più importanti scritti da Jonsen, non è, in senso strettamente "cronologico", il *primo* che si occupa di presentare il metodo neocasistico da lui proposto, ma, essendo il *suo* volume storico-teorico di bioetica strutturalmente più "corposo", costituisce, di fatto, l'espressione personale più compiuta e completa della sua competenza in materia di bioetica dal punto di vista teologico, filosofico-morale, medico, giuridico e da quello delle scienze umane e sociali che si interessano dei problemi riguardanti la biomedicina.

Rispetto al nostro tema d'indagine, porre l'attenzione su questo lavoro, frutto di una riflessione storico-speculativa successiva, da parte di Jonsen, in ordine alle esperienze raccolte e al percorso professionale personale ormai costruito e vissuto, ci può consentire di osservare se - e in che modo - abbia scelto di affrontare i diversi problemi etici posti dalla biomedicina utilizzando una metodica di presentazione e analisi di *casi concreti* e reali, come

²⁴ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003.

propone con la strutturazione del metodo neocasistico; tutto ciò in rapporto allo sviluppo stesso della bioetica come disciplina, e quindi in ordine alla questione, più generale, se la bioetica sia in un certo qual modo “debitrice”, per il suo stesso nascere, verso quei “casi” emblematici emergenti dal contesto storico-culturale, che ne hanno fatto la storia.

È pertanto importante, nella nostra prospettiva di ricerca, analizzare se e in che termini descrive e utilizza i *casi*, per costruire la storia della bioetica e del contesto storico-culturale-sociale in cui essa emerge e si sviluppa.

Jonsen delinea quindi una storia approfondita e esaustiva della bioetica, da narratore interno, allo stesso tempo coinvolto nelle vicende descritte quale uno dei maggiori protagonisti dello sviluppo di tale disciplina, di cui è stato e viene considerato tra i “pionieri”.²⁵

Partendo proprio dalla sua *biografia* personale, delinea le origini e le “fonti” della bioetica dal punto di vista teorico e storico-filosofico, ma senza tralasciare, anzi sottolineando, l'importanza di tutto *il contesto tecnoscientifico e socioculturale* che ha portato all'emergere dell'avvento di tale disciplina, contesto in cui egli, peraltro, era di fatto concretamente inserito e partecipe.

Non a caso, già nell'*Indice* del volume emergono gli aspetti fondamentali della “linea di lettura” che Jonsen ritiene esplicativa per lo

²⁵ S.Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Franco Angeli, Milano, 1995, pp. 113-114.

sviluppo della bioetica come disciplina: i suoi “antecedenti”, riscontrabili nelle grandi questioni morali di competenza dell'antica arte dell'*etica medica*, gli spunti e i contributi morali apportati dalla *teologia* e dalla *filosofia*, il valore socioculturale e “pubblico” costituito dal *contesto reale* entro cui tale disciplina inizia a misurarsi, come i problemi etico-clinici oggetto di indagine delle Commissioni Nazionali istituite dal Governo statunitense, di cui egli stesso è stato membro.

Jonsen redige questo testo anche in ragione di quanto emerso dal convegno “*The Birth of Bioethics: A Conference to Celebrate the Past 30 Years of Bioethics in the United States*”, tenutosi presso l'Università di Washington, a Seattle, il 23-24 settembre del 1992²⁶, occasione in cui aveva riunito sessanta tra i più importanti studiosi di bioetica a livello mondiale, molti dei quali considerati, come lui, tra i “pionieri” che avevano contribuito alla nascita e all'espansione di tale disciplina. Il convegno mirava a identificare le origini della bioetica, a 30 anni di distanza da una data emblematica come il 1962,²⁷ a descriverne le linee di sviluppo e a presentare

²⁶ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 8.

Una sintesi dei contenuti del convegno si trova in A. Jonsen, *The Birth of Bioethics, Hastings Center Report*, 1993, suppl. 23, 6.

²⁷ Nel 1962, a seguito di un articolo di Shama Alexander su *Life* (“They decide who lives, who dies”) si accendeva negli USA il dibattito sui cosiddetti “comitati di Dio”, nati per poter selezionare i pazienti che aspiravano all'emodialisi, tecnologia salvavita ormai a disposizione, ma insufficiente alla domanda sanitaria reale; essi furono i primi veri e propri comitati di etica, composti in maggioranza da non medici. Come pochi altri casi, il *comitato di Seattle* riuscì a mobilitare l'opinione pubblica sulla necessità della bioetica, cioè di un consenso sociale intorno a pratiche mediche innovative che non potevano essere regolate con i criteri che avevano presieduto l'esercizio etico della medicina nel passato.

i contenuti teorici e “pratici” a cui l’indagine bioetica è di fatto “approdata” e che ha ormai consolidato, in merito, ad esempio, alla sperimentazione su soggetti umani, la tecnologia riproduttiva, il trapianto di organi, etc²⁸.

Il testo copre un arco di tempo di quarant’anni di storia della bioetica, descrivendo lo sviluppo della disciplina, a partire dal 1947 fino al 1987.

Jonsen sceglie il 1947 come data significativa per la “nascita” della bioetica in quanto in quell’anno il Tribunale di Norimberga condannò ventitrè medici per i crimini di guerra commessi a causa della loro attività di sperimentazione eugenetica, imposta dal regime nazista²⁹.

Jonsen sottolinea come tale evento apre la sua storia della bioetica in quanto in una simile occasione, che viene giudicata come la più grave e tremenda violazione della tradizionale etica medica, “inizia l’analisi, da parte dei professionisti nei diversi campi della scienza, della medicina e della legge di uno degli ambiti centrali della medicina moderna: la ricerca scientifica”.³⁰

L’episodio ha avuto così grande rilevanza simbolica che nel 1992, a 30 anni dalla pubblicazione dell’articolo su *Life*, si è tenuto proprio a Seattle il convegno per “celebrare” la nascita della disciplina della bioetica.

²⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. VIII.

²⁹ Proprio a seguito di dell’esperienza del Tribunale di Norimberga, si è assistito ad una ripresa di vigore del diritto naturale, attraverso la produzione di Codici per la regolamentazione delle pratiche sperimentali; tra i più importanti ricordiamo il *Codice di Norimberga* (1946), il *Codice di Etica Medica*, approvato nel 1948 dall’Associazione Medica Mondiale, e la *Dichiarazione di Helsinki* del 1964.

³⁰ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XII.

I successivi vent'anni - dice Jonsen³¹ - sono stati poi una sorta di "prologo" allo sviluppo della bioetica come disciplina autonoma, durante i quali i medici, gli scienziati e talvolta anche la stessa opinione pubblica andarono via via accumulando ed esprimendo le varie questioni etiche che man mano emergevano in relazione allo sviluppo della ricerca e della tecnologia medico-scientifica.

Nel primo capitolo dell'opera, Jonsen ripercorre quindi la storia della lunga tradizione dell'*etica medica*, che "precede" l'avvento della bioetica vera e propria, ma che da sempre si è occupata delle questioni etiche che emergono nella medicina, e che costituisce ancora, nella prima parte degli anni '60, la modalità attraverso la quale i medici interpretano e giudicano le problematiche etiche con cui devono confrontarsi.

Nel secondo e terzo capitolo, Jonsen si concentra poi sull'apporto al discorso etico che riguarda la biomedicina che offrono i contributi della teologia, della filosofia e delle scienze umane e sociali, tra cui specialmente il diritto. Di particolare rilevanza, in tal senso, è l'attenzione rigorosa rivolta all'esame del pensiero teologico-morale e filosofico, che costituiscono, peraltro, come si vedrà anche nella storia personale dello stesso Jonsen, il suo "background" culturale di partenza, una "cornice", un orizzonte di riferimento imprescindibile per tutto il suo modello di analisi, anche, quindi rispetto alla formulazione del metodo neocasistico.

³¹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*,. p. XII.

Il quarto capitolo, tra i più interessanti nella nostra prospettiva, per quanto concerne la descrizione del contesto socio-culturale-scientifico entro cui lo Jonsen stesso opera, è dedicato espressamente al lavoro svolto dalle Commissioni Nazionali istituite dal Governo statunitense, e dal ruolo che esse hanno assunto nello sviluppo delle soluzioni per le questioni etiche che interessavano l'intera società, e quindi costituivano ormai oggetto di etica pubblica.

I successivi cinque capitoli - dice Jonsen³²- sono destinati ai *topics*, a quei temi fondamentali che sono diventati l'oggetto d'indagine dell'analisi bioetica: la sperimentazione su soggetti umani, la genetica, le questioni sul fine vita, il trapianto d'organi, la riproduzione medicalmente assistita.

L'analisi di ogni tematica, però, inizia sempre ben prima che dal suo "stato di fatto" a partire dal 1947, proprio perché, secondo Jonsen, è di fondamentale importanza la convinzione che si debba delineare ogni questione tenendo conto dell'evoluzione che ha avuto il pensiero etico-medico a riguardo, considerando altresì le possibili situazioni analoghe verificatesi nel passato e le relative "soluzioni" già, in certo qual modo, formulate in merito.

Anche questo è un aspetto molto interessante per la nostra analisi: da una parte, emerge la grande attenzione storico-filosofica di Jonsen nel ricercare le "radici" di ogni tema bioetico, dall'altra, come si vedrà, anche per

³² A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XII.

la strutturazione del modello neocasistico Jonsen andrà alla ricerca delle reali strutture della casistica classica “delle origini”, per esaminarne l'evoluzione nel tempo e studiarne i *casi paradigmatici* o *analoghi*, aspetto metodologico che ritorna ulteriormente e che assume un valore importante nella sua formulazione della neocasistica.

Nondimeno, anche nel suo testo emerge poi l'importanza non solo di una “storia delle idee” che costituiscono i modelli teorici e interpretativi della bioetica, ma anche della conoscenza e della presentazione approfondita e completa dei “casi” che hanno portato allo sviluppo stesso della disciplina.

L'opera inoltre comprende anche due capitoli dedicati alla descrizione della bioetica da un punto di vista più specificatamente filosofico-teoretico, in cui Jonsen riflette sulla *natura* della bioetica, intesa come *disciplina autonoma e discorso*.

Infine, il capitolo dodicesimo si concentra sull'obiettivo di offrire una panoramica e un'interpretazione degli ultimi 40 anni di storia della bioetica in relazione alla morale tipica del mondo statunitense, per tentare di spiegare come mai tale disciplina si sia affermata nelle ultime decadi del ventesimo secolo.

Jonsen conclude il suo volume ponendo la “fine” della sua storia della bioetica nel 1987. Come egli stesso afferma³³ “tale scelta è arbitraria ma ragionevole”. Jonsen infatti sottolinea come, durante suoi 40 anni di storia, si

³³ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XIII.

siano gettati “i semi” per lo sviluppo della bioetica come disciplina; nel senso che in questi anni i progressi della medicina e della biologia si sono succeduti con grande rapidità, rilanciando, insieme ai vantaggi dovuti allo sviluppo tecno-scientifico, anche tutte le questioni etiche ad essi connesse, che richiedono, appunto, l'intervento della riflessione bioetica.

Come scrive Jonsen,³⁴ “fino al 1987 la bioetica ha assunto nuove forme, nuovi metodi, si è interessata a nuove questioni”, ora, invece, possiede ormai uno statuto autonomo, ha ormai assunto un ruolo, una sua posizione stabile nel mondo accademico, così come nella pratica medica e nella politica.

³⁴ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XIII.

2. Chi è Albert R. Jonsen. Biografia e aspetti caratteristici del suo percorso professionale

Albert Jonsen³⁵ è attualmente co-direttore del Programma di Medicina e Valori Umani al California Medical Center di San Francisco; è inoltre professore emerito di Etica e Medicina presso la facoltà di Medicina dell'Università di Washington, dove è stato direttore del Dipartimento di Storia della Medicina ed Etica dal 1987 al 1999.

Nel suo *The Birth of Bioethics* l'incipit dell'opera riguarda proprio i tratti salienti della sua *storia personale*; ed è di notevole interesse porre l'attenzione sulle caratteristiche che Jonsen stesso intende mettere in risalto descrivendo il suo percorso di studi e di vita che l'ha condotto ad accostarsi all'etica clinica, un "cammino" le cui "tappe" sono costituite sia dalle approfondite *conoscenze* di tipo *teologico-filosofico* acquisite nel tempo, che l'hanno sempre accompagnato e sostenuto nei suoi ambiti di ricerca, ma anche dagli *incontri* personali e dalle *collaborazioni* con altri studiosi, portatori, spesso, di nuovi e ulteriori spunti per la ricerca.

³⁵ Nato a San Francisco, nell'aprile del 1931; si veda, a riguardo, il sito http://en.wikipedia.org/wiki/Albert_R._Jonsen (accesso del 08/08/2012); si veda inoltre R. Bucci, Multidisciplinary approach to Public Health: Albert Jonsen's example, in *Italian Journal of Public Health*, 2010, 7 (4), pp. 416-420.

Ben presto nella carriera di Jonsen gli interessi per gli studi teologici, filosofici e “tecnoscientifici” si avvicendano e si compenetrano, come lui stesso evidenzia, grazie a dei “provvidenziali” incontri.

A 18 anni, sentendosi chiamato al sacerdozio cattolico, entra nel seminario dei gesuiti presso la Gonzaga University di Spokane, Washington, e la Santa Clara University della California³⁶.

Scrive Jonsen:

Entrai da novizio a 18 anni presso i gesuiti e per i successivi 13 anni ebbi una splendida istruzione classica. Studiavo la letteratura greca, latina e inglese; studiavo la filosofia antica, medievale e moderna, un po' di scienze e molta teologia biblica e scolastica³⁷.

Dopo aver conseguito il Master' Degree in filosofia, con un approfondito studio su Aristotele, Tommaso d'Aquino e Maritain, per 3 anni insegna filosofia presso lo stesso college gesuita, continuando i suoi studi teologici.

È da notare, pertanto, come la sua formazione personale è stata, in primis, quella propria di un docente di teologia morale, con un'approfondita competenza sia nella filosofia morale classica che nella teologia morale, specialmente d'impostazione gesuitica.

³⁶ Jonsen viene ordinato sacerdote cattolico nel 1962, ma in seguito ha poi abbandonato il sacerdozio attivo nel 1976, si veda il sito http://en.wikipedia.org/wiki/Albert_R._Jonsen (accesso del 08/08/2012).

³⁷ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. IX.

Dopo la sua ordinazione sacerdotale, avvenuta nel 1962, i suoi superiori, scrive Jonsen,³⁸ accettano la sua richiesta di occuparsi di etica religiosa in un contesto ecumenico e così, nel 1967, consegue un dottorato presso il Dipartimento di Studi Religiosi dell'Università di Yale, con una tesi sulla "Responsabilità nell'etica religiosa contemporanea", pubblicata poi nel 1971.³⁹

Jonsen, a riguardo, sottolinea come in quel periodo l'interazione con il suo professore di teologia a Yale, James M. Gustafson, un teologo ecumenico, conoscitore non solo della teologia protestante ma anche di quella cattolica, ha costituito, in un certo senso, il suo primo "approccio" alle tematiche riguardanti la bioetica, in quanto Gustafson era uno tra i primi teologi a porre l'attenzione al "*fermento di idee*", al *contesto culturale* che si stava delineando in merito all'avanzare dei progressi delle scienze biomediche, in particolare rispetto alla genetica e alle neuroscienze⁴⁰.

Eppure, ammette Jonsen, sebbene il professor Gustafson spronasse i suoi studenti a concentrarsi sui problemi morali emergenti nel dibattito culturale-scientifico del momento, "noi teologi eravamo invece assorbiti nella lettura dei maestri della teologia morale, san Paolo, sant'Agostino, san

³⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. IX.

³⁹ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Ediz. Franco Angeli, Milano 1995, p. 112.

⁴⁰ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. IX. Jonsen ricorda che nel 1970 Gustafson pubblica un articolo che pone l'accento sulla "nuova biologia e lo sviluppo delle scienze e tecnologie mediche, con le enormi ripercussioni che esse hanno sull'interesse pubblico di tutta la società" si veda James M. Gustafson, Basic ethical issues in the bio-medical field, *Soundings*, 1970, 53, 2, pp. 151-180.

Tommaso d'Aquino, Lutero, Calvino e i moderni teologi come Barth, Brunner, Tillich e Niebuhrs".⁴¹

Nonostante ciò, racconta Jonsen, molti degli studenti proprio di Gustafson diventeranno poi tra i principali "pionieri" per lo sviluppo della bioetica come disciplina.⁴²

Jonsen ricorda, a questo punto del suo volume, i due momenti, i due principali "incontri" che lo hanno condotto ad occuparsi di temi bioetici veri e propri: il primo è stato l'incontro con il suo amico medico F. Patrick McKegney, direttore del reparto di psichiatria dell'ospedale di Yale-New Haven, che gli disse testualmente, dopo la sua esposizione dei contenuti della tesi di dottorato: "Hai letto e scritto tutto ciò che esiste su questa materia, l'etica; perché ora non vieni in ospedale, così ti mostrerò come si presentano effettivamente i problemi etici nella *realtà concreta*?"⁴³

Jonsen accetta la sua proposta e per due mesi segue una sorta di "internato" nella sua struttura ospedaliera; il dottor McKegney gli pone così le prime questioni etiche riguardanti la biomedicina con cui egli, in qualità di teologo, deve confrontarsi. Se, ad esempio, il "suicidio da dialisi" si possa considerare una mania suicida, una psicopatologia o, stante la condizione di una lunga dipendenza dall'ausilio di un supporto salvavita, si debba

⁴¹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. IX.

⁴² *Ibi*, p. IX.

⁴³ *Ibi*, p. IX.

considerare diversamente la richiesta fatta da alcuni pazienti in trattamento dialitico cronico di “spegnere le macchine” per essere lasciati morire⁴⁴.

Jonsen è così “costretto” a iniziare interessarsi del problema etico connesso alla dialisi come tecnologia salvavita e a studiarsi la letteratura a riguardo,⁴⁵ così come a sperimentare nella pratica, attraverso la presenza concreta, *l'osservazione dei casi*, aspetto fondamentale di tutta il suo successivo percorso professionale.

In seguito, racconta Jonsen, dopo una nuova parentesi accademica in cui i suoi superiori gesuiti lo mandano per un anno all'Institut Catholique di Parigi e all'Università Gregoriana di Roma per perfezionare i suoi studi teologici, viene nominato professore e insegna teologia e filosofia morale all'università di San Francisco.

Lì un altro importante *incontro* ha avuto il potere di rinforzare il suo l'interesse per l'etica medica: nel 1969 viene invitato da un illustre chirurgo di quell'università, Englebert Dunphy⁴⁶, a lasciarsi coinvolgere con i problemi etici creati dal trapianto di rene, che comprendevano la spinosa questione della scelta dei criteri per procedere all'allocazione degli organi.

⁴⁴ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. X.

⁴⁵ Si ricorda, come si è già visto, la costituzione, nel 1962, del primo comitato per la valutazione delle priorità terapeutiche nell'uso della dialisi presso lo Swedish Hospital di Seattle. Si trattò in effetti del primo caso in cui un gruppo di persone di varia estrazione, quasi tutti non medici, fu chiamato a stabilire dei criteri distributivi per l'uso appropriato di risorse tecnologiche scarse.

In tale occasione si chiarì come lo sviluppo scientifico e tecnologico non potesse essere lasciato nelle mani di medici e scienziati, in quanto il potere della medicina era giunto alle soglie di decisioni non più tecniche, ma strettamente morali, e quasi di tipo divino, come si alludeva, ad esempio, con il già citato articolo di S. Alexander su *Life*.

Si veda P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, p. 36.

⁴⁶ S. Spinsanti, , *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Ediz. Franco Angeli, Milano 1995, p. 116.

In tal modo inizia, di fatto, anche la sua “carriera” nell’etica più propriamente *clinica*.

Dunphy gli pone la difficile questione circa la legittimità e accettabilità della definizione di morte proposta dalla Harvard Medical School⁴⁷, in relazione alla possibilità di effettuare o meno il trapianto di rene; la Medical School dell’università di San Francisco aveva infatti costituito un comitato *ad hoc*, proprio per valutare quanto elaborato dalla commissione di Harvard, e Jonsen accetta di farne parte come consulente.

Dice Jonsen:

Il mio “internato” con il dottor McKegney nei reparti dell’ospedale New Haven di Yale, il mio servizio come consulente presso il comitato sulla morte cerebrale dell’università di San Francisco hanno iniziato la mia “trasformazione” da *eticista a bioeticista*.⁴⁸

⁴⁷ Nel 1968 la Commissione della Harvard Medical School (composta da dieci medici, un giurista e un teologo) equipara lo stato di *coma dépassé* (condizione successiva al coma stesso, in cui nel cervello del paziente sottoposto a ventilazione artificiale non si registra più, né in superficie né in profondità, l’attività elettrofisiologica) alla morte del paziente e stabilisce quattro criteri per accertarla: assenza di attività cerebrale, assenza di movimento spontaneo o indotto, assenza della respirazione spontanea, assenza di riflessi del tronco cerebrale.

La Commissione raccomanda che l’accertamento escluda due condizioni capaci di simulare lo stato di morte cerebrale (ipotermia e intossicazione da farmaci), ma non ritiene che sia obbligatoria l’esecuzione di un elettroencefalogramma. Inoltre autorizza l’interruzione di ogni sostentamento artificiale e il prelievo di organi per scopi di trapianto, anche con il paziente ancora sottoposto a ventilazione. Viene così ufficialmente introdotta la questione della cosiddetta *morte cerebrale*, che ha dato adito a un acceso dibattito etico incentrato sulla questione se la Commissione Harvard abbia definito la morte o abbia indicato un criterio per legittimare - e quindi permettere - su pazienti dichiarati in stato di morte cerebrale eventuali altre procedure, come appunto la donazione dei propri organi allo scopo di trapianto.

Cfr A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *The Journal of the American Medical Association*, 1968, 205, 6, pp. 337-340.

Si veda anche, in merito, la risposta critica offerta dal filosofo Hans Jonas, *Tecnica, Medicina ed Etica. Prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.

⁴⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XI.

Jonsen sceglie come data effettiva dell'inizio del suo servizio come bioeticista, con un titolo e una vera e propria retribuzione, la primavera del 1972, quando il dottor P. R. Lee, Cancelliere del Medical Center dell'università della California a San Francisco, lo invita a trascorrere un periodo (che durerà un anno intero) presso la sua struttura, nel nuovo Istituto di Salute Pubblica, in qualità di "Visiting Professor".⁴⁹

Questa opportunità è stata così significativa per la sua formazione, che, come sottolinea Spinsanti⁵⁰, ha segnato una vera e propria "cesura" nel percorso professionale di Jonsen: ha avuto infatti la possibilità di seguire i corsi degli studenti di medicina, partecipare alle visite, alle discussioni dei casi e anche alle autopsie; ma soprattutto, sedeva e *ascoltava*⁵¹.

In seguito, Jonsen stesso ha in un certo senso riassunto la sua stessa carriera di bioeticista clinico proprio sotto il motto programmatico "*Watching the doctors*"⁵². Guardando e ascoltando i medici al lavoro, Jonsen si è reso conto che bisognava proporre un nuovo modo di fare etica, rispetto a quello insegnato nelle facoltà di Filosofia o di Teologia.

Da subito è rimasto colpito da un aspetto che poi avrebbe svolto un ruolo centrale nell'elaborazione del suo pensiero bioetico: i medici trattano dei *casi*, e in questi sono le *circostanze* ad avere un'importanza decisiva.⁵³

⁴⁹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XI.

⁵⁰ S. Spinsanti, *La bioetica. Op. Cit.*, p. 112.

⁵¹ *Ibi*, p. 112.

⁵² S. Spinsanti, Incontro con Albert Jonsen, *L'Arco di Giano*, 1994, 3, pp. 205-220.

⁵³ S. Spinsanti, *La bioetica. Op. Cit.*, p. 114.

Le discussioni speculative e astratte, invece, non corrispondono al modo in cui i professionisti sanitari si occupano di problemi della biomedicina.

L'intuizione che ne ha ricavato è che l'*etica*, per svolgere il compito della cura della salute, deve discostarsi dal modello che la caratterizza come disciplina accademica e *deve diventare capace di occuparsi di casi concreti*.

Dalla frequentazione diretta del contesto clinico Jonsen ha inoltre appreso che i problemi etici, in medicina, hanno una *dimensione temporale* che non emergerebbe direttamente, se si riflette su di essi solo in astratto.

Col *tempo*, invece, le circostanze possono cambiare, anche in maniera significativa. Quando i medici dicono: "Aspettiamo e vediamo", non cercano una scusa, rimandando per evitare di affrontare i problemi; semplicemente riconoscono che, con il passare del tempo, il problema si può presentare in maniera diversa.⁵⁴

In una lunga intervista con Spinsanti, parlando del suo percorso professionale,⁵⁵ Jonsen osserva inoltre che la differenza tra l'esperto di etica che lavora in ambito accademico e coloro che esercitano le professioni sanitarie sta proprio nella *gestione (management)* del caso clinico: ogni intervento del sanitario cambia il caso, comporta dei rischi, richiede la valutazione comparativa dei benefici. Il pensatore speculativo, invece, non è chiamato a gestire, cioè, in qualche modo, a *intervenire* nel caso. L'esperto di etica che invece accetta di coinvolgersi nella clinica (come lui ha

⁵⁴ *Ibi*, p. 114.

⁵⁵ S. Spinsanti, Incontro con Albert Jonsen, *L'Arco di Giano*, 1994, 3, pp. 205-220.

concretamente iniziato a fare) ha una posizione intermedia tra le due: è sensibile alla gestione del caso e deve parlare il linguaggio dei clinici a fianco dei quali lavora, ma deve evitare la discussione astratta o la lunga spiegazione dei principi, per cogliere le particolarità significative e le circostanze caratteristiche che specificano il caso concreto presente⁵⁶ Proprio nel corso della sua carriera “diretta” di consulente eticista Jonsen matura quindi la convinzione che occuparsi di etica clinica comporta assumere *indicazioni di contenuto ed esigenze di metodo* che la rendono profondamente diversa da quella elaborata a partire da principi astratti, anche se di elevato profilo ideale, come avviene nella riflessione morale cattolica.

Spinsanti riporta, a proposito, un episodio della vita di Jonsen che può aiutare a cogliere la diversità dell'approccio che caratterizza l'attività di chi si accosta all'etica passando per la clinica:

Dopo il suo arrivo all'università della California, nel 1972, l'arcivescovo di San Francisco gli chiese di entrare in un comitato di etica chiamato a intervenire quando sorgessero problemi morali negli ospedali cattolici. Un grave caso fu presentato da una giovane donna, alla quale era stato diagnosticato un feto anencefalico. La diagnosi prenatale era stata introdotta da poco; Jonsen era in stretto contatto con coloro che avevano sviluppato questa tecnologia dell'università della California. La donna, ricoverata in un ospedale cattolico, chiedeva un aborto. Il comitato di etica, ragionando astrattamente e sulla base dei principi della morale cattolica, negava la liceità dell'aborto e chiedeva alla donna di portare avanti la gravidanza per i successivi tre mesi, sapendo che poi il neonato senza encefalo sarebbe deceduto nel giro di ore o di giorni. La posizione di Jonsen era diversa. Data la conoscenza sicura dell'anencefalia, sosteneva che questa circostanza rende il caso diverso da quello di un aborto usuale (...). L'arcivescovo fu molto offeso dalla sua posizione e gli domandò di dimettersi dal comitato.⁵⁷

⁵⁶ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, pp. 116-117.

⁵⁷ *Ibi*, pp. 117-118.

Alla fine del 1972 il Decano della School of Medicine dell'università di san Francisco, il dottor J.R. Krevans, lo nomina professore associato, affidandogli la cattedra di Bioetica della Facoltà di Medicina dove rimarrà fino al 1987, anno in cui si trasferisce al Dipartimento di Storia della Medicina ed Etica della facoltà di Medicina dell'università di Washington.

Jonsen, quando entra a far parte dell'organico clinico della struttura californiana, quale esperto di etica con la specifica funzione di consulenza ("to be a consultant"), assumendo un incarico, di fatto, all'epoca ancora tutto da inventare.

Jonsen afferma infatti che ricoprire il ruolo di professore di bioetica equivaleva ad essere definito "una creatura strana, singolare",⁵⁸ in quanto era tra i primi eticisti che entravano a far parte della facoltà di Medicina e, in quegli anni, la bioetica non possedeva ancora uno statuto autonomo, tanto che lo stesso significato del termine "bioetica" era assai confuso, così come il suo oggetto di studio. Ecco perchè Jonsen viene a buon diritto considerato uno dei "pionieri" dello sviluppo della disciplina: come lui stesso sottolinea "sono diventato bioeticista, quando la bioetica era appena nata".⁵⁹

Sempre in quel periodo, ricorda Jonsen, emerge un altro fatto significativo per tutta la sua vicenda personale e professionale: nel 1976 abbandona il sacerdozio attivo, ritornando così allo stato laicale, e successivamente si sposa.

⁵⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XI.

⁵⁹ *Ibi*, p. XI.

Jonsen⁶⁰ sottolinea come la sua vicenda personale sia molto comune a quella di molti bioeticisti che hanno scelto di ritornare ad uno stato “secolare”: questo aspetto, seppur “privato”, non è di poco conto, anche per quanto concerne la nostra prospettiva, in quanto è indice di un cambiamento, di un dibattito etico-culturale forte anche all'interno del mondo ecclesiastico e teologico della Chiesa cattolica, emergente nel corso degli anni '60, il cui evento decisivo è stato il Concilio Vaticano II e il diffuso movimento per il rinnovamento della morale che ne è seguito⁶¹.

Jonsen nel suo testo non dà giudizi espliciti in merito, ma sottolinea, non a caso, che diversi tra i primi bioeticisti, come lui, hanno vissuto questo tipo di vicenda personale, evidenziando come costoro, i quali si occupano concretamente delle difficili e delicate questioni etiche che riguardano la pratica clinica, hanno “scelto” di trovare il loro posto nella società ritornando allo stato laicale; questo fatto, indubbiamente, porta a interrogarsi sui cambiamenti interni al mondo cattolico e al peso teoretico, culturale e valoriale che essi andavano assumendo, specie nel contesto socio-culturale statunitense del tempo.

⁶⁰ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. XI

⁶¹ Come è noto, nel dibattito del Magistero ecclesiastico la questione morale connessa al problema del controllo delle nascite ha assunto un valore emblematico, tanto che venne costituita un'apposita commissione pontificia ad hoc, la maggioranza della quale scelse di optare per una prudente apertura nei confronti della contraccezione ormonale; il Papa, tuttavia, sposò invece l'opinione della minoranza, riaffermando solennemente l'insegnamento tradizionale contro la contraccezione attraverso l'enciclica *Humanae Vitae* del 29 luglio 1968.

A partire dalla pubblicazione dell'enciclica, si evidenzia quindi una certa forma di dissenso interno della comunità cattolica e il dibattito su contraccezione e aborto assume progressivamente toni più accesi, sia all'interno che all'esterno della Chiesa.

Jonsen ha inoltre subito l'influenza della *metodologia casistica* elaborata dalla Business School dell'università di Harvard,⁶² presso la quale ha seguito dei corsi estivi che offrivano programmi di Amministrazione ed Educazione, traendone la convinzione che il *metodo centrato sui casi fosse applicabile anche all'etica clinica*⁶³.

Secondo Jonsen, inoltre, una forma di "resistenza" a sintonizzarsi su una dimensione clinica non sarebbe esclusiva delle morali a carattere religioso. La difficoltà ad accettare un approccio clinico proverrebbe, secondo il suo pensiero, dal cosiddetto *moralismo* che permea tutta la cultura americana.⁶⁴ Egli attribuisce il successo del movimento della bioetica in misura determinante al fatto che quest'ultima sarebbe una variante del "*moralismo*" americano. Il moralismo si definirebbe come un certo modo di pensare e percepire la vita morale, presente della cultura americana, nel quale sono confluiti elementi propri sia del calvinismo dei puritani insediatisi originariamente nella Nuova Inghilterra sia del latente giansenismo degli immigrati irlandesi. Questa morale sarebbe caratterizzata dal fondamentalismo, per il quale è importante l'insistenza su principi morali chiari, riconoscibili da tutte le persone di buona fede. L'etica deve pertanto affermare l'esistenza di principi morali assoluti, dai quali non è lecito

⁶² La Business School dell'università di Harvard, fondata nel 1920, ha proposto un metodo di insegnamento del diritto centrato sullo studio dei casi; i primi tentativi in tal senso sono stati già proposti dall'Istituzione nella seconda metà del secolo scorso, come reazione a uno studio della legge divenuto troppo speculativo.

⁶³ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 121.

⁶⁴ *Ibi*, pp. 118-119.

discostarsi; i principi sono corretti in se stessi, le eccezioni e le scuse non meritano considerazione, perché potrebbero indebolire i principi.

La bioetica che si è sviluppata negli Stati Uniti assomiglierebbe molto ad una variante secolare di questa forma di fondamentalismo. Riposerebbe sulla convinzione che esistano principi chiari e non ambigui, che toccano tutti gli ambiti di vita, profondamente personali, benchè siano aperti a tutte le persone dotate di coscienza nella comunità morale. Questo latente moralismo americano, in vesti secolari, avrebbe così dato un impulso decisivo alla bioetica al fine di riportare il “caos” prodotto dallo sviluppo repentino delle possibilità reali offerte dalla medicina tecnoscientifica attuale entro l'ordine dei principi morali.

Secondo Jonsen, quindi, da quando la bioetica ha iniziato ad affermarsi come disciplina, gli studiosi hanno adottato *un approccio tipicamente americano di analisi etica*, cioè l'applicazione di pochi e chiari principi ai problemi etici.

Anche questo aspetto, più di matrice storico-sociale-culturale, maturato nel corso del suo percorso personale, ha poi indubbiamente influenzato tutta la sua riflessione etico-clinica successiva.

3. Il contesto storico-culturale in cui Albert R. Jonsen opera: aspetti del dibattito teologico degli anni '60-'70

Risulta difficile non sottolineare il ruolo svolto dalla teologia morale nella nascita e nello sviluppo della bioetica, tanto che Jonsen afferma testualmente che “per quanto riguarda la bioetica che emerge durante gli anni '70, i teologi possono esserne considerati tra i primi creatori ad apparire sulla scena”⁶⁵

Già negli anni '40-'50 esistevano un'ampia serie di manuali teologici dedicati in maniera esplicita ai problemi di etica medica⁶⁶; Jonsen⁶⁷, per quanto riguarda la teologia morale cattolica, sottolinea come fossero strutturati in modo da prevedere un'esposizione dei principi morali fondamentali derivanti dalla legge naturale e la divina Rivelazione e l'*analisi casistica* dei diversi temi principali dell'etica medica, come l'aborto, la contraccezione, l'eutanasia.

Il metodo utilizzato fino ad allora dai teologi cattolici possiede, dice Jonsen, i tratti del *naturalismo* e *positivismo ecclesiastico*; naturalismo in quanto ci si riferisce all'interpretazione della dottrina della legge morale naturale, positivismo nel senso che gli insegnamenti morali impartiti dai

⁶⁵ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 34.

⁶⁶ Ricordiamo E.F. Healy, *Medical Ethics*, Loyola University Press, Chicago 1956, G. Kelly, *Medico-Morals Problems*, Catholic Hospital Association, St. Louis, 1954, B.Haring, *Etica medica*, Paoline, Roma 1971.

⁶⁷ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 36.

teologi trovano la loro giustificazione nei pronunciamenti del Magistero della Chiesa⁶⁸.

In quegli stessi anni, comincia a manifestarsi la crescente attenzione rivolta dalla Chiesa cattolica agli effetti del progresso tecnoscientifico in materia di salute pubblica: si evidenziano in particolare i ripetuti contributi da parte del Papa Pio XII in materia di etica medica, il quale è intervenuto ripetutamente con discorsi ufficiali a varie assemblee mediche⁶⁹. Di importanza cruciale per il dibattito teologico del periodo, è stato il documento di Papa Paolo VI sulla contraccezione artificiale, l'enciclica *Humanae Vitae*, del 1968.

Jonsen stesso sottolinea nel suo volume storico-critico come gli anni del *Concilio Vaticano II* (1962-1965),⁷⁰ che dovevano portare una ventata di rinnovamento all'interno della struttura stessa della Chiesa, hanno visto "introdurre" nella teologia morale cattolica tutta una serie di nuove controverse questioni, principalmente legate al problema dell'aborto e della contraccezione artificiale⁷¹.

Il fermento di idee e il crescente dibattito etico interno al mondo teologico cattolico ha poi portato alla *rinascita dell'etica medica* nel panorama bioetico americano; sono infatti considerati due laici cattolici (Daniel Callahan, fondatore dell'*Hastings Center* e André Hellegers, fondatore del

⁶⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 36.

⁶⁹ Pio XII, *Discorsi ai medici*, in F. Angelini (ac. di.), *Orizzonte Medico*, Roma 1959.

⁷⁰ Si veda J.Fuchs, *Teologia e vita cristiana alla luce del Vaticano II*, Herder-Morcelliana, Roma-Brescia 1968.

⁷¹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 38.

Kennedy Institute, i due primi veri Centri di Bioetica statunitensi), insieme al teologo protestante Paul Ramsey, i “più significativi architetti istituzionali e intellettuali della recente rinascita dell’etica medica”.⁷²

In tal senso, si assiste ad un vero e proprio processo di *secolarizzazione* interno alla stessa etica teologica: molti autori protestanti, cattolici ed ebrei che, anche per l’influsso di Ramsey, avevano dato un contributo decisivo alla fioritura della bioetica negli Stati Uniti, intraprendono lo sforzo di una forma argomentativa che non sia esclusiva della propria tradizione religiosa⁷³, innescando così un irreversibile processo di continua “laicizzazione”⁷⁴ della bioetica, come si è già visto per quanto riguarda le vicende personali della vita di Jonsen.

Per dare un’idea della portata del dibattito sorto alla luce della pubblicazione dell’enciclica *Humanae Vitae*, si tenga presente che esso ha visto, a titolo esemplificativo, Daniel Callahan, molto critico nei confronti dei moralisti gesuiti Ford e Kelly,⁷⁵ affermare che “l’enciclica rinnegò la stessa commissione pontificia, le cui conclusioni furono specificatamente respinte

⁷² L. Walters, *La religione e la rinascita dell’etica medica negli Stati Uniti: 1965-1975*, in E.E. Shelp (ac.di), *Teologia e bioetica, Fondamenti e problemi di frontiera*, EDB, Bologna, 1989, p. 54.

⁷³ W. T. Reich, *La Bioetica negli Stati Uniti*, in C. Viafora (ac.di.), *Vent’anni di bioetica*, Fondazione Lanza,-Gragoriana Libreria Editrice, Padova, 1990, p. 164.

⁷⁴ Tra i principali teologi protestanti: James Childress, John Fletcher, James Gustafson, Paul Ramsey, Leroy Walters, Robert Veatch; tra i cattolici Daniel Callahan, Charles Curran, German Grisez, André Hellegers Rihard McCormick, Edmund Pellegrino, Warren Reich e lo stesso Albert Jonsen; tra gli autori di tradizione ebraica Hans Jonas, Seymour Siegel.

⁷⁵ J.C.Ford, G. Kelly, *Contemporary Moral Theology*, Newman Press, Westminster, 1964.

dal Papa”;⁷⁶ (egli si è poi schierato e battuto a favore dell’aborto);⁷⁷ Hellengers invece, uno dei laici partecipanti alla commissione pontificia⁷⁸, era rimasto così deluso dalle conclusioni del testo papale, da scrivere: “Per lo scienziato è difficile capire perché sia stata nominata una commissione pontificia...l’accordo con le conclusioni del passato è la condizione *sine qua non* per l’accettazione dell’indagine scientifica. Tale testo dichiara che il metodo scientifico è irrilevante per la teologia-cattolico romana”⁷⁹

Secondo quanto scrive il teologo Angelini,⁸⁰ però, bisogna tenere presente il “fenomeno sospetto” che, a suo dire, si verifica in quel periodo così particolare: i teologi moralisti dell’epoca, proprio negli anni del Concilio, cambiano rapidamente parere a proposito della questione della regolazione delle nascite, allora emergente. La rapidità di tale mutamento di parere è apparsa già da subito sorprendente e per se stessa sospetta,⁸¹ come se fosse “una resa ad una pressione esterna”.⁸²

⁷⁶ D. Callahan (a c.di), *The Catholic case of Contraception*, MacMillan, New York 1969.

⁷⁷ D. Callahan, *Abortion: Law, choice and morality*, MacMillan, New York, 1970; al testo rispose il teologo G. Grisez, di opposto parere: *Abortion: The mythe, the realities, the arguments*, Corpus Books, New York, 1970.

⁷⁸ Il gruppo, allargato dal Papa Paolo VI a 58 membri (teologi, sposi, medici, sociologi, esperti di pastorale), aveva predisposto già nel 1966 un documento (maggioritario) favorevole alla contraccezione; questa soluzione venne invece negata dall’enciclica pubblicata poi il 29 luglio del 1968.

⁷⁹ A.E. Hellengers, *A Scientist’s Analysis*, in C.E. Curran (a c.di.), *Contraception: Authority and Dissent*, Herder & Herder, New York, 1969, pp. 216-217.

⁸⁰ G. Angelini, *Teologia morale fondamentale. Tradizione, Scrittura e teoria*, Glossa, Milano 1999, pp. 228-234.

⁸¹ A. Valsecchi, *Regolazione delle nascite. Un decennio di riflessioni teologiche*, Queriniana, Brescia 1967.

Si veda anche G. Angelini, *Teologia morale fondamentale. Tradizione, Scrittura e teoria*, p. 229.

⁸² *Ibi*, p. 229.

A Paolo VI, continua Angelini, parve che la questione fosse ancora acerba, e il regime del dibattito conciliare troppo concitato perché esso potesse dare risposta alla questione; pertanto la decisione del Pontefice di sottrarre la questione alla competenza del Concilio apparirebbe del tutto giustificata.⁸³

Di fatto, come scrive lo stesso Angelini,⁸⁴ la difficoltà obiettiva di tradurre nell'Enciclica la "nuova" prospettiva personalista, in modo che fosse in grado di istruire sulla questione delle norme materiali di comportamento⁸⁵, ha condotto Paolo VI ad accogliere in *Humanae Vitae* la soluzione conforme al precedente insegnamento di Pio XII, quella dunque che dichiarava illecito il ricorso agli anticoncezionali. Tale soluzione corrispondeva al parere della minoranza della commissione da lui stesso creata; tale scelta, conclude Angelini, ha dato inizio ad un dissenso tra Magistero e teologia che dura fino ad oggi.⁸⁶

Il dibattito non ha poi interessato soltanto la precisa materia oggetto dell'Enciclica; esso solleva, in realtà, molte questioni di carattere

⁸³ G. Angelini, *Teologia morale fondamentale. Tradizione, Scrittura e teoria*, p. 229.

⁸⁴ *Ibi*, p. 229.

⁸⁵ Il testo della costituzione conciliare recepisce l'istanza 'personalista' che corregge il tratto 'naturalistico' e giuridicizzante proprio della definizione canonica di matrimonio quale scambio di jus in corpus. Insieme corregge anche la concezione della sessualità sottesa a quella definizione, quella cioè del sesso quale facoltà 'generativa' che era dominante nella teologia morale corrente.

La duplice correzione appariva certo subito convincente, in quanto le forme della sensibilità già allora diffusa, in particolare nelle società occidentali, imponevano di riconoscere al matrimonio, e correlativamente al profilo sessuale del rapporto tra uomo e donna, un significato e un valore più radicali e pervasivi rispetto a quanto non consentisse di pensare la concezione del sesso quale facoltà. Quali conseguenze venissero da tali correzioni di prospettiva sotto il profilo delle norme morali di comportamento, conclude Angelini, non appariva allora però ancora chiaro. Si veda G. Angelini, *Teologia morale fondamentale. Tradizione, Scrittura e teoria*, p. 228.

⁸⁶ *Ibi*, p. 229.

fondamentale, come il rapporto tra teologia e Magistero, tra rivelazione cristiana e questioni di morale materiale, la questione dei rapporti tra fede e coscienza morale della persona,⁸⁷ che di certo hanno avuto peso anche nel percorso personale e di studi dello stesso Jonsen.

Il progresso tecnoscientifico, quindi, ha indubbiamente coinvolto e influenzato il mondo teologico, affinché si confrontasse con le nuove possibilità realizzabili grazie alla tecnica; lo ha spinto ad offrire risposte etiche rispetto a nuovi problemi da esso posti, ma ottenendo un risultato assolutamente vario: da una parte la morale teologica più “tradizionale” e di posizione conservatrice del Magistero Cattolico⁸⁸, con il divieto dell’aborto diretto e di ogni forma di eutanasia; dall’altra, almeno nel panorama del dibattito americano, la riflessione spesso più “aperta”, di molti studiosi, teologi, nella maggioranza dei casi anche ex sacerdoti e/o religiosi, la cui attività si concentra presso i neonati Centri di Etica Medica (poi Centri di Ricerca di Bioetica).⁸⁹

⁸⁷ *Ibi*, pp. 229-230.

⁸⁸ Per una raccolta dei principali testi del magistero si veda P. Verspieren (a c.di), *Biologia, Medicina ed Etica. Testi del Magistero cattolico*, Queriniana, Brescia 1990.

⁸⁹ Ricordiamo, come lo stesso Jonsen nel suo volume storico-critico, che tra il 1967 e il 1969 furono gettate le basi delle principali istituzioni che ancora oggi operano nel campo della bioetica: nel 1969 Daniel Callahan, insieme all’amico psichiatra William Gaylil, fondò un centro di ricerca indipendente, non affiliato a nessuna università, *l’Institute of Society, Ethics and Lifes Sciences*, poi diventato *Hastings Center*. Il Centro ha poi iniziato a pubblicare fin dai primi anni ’70 una rivista internazionale dedicata allo studio delle dimensioni morali della biomedicina, denominata *Hastings Center Report*, che si può considerare una delle più importanti riviste di bioetica a livello mondiale. L’altro grande centro per la ricerca bioetica sorse presso l’Università di Georgetown, a partire dal 1971, dove, sulla scia di Ramsey, precedentemente invitato come *Visiting professor*, Hellegers aveva patrocinato, con l’appoggio della fondazione Joseph Kennedy jr., l’istituzione del *Kennedy Institute*. Si veda A.R. Jonsen, *Op. cit.*, pp. 20-24.

Jonsen nel suo testo punta l'attenzione specialmente su un "trio" particolare di teologi, che, a suo dire, hanno contribuito in maniera preponderante allo sviluppo della neonata riflessione bioetica e hanno avuto una grande importanza nell'elaborazione del suo pensiero: Joseph Fletcher, Paul Ramsey e Richard McCormick.

Questo trio, scrive Jonsen, "non è come la Santa Trinità della teologia Cristiana 'una e indivisibile', ma ha piuttosto contribuito a costituire quella gamma di posizioni che ha poi caratterizzato gran parte del dibattito teologico statunitense, e che va dal *liberale* Fletcher, al *conservatore* Ramsey, al *moderato* McCormick".⁹⁰ Ognuno di loro, secondo Jonsen,⁹¹ ha il merito di aver offerto un contributo fondamentale all'interno del dibattito teologico/etico del momento per arrivare a formulare le più importanti questioni bioetiche che hanno poi costituito l'oggetto d'indagine della disciplina.

Fletcher era professore di Teologia Pastorale e di Etica presso l'Episcopal Theological School di Cambridge, in Massachusetts, e aveva pubblicato nel 1954 l'opera *Morals and Medicine*, in cui aveva sostituito al tradizionale schema dei comandamenti del Decalogo una riflessione a partire dai diritti umani, rivendicando, in una forte critica rispetto al naturalismo della morale cattolica, la tesi dell'autodeterminazione quale caratteristica imprescindibile di ciascun essere umano.

⁹⁰ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 41.

⁹¹ *Ibi*, p. 42.

Nel 1966 pubblica poi *Situation Ethics: The New Morality*, in cui propone la sua teoria etica, detta *etica della situazione*, subordinata al comandamento dell'amore, come strategia per la risoluzione dei conflitti morali. Egli infatti si batteva, nel suo testo, sia contro il "legalismo" di chi applica meccanicamente regole e norme sia contro "l'antinomismo" di coloro che ritengono di poter prescindere completamente dalle regole, fondando le proprie decisioni solo ed esclusivamente sulla situazione concreta. Il situazionismo di Fletcher, in sintesi, non nega né disprezza i valori morali, ma li subordina all'imperativo categorico dell'amore⁹².

L'aspetto "metodologico" del lavoro di Fletcher, con l'attenzione posta non solo sull'applicazione "meccanica" dei principi/regole alle questioni considerate, sarà poi di fondamentale importanza per la formulazione successiva del metodo casistico dello stesso Jonsen.

Paul Ramsey, invece, era professore di religione alla Princeton University e proveniva dall'ambiente protestante metodista. Si era interessato a questioni di etica medica già dal 1966 ed era stato invitato da Hellengers presso la Georgetown University come Visiting Professor per due semestri.

Nel 1970 pubblica quello che viene considerato il primo vero testo di bioetica e che "contribuisce a creare un nuovo genere di letteratura

⁹² S.Morandini (a c. di), *L'etica negli ambiti di vita. Primo forum nazionale di etica applicata*, Proget Edizioni, Padova 2010, p. 150.

medica”;⁹³ *The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics*, in cui però, assumendo una posizione più conservatrice, evita di occuparsi dei “temi caldi” dell’aborto e della contraccezione.⁹⁴

Ramsey, sottolinea Jonsen⁹⁵, poneva la sua attenzione sui diversi campi dell’arte medica, sostenendo che i medici dovessero riflettere sui tutti i vari aspetti che potevano influenzare la pratica clinica; un aspetto che Jonsen riporta nel suo testo, e che assumerà altresì grande valore nella sua riflessione bioetica, è proprio un’osservazione di Ramsey che scrive: “ L’etica medica oggi deve essere *casistica*; deve essere in grado di trattare nel modo più competente ed esaustivo possibile tutte le caratteristiche concrete che riguardano le decisioni morali che concernono la vita, la morte e la cura delle persone”⁹⁶

McCormick⁹⁷ invece era un teologo cattolico, appartenente all’ordine dei gesuiti, come lo stesso Jonsen. Jonsen⁹⁸ mette in rilievo il fatto che egli abbia sempre mantenuto una *posizione moderata*, all’interno del dibattito teologico cattolico, abbastanza fedele ai contenuti della tradizione ma parimenti aperto alla considerazione di quanto stesse avvenendo nella

⁹³ L. Walters, *La religione e la rinascita dell’etica medica negli Stati Uniti: 1965-1975*, in E.E. Shelp (ac.di), *Teologia e bioetica, Fondamenti e problemi di frontiera*, EDB, Bologna, 1989, p. 50.

⁹⁴ M. Chiodi, *Modelli teorici in bioetica*, Franco Angeli, Milano 2005, p. 29.

⁹⁵ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics. Op. cit.*, p. 49.

⁹⁶ P. Ramsey, *The Patient as person. Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, New Haven, 1970, p. 17.

⁹⁷ Si veda, ad esempio, R.A. McCormick, *How Brave a New World*, in C.Curran (a c. di), *Medicine and Morals*, Washington D.C., Corpus 1970.

Si veda inoltre R.A. McCormick, *How Brave a New World? Dilemmas in Bioethics*, Georgetown University Press, Washington 1985.

⁹⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics. Op. cit.*, p. 52.

società a fronte del progresso tecnoscientifico, e quindi disposto, in certo senso, ad assumere un ruolo di *mediazione*, grazie al tentativo di approcciarsi alle problematiche della biomedicina in modo più aperto a un *dialogo* costruttivo con il mondo laico.

Jonsen sottolinea come McCormick abbia offerto un contributo importante anche a livello più specificatamente teoretico per lo sviluppo della bioetica, riprendendo e riproponendo il valore della la dottrina morale del *duplice effetto*⁹⁹ in riferimento al concetto, più attuale, di ragione proporzionata¹⁰⁰.

⁹⁹ Per un'analisi storica del principio del duplice effetto, denominato più precisamente *principio morale dell'atto a duplice effetto*, si veda A. Virdis, Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica, in *Medicina e Morale*, 2006, 5, 951-979.

Il principio morale del duplice effetto, è da notare, vede la sua genesi proprio all'interno dell'*alta casuistica* (XVI sec.), come scrive J.F. Keenan, riferendosi specificatamente al lavoro di Jonsen e Toulmin *The Abuse of Casuistry*, mostrando che ad entrambi era dunque un tema ben noto.

Si veda J.F. Keenan, *The Function of the principle of duple effect*, Theological Studies, 1993, 54, pp. 294-316.

¹⁰⁰ R.A. McCormick, *Ambiguity in Moral Choice*, Marquette University Press, Milwaukee 1973.

4. Il contesto storico-culturale in cui Albert R. Jonsen opera: i contributi per il dibattito sulla filosofia della medicina offerti dalle Commissioni governative e dalla bioetica dei principi

Nel contesto del fermento del dibattito statunitense in cui Jonsen è inserito, oltre al dibattito interno al mondo della teologia morale e della filosofia, un ruolo di primo piano, a cui egli stesso dedica una grande parte del suo volume *The Birth of Bioethics*,¹⁰¹ è assunto dall'importanza dei contributi, in tema di etica pubblica, offerti dagli organismi governativi americani per lo studio delle problematiche bioetiche.

Jonsen descrive compiutamente la genesi e l'attività ufficiale, così come il dibattito interno, sorto in queste istituzioni in quanto egli stesso, come si vedrà in seguito, ne è stato un componente di primo piano che, con il suo specifico apporto, ha contribuito alla redazione dei principali documenti prodotti dai singoli organismi.

Sempre a seguito di *casi*, situazioni problematiche effettivamente accadute e di stampo eminentemente *pratico* (aspetto di non poco conto, nella prospettiva di Jonsen e per il nostro lavoro), già negli anni '60 negli Stati Uniti, dopo la nascita di bambini malformati a causa del talidomide, il Governo americano aveva istituito degli istituti con il ruolo di commissioni di

¹⁰¹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, pp. 90-158.

controllo per la sperimentazione dei farmaci sui minori, le FDA e il NIH¹⁰². Quest'ultimo Istituto aveva coordinato la nascita di numerosi comitati locali, detti IRB,¹⁰³ autonomi nei loro giudizi ma sottoposti al Governo centrale per la loro istituzione e composizione.

Tra il 1974 e il 1978 il Congresso degli Stati Uniti è intervenuto così per finanziare, con milioni di dollari, la ricerca etica e l'insegnamento, istituendo la *Commissione Nazionale per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale*, la prima assise federale incaricata di studiare a fondo i problemi morali connessi alla sperimentazione.

La Commissione in quattro anni ha pubblicato sette documenti su diversi aspetti della questione generale della sperimentazione (la ricerca sul feto: 1975; i detenuti: 1976; la psicoturgia: 1977; la rivelazione su informazioni della ricerca: 1977; i bambini: 1977; i malati mentali istituzionalizzati: 1977; la revisione dei protocolli di ricerca: 1978).

Il lavoro si conclude infine con la redazione del *Belmont Report*, elaborato dalla *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*,¹⁰⁴ costituita per affrontare i problemi etici

¹⁰² FDA sta per *Food and Drug Administration*, organismi per il controllo dell'industria e del commercio farmaceutico, e l'importazione dei prodotti alimentari; NIH sta per *National Institute of Health*, l'istituto deputato alla tutela e la controllo di coloro che venivano sottoposti alla sperimentazione.

¹⁰³ IRB sta per *Institutional Review Board*, comitati locali di controllo.

¹⁰⁴The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Department of Health, Education and Welfare, Publication No (OS) 78-0012, Washington D.C. 1978.

derivanti dalla sperimentazione su soggetti umani, che svolse i suoi lavori da 1974 al 1978. Quando il Congresso americano nominò la Commissione, spronò i suoi undici membri (che erano scienziati, medici, avvocati e due esperti di etica clinica/bioeticisti *ante litteram*, tra cui lo stesso Albert Jonsen) affinché conducessero un approfondito studio per identificare i *principi etici basilari* che avrebbero dovuto guidare la ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani e a redigere delle *linee guida*, a riguardo, che fossero *in accordo con tali principi*.¹⁰⁵

Nel Belmont Report vengono così indicati *tre principi etici basilari* che servono come giustificazione fondamentale delle molteplici prescrizioni e valutazioni etiche delle azioni umane: *il principio del rispetto delle persone, di beneficenza e di giustizia*¹⁰⁶.

Nel testo non viene fornita alcuna spiegazione circa l'articolazione dei principi fra loro, lasciando intendere che essi servono piuttosto a far emergere e analizzare i problemi morali; va segnalato che tali principi sono considerati come sfondo comune di riferimento per le varie correnti e discipline convergenti nella bioetica, essi appaiono come una sorta di schema interpretativo ricorrente dei problemi etici che la Commissione andava via via esaminando¹⁰⁷.

¹⁰⁵ R.J. Devettere, *Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases and Concepts*, 3rd Georgetown University Press, Washington D.C., 2010, 364.

¹⁰⁶ *The Belmont Report*, p.4.

¹⁰⁷ Si veda P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 58

Come evidenzia Gracia, a partire dal *Belmont Report* questi tre principi sono diventati le categorie che costituiscono lo “scheletro” di tutta la bioetica nordamericana; la loro generale accettazione è avvenuta con la consapevolezza che essi non rivendicano per sé uno statuto assoluto o metafisico, ma possono essere presi come *principi di base di morale civile*, nei quali possono trovarsi d'accordo tutti i gruppi culturali e religiosi presenti in una società pluralistica come quella contemporanea, e a partire dai quali è possibile giungere a conclusioni pratiche moralmente accettabili da tutti¹⁰⁸.

Si è così aperta una intensa stagione della storia della bioetica, la nascita e lo sviluppo della cosiddetta *bioetica dei principi o principalismo*, che, come sottolinea Pessina, ha espresso due elementi contestuali importanti di questa fase dello sviluppo della bioetica come disciplina: *una preoccupazione “clinica”*, cioè la necessità di fornire indicazioni concrete agli operatori sanitari rispetto ai problemi emergenti della biomedicina dovuti al contemporaneo sviluppo tecnoscientifico¹⁰⁹, e *l'esigenza sociale di fissare direttive pubbliche* in una società pluralistica¹¹⁰.

¹⁰⁸ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Edizioni san Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, p. 528.

¹⁰⁹ Negli anni '60-'70, emerge infatti anche tutta la problematica relativa alla cosiddetta *medicina dei miracoli*, che è allo stesso tempo fonte di laceranti conflitti sociali ed etici. A titolo esemplificativo, si ricorda che il 9 marzo 1960 a Seattle il dottor Belding Scribner iniziò a dializzare Clyde Shields, una paziente affetta da insufficienza renale cronica, introducendo uno shunt arteriovenoso, che rendeva la dialisi una pratica possibile nel tempo e salvavita.

Nel 1962, a seguito di un articolo pubblicato su *Life*, si accese negli Usa il dibattito sui cosiddetti “comitati di Dio”, i neonati comitati di etica, composti in maggioranza da non medici, che dovevano valutare le candidature e decidere anche destinare la pratica salvavita della dialisi (in pratica, decidevano che potesse vivere o chi doveva morire).

La *bioetica dei principi*¹¹¹ aspira pertanto a fornire criteri morali formalmente condivisibili da tutti (non nuocere al paziente, fare il suo bene, rispettare la sua l'autonomia e promuovere la giustizia), evitando di aprire il conflitto sui *fondamenti teorici* dei principi stessi, cioè sulla concezione dell'uomo, della vita e della società che ne potrebbero articolare il contenuto.¹¹²

L'impostazione "per principi", seguita dalla National Commission, viene poi articolata e illustrata più rigorosamente nel volume di T.L., Beauchamp e J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics (Principi di etica biomedica)*,¹¹³ divenuto rapidamente, per la quantità di informazioni, argomentazioni e analisi di casi concreti, uno dei testi di riferimento dell'etica biomedica angloamericana.

Il comitato di etica di Seattle più di altri, riuscì a mobilitare l'opinione pubblica sulla necessità della bioetica, cioè di un consenso sociale intorno a pratiche mediche che non potevano più essere regolate con i criteri che avevano guidato la medicina fino ad allora.

Questi eventi, scrive a riguardo Jonsen, spinsero l'etica medica fuori dal suo passato e verso il suo futuro, ossia sono ritenuti dall'Autore di importanza centrale per la nascita stessa della bioetica come disciplina (si veda A.R.Jonsen, *The Birth of Bioethics, Hastings Center Report, Special Supplement, 1993, 23, pp. 1-16.*).

¹¹⁰ A. Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Edizioni Bruno Mondadori, Milano 1999, p. 25.

¹¹¹ Il termine *principlism* è stato coniato con intento critico da K.D., Clouser e B.Gert nell'articolo *A critique of principlism, The Journal of Medicine and Philosophy, 1990, 15, 219- 236*, si riferisce al tentativo di privilegiare un insieme di principi rispetto a complessi sistemi di teoria etica nella formulazione di giudizi normativi. Oggetto della critica degli Autori erano direttamente W. Frankena, *Etica*, Edizioni di Comunità, Milano 1996 e T.L., Beauchamp, J.F., Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999. Il termine è stato poi esteso nel corso del dibattito a tutti gli approcci che facevano uso dei "principi", fra cui almeno quelli contenuti nel *Belmont Report* e, in particolare, anche a filosofi come R.M. Veatch e H.T. Engelhardt. Si veda P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 60-61.

¹¹² A.Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, p. 25.

¹¹³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 2009, 6thed. (trad.it. *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999). La prima edizione del volume è del 1979, un anno dopo la pubblicazione del *Belmont Report*.

Le radici filosofiche della loro impostazione sono da ricercare nell'etica normativa anglosassone, distinta nelle due tradizioni *conseguenzialista* e *deontologica*,¹¹⁴ rispetto alle quali la teoria proposta nel volume si intende configurare come un punto di convergenza.

Secondo Beauchamp e Childress, infatti, una forma di utilitarismo della regola e una forma di deontologia possono basarsi su identici principi nell'esprimere giudizi e valutare azioni; anzi, la netta opposizione delle due tradizioni sul piano teorico può corrispondere in molti casi ad una piena coincidenza di vedute sul piano delle risoluzioni pratiche¹¹⁵.

Rielaborando lo schema del Belmont Report, questi autori hanno così individuato quattro principi: *"rispetto per l'autonomia"*, *"non maleficenza"*, *"beneficenza"* e *"giustizia"*, la cui articolazione dovrebbe costituire uno schema per l'identificazione, l'analisi e la soluzione di problemi morali nella biomedicina.

¹¹⁴ Le teorie etiche *conseguenzialistiche* o *teleologiche* sostengono che un'azione (o una regola), può essere giudicata come buona se produce come conseguenza il maggior bene possibile, in un certo contesto, per coloro che vi sono e vi essere potranno essere coinvolti.

Si evidenzia come, nella storia del pensiero filosofico, è divenuto d'uso comune stabilire un'indebita identificazione fra teleologia e utilitarismo, benchè gran parte delle teorie utilitaristiche siano conseguenzialiste (si veda, in proposito, A. Corradini, *Cos'è il conseguenzialismo? Proposta per una classificazione sistematica*, in Id., *Studi sul formalismo nell'etica analitica*, Franco Angeli, Milano 1996) Gli autori principali di riferimento nel panorama filosofico contemporaneo sono W.K. Frankena, *Etica. Un'introduzione alla filosofia morale*, Edizione di Comunità, Milano 1996, e R.B. Brandt, *A Theory of Good and the Right*, Clarendon Press, Oxford 1979.

Secondo le teorie etiche deontologiche, invece, vi sono delle norme fondamentali che vanno rispettate perché valgono incondizionatamente e senza riserve, pertanto le azioni che sono giudicate obbligatorie e doverose, lo sono indipendentemente dalle conseguenze che esse arrecano.

Tra le diverse espressioni della deontologia, quella più celebre è *l'imperativo categorico* di Kant; nelle discussioni contemporanee di etica applicata, l'autore di riferimento è invece W.D. Ross, *The Right and The Good*, Clarendon Press, Oxford 1930.

¹¹⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 2009, 6thed., pp. 44-46.

I principi, la cui origine è da ricercarsi nell'esperienza, risultano dal tentativo di fornire una giustificazione alle *regole*, che esprimono un primo e più immediato livello di generalizzazione dei *giudizi* particolari relativi alle *azioni*. I principi, a loro volta, rimandano però alle *teorie etiche*, intese come sistemi di norme e principi comprensivi di specifiche regole per la risoluzione di conflitti.¹¹⁶

L'idea fondamentale delineata da Beauchamp e Childress è che tra questi quattro principi, nessuno dei quali ha valore assoluto ma tutti validi *prima facie*¹¹⁷, non vi sia alcun ordinamento gerarchico, e che la preminenza dell'uno o dell'altro venga decisa in riferimento alla maggiore o minore coerenza dei giudizi derivabili nella situazione specifica con il complesso dei giudizi morali ponderati precedentemente accettati¹¹⁸.

La teoria dei principi ha avuto molta fortuna nel corso degli anni '80, soprattutto perché si presenta come un valido strumento di analisi e

¹¹⁶ P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 62.

¹¹⁷ Beauchamp e Childress assegnano ai singoli principi una validità *prima facie*, cioè una cogenza che può dirsi reale e in qualche modo "assoluta", cioè non soggetta a eccezioni, in tutte quelle situazioni in cui un singolo principio non confligge con uno o più altri, ma *soltanto* in esse. I due autori attingono all'opera di W.D., Ross, *The Right and The Good*, Clarendon Press, Oxford 1930, e ne recepiscono la sua distinzione fra *dovere reale* e *dovere prima facie*, cioè un atto che tende ad essere nostro dovere, ma la cui piena cogenza (che lo trasforma in dovere reale), dipende dalle circostanze presenti: quando l'agente è in grado di formarsi un'opinione ponderata su quale dei doveri prima facie abbia maggior peso nella specifica situazione, tale dovere in quel caso si impone sugli altri; citato da P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 63.

I doveri *prima facie* sono anche definiti *condizionali*; l'uomo, secondo Ross, li coglie intuitivamente, sono autoevidenti, valgono per se stessi e costituiscono i principi primi della vita morale, non presentano *prima facie* eccezioni e vanno in prima istanza realizzati, a meno che non contrastino con doveri dello stesso genere; si veda A. Da Re, *Figure dell'etica* in C. Vigna (a c. di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano, 2001, p. 84.

¹¹⁸ P. Cattorini, M. Reichlin, *La bioetica: storia, teorie, problemi*, in C. Vigna (a c. di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano, 2001, p. 166.

interpretazione dei problemi della biomedicina, nonché uno strumento utile per l'insegnamento e di facile apprendimento.

La critica principale relativa alla bioetica dei principi si evidenzia già partire dalla fine degli anni '80;¹¹⁹ con il fondamentale contributo di autori quali S. Toulmin, lo stesso Jonsen (come si vedrà meglio in seguito), K.D. Clouser, B. Gert e R.M. Green¹²⁰.

Secondo questi ultimi, la più frequente *critica* rivolta alla teoria dei principi è quella di mancare di una insufficiente consistenza teorica¹²¹: i singoli principi esemplificano il punto di vista privilegiato rispettivamente di alcune teorie etiche di riferimento (il kantismo per l'autonomia, il deontologismo per la non maleficienza, l'utilitarismo per la beneficienza, il contrattualismo per la giustizia), ma l'agente si trova poi nell'imbarazzo di dover scegliere quale teoria privilegiare nel caso singolo, correndo il rischio di cadere in una condizione di situazionismo o eclettismo morale.

¹¹⁹ Sul dibattito intorno al principlism si veda R.B. Davis, *The principlism debate: a critical overview*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1995, 20, pp. 85-105 e più diffusamente E.R. DuBose, R.P. Hamel, L.J. O'Connell (eds.) *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994.

¹²⁰ K.D. Clouser, B. Gert, *A critique of principlism*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, 15, 219- 236. Costoro hanno denunciato il difetto di teoria di tale impostazione, dove manca una reale giustificazione in merito a un criterio definitivo che permetta di scegliere, in caso di conflitto tra principi, perché questi ultimi non sarebbero altro che una sintesi che giustappone diverse teorie etiche di riferimento.

¹²¹ K.D., Clouser e B.Gert *A critique of principlism*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, cit., p. 227. Per una rassegna critica della bioetica dei principi si vedano anche: R.M. Green, *Methods in bioethics: a troubled assessment*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, 15, 179-197, B.A. Lustig, *The method of principlism: a critique of critique*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1992, 17, pp. 487-510, D. DeGrazia, *Moving forward in bioethical theory: theories, cases and specified principlism*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1992, 17, pp. 511-539, e E.R. DuBose, R.P.Hamel, L.J. O'Connell (eds.), *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994.

La critica si concentra quindi sostanzialmente proprio sulla validità normativa dei *principi prima facie*, il cui significato e la cui rilevanza appaiono alla fine sospesi ad una scelta non chiarita (perché nessuna teoria etica soddisfa ultimamente) e quindi arbitraria: la bioetica dei principi lascia sullo sfondo, non chiarendola del tutto, la questione della fondazione, o meglio dell'evidenza, dei principi e quindi del senso stesso della norma in una teoria morale.

Come scrive M. Chiodi,¹²² la bioetica dei principi rischia di porre la sua attenzione solo sul *momento oggettivo, legale, universale e razionale dell'etica*, con la difficoltà che, in questo modo, ciò che è normativo possa soprattutto essere ciò che è il *giusto* e il *pubblico*, piuttosto che il *buono*, e l'accentuazione dell'universale e razionale diventerà inevitabilmente *astratta*. Il risultato è quindi che i principi saranno da applicare alla situazione concreta, salvo poi ritrovarli in inevitabile contrasto con la volontà e le attese del soggetto, e con il desiderio di bene, formulato soggettivamente.

Ciò che le viene contestato, quindi, è il permanere, nell'applicazione concreta dei principi, di una situazione che vede emergere comunque, in ultima istanza, il carattere ipotetico delle sue conclusioni, che dipendono da un bilanciamento di considerazioni morali da operarsi caso per caso, senza

¹²² M. Chiodi, *Modelli teorici in bioetica*, p. 39.

precise indicazioni teoriche sul peso da assegnare alle diverse considerazioni.¹²³

Per quanto concerne il percorso personale di studio e di elaborazione della neocasistica di Jonsen, grande importanza assume, a riguardo, l'opera critica nei confronti della bioetica dei principi promossa in particolare da Stephen Toulmin.¹²⁴ Egli dedica, nel volume *The Birth of Bioethics*,¹²⁵ un'attenzione particolare al contributo filosofico fornito da Toulmin, con cui ha collaborato concretamente, come si vedrà, all'interno della National Commission.

Toulmin già nel 1981 aveva denunciato la presunta "tirannia" dell'approccio per principi,¹²⁶ invocando per il ragionamento morale una forma di sapere che fosse *meno deduttivo* e più di tipo *esperienziale*. In un noto saggio dell'anno seguente,¹²⁷ Toulmin notava poi come l'imporsi dei problemi bioetici avesse costretto i filosofi ad abbandonare l'analisi metaetica caratteristica della filosofia analitica, per sviluppare nuovamente teorie

¹²³ E.R. DuBose, R.P. Hamel, L.J. O'Connell (eds.) *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994.

¹²⁴ Edison Stephen Toulmin (1922-2009) filosofo britannico, scrittore ed educatore, è stato influenzato dal pensiero di Ludwig Wittgenstein per quanto concerne l'esame sul rapporto tra gli usi e i significati della lingua. Ha insegnato a Oxford e Leeds, poi negli Usa è stato nominato Visiting Professor nelle università di New York, Stanford e alla Columbia University.

Dal 1975 al 1978 ha lavorato con la National Commission per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale, collaborando -di fatto- con Albert Jonsen; la loro attività continuerà poi, in seguito, con la redazione del testo *The Abuse of Casuistry*.

Toulmin ha poi tenuto cattedre in numerose università americane, tra cui la Columbia, la Dartmouth, la Michigan State, la Stanford, la Northwestern, l'università di Chicago, l'University of Southern California School of International Relations.

Su Stephen Toulmin si veda il sito [http:// en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Toulmin](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Toulmin) (accesso del 08/08/2012).

¹²⁵ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, pp. 81-84.

¹²⁶ S. Toulmin, *The Tyranny of Principles*, *Hastings Center Report*, 1981, 11, 6, pp. 31-39.

¹²⁷ S. Toulmin, *How Medicine saved the Life of Ethics*, *Theoretical Medicine*, 1986, 7, pp. 54-65.

normative in grado di guidare l'azione morale concreta; tale ricerca, secondo Toulmin, avrebbe dovuto procedere secondo un paradigma di saggezza pratica di derivazione aristotelica, e avrebbe potuto trovare uno strumento fecondo proprio nell'*analisi casistica* tipica della tradizione teologica cattolica.

Tale suggerimento, quello di un metodo che parta da casi reali (bottom-up) anziché dal livello astratto delle teorie/principi etici (top-down), è stato punto centrale dell'elaborazione della neocasistica di Jonsen, raggiunto nella piena concretezza del lavoro fianco a fianco all'interno della National Commission.

5. Albert Jonsen alla National Commission: la scoperta dell'uso "pratico" del metodo neocasistico

Nella sua lunga carriera, Albert Jonsen ha dunque prestato servizio in qualità di Commissario alla Commissione Nazionale per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale (la *National Commission*) attiva dal 1974 al 1978, e in seguito alla Commissione presidenziale per lo studio dei problemi etici in medicina (*The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, operante dal 1979 al 1982).¹²⁸

Il tema della sperimentazione sui soggetti umani, oggetto dei lavori della National Commission, non era certo nuovo per lui: per molti anni è stato membro del comitato al quale dovevano essere sottoposte le ricerche biomediche fatte presso l'università di San Francisco, con una media di circa 20-30 progetti di ricerca da vagliare ogni settimana¹²⁹; Jonsen, anche grazie a simili attività, maturava sempre più la convinzione che non bastava avere chiari dei principi da applicare, ma bisognava esaminare accuratamente *situazione per situazione*, individuando le *circostanze* che rendevano ognuna moralmente diversa: questa procedura, sottolineava nell'intervista con Spinsanti, era già, in pratica, una *casistica*.¹³⁰

¹²⁸ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, pp. 99-118..

¹²⁹ S. Spinsanti, *La bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 121.

¹³⁰ *Ibi*, p. 121.

La National Commission era composta da undici membri, professionisti con competenze diverse (scienziati, medici, avvocati e due esperti di etica/eticisti, che erano proprio lo stesso Jonsen e Stephen Toulmin, del quale Jonsen stesso aveva caldamente promosso la partecipazione, ritenendolo un grande esperto sia di filosofia morale che di filosofia della scienza¹³¹) che, come primo impegno, dovevano elaborare uno specifico rapporto riguardante la ricerca clinica sui bambini, Il *Report on Children as Research Subjects*, pubblicato nel 1977¹³².

Come riporta anche Gracia,¹³³ l'*origine* dell'utilizzo *concreto*, potremmo dire *pratico*, fattuale, del metodo neocasistico, come peculiare metodo di lavoro adottato dalla Commissione, va fatta risalire proprio a questo primo testo. Nel corso dei dibattiti della Commissione divenne infatti evidente che era molto difficile arrivare a risultati condivisibili da tutti partendo da principi morali astratti, dal momento che il dissenso su di essi era molto elevato. Per evitare questo scoglio, i membri della Commissione decisero di mettere da parte il metodo *deduttivo* (ricavare dai grandi principi l'interpretazione e il giudizio sui casi concreti) e di adottarne uno di carattere *induttivo* (si parte dall'analisi dei casi concreti per risalire ai principi morali che li guidano)¹³⁴.

¹³¹ A.R. Jonsen, *The birth of Bioethics*, p. 81.

¹³² D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Edizioni san Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, p. 526.

¹³³ *Ibi*, p. 526.

¹³⁴ *Ibi*, p. 526.

L'esperienza dimostrò che, in questo modo, nelle questioni pratiche si otteneva il consenso con relativa rapidità; addirittura, emerse il fatto che i risultati ottenuti differivano ampiamente dalle opinioni preve dei diversi membri della Commissione¹³⁵.

Un anno dopo, nel 1978, la stessa Commissione elaborò e pubblicò il *Belmont Report*, sulla protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica; il documento si rifà ai codici più generali allora di riferimento, quali il Codice di Norimberga (1947) e la Dichiarazione di Helsinki (1964, revisionata nel 1975), ma considera che, in pratica, essi risultano a volte inappropriati, perché inadeguate ad interpretare situazioni complesse sono le stesse regole di cui sono composti¹³⁶.

Per ovviare ai problemi dati da questi codici e rispettare di più la realtà, il Report propose l'utilizzazione dei tre principi: il rispetto per le persone, quello di beneficenza, quello di autonomia.¹³⁷

Anche in questo lavoro, nota Gracia nel suo testo, il *modo* o il *metodo* con cui la Commissione giunse alla definizione dei principi citati è stato quello di *partire dall'analisi di fatti concreti* - quindi in modo *induttivo* - piuttosto che in modo aprioristico e metafisico.¹³⁸

¹³⁵ *Ibi*, p. 526.

¹³⁶ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Department of Health, Education and Welfare, Publication No (OS) 78-0012, Washington D.C. 1978, p. 1.

¹³⁷ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, p. 528.

¹³⁸ *Ibi*, p. 528.

Jonsen, in qualità di membro della National Commission, ha partecipato attivamente alle discussioni e alla stesura di entrambi i documenti considerati; già nel 1986 pubblica un articolo¹³⁹ di commento all'importanza che la Commissione ha avuto nello stabilire *un nuovo metodo d'analisi dei problemi bioetici*, che egli chiama "casistico".

Come scrive nel suo volume,¹⁴⁰ in cui riporta, in maniera articolata e completa tutto il dibattito interno alle commissioni, Jonsen ritiene, che il metodo della bioetica che parte dai fatti è logico che debba essere casistico, allo stesso modo in cui il metodo della bioetica che parte dai principi propende per il legalismo.

Dice Jonsen:

La Commissione nazionale per la protezione dei soggetti umani nella ricerca biomedica e comportamentale fu costituita dal Congresso per avere consigli su come proteggere i diritti e il benessere delle persone che parteciparono alla ricerca. Il Congresso chiese alla Commissione di sviluppare i principi per la realizzazione etica delle ricerche, e di esaminare i difficili problemi posti dalla ricerca con i feti umani, i bambini, prigionieri e malati mentali.

La Commissione avrebbe potuto lavorare dapprima sui principi e poi applicarli a questi casi concreti; di fatto, invece, si immerse nei casi.

Ben presto i membri della Commissione scoprirono un fatto singolare: spesso avevano una serie di discrepanze sulla formulazione dei principi, mentre giungevano rapidamente a un accordo sui casi particolari.

Il Report on Children as Research Subjects è, a mio avviso, un eccellente esempio di casistica moderna.

Ritengo che il successo della Commissione sia venuto dalla sua attenzione ai casi concreti, nei quali i principi erano scoperti tanto quanto erano applicati. Il Belmont Report, che stabilisce i principi della ricerca, venne solo alla fine del processo.¹⁴¹

¹³⁹ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics, Theoretical Medicine*, 1986, 7, 65-74.

¹⁴⁰ A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, p. 82.

¹⁴¹ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics, Theoretical Medicine*, 1986, 7, pp. 65-74.

Dopo i lavori della National Commission, Jonsen ha fatto parte anche della *President's Commission for The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (1979- 1982), che si è occupata specificatamente dei problemi etici posti dall'esercizio della biomedicina.

L'attenersi ai fatti concreti è stata di nuovo la norma-base per il lavoro della Commissione; i problemi etici affrontati erano quelli che nascono direttamente dalla *pratica medica*, cioè la *clinica*, come il tema della definizione di morte, l'uso delle tecniche di sostegno vitale, la rianimazione dei pazienti.

Nel volume *The Birth of Bioethics* egli poi riprende i singoli temi trattati nella Commissione nei capitoli espressamente dedicati alle varie tematiche che costituiscono l'oggetto di studio della bioetica (come, ad esempio, la morte cerebrale, lo stato vegetativo permanente ecc...), mostrando quindi l'intento di partire, nell'analisi, sempre dai problemi etici concretamente considerati all'interno dei casi entro cui essi si manifestano.

Jonsen, nel testo *Etica Clinica*, scritto in collaborazione con M. Siegler e W.J. Winslade¹⁴², ha riassunto specificatamente tutta la sua esperienza circa il metodo usato da tali Commissioni e ha espresso la sua convinzione maturata nel corso degli anni di lavoro presso tali Enti: *l'etica medica deve partire dallo studio dei casi concreti*, posti dall'esercizio della medicina, e non con lo stabilire "grandi principi" o codici normativi; l'etica clinica non si deve

¹⁴² A.R. Jonsen, M.Siegler, W.J.Winslade, *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 5th edition, Mc Graw-Hill, New York 2002, (ed.it. a cura di A.G. Spagnolo, *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, Mc Graw-Hill, Milano 2003).

intendere come mera “applicazione” dei principi stabiliti dalla bioetica fondamentale (la cosiddetta *bioetica dei principi*), al contrario il *metodo* della bioetica deve essere formalmente *clinico*.

Perciò l’etica clinica, si afferma nell’Introduzione del libro, “è disegnata in modo da offrire un metodo che permetta di rendere presenti e analizzare gli aspetti etici di un caso clinico”¹⁴³

È stato proprio in occasione di un viaggio aereo insieme allo storico della filosofia Stephen Toulmin (anch’egli membro della stessa Commissione in qualità di *staff philosopher*) per andare a un incontro della Commissione che questi gli disse, commentando i lavori del loro gruppo:

“Non è sorprendente che in Commissione non riusciamo a indurre nessuno a concordare sui principi, ma possiamo portare le persone a concordare sui casi?”

Jonsen gli rispose che forse quello era il modo in cui funzionava l’antico e “disprezzato” approccio al ragionamento etico denominato *casistica*.¹⁴⁴ Toulmin allora propose di iniziare una ricerca congiunta nella letteratura sul tema della “vecchia” casistica classica, al fine di recuperarne il metodo tipico dell’analisi dei casi da applicare nell’etica clinica.¹⁴⁵

¹⁴³ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, p.4.

¹⁴⁴ Si veda A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, p. 82; e S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 121.

¹⁴⁵ Si veda A.R. Jonsen, Field Notes, *The Hastings Center Report*, 2010, 40 (2).

Dopo cinque anni di lavoro, nel 1988, nacque così il testo *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*.

CAPITOLO II

LA NEOCASISTICA: IL SUO RUOLO NELL'ETICA CLASSICA

GENERALE

1. La ripresa della casistica tradizionale: "The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning". Introduzione

Come ricorda lo stesso Jonsen,¹⁴⁶ per la redazione del volume *The Abuse of Casuistry* furono necessari cinque anni di lavoro, in collaborazione con il suo collega "staff philosopher" della National Commission Stephen Toulmin¹⁴⁷. Jonsen racconta che lui e Toulmin erano in viaggio in aereo per recarsi ad un incontro della National Commission e discutevano della *mission*, l'obiettivo che tale Istituzione intendeva perseguire: l'identificazione dei principi etici che avrebbero dovuto guidare la ricerca sui soggetti umani.

Toulmin, sottolinea Jonsen, evidenziava già il problema che la *sola identificazione* dei principi non era sufficiente, perché questi ultimi devono poi "confrontarsi" con la molteplicità delle *circostanze* determinate dalla

¹⁴⁶ Si veda A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, p. 82, A. R. Jonsen, Field Notes, *The Hastings Center Report*, 2010, 40 (2) e S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina.*, pp. 121-122.

¹⁴⁷ Si veda, a riguardo, S. Toulmin, The tyranny of Principles, *The Hastings Center Report*, 1981, 6, pp. 31-39.

situazione reale, quotidiana, e trovare una modalità adatta per “collocarsi” nella pratica, al fine di poter definire una buona decisione etico-clinica.

Egli evidenziava come, nei dibattiti interni alla Commissione, emergeva il fatto che i singoli membri frequentemente giungevano ad un comune accordo sulla definizione delle *soluzioni* dei singoli *casi*, discutendo su di essi, ma senza essere necessariamente in accordo sui *principi* che conducevano alla determinazione delle medesime soluzioni¹⁴⁸.

Jonsen ricorda che allora aveva osservato che quella modalità di ragionamento sembrava essere simile a quell'antico e “disprezzato” approccio al ragionamento etico chiamato “*casuistica*”; Toulmin perciò aveva suggerito la proposta di procedere ad un attento esame di tutta la letteratura sulla *casistica classica*, per riscoprire e definire le caratteristiche del *metodo casistico*, basato sul *ragionamento sui casi*.

Come si è già ricordato, in un noto saggio del 1982¹⁴⁹ Toulmin notava come l'imporsi dei problemi bioetici avesse ormai costretto i filosofi ad abbandonare l'analisi metaetica, tipica della filosofia analitica, per sviluppare nuovamente teorie normative in grado di guidare l'azione pratica;¹⁵⁰ tale ricerca, secondo lui, avrebbe pertanto dovuto procedere secondo un paradigma di *saggezza pratica* di derivazione aristotelica, e avrebbe potuto

¹⁴⁸ A. R. Jonsen, Field Notes, *The Hastings Center Report*, 2010, 40 (2).

¹⁴⁹ S. Toulmin, How Medicine saved the life of Ethics, *Perspectives in Biology and Medicine*, 1982, 25, pp. 736-750.

¹⁵⁰ Toulmin in *How Medicine saved the life of Ethics* osservava già come “l'etica e la medicina sono entrambe esempi primari di ragionamento concreto in cui il rigore teoretico di un'argomentazione geometrica non può essere ottenuto”. S. Toulmin, How Medicine saved the life of Ethics, *Perspectives in Biology and Medicine*, 1982, 25, pp. 736-750.

trovare uno strumento fecondo proprio nell'*analisi casistica* tipica della teologia morale cattolica.

In definitiva, il testo *The Abuse of Casuistry* trova la sua origine proprio da tale suggerimento, opportunamente raccolto da Jonsen,¹⁵¹ sull'esistenza di un *metodo* che parta dai *casi reali* (bottom-up) anziché dal livello astratto delle teorie/principi (top-down) nelle situazioni concrete; esso è stato poi sviluppato da entrambi gli Autori nel volume storico-teorico dedicato alla ripresa della *casistica tout court*, tipica della tradizione teologica cattolica.¹⁵²

Nella nostra prospettiva di analisi, risulta pertanto di interesse primario indagare le modalità e le argomentazioni storico-filosofiche che portano gli Autori a ritenere la casistica uno strumento metodologico fondamentale proprio della filosofia morale "classica" e della teologia morale, ma contestualmente un mezzo altresì attuale, fruibile per l'etica clinica, con il quale poter ancora disporre di uno schema di ragionamento morale, aderente al contesto concreto, in grado di dirimere le questioni morali proprie della pratica medica.

¹⁵¹A.R. Jonsen, Casuistry and Clinical Ethics, *Theoretical Medicine*, 1986, 7, pp. 54-65.

¹⁵²P. Cattorini, M. Reichlin, *La bioetica: storia, teorie, problemi*, in C. Vigna (a c. di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano, 2001, p. 171.

2. "The Abuse of Casuistry": aspetti generali

L'intento primario di Jonsen e Toulmin nel testo *The Abuse of Casuistry* è quello di spiegare il processo per il quale risulterebbe doveroso, per l'etica medico-clinica contemporanea, recuperare dalla tradizione filosofica e dalla teologia cattolica il *metodo della casistica*, specie nella sua espressione tardo-medievale e moderna (soprattutto quella sviluppatasi fra il 1550 e il 1650); entrambi sostengono, in proposito, che se per lungo tempo questo approccio è stata screditato, in realtà può ancora offrire molto agli eticisti contemporanei.¹⁵³

In altre parole, lo scopo degli Autori nel redigere il volume è stato quello di dimostrare *la rilevanza e l'importanza della casistica* nel dibattito bioetico contemporaneo.¹⁵⁴

Il modello di casistica moderna offerta da Jonsen e Toulmin, afferma il commentatore Arras,¹⁵⁵ ha rappresentato il risultato del passaggio dall'egemonia degli approcci basati su principi astratti generali (la bioetica dei principi, in sostanza), a un metodo di analisi filosofica più adatto alla modalità

¹⁵³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 13.

¹⁵⁴ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. A History of Moral reasoning*, California University Press, Berkeley 1988; A.R. Jonsen, Casuistry and Clinical Ethics, *Theoretical Medicine*, 1986, 7, 65-74, A.R. Jonsen, Casuistry as Methodology in Clinical Ethics, *Theoretical Medicine*, 1991, 12, 299-302.

¹⁵⁵ J. Arras., Getting down to the cases. The revival of Casuistry in Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16, pp. 29-51.

adottata nella pratica, nelle situazioni reali in cui operano i professionisti della salute.

Jonsen e Toulmin iniziano il loro lavoro affermando che esistono due modalità distinte di occuparsi e discutere di problemi etici: il primo approccio tratterebbe le questioni etiche esaminando i principi e le regole morali generali, il secondo approccio, invece, si concentrerebbe sui particolari dei singoli casi specifici¹⁵⁶.

Nel passato, accadeva che lo schema tipico di ragionamento della logica formale prevedesse, per risolvere un problema, che una premessa maggiore o assioma, una sorta di principio universale, costituisse il punto di partenza per le successive argomentazioni che avrebbero poi condotto in maniera *deduttiva* alla definizione di una soluzione/conclusione dello stesso¹⁵⁷.

Tali argomentazioni teoretiche venivano strutturate in modo da essere indipendenti da qualsiasi *circostanza contingente* del caso particolare e la loro validità non era in alcun modo inficiata dal contesto pratico in cui venivano utilizzate¹⁵⁸.

Jonsen e Toulmin paragonano questo modello di ragionamento a quello della *geometria classica*.

¹⁵⁶A. Braunack-Mayer, Casuistry as biometrical method: an empirical perspective, *Social Science & Medicine*, 2001, 53, p. 72.

¹⁵⁷*Ibi*, p. 72.

¹⁵⁸A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 34.

Essi ritengono infatti che il procedimento deduttivo dell'applicazione di principi universali già noti a casi particolari risenta di un'interpretazione "teoreticistica" del ragionamento morale: lo schema che a partire da premesse idealizzate e atemporalmente fa discendere *more geometrico* le conclusioni, secondo una modalità di stretta necessità logica, rispecchia di più il modo di funzionare della ragione teoretica che di quella pratica¹⁵⁹.

L'approccio al ragionamento etico basato sull'*analisi dei casi*, invece, è più vicino alla ragione pratica; potremmo dire, alla concretezza della situazione reale, ed "espone i risultati e le conseguenze delle precedenti esperienze, riportando le procedure utilizzate per risolvere ciascuna questione incontrata, per poi riapplicarle nelle situazioni problematiche nuove"¹⁶⁰.

La differenza tra questo tipo di procedimento e quello deduttivistico risiederebbe nel fatto che l'approccio casistico proposto si baserebbe su un modello di razionalità che ne riconoscerebbe il carattere *concreto, temporale e presuntivo*¹⁶¹: le conclusioni o soluzioni che con tale metodo si raggiungono emergerebbero dalle caratteristiche della situazione reale, inclusi tempo e luogo dell'azione concreta.

¹⁵⁹ *Ibi*, pp. 24-36. Si veda anche P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 92.

¹⁶⁰ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 35.

¹⁶¹ P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 94.

Tali soluzioni, a cui si giunge a partire dall'analisi dell' esperienza pratica, servono inoltre da *guida* per indirizzare le azioni pratiche simili future.

Pertanto, sebbene il volume *The Abuse of Casuistry* si configuri principalmente come uno studio il cui oggetto è la *storia* delle origini della casistica, le tesi fondamentali espresse dagli Autori riguardano il ruolo della casistica nel dibattito bioetico contemporaneo, concentrandosi quindi particolarmente anche sulla *situazione attuale*.

Affermano gli Autori:¹⁶²

Il ragionamento morale "pratico" si adatta maggiormente alle strutture dei *topics* o alle argomentazioni tipiche della *retorica*, piuttosto che a quelle formali caratteristiche delle *dimostrazioni geometriche*.

A riguardo, la studiosa Braunack-Mayer¹⁶³ afferma che una delle ragioni per cui il testo *The Abuse of Casuistry* è diventato uno dei più importanti lavori della bioetica contemporanea è perché Jonsen e Toulmin suggeriscono che la loro metodologia di ragionamento morale (la neocasistica), rispecchia, di fatto, *il ragionamento morale "ordinario"*, ossia quello normalmente/naturalmente (e, in un certo senso, potremmo dire inconsapevolmente) utilizzato dagli individui nel caso in cui siano chiamati ad interrogarsi su una questione di etica.

¹⁶² A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 326.

¹⁶³ A. Braunack-Mayer, *Op. Cit.*, p. 73.

Nel *Prologo* nel volume, infatti, Jonsen e Toulmin offrono diverse motivazioni utili a rafforzare l'idea secondo cui la casistica costituisce e descrive le modalità tipiche del ragionamento morale "quotidiano", attingendo esempi tratti dalla pratica e dalla propria attività lavorativa.

Tali esempi intendono mostrare la presenza della cosiddetta "tirannia dei principi"¹⁶⁴ che permea il lavoro degli studiosi che si occupano delle questioni etiche, nel dibattito pubblico statunitense, e rende evidente come il ragionamento morale non procede semplicemente derivando le proprie conclusioni dall'applicazione dei principi etici generali ai casi particolari¹⁶⁵.

Secondo Jonsen e Toulmin sarebbe necessario fare un passo indietro, superando la mera asserzione dei principi generali e chiedendosi piuttosto non come essi nascono, ma come, in generale, i "contenziosi" morali possano essere risolti. " Bisogna abbandonare gli estremi e considerare un modo in cui i casi vengano affrontati *in the middle*"¹⁶⁶

Diversamente dal ragionamento teoretico, quindi, il cui prototipo sarebbe offerto dalla geometria, in cui da regole universali si deducono giudizi particolari, nel ragionamento pratico, che trova proprio nella medicina il suo modello più significativo, le regole morali sono solo *massime*, che generalizzano casi paradigmatici o tipici¹⁶⁷.

¹⁶⁴ S.Toulmin, The tyranny of Principles, *The Hastings Center Report*, 1981, 6, pp. 31-39.

¹⁶⁵ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 1-20.

¹⁶⁶ *Ibi*, p. 5.

¹⁶⁷ *Ibi*, p. 23.

Nell'esperienza pratica, a parere degli Autori, si evidenzia pertanto direttamente come gli esseri umani afferrino con maggiore chiarezza i fatti piuttosto che i principi morali che servono ad interpretarli.

In campo pratico noi afferiamo fatti particolari dell'esperienza e abbiamo maggiore certezza della loro verità che non di quella dei principi generali che si usano per considerarli.¹⁶⁸

Jonsen e Toulmin quindi rifiutano la pretesa di ridurre i problemi morali ad "algoritmo etico", che procede deduttivamente applicando alle situazioni i principi morali generali, considerati comunque sempre come se fossero fuori discussione¹⁶⁹.

L'unica vera alternativa alla "sottile specie di tirannia dei principi, esercitata dall'enfasi posta sulle norme universali e immutabili,¹⁷⁰ sono, secondo gli Autori, le *procedure pratiche elaborate dalla casistica classica*, propria della teologia morale degli anni 1550-1650, "ancora oggi praticate da preti e ministri, psicologi e giornalisti alla ricerca di persone scomparse; un metodo che fu, in passato, oggetto di attacchi violenti che lo gettarono in discredito".¹⁷¹

¹⁶⁸ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. A History of Moral reasoning.*, pp. 25-26.

¹⁶⁹ M.Chiodi, *Modelli teorici in bioetica*, Franco Angeli, Milano 2005.

¹⁷⁰ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. A History of Moral reasoning*, pp. 10-13.

¹⁷¹ *Ibi*, p. 11.

Sulla base della specifica analisi degli autori tradizionali, Jonsen e Toulmin propongono pertanto la *definizione di casistica* a cui pervengono:

La casistica è l'analisi, l'interpretazione delle questioni morali, usando la procedura del ragionamento basato su *paradigmi* e *analogie*, che porta alla formulazione di un'opinione esperta circa l'esistenza e la rigosità di particolari obblighi morali specifici, elaborati in termini di *regole* e o di *massime*, che sono generali ma non universali o invariabili, poiché sono valide con certezza solo nelle condizioni tipiche dell'agente e delle circostanze dell'azione.¹⁷²

Un punto da notare, molto importante, è peraltro il fatto che l'obiettivo di Jonsen e Toulmin, come loro stessi affermano, non è tanto riabilitare la *parola casistica*; anzi, riconoscono una netta differenza tra la buona e cattiva casistica, tra il suo buon uso e un cattivo uso¹⁷³.

Si tratta, invece, di riabilitare l'*arte* a cui essa si riferisce: l'arte della risoluzione pratica di particolari perplessità morali o "casi di coscienza" attraverso l'esercizio del discernimento¹⁷⁴.

La *buona casistica* nasce infatti dal confronto quotidiano con le perplessità della vita, dove "le *differenze* moralmente significative tra casi possono essere altrettanto importanti che le loro somiglianze".¹⁷⁵

A questo livello casistico o tassonomico, scrivono gli Autori, deve porsi l'etica, offrendo una *tassonomia morale*, cioè una dettagliata e metodica mappa delle somiglianze e differenze moralmente significative relativamente ai casi considerati¹⁷⁶.

¹⁷² A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 257.

¹⁷³ *Ibi*, p. 16.

¹⁷⁴ *Ibi*, p. 12.

¹⁷⁵ *Ibi*, p. 14.

¹⁷⁶ *Ibi*, p. 14.

Sin dalle prime battute del testo, emerge che il più importante e significativo *esempio concreto*, fornito dagli Autori, circa l'uso contemporaneo e l'applicazione pratica della casistica, è il racconto autobiografico del loro lavoro svolto presso la National Commission per la redazione dei Principi presenti nel *Belmont Report*.

Jonsen e Toulmin sottolineano come la loro opera nella Commissione diede loro

Una forte, diretta, immediata esperienza di ciò che la *nuova casistica* apportava nella discussione e riflessione morale e l'esigenza che noi ci interrogassimo sul suo metodo¹⁷⁷.

Gli Autori constatano quindi direttamente come l'attività quotidiana della Commissione fosse, di fatto, un esempio di realizzazione pratica del metodo casistico; osservarono che i membri della Commissione raggiungevano un accordo sulle soluzioni delle questioni etiche che si presentavano e sulle raccomandazioni da dare *ragionando sui casi*, sebbene fosse possibile, nel contempo, che non fossero d'accordo sui principi che li portavano ad approvare una determinata soluzione.

Finchè il dibattito riguardava il livello del giudizio sul caso particolare, gli undici membri della Commissione vedevano le cose nello stesso modo. Nel momento in cui la discussione si "elevava" al livello di principi etici più generali, costoro ragionavano ciascuno in maniera diversa.¹⁷⁸

¹⁷⁷*Ibi*, p. 16.

¹⁷⁸*Ibi*, p. 18.

Jonsen e Toulmin evidenziano subito, pertanto, il “paradosso teorico”, che si verificava nell'azione pratica svolta dalla Commissione, ossia il fatto che convergenze sulle scelte morali, a livello pratico, potessero coesistere con divergenze teoriche; essi affermano, in merito, che proprio questo paradosso si rivela, invece, “il luogo della *certezza* morale”.¹⁷⁹

Tale *locus*, sostengono, non sta nella concordanza dei convincimenti sulle regole (autonomia, beneficenza, giustizia) e principi generali, ma nella “partecipata percezione di ciò che è specificatamente in gioco nelle forme particolari delle situazioni umane”.¹⁸⁰

Proprio la differenza tra l'incertezza dei principi generali e la certezza dei giudizi particolari mostrerebbe, secondo gli Autori, come esistano due forme di considerazione dell'etica: l'etica come “scienza” e l'etica come “saggezza pratica”. L'etica è trattata come “scienza” quando, quasi in una sorta di “geometria morale”, mediante discussioni teoriche si pretende che essa, allo scopo di rendere più intellegibile delle percezioni etiche particolari con l'appello a norme generali, garantisca una maggiore certezza.¹⁸¹

In un approccio di questo genere, è compito dell'etica fornire una coerente e sistematica considerazione della condotta umana, alla quale le nostre percezioni morali non possono che alludere. Ma già secondo Aristotele, evidenziano gli Autori, la comprensione morale ha le caratteristiche tali da non consentire per nulla una sistematizzazione

¹⁷⁹*Ibi*, p. 16.

¹⁸⁰*Ibi*, p. 18.

¹⁸¹*Ibi*, p. 19.

scientifico, e ciò a causa delle molteplici situazioni che resistono ad ogni tentativo di generalizzazione.¹⁸²

L'etica invece, sostengono Jonsen e Toulmin, non è una scienza in senso stretto, ma un ambito di esperienza in cui è necessario mettere in atto un altro tipo di approccio, che è quello della *saggezza pratica* (*phronesis*)¹⁸³ o *prudenza informata*. Per questo la "lezione" offerta dalla casistica classica, quale strumento per l'esercizio del discernimento morale prudenziale, nel contesto della situazione concretamente considerata, è, in questo senso, decisiva e irrinunciabile.

Il tema successivo e fondamentale, pertanto, è per Jonsen e Toulmin rendere ragione della riscoperta, in tal senso, del *valore centrale della casistica*, indagandone in maniera approfondita le origini, la storia, la struttura, l'evoluzione nel tempo e il tipo di argomentazioni offerte per avvalorare le proprie risposte alle questioni morali emergenti nel caso pratico in oggetto.

¹⁸² *Ibi*, pp. 19-20.

¹⁸³ Il concetto di *phronesis* (saggezza) trova la sua determinazione precisa con il pensiero di Aristotele. La *phronesis* è la virtù dianoetica della ragion pratica e consiste nel ben deliberare ciò che è bene e male per l'uomo, è la conoscenza pratica che insegna all'uomo il "ben vivere".

La *phronesis* non ha per oggetto solo gli universali (i concetti astratti) ma riguarda le *situazioni particolari*, perché riguarda l'azione pratica concreta e, per Aristotele, deve concretizzarsi in prevalenza sulla *conoscenza dei particolari* (Etica Nicomachea, 27, 1141 b 8 sgg). In quanto forma di razionalità specificatamente pratica, la *phronesis* è chiamata pertanto a svolgere un ruolo insostituibile di chiarimento e soluzione di questioni pratiche, anche conflittuali.

Si veda A. Da Re, *Figure dell'etica*, in C. Vigna (ac.di), *Introduzione all'etica*, Milano, Vita e Pensiero, 2001, pp. 69-70.

3. La struttura e i contenuti storico-filosofico-teologici principali dello sviluppo della casistica tradizionale nel testo "The Abuse of Casuistry"

L'indagine sui fondamenti del metodo casistico e della sua evoluzione nel tempo inizia da una considerazione preliminare importante per il percorso analitico condotto da Jonsen e Toulmin: sebbene infatti molti casuisti siano stati, osservano, anche prolifici scrittori, di fatto nessuno di loro ha lasciato una chiara ed esplicita presentazione della *metodologia* utilizzata; per questo, "è necessario inferire il metodo dalla loro pratica: esso è costituito da diversi *steps*, su cui, almeno fino ad ora, raramente si è riflettuto".¹⁸⁴

Per quanto concerne il nostro percorso d'indagine, appare importante puntualizzare come non si intende offrire una "semplicistica" riproposizione dei contenuti del testo di Jonsen e Toulmin, quanto piuttosto, sulla scia del loro percorso, mettere in luce e puntare l'attenzione se e come gli autori classici considerati utilizzano le caratteristiche tratte dall'analisi di *casì reali* per la propria trattazione speculativa, per "verificare" se, e in che termini, la casistica così come viene concepita da Jonsen e Toulmin abbia assunto un ruolo importante nel panorama della storia del pensiero morale generale.

¹⁸⁴ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 250-265.

La loro indagine sul “metodo dei casi” trae origine dall'analisi dei contenuti dell'*Etica Nicomachea* di Aristotele, al fine di riscoprire le “radici”¹⁸⁵della casistica quale metodo di ragionamento morale attento, in primis, alle situazioni concrete e alle circostanze¹⁸⁶.

Il cespite filosofico e culturale di riferimento è in primo luogo Aristotele,¹⁸⁷ ritenuto “l'antenato più antico della casistica della cultura occidentale”,¹⁸⁸ il quale aveva già osservato, scrivono gli Autori, che per quanto concerne la deliberazione del giudizio morale, che riguarda elementi contingenti, non è possibile applicare le stesse regole tipiche delle dimostrazioni della logica formale.¹⁸⁹

L'etica non è grado di offrire una certezza di tipo eminentemente scientifico, ma rimanda alla centralità del valore della *phronesis*, definita come “la virtù dianoetica in grado di indirizzare gli uomini a scegliere, tra i beni realizzabili nell'azione, quello che risulta essere il migliore in quelle determinate circostanze e condizioni”.¹⁹⁰

¹⁸⁵ *Ibi*, p. 48.

¹⁸⁶ M.Chiodi, *Modelli teorici in bioetica*, p. 86.

¹⁸⁷ La ripresa della dottrina aristotelica, peraltro, è stata un'operazione comune del pensiero anglossasone, specie per quanto riguarda il tema delle virtù; si veda, a riguardo, G. Abbà, *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, LAS, Roma 1989.

Sul pensiero di Aristotele si veda, ad esempio, G. Reale, *Storia della filosofia antica*, Vol.II, Vita e Pensiero, Milano 1997, 9^a ed.

¹⁸⁸ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, p. 375.

¹⁸⁹ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 58-74.

¹⁹⁰ Aristotele, *Eth. Nic.* VI 8, 114b 14-23.

Un punto da notare, in questo senso, è che la riflessione aristotelica si configura proprio come un'analisi dell'agire dell'uomo *de facto*, volta cioè a comprendere l'agire umano nella sua effettività psicologica e antropologica, esemplificando come esso si manifesta nell'esperienza concreta del singolo e nella vita della polis, senza particolari pretese di giustificare un agire *de jure*, attraverso il ricorso a norme, leggi, massime, criteri di giudizio;¹⁹¹ in tal senso emerge già in Aristotele, secondo Jonsen e Toulmin, il valore dell'analisi concreta della situazione, in quanto la *phronesis*, quale forma di razionalità specificatamente pratica, è chiamata a svolgere un ruolo dirimente e di chiarimento - anche nel caso di conflitto morale - proprio nelle situazioni concrete.

Un altro filosofo importante che, secondo l'analisi di Jonsen e Toulmin, ha offerto spunti importanti per lo sviluppo della casistica tradizionale specialmente del periodo medioevale e rinascimentale è lo stoico Marco Tullio Cicerone.¹⁹² Secondo gli Autori, la filosofia di Cicerone ha puntato sulla definizione dell'uomo virtuoso come "colui che è in grado di essere un buon calcolatore su quale sia il proprio dovere in base alle *circostanze*",¹⁹³ sulla base di quella che viene definita una *probabile ragione*.¹⁹⁴

¹⁹¹ A. Da Re, *Figure dell'etica*, in C. Vigna (ac.di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano 2001, p. 70.

¹⁹² A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 75-88.

Sul pensiero ciceroniano si veda G. Reale, *Storia della filosofia antica*, Vol.III, Vita e Pensiero, Milano 1997, pp. 543-556, 9^a ed.

¹⁹³ M.C. Cicerone, *De Officiis*, I, 59.

¹⁹⁴ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 79.

Il problema del conflitto tra ciò che è doveroso e ciò che è utile viene risolto, secondo Cicerone, solo se si esaminano le circostanze del caso in esame. Nel suo *De Officiis*, ritengono Jonsen e Toulmin, Cicerone offre tutta una raccolta, un *vero e proprio manuale di casi* ante litteram, in cui ogni situazione presenta un conflitto apparentemente irrisolvibile tra dovere e utilità, e dove però poi può emergere la soluzione se le circostanze proprie della singola situazione vengono accuratamente analizzate e rapportate al *contesto* considerato. Anche i precetti stoici propri della legge naturale vanno correttamente interpretati, secondo la lettura di Cicerone, all'interno del contesto in cui emerge la problematica etica del caso in esame¹⁹⁵.

Jonsen e Toulmin sottolineano che l'opera di Cicerone e degli Stoici mette già in evidenza quegli elementi fondamentali che saranno poi i costituenti "procedurali" della casistica tradizionale di matrice cattolica: l'attenzione su una questione su cui c'è conflitto morale, l'introduzione delle *massime* che sono *rilevanti* per quella questione, la presentazione di un *set di argomentazioni* che sono appropriate per quella problematica, l'enfasi sugli *attributi* (circostanze) relativi al soggetto coinvolto e alle azioni che possono intervenire all'interno del contesto considerato, e il "movimento" che si produce per arrivare alla deliberazione della scelta risolutiva.¹⁹⁶

¹⁹⁵ *Ibi*, pp. 77-84.

¹⁹⁶ *Ibi*, p. 88.

Percorrendo la storia del pensiero occidentale, Jonsen e Toulmin puntano poi l'attenzione sull'avvento del Cristianesimo; il problema emergente, fin dai primi tre secoli dell'era cristiana, è stato quello di conciliare i precetti e i valori della nuova religione con la filosofia pagana contemporanea: gli autori della Patristica, in questo senso, contribuirono a risolvere la questione, interrogandosi sulle questioni di etica e ricorrendo, per risolverle, anche alle nozioni già elaborate da Platone, Aristotele e Cicerone.

In questo modo, continuano gli Autori, i contributi della filosofia morale classica entrano gradatamente a far parte del corpus dottrinale cristiano, comprendendo così le nozioni di virtù, legge morale naturale, ragionamento etico-pratico.¹⁹⁷

Jonsen e Toulmin mettono in evidenza come, a partire dall'ottavo secolo, quando viene introdotta la pratica della confessione sacramentale, emerge anche la necessità di descrivere i diversi aspetti moralmente rilevanti dei comportamenti umani e i modi con i quali le diverse circostanze possono aggravare o assolvere un determinato comportamento.

Fino al dodicesimo secolo, pertanto, iniziarono a diffondersi i cosiddetti *libri Penitenziali*, redatti dal clero, che presentavano una sistematica catalogazione dei comportamenti virtuosi e peccaminosi, a seconda delle circostanze prese in esame. Le motivazioni, le conseguenze, lo status

¹⁹⁷ *Ibi*, pp. 91-94.

sociale, la cultura del soggetto agente erano tenute in considerazione per valutare la gravità di una certa azione e/o comportamento.¹⁹⁸

Jonsen e Toulmin sottolineano che i libri penitenziali costituiscono di per sé l'esempio pregevole di una primitiva casistica,¹⁹⁹ tipica della Chiesa dei primi secoli. Mano a mano, questi libri diventarono poi sempre più elaborati, comprendendo, oltre i riferimenti biblici e teologici, anche l'apporto fornito dal diritto romano²⁰⁰ per la "costituzione" del diritto canonico, che ha influenzato fortemente le pratiche della vita cristiana²⁰¹.

Jonsen e Toulmin puntano l'attenzione sulle opere di tre personalità del tempo (Peter Cantor, Alain de Lille e Thomas Chobham),²⁰² i cui testi hanno dato l'avvio al genere dei *libri Confessionali*, caratterizzati da raccolte di casi moralmente rilevanti analizzati nelle loro caratteristiche attraverso il riferimento ai testi biblici, alle dottrine dei Padri della Chiesa e al diritto canonico, per il quale, tra l'altro, erano "strutturati" per essere considerati delle guide in grado di aiutare la decisione dei giudici in sede legale.²⁰³

Si passa poi ad analizzare l'apporto allo sviluppo della casistica di stampo teologico fornito sia dai grandi teologi della Scolastica sia da

¹⁹⁸ *Ibi*, pp. 96 -100.

¹⁹⁹ *Ibi*, p. 97.

²⁰⁰ Jonsen e Toulmin sottolineano come il diritto romano avesse una struttura sostanzialmente improntata sulla casistica, in quanto costituito da un sistema tassonomico di regole, e non procedesse secondo una modalità geometrica e teoretica. A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 108.

²⁰¹ *Ibi*, pp. 101-121.

²⁰² Per approfondimenti su pensiero di questi esponenti della filosofia cristiana medioevale si veda, ad esempio, E. Gilson, *La filosofia nel Medioevo*, La Nuova Italia editrice, Scandicci (Fi) 1998, T.A. Shannon, *The Context of casuistry*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995, Richard B. Miller, *Casuistry in modern Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996.

²⁰³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 118 -121.

esponenti di spicco della filosofia francescana, quali, ad esempio, Abelardo, Pietro Lombardo, Alberto Magno, Tommaso d'Aquino, Duns Scoto e Guglielmo di Ockham.²⁰⁴

Secondo Jonsen e Toulmin,²⁰⁵ questi filosofi e teologi, autori delle *Summae*, trattati nei quali tentano di offrire una sistematica presentazione di tutti gli aspetti teologico-filosofici della fede cristiana, mediante il supporto di argomentazioni razionali, si occupano delle questioni riguardanti la morale senza dibattere specificatamente dei casi, ma creando i fondamenti teorici per la discussione sugli stessi, grazie alle approfondite dissertazioni sulla rilevanza che la legge naturale, i costumi, il diritto civile e canonico hanno sulle decisioni morali, esaminando altresì il valore che assumono i principi morali generali, le motivazioni e le circostanze che intervengono a determinare l'azione concreta.

In particolare, si segnala il contributo offerto da Tommaso d'Aquino, che ha riproposto, sulla scia della ripresa del pensiero aristotelico, il valore della *prudentia*²⁰⁶; Jonsen e Toulmin approfondiscono la figura dell'uomo

²⁰⁴ Per approfondimenti sul pensiero speculativo di questi fondamentali autori della filosofia medioevale, si veda, a riguardo, E. Gilson, *La filosofia nel Medioevo*, la Nuova Italia editrice, Scandicci (Fi) 1998, A. Ghisalberti, *La filosofia medievale: da S. Agostino a S. Tommaso, la fede alla ricerca dell'intelligenza*, edizioni Giunti, Milano 2002; Josè Antonio Merino, *Storia della Filosofia Francescana*, edizioni Biblioteca Francescana, Milano 1993.

²⁰⁵ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 122-151.

²⁰⁶ Secondo Tommaso d'Aquino, esiste una conoscenza di tipo pratico che concerne i principi universali che è propria da un lato dell'*intellectus principiorum* (la *sinderesi*, che avverte che il male è da evitare e il bene da perseguire) e dall'altro della scienza pratica. Tuttavia, secondo l'Aquinate, ciò non basta per stabilire come si debba in concreto scegliere razionalmente, non basta sapere ciò che viene prescritto in universale, si richiede una conoscenza pratica riferita al particolare, e tale tipo di conoscenza può essere assicurata solamente dalla *prudentia*. Essa viene definita come "virtù necessaria a ben vivere, perché il ben vivere consiste nel ben operare".

“prudente”, il quale, sottolineano, “ possiede la conoscenza sia dei principi universali che delle situazioni particolari, è in grado di avere un’apertura mentale che gli consenta di tenere in considerazione, nella giusta misura, sia le esperienze già passate che la probabilità offerte dalle possibilità future (...), una delle sue principali caratteristiche, nell’agire, è la *circumspectio*, il guardarsi intorno, per tener conto di tutte le possibili circostanze coinvolte nell’azione o nella scelta morale; la prudenza, poi, seleziona quelle che sono rilevanti per la decisione”.²⁰⁷

Jonsen e Toulmin passano poi in rassegna il periodo storico denominato opportunamente “Alta Casistica”,²⁰⁸ che comprende gli anni dello sviluppo della casistica tradizionale di matrice filosofico-teologica cattolica a partire dagli inizi del XIV secolo, fino agli anni della sua massima espressione, tra il 1556 e il 1656.

L’influenza dei grandi teologi autori delle *Summae* ha portato, nel corso del XIV secolo, alla redazione di diversi testi sui *casi di coscienza*, ad opera di autori francescani e domenicani, la cui caratteristica principale è proprio l’accurata e sistematica cura nella compilazione di una vera e propria *tassonomia* delle azioni tipiche dei comportamenti umani, fornita con

Cfr. Thomae Aquinatis *Summae Theologiae* I II, q. 57 e Thomae Aquinatis *Summae Theologiae*, I, II, q. 58, a. 5. Si veda anche A. Da Re, *Figure dell’etica*, in C. Vigna (ac. di), *Introduzione all’etica*, Milano, Vita e Pensiero, 2001, p. 70.

²⁰⁷ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 130-131.

²⁰⁸ *Ibi*, p. 137.

l'obiettivo di favorire il dovere ecclesiastico della pratica pastorale, ad uso dunque del clero.²⁰⁹

L'opera che ha segnato poi una "svolta" verso la definizione più moderna del metodo casistico, è, secondo Jonsen e Toulmin, quella di Martin Azpilcueta,²¹⁰ agostiniano, Professore di Diritto Canonico all'Università di Coimbra e Salamanca, il quale nel 1556 aveva pubblicato un "Manuale per i confessori e i penitenti", in cui aveva abbandonato la struttura formale, rigida e alfabetica della trattazione delle diverse problematiche morali relative al comportamento umano, e aveva invece introdotto una modalità di analisi delle varie questioni morali partendo dalle situazioni più chiare e ovvie per poi giungere a quelle man mano più complesse, sistema che, in qualche modo, anticipa, secondo gli Autori, il ragionamento per analogia tipico della casistica gesuitica.

Il suggerimento sul metodo, fornito da Azpilcueta, è stato accolto e sviluppato poi, secondo Jonsen e Toulmin, dai gesuiti,²¹¹ i quali lo applicarono direttamente nella redazione dei propri testi sui "casi di coscienza" destinati alla formazione del clero.

La tecnica della casistica prevedeva una sorta di "format", una struttura procedurale ben definita, a cui potevano accedere ed essere educati, oltre i religiosi, anche i giuristi, e i membri più influenti della società (i casuisti diventarono spesso anche consiglieri dei monarchi, intervenendo di

²⁰⁹ *Ibi*, pp. 137-142.

²¹⁰ *Ibi*, p. 152.

²¹¹ *Ibi*, pp. 146-152.

fatto nei vari aspetti sociali, politici, economici e culturali della vita pubblica)²¹². Tale struttura prevedeva, come momenti essenziali, l'evitare le questioni più specificatamente speculative, una succinta presentazione dei principi morali coinvolti nel caso e la risoluzione del problema attraverso l'accettazione delle opinioni più probabili, mediante l'apporto di solide argomentazioni a riguardo.²¹³

La prima opera casuista, in tal senso, è, secondo gli Autori, quella di Juan Azor,²¹⁴ professore di teologia morale ad Alcala e poi presso il Collegio dei gesuiti di Roma.

Le caratteristiche più importanti del suo lavoro riguardano l'analisi delle *circostanze*, "che possono spesso cambiare la vera natura di un'azione"²¹⁵ e l'esame sistematico dei casi che, sostengono Jonsen e Toulmin, ha messo in luce un punto importante per la *procedura* tipica del metodo casistico: i principi generali che risolvono la questione morale della situazione considerata sono prima esibiti nei casi più semplici, in cui c'è consenso unanime tra teologi e moralisti, poi nei casi più complessi, in cui c'è conflitto sulla loro immediata applicazione a causa della variabilità delle circostanze; il risultato è pertanto il dibattito circa la soluzione più probabile che prevede il contrasto e la comparazione tra le varie opinioni dei moralisti,

²¹² W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, p. 377.

²¹³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry.op. Cit.*, p. 150.

²¹⁴ *Ibi*, pp. 153-155.

²¹⁵ *Ibi*, p. 154.

a fronte dell'apporto di solide argomentazioni pro o contro la tesi in oggetto²¹⁶.

L'attenzione posta da Azor sull'analisi delle circostanze può essere esemplificata dal suo commento sul Quinto Comandamento del Decalogo biblico: oltre alla spiegazione del significato dello stesso, vengono esaminati casi particolari per i quali il giudizio morale fatica a condannare in prima battuta, senza ombra di dubbio, chi non ha rispettato l'imperativo di non uccidere, in considerazione di circostanze importanti come la legittima difesa, l'uccisione di un avversario in una guerra ritenuta ingiusta, l'uccisione per difendere il proprio onore, la propria virtù; o i diversi generi di morte (come l'aborto, il suicidio ecc...) posti in relazione a problematiche di istigazione e incoraggiamento alla morte di natura personale e psicologica.²¹⁷

Il XVII secolo, peraltro, oltre all'affermarsi della tecnica della casistica gesuitica propriamente detta, e agli apporti che arrivano ad essa considerando il panorama storico-religioso-teologico del tempo, con l'avvento del Protestantesimo e poi della Controriforma²¹⁸, vede poi l'emergere di un

²¹⁶ *Ibi*, p. 155.

²¹⁷ *Ibi*, p. 155.

²¹⁸ *Ibi*, pp. 152-164.

Per una panoramica sugli autori principali della Casuistica inglese, si veda R. Elliott, *Cases of conscience: Alternatives open to recusant and Puritans under Elisabeth I and James I*, Cambridge University Press, Cambridge 1975, J. F. Keenan, T.A. Shannon, *The Context of casuistry*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995, Richard B. Miller, *Casuistry in modern Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996.

dibattito sempre più serrato tra i gesuiti e domenicani, e poi all'interno dell'ordine stesso dei gesuiti, sulla questione del *probabilismo*.²¹⁹

La tesi del Probabilismo, enunciata per la prima volta dall'autorevole teologo Bartolomeo da Medina, già nel 1577, sosteneva che “se un'opinione è probabile (se cioè essa è sostenuta da uomini sapienti ed è confermata da ottimi argomenti) è lecito seguirla, anche se quella opposta sia più probabile”.²²⁰

La tesi probabilista nasce sulla scorta dell'annosa questione della “coscienza dubbia”,²²¹ la liceità affermata dal probabilismo non è da pensare quasi essa fosse di necessità al servizio dell'arbitrio personale; è invece spesso intesa come un omaggio a quell'apprezzamento della coscienza personale che non sempre può autorizzarsi mediante il riferimento ad una precisa norma di carattere generale, anche se in ipotesi esso è suggerito da preoccupazioni moralmente non spregevoli né oggettivamente prive di rilievo.

²¹⁹ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, p. 377.

²²⁰ G. Angelini, *Teologia Morale Fondamentale*, p.184.

²²¹ La questione della coscienza dubbia riguarda la tesi, comune tra i teologi, secondo cui all'uomo non è lecito agire finché la sua coscienza sia dubbia, ossia finché il soggetto non sia in grado di esprimere un giudizio certo circa la bontà o rispettivamente la malizia dell'azione che sta per compiere. Il dubbio della coscienza può riguardare la sussistenza stessa di una determinata norma morale (ad esempio, se sia lecita o meno la sterilizzazione diretta), o può riguardare l'interrogativo se un certo comportamento concreto rientri o meno nella fattispecie generale prevista da una norma in se stessa certa (ad esempio, se questo o quell'altro intervento debba qualificarsi come sterilizzazione diretta). In ogni caso, i dubbi per riferimento ai quali è posto il problema generale della coscienza dubbia sono quelli che riguardano non l'enunciato generale della norma, ma la sua applicazione ai casi concreti. In tal senso il problema è di rilievo centrale per la teologia morale casistica, come applicazione della norma nota a casi di scelta che sempre più frequentemente sembrano sfuggire alle consuetudini acquisite. Si veda G. Angelini, *Teologia Morale Fondamentale*, p.184.

Il modello dei rapporti tra coscienza e legge sotteso è quello suggerito dal riferimento ad una nozione di legge di carattere giuridico, pertanto, evidenzia Angelini²²², il probabilismo sarebbe un'immediata deduzione dal principio giurisdizionale secondo il quale *lex dubia non obligat*.²²³

Molti maestri gesuiti, non solo casuisti ma anche scolastici (tra cui Suàrez, tra gli altri) ripresero e difesero il probabilismo di Medina, nonostante il fatto che alcuni moralisti lo intesero altresì in forma troppo esasperata, tanto da subire la condanna del Sant'Uffizio nel 1679.²²⁴

La tesi opposta, che si contrapponeva al probabilismo, era il *sistema tuziorista*, per il quale, in caso di coscienza dubbia, doveva sempre prevalere la legge del rispetto della coscienza, cioè ci si doveva comportare in conformità a quell'opinione che appaia più impegnativa per la libertà del soggetto.²²⁵

La contrapposizione rigida delle due tesi è attenuata dal successivo inserimento nel loro mezzo di molti sistemi morali intermedi, i quali intendevano ovviare alle interpretazioni aberranti del probabilismo,²²⁶ che ne compromettevano la credibilità. Viene così enunciata la tesi del *probabiliorismo*²²⁷, per la quale è sempre lecito seguire l'opinione più

²²² G. Angelini, *Teologia Morale Fondamentale*, p.185.

²²³ *Ibi*, p.185.

²²⁴ *Ibi*, p.185.

²²⁵ G. Angelini, *Teologia Morale Fondamentale*, p.185. La tesi tuziorista, il cui iniziatore è J.Sinnich, nella sua versione più rigida è stata poi condannata dal Sant'Uffizio nel 1690.

²²⁶ Per avere un documento sugli abusi ai quali un indiscriminato sfruttamento della tesi probabilista esponeva, si veda i *65 Errones doctrinae moralis laxoris*, condannate dal sant'Uffizio nel 1679.

²²⁷ I fautori del probabiliorismo sono i domenicani D. Concina e V. Patuzzi.

probabile, e dell'*equiprobabiliorismo*²²⁸, per la quale se diverse opinioni appaiono ugualmente probabili, è lecito seguire una qualsiasi tra esse.

La disputa tra le diverse opzioni venne alla fine abbandonata, la questione sostanzialmente superata grazie alla dottrina morale di Sant'Alfonso de Liguori, che si occupò - più che di chiarimenti di carattere teorico da lui in ipotesi introdotti - di proporre giudizi in campo morale basati sulla *prudenza di carattere casistico* su singoli temi di discernimento morale materiale²²⁹.

Jonsen e Toulmin ripercorrono in maniera approfondita tutta questa evoluzione del dibattito teologico sorto intorno alla casistica gesuitica tra '600 e '700, di cui si è cercato di offrire una breve panoramica, soffermandosi sulle figure di Bartolomeo da Medina e Francisco Suárez, e concentrando l'attenzione sulla distinzione, ben presente nel dibattito del probabilismo, tra la ricerca di una "certezza pratica della coscienza" per quanto riguarda l'azione morale, e la "certezza probabile" che, sulle questioni morali, forniscono le diverse opinioni.²³⁰

Gli Autori offrono la dettagliata descrizione di tre casi emblematici, letti secondo i canoni della casistica tradizionale (il caso di usura, di equivoco per spergiuro, e dell'offesa personale del proprio onore)²³¹ per dimostrare che, a differenza di quanto si andava affermando sulla casistica a causa sia del

²²⁸ Ne è considerato il fautore il gesuita C. Rassler (XVIII secolo).

²²⁹ G. Angelini, *Teologia Morale Fondamentale*, p.186.

²³⁰ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 173.

²³¹ *Ibi*, pp. 177-227.

dibattito interno rispetto alla questione del probabilismo sia tramite le critiche mosse dal filosofo B. Pascal, la metodologia casistica, sebbene applicata a questioni moralmente rilevanti proprie del tempo storico dell'epoca, mostra una sua *intrinseca capacità di autocritica*; i casuisti si rivelano, secondo gli Autori, aperti alla critica rispetto alle argomentazioni portate a favore o contro della propria opinione e questo atteggiamento critico non sarebbe affatto, come ritiene invece Pascal, sinonimo di un modo evasivo e sofisticato di trattare l'etica.

Il riferimento all'opera di Blaise Pascal, a questo punto, diventa fondamentale per quanto concerne il lavoro di Jonsen e Toulmin: uno degli obiettivi principali di *The Abuse of Casuistry*, infatti, è quello di offrire un'analisi della casistica tradizionale in grado di "riabilitare" tale metodologia di approccio al ragionamento morale, ampiamente caduto in discredito proprio a partire dal testo *Le Provinciali* del 1656 (il cui titolo completo sarebbe *Lettere di Louis Montalte a un suo amico provinciale e ai Revv. PP. Gesuiti sulla morale e la politica di questi padri*) di B. Pascal.²³²

²³² B. Pascal, *Le Provinciali*, Einaudi Editore, Torino, 1983. Come scrive nell'*Introduzione* alla traduzione italiana dell'opera Giulio Preti, per la loro origine e i loro scopi *le Provinciali* sono uno dei più interessanti e drammatici episodi della lotta fra giansenisti e gesuiti nel campo della morale e dell'esperienza religiosa.

Se sul terreno dogmatico la differenza tra i due movimenti religiosi è poco rilevante, in quanto sono entrambi rigidi assertori dell'autorità della Chiesa, dell'obbligatorietà del dogma, del valore della tradizione; il forte divario e la polemica riguarda invece il *modo* di intendere l'autorità della Chiesa, la morale cristiana e l'esperienza religiosa.

I gesuiti tendevano ad una concezione dittatoriale dell'autorità della Chiesa: il Papa, capo supremo della gerarchia, doveva secondo loro avere il diritto sovrano di decidere su ogni questione, di diritto o di fatto, di dogma o di disciplina. Dietro l'autorità papale, in realtà, si "nascondeva" l'ordine dei gesuiti, la cui struttura, fortemente gerarchizzata, costituiva un potente mezzo di dominio e di propaganda.

Jonsen e Toulmin offrono un'analisi approfondita dell'opera, mettendo in evidenza come gli aspetti critici messi alla berlina da Pascal (la condanna del probabilismo, del lassismo morale, dell'esercizio puramente intellettualistico di sofismi teorici ormai vuoti di significato) riguarderebbero non la casistica *tout court*, ma quella casistica "lassista" frutto di una degenerazione, di una deriva estremistica messa in atto da alcuni (non tutti) i casuisti; inoltre, continuano gli Autori, l'analisi mossa da Pascal utilizza, per mettere in ridicolo il ragionamento casistico, dei casi esemplari, riguardanti le questioni morali, senza assolutamente tener conto del contesto storico-culturale in cui essi sono inseriti, con l'unico fine, appunto, di metterne in luce solo gli aspetti più paradossali e assurdi²³³.

Per esemplificare, si può citare la Lettera V,²³⁴ il cui argomento principale è la presentazione della teoria probabilistica, considerata l'origine delle molteplici e divergenti opinioni morali che, secondo Pascal, i casuisti

Per quanto riguarda il divario nel modo di concepire il rapporto fra cultura religiosa e cultura mondana, i gesuiti si sforzano il più possibile di unificare il metodo di pensiero e sistema di principi che deve valere per la teologia, per la scienza per la morale e il diritto. L'armamentario dei metodi della scolastica, le definizioni, i sillogismi, i distinguo, permetteva di tentare di conservare la sintesi medievale che era stata superata dallo sviluppo della cultura mondana, salvando i principi della Chiesa come tale, ma venendo a continue transizioni/mediazioni con i tempi; da qui il famoso lassismo della morale dei loro casuisti, oggetto della critica pascaliana, rivolto ad "accomodare" i principi del cristianesimo con l'effettivo costume del tempo.

Nelle *Provinciali* Pascal immagina di scrivere ad amico che abita in provincia, per tenerlo al corrente delle discussioni alla Sorbona e degli scandaletti teologici della capitale francese.

A partire dalla quarta lettera e fino alla sedicesima Pascal trasferisce il dibattito dal terreno della teologia dogmatica alla teologia morale, iniziando quell'attacco a fondo contro il benignismo dei gesuiti e dei nuovi casuisti (che, egli ritiene a torto, come sottolineano anche Jonsen e Toulmin, siano in gran parte gesuiti), che sfocia spesso in un vero e proprio lassismo morale. Escobar e Bauny, due gesuiti fra i più "rilassati" fra i casuisti, sono il suo principale bersaglio.

²³³ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 231-250 e W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, p. 377.

²³⁴ B. Pascal, *Le Provinciali*, Einaudi Editore, Torino, 1983, pp 3-53 e A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 237.

fanno in modo di poter mantenere insieme nonostante l'intrinseca incompatibilità che emerge e sussiste tra giudizi diametralmente opposti.

La "caricatura"²³⁵ della casistica che Pascal dipinge, sottolineano gli Autori, è sopravvissuta nei secoli successivi, contribuendo dunque in maniera sostanziale a rovinare la reputazione della casistica tradizionale di matrice teologica, specialmente considerando la sua variante lessicale "*casuistica*", che è diventata, "grazie" a Pascal, sinonimo di un modo evasivo di trattare l'etica, che riduce al minimo le esigenze del dovere morale²³⁶.

Se la critica pascaliana è un punto di partenza indubitabile per il lavoro di Jonsen e Toulmin, rappresenta però, nel contempo, anche un punto di svolta: al di là della polemica di Pascal, gli Autori iniziano infatti una ricognizione approfondita e una presentazione attenta dei contenuti metodologici fondamentali propri della casistica teologica tradizionale (l'Alta Casistica) sviluppatasi fino ad allora e "fiorita" compiutamente per tutto il XVII secolo; Jonsen e Toulmin sottolineano che, in comune con l'etica propria dell'arte medica, la struttura della metodologia casistica prevede tre momenti fondamentali: la "*diagnosi*" del problema morale, la "*prescrizione*" e il *consiglio* per essere "un buon medico dell'anima".²³⁷

²³⁵ *Ibi*, p. 237.

²³⁶ S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 121.

²³⁷ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, p. 251.

Jonsen e Toulmin mettono in evidenza, con una ricognizione precisa e attenta delle fasi di questo *iter* metodologico che guida il ragionamento morale, che quelle sofisticate elucubrazioni su quale fosse, fra le tante esistenti, l'opinione da seguire in realtà, al di là dell'argomento d'autorità sotteso, erano comunque conseguenza, a dispetto, potremmo sottolineare, dell'atteggiamento ridicolo estremizzato dalla lettura di Pascal, di *una ricerca normativa estremamente affinata*, che cercava di riferirsi alle molteplici situazioni previste e prevedibili.²³⁸

Jonsen e Toulmin rilevano quindi sei aspetti contenutistici fondamentali della casistica tradizionale di matrice teologica che, ritengono, la riabilitano nel panorama storico-filosofico-teologico del dibattito attuale e che possono ancora trovare applicazione per quanto concerne le nuove problematiche emergenti nell'orizzonte della biomedicina e dell'etica clinica: la nozione di paradigma, il ragionamento morale per analogia, la definizione di massima, di circostanza, di probabilità, di argomenti "cumulativi" a sostegno del giudizio etico proposto sulla questione considerata, e la determinazione della risoluzione morale più adeguata tramite l'ausilio del discernimento morale (*phronesis* aristotelica).²³⁹

A questo livello emerge pertanto la *pars costruens* dell'analisi storico-filosofica del lavoro di Jonsen e Toulmin: avendo messo in luce gli aspetti contenutistici teoricamente più rilevanti e ritenuti ancora validi della

²³⁸ S. Leone, S. Privitera, *Nuovo Dizionario di Bioetica*, Ed. Città Nuova, Brescia 2004, p. 163.

²³⁹ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 250-266.

metodologia casistica di matrice teologica, ed evidenziando il fatto che, a partire dagli anni '60, come si è visto, si rinnova nel panorama storico-culturale americano l'interesse per l'*analisi etica dei casi*, a fronte delle nuove questioni etiche poste dal progresso tecnoscientifico operato dalla biomedicina, gli Autori affermano che, dunque, esiste la *possibilità concreta* di una ripresa/riproposizione e applicazione dei contenuti metodologici della casistica tradizionale alle problematiche etiche attuali, in quanto essa "ha molto da offrire agli eticisti contemporanei".²⁴⁰

Jonsen e Toulmin identificano quindi dei *parallelismi* che è possibile riscontrare tra l'uso degli elementi procedurali della metodologia della casistica tradizionale così come è stata indagata nel corso del loro studio e le modalità attuali di approccio al ragionamento etico per quanto concerne problematiche di tipo etico-clinico²⁴¹

Per farlo utilizzano *ad hoc* delle presentazioni di problematiche etiche contemporanee, che spaziano dalle questioni sulla rianimazione neonatale in soggetti prematuri,²⁴² ai casi di gravidanza ectopica,²⁴³ (in cui si evidenzia

²⁴⁰ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, p. 378.

²⁴¹ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry .Op. Cit.*, pp. 307-332.

²⁴² *Ibi*, p. 308.

²⁴³ *Ibi*, p. 312.

un'applicazione diretta del principio del duplice effetto²⁴⁴) alle questioni morali emergenti dalla possibilità tecnica del cambiamento di sesso.²⁴⁵

Dall'analisi degli aspetti eticamente più rilevanti di tali situazioni problematiche, Jonsen e Toulmin mettono in evidenza come quei particolari aspetti contenutistici individuati nella casistica (come l'individuazione del paradigma morale di riferimento, delle circostanze proprie del caso) possono concretamente ritrovare applicazione e permettere di "costruire" una panoramica più completa di tutti gli aspetti eticamente più rilevanti e delle circostanze, derivanti dal contesto socio-culturale in atto, che possono influenzare in maniera determinante il giudizio morale sulla situazione considerata.

In conclusione, il punto di arrivo cui giunge l'analisi di *The Abuse of Casuistry* ci riconduce di nuovo a quello di partenza: essendo giunti a sostenere, affermano Jonsen e Toulmin, la ragionevolezza dell'utilizzo degli elementi propri della casistica tradizionale nell'ambito delle problematiche sollevate dall'etica clinica, avendone analizzato compiutamente il percorso storico-filosofico-teologico che ne ha visto l'applicazione in etica generale, è possibile procedere nell'analisi e osservare come la metodologia neocasistica di Jonsen si costruisce quale modello di approccio pratico al

²⁴⁴ Per una panoramica generale sulla dottrina filosofica del duplice effetto si rimanda a A. Virdis, Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica, in *Medicina e Morale*, 2006, 5, pp. 951-979.

²⁴⁵ A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The abuse of Casuistry. Op. Cit.*, pp. 318-322.

ragionamento etico per quanto concerne casi moralmente problematici dell'etica clinica contemporanea.

CAPITOLO III

“CLINICAL ETHICS”:

LA NEOCASISTICA APPLICATA ALLA CLINICA

1. Un metodo per la bioetica clinica: il testo “Clinical Ethics”

Il nostro percorso d’indagine circa la definizione e delineazione degli aspetti fondamentali del metodo neocasistico proposto da Jonsen ha dunque “raggiunto” un punto chiave di “svolta”: avendone descritto, seguendo il percorso di studi di Jonsen e il suo testo *The Abuse of Casuistry*, le origini e le ragioni che ne giustificano l’uso dal punto di vista dell’etica più generale, ora la nostra attenzione si sposta sulla sua strutturazione e la sua applicazione nell’ambito più specificatamente *clinico*, per valutarne opportunamente i punti di forza e gli eventuali limiti, così come le stesse risposte che Jonsen offre per ribattere alle critiche ricevute e per difendere il valore del suo metodo, quale strumento di ragionamento etico-clinico da utilizzare nella prassi concreta dell’esperienza sanitaria.

Albert Jonsen non è mai stato un caloroso sostenitore della bioetica standard, basata sui principi²⁴⁶(sebbene, come si è visto, abbia collaborato attivamente alla redazione del *Belmont Report* con la National Commission, come sottolinea anche lo stesso Beauchamp²⁴⁷)ma era consapevole che l'approccio etico alternativo che stava via via maturando, lavorando con la Commissione, non poteva, in ultima analisi, essere lasciato solo all'intuizione o alle preferenze personali degli studiosi interessati, ma doveva diventare un *metodo*, giustificabile con argomenti razionali e anche trasmissibile attraverso l'insegnamento.²⁴⁸

Una sua convinzione basilare, come si è constatato descrivendo il suo percorso personale, è che la ricerca del metodo per trasmettere il modo di risolvere i problemi etici che emergono dai casi posti dall'esercizio della pratica medica si impara "guardando i dottori",²⁴⁹ atteggiamento che è stato una costante nella sua professione dedicata all'etica medica.

Nel 1982 Jonsen ha così pubblicato per la prima volta il volume *Clinical Ethics. A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical*

²⁴⁶ S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 119.

Nella sua intervista con Spinsanti, Jonsen indica la bioetica dei principi come quella che si limita alla recitazione degli stessi come un "mantra", in S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 119.

²⁴⁷ T.L. Beauchamp, The Origins, Goals, and Core Commitments of *The Belmont Report and Principles of Biomedical Ethics*, in J.K. Walter, E.P. Klein (eds.), *The Story of Bioethics. From seminal works to contemporary explorations*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2003, p. 22.

²⁴⁸ S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, p. 119.

²⁴⁹ *Ibi*, p. 119.

Medicine,²⁵⁰ scritto in collaborazione con altri due importanti studiosi, Mark Siegler²⁵¹ e William Winslade²⁵².

Per redigere tale lavoro, vengono messe insieme *tre diverse competenze* (la sua, la più propriamente etico-morale-teologica, quella medica di Siegler e quella giuridica di Winslade) per cercare di riportare l'etica nel contesto che le è proprio, quello clinico, offrendo un metodo per considerare le varie opzioni nella gestione di problemi simili, che presentino difficoltà sia dal punto di vista clinico sia etico²⁵³.

Jonsen stesso, nell'intervista con Spinsanti,²⁵⁴ informa che hanno influito su tale approccio sia la metodologia casistica proposta dalla Business School dell'Università di Harvard, che già da molti anni aveva proposto un

²⁵⁰ Il testo ha avuto molto successo e diverse ristampe; l'edizione cui si fa riferimento nel presente lavoro è A.R. Jonsen, M.Siegler, W.J.Winslade, *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 5th edition, Mc Graw-Hill, New York 2002, (ed.it. a cura di A.G. Spagnolo, *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, Mc Graw-Hill, Milano 2003).

²⁵¹ Mark Siegler (20 giugno 1941) è un medico, laureato presso l'università di Chicago; vi ha altresì svolto tutta la sua carriera clinica e accademica, dove è consulente medico internista e titolare della cattedra di medicina interna. È anche consulente eticista ed è stato Direttore del servizio di Consulenza di Etica Clinica dal 1986 al 1994. Si veda http://en.wikipedia.org/wiki/Mark_Siegler (accesso al sito del 20/08/2012). È noto anche in Italia, dove ha ricevuto numerosi riconoscimenti, tra cui il premio Chirone da parte dell'Associazione Medica Italiana e dell'Università di Bologna nel 1996, e la cittadinanza onoraria dalla città di Palermo nel 1997. Si veda A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p.13.

²⁵² William J. Winslade (18 novembre 1941) è un giurista e psichiatra, ha una formazione in filosofia, diritto e psicanalisi. Svolge la sua attività presso l'istituto di Medical Humanities dell'Università del Texas a Gavelston - dove è consulente eticista - e all'istituto di Health Law and Policy dell'Università di Houston. Si veda http://en.wikipedia.org/wiki/William_J._Winslade (accesso al sito del 20/08/2012). Il suo ambito di interesse particolare è quello del paziente con danno cerebrale, dal punto di vista delle implicazioni giuridiche, psichiatriche e sociali che la condizione comporta. Egli è fra i sostenitori che la boxe debba essere messa al bando in quanto "è il solo sport che abbia come obiettivo fondamentale quello di determinare un danno cerebrale all'avversario" e continua a battersi anche per aumentare ad almeno 19 anni l'età per guidare l'automobile e per sottoporre ad un controllo annuale tutti gli automobilisti oltre i 65 anni. Un volume sull'argomento gli ha meritato la nomination da parte della Yale University per il premio Pulitzer. Si veda A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, pp. 13-14.

²⁵³ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 14.

²⁵⁴ S.Spinsanti, Incontro con Albert Jonsen, *L'Arco di Giano*, 1994, 3, pp. 205-220.

metodo di insegnamento centrato sullo studio dei casi; sia la tradizione casuistica sviluppata dalla teologia morale cattolica, soprattutto dai gesuiti²⁵⁵.

Il coinvolgimento con la bioetica, ormai, stava indirizzando Jonsen a riscoprire e approfondire il *significato autentico e la reale funzione della casuistica*, il cui metodo spinge ad aver chiari non solo i principi da applicare, ma ad esaminare accuratamente *caso per caso*, individuando le *circostanze* che rendono ognuno moralmente diverso.

Il testo è stato scritto originariamente per i medici internisti e si concentra principalmente su quei problemi etici che si presentavano a coloro che dovevano prendere decisioni cliniche per i loro pazienti; nelle edizioni successive, l'obiettivo si è allargato anche alla pediatria.

Successivamente, gli Autori hanno ritenuto che il metodo usato nel volume potesse essere utile anche per altri operatori sanitari, quali infermieri, operatori sociali, tecnici, assistenti spirituali e amministratori sanitari.²⁵⁶

Nell'edizione considerata (la quinta), si afferma chiaramente che il testo è destinato non soltanto ai clinici e agli studenti che si occupano direttamente dei malati, ma anche ad altri professionisti come gli amministratori e i legali degli ospedali, i membri dei comitati etici istituzionali, gli addetti al controllo della qualità, i responsabili dei piani sanitari; a tutti coloro, insomma, il cui lavoro richiede una consapevolezza e una sensibilità verso le questioni della pratica clinica, e che, pertanto, hanno la

²⁵⁵ S. Spinsanti, *Bioetica. Biografie per una disciplina*, pp.120-121 e A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 14.

²⁵⁶ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 4.

responsabilità di preservare la dimensione etica come elemento essenziale per offrire un servizio sanitario di qualità.²⁵⁷

²⁵⁷ *Ibi*, p. 2.

2. Il metodo neocasistico nel testo "Clinical Ethics"

Secondo il metodo proposto, quindi, i *cas*i hanno un'importanza centrale: non solo quelli di frontiera, interessanti o spettacolari, ma quelli che i medici e gli operatori sanitari incontrano *tutti i giorni* nella pratica clinica.

L'etica clinica, in questa prospettiva, consiste nell'identificazione, nell'analisi e nella soluzione di problemi morali che sorgono nella cura di un paziente. Le preoccupazioni morali, infatti, sono inseparabili da quelle mediche circa la diagnosi e il trattamento del paziente; *l'ethical judgement* è inseparabile dal *clinical judgement*, si appoggia su di esso.²⁵⁸

L'obiettivo degli Autori si configura quindi come tentativo di offrire una buona *metodologia* per esaminare dal punto di vista etico i casi clinici, proponendo, come si è già mostrato, un metodo alternativo al "principalismo" a cui i filosofi sarebbero portati istintivamente, dato che, ragionando su un caso, arrivano poi a ridurre i problemi a un conflitto tra principi²⁵⁹.

Gli Autori propongono pertanto un metodo che vuole aiutare a far emergere il complesso intreccio degli elementi etici, emotivi, sociali economici che molti casi contengono, e che vanno adeguatamente tenuti in considerazione per prendere una buona decisione etico-clinica.

²⁵⁸ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, p. 530.

²⁵⁹ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 12.

Scrivono a proposito gli Autori:

Ogni clinico impara fin dai primi giorni nella Facoltà di Medicina a “presentare” un paziente in forma organizzata, in modo che possano essere sistematicamente esplorate le possibilità diagnostiche e terapeutiche. In modo simile, *questo libro offre una via per presentare un paziente, in vista di una decisione etica: organizzando e disponendo i fatti rilevanti e le questioni nella prospettiva di una decisione etica pratica*. A questo fine può essere utile ordinare le questioni, riunire i dati, mettere in evidenza i punti centrali, escludere quelli estranei e valutare l’evidenza; ma non detterà le conclusioni. Le conclusioni devono essere formulate dal clinico responsabile dopo avere utilizzato il metodo per chiarire e consolidare le sue idee e i suoi sentimenti relativi al caso.²⁶⁰

La loro posizione risulta ancora più esplicita nel momento in cui chiariscono che, mentre molti libri di etica sanitaria si sviluppano intorno a valori etici quali il rispetto per l’autonomia, la beneficenza, il principio di non maleficenza e alla luce di questi (i *principi* classici) analizzano i vari casi, altri testi invece preferiscono concentrarsi su problematiche particolari (potremmo dire *eccezionali*) come la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale e i vari tipi di consenso informato; *il loro lavoro, invece, vuole essere diverso*.

Gli Autori affermano infatti che le situazioni cliniche sono complesse, implicano una vasta gamma di fatti medici, una varietà di circostanze e valori connessi e, spesso, le decisioni devono essere prese in fretta.

In questa cornice, scrivono, “riteniamo che ai clinici occorra un metodo diretto per estrapolare da ogni situazione gli aspetti pertinenti e i valori entro uno schema organico che faciliti la discussione e la risoluzione dei problemi

²⁶⁰ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, p. 530.

etici. Questa metodologia corrisponde al modo in cui i clinici prendono in esame i casi nella pratica clinica”.²⁶¹

Applicare la metodologia neocasistica per approcciarsi ai problemi morali emergenti nei casi di etica clinica, chiarisce Jonsen,²⁶² si traduce, in effetti, nel condurre in un contesto concreto, pratico, i tre “steps” fondamentali del ragionamento casistico, così come si è riscoperto analizzando la *casistica tout court* nell’ambito della storia del pensiero teologico-morale oggetto di *The Abuse of Casuistry*:

- la descrizione della situazione in oggetto, per *la scelta di topics*, delle caratteristiche fondamentali del caso preso in esame, al fine di selezionare le diverse tipologie e il valore delle *circostanze* che hanno a che fare con esso;
- il “*bilanciamento*” dei *principi morali* connessi al caso considerato, in relazione alla sfera delle circostanze ritenute rilevanti che lo riguardano;
- la *definizione di ragioni eticamente valide*, da parte dell’autorità morale, per avanzare la proposta di una determinata soluzione per la risoluzione della questione posta dal caso in esame²⁶³.

²⁶¹ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 2.

²⁶² A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, in Sugarman J., Sulmasy D.P., *Methods in Medical Ethics*, 2nd edition, Georgetown University Press, Washington D.C., 2010, p. 117.

²⁶³ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 117.

Nel ragionamento casistico, scrive Jonsen, le soluzioni dei casi analizzati sono messi a confronto con paradigmi di casi simili, in cui la relazione tra i principi morali coinvolti e le circostanze proprie della singola situazione suggerisce le stesse evidenti conclusioni. Il confronto fra casi simili è detto *ragionamento per analogia*.²⁶⁴

Come si è visto analizzando il testo *The Abuse of Casuistry*, il riferimento fondamentale è ai cosiddetti *casi paradigmatici*, i quali forniscono indicazioni iniziali presuntive o probabili che, in base alle *somiglianze* e alle *differenze* rispetto al caso in esame e in mancanza di circostanze eccezionali, acquisiscono valore conclusivo per l'esercizio del giudizio morale, che avviene per via analogica.

L'insieme delle condizioni che definiscono i casi paradigmatici costituirebbe poi quella sorta di *tassonomia morale* cui attingere per orientare l'esercizio prudenziale del *discernimento*: il modello di ragionamento da applicare, pertanto, segue, quello tipico della Anglo - American Common Law, della retorica e della clinica, in cui l'analisi delle caratteristiche proprie del singolo caso si determina in rapporto alla fattispecie di casi simili, e tale confronto, in un certo qual modo, permette di prendere poi una buona decisione pratica per risolvere la questione etico-clinica emersa dal contesto della situazione considerata.

²⁶⁴ *Ibi*, p. 117.

Il ragionamento per analogia, sostiene Jonsen,²⁶⁵ è chiaramente differente da quello deduttivistico tipico della bioetica dei principi, che procede rigidamente dalle premesse alle relative logiche conclusioni, e i suoi elementi, sottolinea, non sono in primis dei *concetti*, ma le caratteristiche della situazione concretamente considerata.

Data questa "premessa" teoretica di base, in *Clinical Ethics* Jonsen, Siegler e Winslade presentano il metodo neocasistico applicato all'etica clinica come costituito, sostanzialmente, da tre fasi in successione:

1. *Esposizione del caso clinico;*
2. *Commento al caso;*
3. *Consiglio "morale" o raccomandazione.*

L'*esposizione del caso* si adegua in tutto e per tutto alle norme della *storia clinica* del paziente, enunciando, quindi, i sintomi principali presenti, l'anamnesi patologica prossima, l'anamnesi patologica remota, l'anamnesi familiare e sociale, i risultati degli esami obiettivo effettuati, i relativi dati di laboratorio per arrivare alla diagnosi e formulare un piano di trattamento adeguato;²⁶⁶ non si deve altresì trascurare la disamina delle *condizioni esistenziali, psicologiche, emotive, socioculturali* del malato e della sua

²⁶⁵ *Ibi*, p. 118.

²⁶⁶ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 3.

famiglia, per definire un percorso clinico le cui scelte siano quanto più possibile condivise.

Il secondo momento è quello del *commento "morale"*.

Il commento si costruisce a partire da *quattro categorie*, quattro *criteri* attraverso i quali gli Autori suggeriscono di analizzare *ogni* caso clinico, specialmente se solleva qualche dilemma etico. Essi infatti costituiscono, scrive Jonsen, la struttura portante e le caratteristiche essenziali del rapporto medico-paziente e sono gli elementi chiave dei casi che costituiscono il "contenuto" proprio dell'etica clinica²⁶⁷.

Essi sono:

5. *Le indicazioni mediche.*
6. *Le preferenze del paziente.*
7. *La qualità di vita.*
8. *Gli aspetti contestuali, come il contesto sociale, economico, giuridico, amministrativo.*

Le *indicazioni mediche* sono tutte le informazioni circa la diagnosi, la prognosi e il trattamento del problema medico del paziente, che devono

²⁶⁷ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 111.

Si veda anche A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, *Theoretical Medicine*, 1986, 7, pp. 65-74, A.R. Jonsen, *Case Analysis in Clinical Ethics*, in *The Journal Of Clinical Ethics*, 1990, 1, 65, A.R. Jonsen, *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*, *Theoretical Medicine*, 1991, 12, pp. 299-302.

essere oggetto della discussione etica in quanto vanno considerate alla luce della possibilità di apportare beneficio al malato e rispettarne le preferenze.

Le *preferenze del paziente* sono i giudizi di valore espressi dal malato in merito alla valutazione dei rischi-benefici di ogni trattamento medico, e sono basati sul proprio background di convinzioni religiose e morali personali del singolo.

Con il termine *qualità di vita* si intendono le condizioni effettive di vita del paziente, questo criterio riguarda sia la qualità della condizione "concreta", fisica, del soggetto, sia la sua condizione esistenziale, ossia il giudizio etico del singolo circa la qualità del suo stato psicofisico reale.

Gli *aspetti contestuali* sono l'insieme dei rapporti interpersonali, delle istituzioni e situazioni finanziarie e sociali che possono influenzare positivamente o negativamente la cura del paziente. Allo stesso modo, il contesto stesso in cui il malato è inserito viene ad essere influenzato dalle decisioni prese dal o sul paziente, decisioni che possono avere sugli altri un impatto psicologico, emotivo, finanziario, legale, scientifico, educativo o religioso; pertanto, tali aspetti devono sempre essere esaminati e valutati perché potrebbero essere di cruciale importanza per il profilo e la risoluzione del problema etico emergente dal caso²⁶⁸.

²⁶⁸ Si veda A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, pp. 6-9.

Sebbene i singoli casi possano differire tra loro, scrivono gli Autori,²⁶⁹ questi criteri risultano essere *sempre* pertinenti, aiutano ad organizzare i dati e, allo stesso tempo, portano l'attenzione sui principi etici appropriati allo specifico caso, pertanto “rappresentano un metodo sistematico per identificare ed analizzare i problemi etici che si verificano nella medicina clinica”.²⁷⁰

I quattro criteri proposti permetterebbero al clinico di comprendere la connessione fra principi etici e le circostanze proprie del singolo caso clinico. Nel momento in cui esso viene analizzato, “le diverse circostanze si vanno a collocare in tutte e quattro le categorie indicate e vanno a incidere sul significato e sulla rilevanza dei principi etici implicati”²⁷¹.

Scrivono gli Autori:

Il nostro metodo di analisi inizia non dalle regole e dai principi, come fanno molti trattati di etica, ma dalle *caratteristiche concrete dei casi*.
Ci riferiamo a norme e principi quando questi diventano attinenti alla discussione dei criteri. In questo modo, si evita un dibattito astratto sui principi così come la tendenza a pensare a un solo principio come unica guida per la risoluzione del caso.
*Le norme e i principi etici vengono compresi meglio e apprezzati nelle specifiche circostanze del caso*²⁷².

L'obiettivo da raggiungere, utilizzando il metodo proposto, è quello di essere in grado di riesaminare insieme i quattro criteri per verificare come i principi e le circostanze, nel loro complesso, definiscano il problema etico di

²⁶⁹ *Ibi*, p. 2.

²⁷⁰ *Ibi*, p. 2.

²⁷¹ *Ibi*, p. 3.

²⁷² *Ibi*, p. 10.

quel determinato caso e quale risoluzione suggeriscano: la formulazione di un buon giudizio etico-clinico consiste, pertanto, nel valutare come i principi etici debbano essere interpretati nella *situazione reale* che si presenta nella pratica quotidiana.

Gracia,²⁷³ inoltre, evidenzia come tali criteri abbiano un legame di riferimento esplicito con i "principi" propri del *Belmont Report*, in quanto i criteri medici sono solitamente basati sul principio di beneficenza, le preferenze del paziente su quello di autonomia, la qualità di vita su quello di benessere, gli aspetti contestuali sul principio di giustizia o equità sociale.

Jonsen, Siegler e Winslade affermano chiaramente che i quattro criteri possono essere considerati dei "segnali stradali", che guidano il clinico attraverso la complessità dei casi reali; mediante il loro utilizzo il personale sanitario potrà così arrivare a valutare quanto un caso etico reale rientri nella comprensione più generale di situazioni analoghe, per costruirsi, poi, un'opinione adeguata su di esso²⁷⁴.

I quattro criteri, suggeriscono, possono altresì servire come traccia di discussione fra operatori, paziente e famiglia al momento del ricovero nella struttura ospedaliera o in un hospice.²⁷⁵

Il volume è quindi suddiviso in quattro capitoli,²⁷⁶ ciascuno dei quali approfondisce *un criterio* attraverso la definizione dei principali concetti

²⁷³ D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, pp. 530-531.

²⁷⁴ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 4.

²⁷⁵ *Ibi*, p. 5.

²⁷⁶ *Ibi*, p. 3.

bioetici connessi che possono interessarlo; vengono quindi illustrati dei casi-*tipo* in cui lo specifico criterio gioca un ruolo determinante e vengono, infine, esaminati in maniera critica le argomentazioni comunemente offerte per risolvere il problema.

I quattro casi clinici che ricorrono nel testo come principali esempi sono dei pazienti a cui sono stati dati i nomi fittizi di *Signor Cure*, *Signora Care*, *Signora Comfort* e *Signor Cope*, scelti per suggerire alcuni aspetti caratteristici della loro condizione di salute²⁷⁷. Questi casi sono presentati "declinando" loro caratteristiche fondamentali attraverso il metodo proposto, e opportunamente "modulati" *ad hoc*, per offrire al lettore quelle ulteriori variabili che permettono di leggere e considerare gli elementi introdotti al fine di esprimere una possibile valutazione etica sulle varie problematiche riscontrabili e connesse alla situazione considerata: così, ad esempio, il caso della signora Care permette agli Autori sia di analizzare eticamente il problema dell'assistenza al paziente terminale sia di definire quando un intervento medico può essere ritenuto *futile* in medicina. Nel caso in oggetto, gli Autori sottolineano come la signora si trovi in nella condizione di essere ormai prossima alla fine; la "futilità fisiologica", rispetto al suo stato clinico, sarebbe motivo etico sufficiente affinché il medico, dicono, proponga la

²⁷⁷ In inglese, il verbo *to cure* si riferisce ad un intervento medico finalizzato alla guarigione della malattia, *to care* si riferisce ad un intervento medico che non può dare la guarigione ma che esprime il prendersi cura in modo continuo del paziente, *to comfort* indica la finalità di sollievo e di palliazione dell'intervento medico, non essendovi più alcuna possibilità di arrestare la malattia, *to cope* si riferisce al ruolo del paziente nel fronteggiare la malattia, accettando o meno gli interventi medici proposti; citato da A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 11.

sospensione di tutti gli interventi, eccetto quelli che forniscono un qualche sollievo alla paziente.

Considerando la situazione complessa della paziente, la probabilità di riacquistare la salute, o di ritornare almeno alla sua limitata condizione prima dell'ultimo ricovero, sono nulle. Anche se la sua polmonite e il suo infarto del miocardio potessero essere curati con successo, la causa neuro muscolare della polmonite, dovuta alla sclerosi multipla, non può essere rimossa.

La signora Care è entrata nella fase terminale della sua malattia, la sua morte è prossima, anche se non può ancora dirsi moribonda. La sua sopravvivenza, anche nelle migliori circostanze, non durerà più di qualche settimana. Quindi, gli interventi medici in questo caso non favoriscono nessun miglioramento, a parte forse un sollievo temporaneo dalla polmonite, e non promuovono nessuno degli obiettivi della medicina, a parte un breve prolungamento della vita nel suo stadio terminale. (...)

Dal punto di vista delle *indicazioni mediche*, i medici non hanno nessun obbligo di prolungare la vita, in modo indipendente da quello di realizzare almeno alcuni degli altri obiettivi della medicina.(...)

Un'informazione obiettiva che fornisca i criteri prognostici può essere utile per decidere se un tipo particolare di intervento sarà efficace.

Tale informazione obiettiva *può comprendere la diagnosi del paziente, la condizione fisiologica, lo stato funzionale, le malattie collaterali, tenendo conto anche della verosimile probabilità di recupero del paziente.*²⁷⁸

Le osservazioni emerse dal caso citato ci inducono a far osservare un aspetto fondamentale del nostro lavoro: non si deve mai dimenticare, per quanto concerne la nostra prospettiva, che non sono tanto le conclusioni/soluzioni fornite al caso clinico presentato, che nel panorama del dibattito bioetico italiano potrebbero apparire un po' "forti", su cui puntare l'attenzione, quanto sulla *metodologia* adottata, che prevede appunto la presentazione *più esaustiva possibile* del caso-tipo, ulteriormente variata per permetterne una lettura a più ampio spettro anche rispetto alle varie tematiche etiche che la singola storia può permettere di introdurre.

²⁷⁸ *Ibi*, pp. 28-29.

Nel caso della signora Care, oltre alle indicazioni mediche circa la possibile sospensione delle cure, anche la questione etica sulle DNAR e il concetto di futilità in medicina.

Il terzo "passo" metodologico da predisporre è infine il vero e proprio *consiglio morale*: è l'aspetto più problematico, sottolinea Gracia, perché consigliare sull'importanza dei fatti, delle opinioni e delle circostanze alla luce delle categorie etiche è da sempre un lavoro complesso²⁷⁹.

Scrivono gli Autori:

Quando i fatti, le opinioni e le circostanze si intrecciano con le nostre categorie etiche, li chiamiamo *considerazioni*. Non esistono scale etiche in cui le considerazioni possano essere introdotte in modo da rendere capaci di calibrare la loro "importanza" in modo preciso. Tuttavia si possono fare e si fanno nella vita quotidiana delle misurazioni approssimative.

*In questo libro queste misurazioni approssimative si fanno collocando le quattro categorie in ordine di priorità.*²⁸⁰

Jonsen, Siegler e Winslade chiariscono che, nelle *condizioni ideali* del rapporto medico-paziente, l'ordine di priorità etica dei criteri vede al primo posto le preferenze del paziente, poi le indicazioni mediche, la qualità di vita e infine i fattori contestuali; quando però tale rapporto è alterato, sia perché le indicazioni mediche non sono molto chiare sia perché le preferenze del paziente sono per qualche ragione sconosciute (ad esempio nel caso dello stato vegetativo), allora è necessario ricorrere agli altri due criteri, e quindi, all'occorrenza, modificare l'ordine di priorità degli stessi; l'intento del testo, peraltro, è altresì quello di "esporre il modo in cui *questo ordine si può*

²⁷⁹ D. Gracia, D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, p. 531.

²⁸⁰ *Ibi*, p. 531.

alterare in casi particolari, cosicché i fattori che abbiamo posto in basso (qualità di vita, fattori contestuali) passano ad avere *la più grande importanza*".²⁸¹

Mediante l'uso del metodo proposto, si possono così stabilire dei *giudizi valutativi*, chiarendo se un determinato fatto si definisce *rilevante*, *importante* o *decisivo*.

Rilevante significa semplicemente che una considerazione svolge un qualche ruolo nel deliberare un problema etico: non deve pertanto essere scartata come "evidenza inammissibile". Per fare un esempio estremo, la povertà evidente di una persona ferita in un incidente automobilistico non è rilevante nella decisione di portarle aiuto.

Se una considerazione è rilevante, può avere vari gradi di importanza. La sua maggiore o minore importanza si può talvolta valutare intuitivamente; altre volte no, per cui sarà necessaria un'accurata analisi delle varie ragioni favore o contro. Per esempio, non è intuitivamente ovvio se la richiesta di un paziente che dice: "Liberatemi da questa situazione di sofferenza", debba o no essere accolta.

L'importanza di questa preferenza deve essere giudicata mediante un'accurata analisi degli argomenti pro e contro l'eutanasia attiva.

Infine, una *considerazione importante* può giungere ad essere *decisiva* quando, dopo un'accurata analisi delle sue implicazioni e degli altri valori, si vede che decide la scala a favore di una scelta particolare.

Una *considerazione decisiva* è quella che, considerando tutte le altre considerazioni rilevanti e importanti, appare essere di maggior peso.

Si può certamente discutere molto sopra ciò che si deve considerare decisivo, ma crediamo che in molte situazioni cliniche si possa ottenere un più ampio consenso mediante l'analisi accurata delle considerazioni rilevanti e importanti.²⁸²

Gli Autori sono così in grado di chiarire il significato dei termini descrittivi per antonomasia, definendo il concetto di "permesso" e "obbligatorio" in relazione alle azioni pratiche che possono o meno essere messe in atto nella realtà clinica.

²⁸¹ *Ibi*, p. 532.

²⁸² *Ibi*, p. 533.

Un'azione è *permessa* quando, dopo una sufficiente analisi, non si riesce a trovare considerazioni decisive. Le alternative di scelta verranno offerte dalle considerazioni importanti, nel cui caso la scelta della persona non può essere costretta verso l'una o l'altra delle alternative. Quando esiste una condizione decisiva a favore dell'alternativa, consideriamo che questa alternativa è *obbligatoria*. Pertanto ci sembra permesso staccare dal respiratore una persona in stato vegetativo permanente. Ed è obbligatorio, a nostro parere, rispettare il rifiuto del trattamento (eccetto in circostanze molto concrete) di un paziente competente o capace di intendere e di volere²⁸³.

Come si è già evidenziato, molti studiosi hanno difficoltà, tra cui lo stesso Curatore dell'edizione italiana di testo, A.G. Spagnolo, a condividere talune *raccomandazioni* etiche espresse dagli Autori,²⁸⁴ come appunto quella appena citata che arriva a giustificare la sospensione dei trattamenti in soggetti in stato vegetativo permanente; nondimeno, egli stesso sottolinea, *non si può non apprezzare l'aspetto metodologico*, più che quello contenutistico delle specifiche decisioni, che rappresenta il merito principale dell'intero volume.

Spagnolo rileva come costoro, nel testo, abbiano sostanzialmente mantenuto sempre un atteggiamento pacato nell'esprimere le proprie opinioni, da cui difficilmente emergono posizioni estreme: anzi, sottolinea, "saggezza e buon senso emergono dalla maggior parte delle conclusioni proposte, che non vengono fatte derivare da ideologie precostituite, ma

²⁸³ *Ibi*, p. 533.

²⁸⁴ Spagnolo afferma che la difficoltà a condividere talune raccomandazioni espresse da Jonsen, Siegler e Winslade deriva o da una valutazione della persona in senso funzionalistico, in base cioè alle qualità che possiede o per quello che è in grado di fare, e non in senso sostanzialistico, cioè per quello che è connesso con la sua natura umana, o a causa delle situazioni descritte che talvolta possono sembrare lontane dalla realtà della medicina italiana, soprattutto sul piano delle legislazioni sanitarie e dei sistemi di finanziamento delle prestazioni sanitarie; si veda a riguardo A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 15.

dall'*analisi concreta del caso*, dove emerge sempre il coinvolgimento diretto ed empatico degli Autori".²⁸⁵

Gli stessi auspicano che il volume, letto interamente dai clinici per una buona comprensione del metodo, venga adottato, nella gestione dei propri casi clinici, e non usato come testo di semplice consultazione occasionale²⁸⁶; Spagnolo aggiunge che il testo, nel panorama della bioetica italiana, si propone sia come vantaggiosa sussidio didattico per gli insegnamenti di Bioetica nella facoltà di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie sia come strumento metodologico per i Comitati di etica e per i consulenti eticisti che si occuperanno di consulenza etica nella pratica clinica²⁸⁷.

²⁸⁵ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 15.

²⁸⁶ *Ibi*, p. 4.

²⁸⁷ *Ibi*, p. 16.

3. Un'esemplificazione pratica del metodo neocasistico al caso clinico

Per illustrare concretamente un'*applicazione reale* al caso clinico del metodo proposto, gli Autori ne offrono un'esemplificazione chiara presentando e commentando un caso, nella loro prospettiva, in un certo modo *paradigmatico*, molto noto a chi ha studiato etica medica: il caso *Donald Dax Cowart*, il paziente ustionato che ha raccontato la sua esperienza nel video “Please let me die” e nel documentario “Il caso Dax”.²⁸⁸

A seguito delle gravissime ustioni riportate nell'incidente che lo aveva coinvolto, Dax trascorse 232 giorni di ospedalizzazione a Parkland (Dallas-Texas), alcune settimane all'Istituto di Riabilitazione e di Ricerca di Houston e i successivi sei mesi nella Sezione di Medicina dell'Università del Texas a Galveston: durante tutto questo periodo, egli insisteva ripetutamente nel chiedere che i trattamenti a cui era sottoposto fossero sospesi e che venisse lasciato morire.

²⁸⁸ Si veda LD Kliever (ed.), *Dax's Case. Essays in Medical Ethics and Human Meaning*, Southern Methodist University Press, Dallas 1989.

Nel 1973 il giovane Dax Cowart, 25 anni, riportò gravi ustioni a seguito di un'esplosione di gas propano; gli furono diagnosticate ustioni su 65% del corpo, in viso e sulle mani ustioni di terzo grado, gli occhi erano gravemente danneggiati. Venne iniziata la terapia intensiva e dopo un primo periodo in cui sembrava incerta la sopravvivenza, la situazione andò stabilizzandosi: gli furono amputate diverse dita ed enucleato l'occhio destro.

Quando fu dimesso, dopo una lunga degenza e un periodo riabilitativo di 6 mesi, era totalmente cieco, con un minimo uso delle mani, con gravi cicatrici in tutto il corpo e dipendente dagli altri per quanto riguarda le funzioni personali.

Nonostante le sue richieste, le cure delle ustioni proseguirono, furono effettuati trapianti di cute e gli venne sempre fornito un supporto nutrizionale e idrico.²⁸⁹

Jonsen, Siegler e Winslade puntano l'attenzione sulle questioni etico-cliniche su cui dibattere che possono emergere dal caso, ossia, ad esempio, se il paziente avesse il diritto morale e legale di rifiutare le cure, se fosse in grado di esercitare consapevolmente la propria libertà di autodeterminazione, se i medici che lo avevano in cura avessero assunto un comportamento paternalistico nei suoi riguardi, se fosse chiara quale fosse la sua prognosi; ribadiscono però che sia importante, per un buon esercizio della capacità di giudizio morale rispetto alle problematiche etiche che possono emergere dalla situazione considerata, *“iniziare l'analisi etica seguendo in modo sistematico i quattro criteri di base”*,²⁹⁰ proprio perché è tramite l'ausilio di tale procedura che possono emergere gli specifici elementi etici del caso e, se necessario, la richiesta di ulteriori informazioni per poter strutturare adeguatamente una possibile risposta al quesito etico in esame.

È da notare, insomma, come la loro attenzione si concentri in primis sul *valore della procedura, del metodo*, come prassi usuale per “sistematizzare”, ordinare al meglio i vari elementi che caratterizzano la situazione concreta considerata, al fine di strutturare un quadro d'analisi

²⁸⁹ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 5.

²⁹⁰ *Ibi*, p. 6.

quanto più possibile completo per poi poter offrire la soluzione più adatta alle caratteristiche emerse dalle specificità del caso.

Data l'importanza della procedura adottata, gli Autori raccomandano inoltre di rispettarne l'*ordine* dato per tutti i casi (indicazioni mediche – preferenze del paziente – qualità di vita – aspetti contestuali), perché esso è, appunto, un *modus operandi di metodo*, non corrisponde a un ordine di priorità etica, ed è funzionale alla definizione del quadro “completo” delle caratteristiche del caso da esaminare.

Nel caso Dax, *le indicazioni mediche*, scrivono gli Autori,²⁹¹ si riferiscono alle azioni cliniche necessarie a diagnosticare l'estensione e la gravità delle ustioni, a formulare la prognosi di sopravvivenza o recupero delle funzioni e a prospettare le varie opzioni di cura, compresi i rischi, i benefici e i possibili risultati di ciascun trattamento.

Dato che vi sono prognosi standardizzate in relazione ad ustioni di una certa gravità correlate a determinate forme di cura (come l'idratazione, il trapianto di cute, l'uso di antibiotici); nel caso Dax, dopo l'iniziale trattamento di emergenza, la prognosi di sopravvivenza era del 20%, ma la sua qualità di vita era notevolmente peggiorata dalla cecità, invalidità e deformità di cui era affetto. Se fosse stata ascoltata la richiesta del paziente di interrompere tutte le terapie durante il suo primo ricovero, sarebbe certamente morto.

²⁹¹ *Ibi* p. 6.

Un’attenzione rigorosa, invece, nel prospettare le possibili prognosi a fronte degli interventi terapeutici da adottare nei diversi “steps” del percorso di cura, significa, secondo gli Autori, “avere una chiara visione dei benefici che possono derivare dall’intervento terapeutico”:²⁹² questo aspetto, sottolineano, è funzionale alla valutazione degli aspetti etici di un caso.

Per quanto riguarda *le preferenze del paziente*, ossia le sue personali valutazioni circa i trattamenti medici da adottare o meno, gli Autori²⁹³ rilevano come sin da subito la capacità decisionale di Dax sia stata messa in discussione, a fronte dello shock fisico ed emotivo dovuto all’incidente: all’inizio è ritenuto incapace di decidere nel suo interesse, almeno per quanto riguardava il rifiuto di interventi di sostegno vitale, pertanto i medici accettano il consenso di sua madre per sottoporlo a trattamenti del caso; quando poi viene ricoverato e ospedalizzato nella struttura del Centro Ustionati, viene richiesta una consulenza psichiatrica che mette in evidenza la sua capacità di intendere e di volere, e quindi di prendere decisioni, anche in merito al rifiuto o meno di terapie salvavita.

Chiarire da ogni dubbio, nel senso di poter stabilire con sufficiente margine di sicurezza, se Dax fosse o meno in grado di decidere per se stesso, diventa un elemento centrale nella gestione delle implicazioni etiche del caso e un aspetto di primaria importanza per l’indagine da parte del

²⁹² *Ibi*, p. 6.

²⁹³ *Ibi*, p. 7.

personale medico, sostengono gli Autori, specie in riferimento alla questione bioetica fondamentale del rifiuto delle terapie²⁹⁴.

Le questioni etiche su cui i clinici dovrebbero pertanto interrogarsi riguardano quindi il valore della libertà di autodeterminazione del paziente, la valutazione della sua effettiva comprensione dei rischi, gli oneri e i benefici delle terapie intraprese, la distinzione tra rifiuto delle terapie, suicidio, eutanasia.

Rispetto al criterio della *qualità di vita*, gli Autori²⁹⁵ rilevano come sia importante valutare in che modo il giudizio sulla qualità di vita influisca sulla visione che i pazienti hanno della propria esistenza, e quindi su che valore assume l'importanza etica della loro visione.

Nel caso Dax, affermano, la qualità di vita del paziente prima dell'incidente era eccellente; nel corso dei trattamenti terapeutici aveva poi dovuto sopportare dolori indicibili e andare incontro ad una profonda depressione; pur essendo curato, si ritrova infatti affetto da notevoli invalidità fisiche, deformità, cecità e limitazioni nell'attività autonoma.

Il problema etico riguarda pertanto il fatto che Dax ritenesse di avere capacità e diritto di decidere sulla propria qualità di vita, compreso il diritto di rifiutare tutte le cure, mentre altri (nello specifico la madre e i clinici) ritenevano che egli non possedesse tale capacità.

²⁹⁴ *Ibi*, p. 7.

²⁹⁵ *Ibi*, p. 8.

Chi deve decidere, sostengono gli Autori, deve considerare il peso e il significato la qualità della vita assume nella vita del singolo, che può avere la forza di ritenere una qualità di vita, seppur scarsa, sufficiente per continuare a vivere o giudicare tale condizione non più degna di essere mantenuta.

Mentre le preferenze del paziente e la qualità di vita sono criteri che riguardano maggiormente il rapporto medico-paziente, *gli aspetti contestuali* permettono di osservare tale rapporto nel cerchio più ampio di rapporti con i singoli e le istituzioni sociali e finanziarie presenti in società che lo possono influenzare.

Nel caso Dax, sostengono gli Autori, sono parecchi i fattori contestuali contingenti da tenere in considerazione: da madre del giovane si opponeva all'interruzione delle terapie di sostegno vitale per motivi religiosi, senza che fossero chiarite le implicazioni legali connesse al rispetto della volontà di Dax; anche il peso da sostenere, sia finanziario sia esistenziale, per il costo di sedici mesi di terapia intensiva per le ustioni, è un aspetto non marginale, nonchè, scrivono gli Autori, “il rifiuto di Dax di continuare le terapie, che potrebbe aver influenzato l’atteggiamento di medici e infermieri nei suoi confronti”.²⁹⁶

²⁹⁶ A.G. Spagnolo (ac. di), *Etica clinica*, p. 9.

La raccomandazione metodologica da parte degli Autori, rispetto a questo criterio, è l'importanza di *rendere espliciti*, per quanto possibile, tutti gli elementi contingenti della situazione, perché possano essere valutati per la loro attinenza al caso.

4. Il metodo neocasistico: aspetti critici e punti di forza nelle parole dei suoi commentatori

Avendo offerto, seguendo le parole di Jonsen in *Clinical Ethics*, un'esemplificazione reale dell'applicazione del metodo neocasistico alla lettura e all'interpretazione degli aspetti etici problematici emergenti dai casi clinici concreti, è possibile quindi puntare l'attenzione sulle eventuali *criticità* di tale sistema di ragionamento morale, oggetto di discussione fin dalla pubblicazione di *The Abuse of Casuistry* nel panorama della bioetica contemporanea: è pertanto fondamentale vagliare la validità e la consistenza teoretica delle critiche apportate al metodo elaborato da Jonsen, così come le sue repliche, promosse sia da lui che da alcuni suoi sostenitori/interpreti²⁹⁷.

Secondo Jonsen,²⁹⁸ le critiche promosse al suo metodo neocasistico sono piuttosto differenti dal sarcasmo pascaliano delle *Lettere Provinciali*, di cui si occupa, come si è già visto, in maniera approfondita in *The Abuse of Casuistry*.

²⁹⁷ Si veda A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, *Op. Cit.*, p. 119-122; J. Arras, Getting down to the cases. The revival of Casuistry in Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16, pp. 29-51; C. Strong, Critiques of Casuistry and why they are mistaken, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1999, 20, pp. 395-411, Id., Specified principlism: What is it and does it really resolve cases better than casuistry?, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, 25 (3), pp. 323-341.

²⁹⁸ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 119.

Le "nuove" critiche, invece, si concentrano sui più importanti elementi del metodo neocasistico: il valore dei *quattro criteri* forniti per poter analizzare e interpretare eticamente le caratteristiche un caso clinico, l'uso dei *principi morali* all'interno metodo, e il concetto dei cosiddetti *casì paradigmatici*.

Per quanto riguarda l'aspetto del valore della scelta dei *topics/criteri* per ordinare l'analisi etica del caso clinico, i critici, fin dal primo testo neocasistico, *The Abuse of Casuistry*, hanno avanzato dubbi sulla possibilità di poter chiaramente determinare dei criteri che permettano in maniera stabile e permanente nel tempo di identificare un numero finito di caratteristiche costituenti il caso in esame.

Come sottolinea L.M. Kopelman,²⁹⁹ appare improprio il tentativo di utilizzare dei criteri che fungano in qualche modo da "contenitore" entro cui ordinare la moltitudine delle più eterogenee circostanze e caratteristiche che possono emergere dai casi considerati; l'errore che può compiere il neocasista nel "catalogare" le varie circostanze nel criterio magari non appropriato può condurre all'errata interpretazione del caso. Inoltre, la Kopelman sottolinea come il neocasista possa, consciamente o incoscientemente, scegliere certe caratteristiche e scartarne altre per costruire l'analisi del caso; pertanto la rappresentazione dello stesso è influenzata

²⁹⁹ L.M. Kopelman, Case method and Casuistry: The problem of bias., *Theoretical Medicine*, 1994, 15, pp. 21-37.

dall'interpretazione e dall'intuizione, si potrebbe dire, del singolo, dalla valenza o meno che egli dà a determinati aspetti del caso in esame³⁰⁰.

Jonsen, a riguardo, riprende le osservazioni di J. Fleming³⁰¹, sottolineando invece come il *modus operandi* riproposto dalla casistica classica in una certa misura eviterebbe le derive critiche proposte, in quanto la pubblicazione di volumi di etica clinica neocasistica, di interpretazioni di casi, di spiegazioni dei vari argomenti analizzati, fa sì che chi applica il metodo neocasistico al ragionamento morale in etica clinica sia “aperto” alla critica, all'osservazione di sempre nuovi aspetti e dunque al cambiamento, senza che l'interpretazione sia “abbandonata” alla semplice intuizione del singolo.

In merito all'utilizzo dei principi morali generali, sostanzialmente quelli, come si è visto, propri della *bioetica dei principi*, i critici di tale approccio sostengono che la “pretesa diversità” in chiave antiteoretica della neocasistica rispetto al Principialismo (il riferimento ai casi paradigmatici, intesi come schematizzazioni di situazioni concrete, storicamente e culturalmente situate, l'avvertenza circa la storicità dei giudizi e il valore “probabile” delle conclusioni e l'irrelevanza della scelta degli aspetti delle teorie etiche da cui attingere i contenuti per arrivare a definire la soluzione dei conflitti morali emersi dal caso) sembrerebbe venire meno sia nella formulazione dei casi paradigmatici, che apparirebbero assolutamente

³⁰⁰ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 119.

³⁰¹ J. Fleming, *Defending Probabilism: The moral Theology of Juan Caramuel*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2007.

identici a quelli di un principio, sia per quanto riguarda la possibilità effettiva di poter dirimere conflitti fra casi tipici che si applicano allo stesso caso.

Come scrivono, ad esempio, Cattorini, Mordacci e Reichlin,³⁰²rispetto alle teorie incentrate sui principi vi sarebbe, semmai, un’ulteriore accentuazione dell’aspetto intuizionistico e storicistico circa il fondamento dei giudizi, come mostrebbe il fatto che gli Autori della neocasistica si “affiderebbero” da un lato all’intuizione personale del singolo e alle esperienze precedenti come sorgenti dei casi tipici, dall’altro alla capacità della “storia sociale e culturale” di chiarificare i paradigmi e le loro eccezioni.

³⁰² P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 95.

Secondo questi Autori, inoltre, la nuova casistica, analogamente alla bioetica dei principi, tralascerebbe un aspetto decisivo della vita morale, cioè la ricerca di un senso autentico – non uno qualsivoglia – della vita dell’individuo. La prospettiva del soggetto agente risulterebbe sistematicamente occultata, in quanto l’interesse primario sarebbe in realtà rivolto all’osservatore esterno: il neo casuista che confronta i casi.

P. Cattorini, R. Mordacci, R. Reichlin (a c. di), *Introduzione allo studio della bioetica*, p. 97.

John Arras: la casistica come “theory modest”

John Arras,³⁰³ uno dei principali commentatori e critici della neocasistica, pur ritenendola un’alternativa efficace all’applicazione della bioetica dei principi, rileva alcuni limiti dell’approccio casistico, quali la modestia teoretica, il convenzionalismo e la tendenza a rinforzare l’individualismo.

Egli sottolinea come, per la neocasistica, “la verità morale risiede nei dettagli” (e quindi non tanto nei giudizi generali derivanti dall’applicazione dei principi morali astratti); il significato e la finalità dei principi morali viene determinato non in sé e per sé, ma contestualmente attraverso l’interpretazione delle situazioni fattuali in rapporto ai casi paradigmatici. Mentre, in linea generale, si ritiene dal punto di vista filosofico-teoretico che i principi etici abbiano una propria intrinseca funzione logica, epistemologica, morale, indipendente dalla loro applicazione ai casi reali; la neocasistica, in questo senso, sembrerebbe ignorare e mettere in dubbio tale caratteristica, scrive Arras,³⁰⁴ in quanto le massime e i principi sono sempre suscettibili di “revisione” alla luce delle nuove situazioni emergenti.

Dato che possono essere rivisti e “modificati” in riferimento alle diverse circostanze che possono presentarsi nello sviluppo del caso, perderebbero la loro funzione di strumento indispensabile per dirimere il

³⁰³ J. Arras, Getting down to the cases. The revival of Casuistry in Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16, pp. 29-51.

³⁰⁴ *Ibi*, pp. 29-51.

discorso morale e lascerebbero aperta quella via che porterebbe a considerare la neocasistica come una sorta di situazionismo morale³⁰⁵.

In realtà, Arras³⁰⁶ rileva come la neocasistica non sarebbe tanto una “*theory free*” dai principi, ma in realtà una “*theory modest*”, in quanto sia Jonsen che Toulmin, scrive Arras³⁰⁷, già nel testo *The Abuse of Casuistry* dipingono e si riferiscono ad un quadro normativo sommario di principi e massime che attingono da varie fonti, incluse la teologia, la storia, la giurisprudenza e le teorie etiche generali, che sono considerate *prospettive complementari* in grado di arricchire l’approccio pragmatico, non deduttivistico e pluralistico adottato per l’analisi etica dei casi in esame.

L’aspetto che però appare di fondamentale rilevanza, quanto a problematicità del metodo, è proprio la *non neutralità*, potremmo dire, nel riferirsi ad elementi e/o nozioni prese da varie teorie etiche che - di fatto - sono di riferimento contenutistico e normativo per il ragionamento morale neocasistico, ma che però non vengono adeguatamente esplicitati come tali, come quadro etico chiaro a cui riferirsi e da cui attingere.

Arras sintetizza pertanto le criticità che presenterebbe il metodo neocasistico in quattro punti essenziali:

³⁰⁵ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 120.

³⁰⁶ J. Arras, *Getting down to the cases*. p. 41.

³⁰⁷ *Ibi*, p. 41.

- il ragionamento casistico si fonderebbe su diversi principi etici rilevanti di riferimento, che andrebbero però adeguatamente esplicitati;
- il metodo si configurerebbe una improbabile fonte di consenso sociale per l'intera società;
- a causa del fatto che i principi etici applicati consisterebbero in una sorta di mero “riassunto” di risposte intuitive costruite rispetto ai casi paradigmatici, il metodo mostrerebbe di soffrire di una distorsione ideologica e di mancanza di vera capacità critica;
- il metodo neocasistico sembrerebbe tendere ad ignorare l'esistenza di importanti questioni che potrebbero essere rilevate tramite altre prospettive teoretiche, come il femminismo.

Arras sottolinea come il metodo neocasistico, focalizzandosi sul ragionamento per analogia sui casi, tenderebbe a non occuparsi delle grandi questioni morali più generali (ad esempio, che tipo di società civile si voglia costruire) e rinforzerebbe invece la tendenza individualistica propria della bioetica contemporanea.³⁰⁸

³⁰⁸ *Ibi*, p. 48.

Jonsen, per rispondere a questo tipo di critiche, evidenzia come la questione fondamentale che viene sollevata nasca dalla relazione tra casistica e teoria etica, e riguardi il rischio della casistica di voler sussistere indipendentemente e autonomamente, al di là di qualsiasi teoria etica.

Questa, però, egli sottolinea già a partire dall'*Encyclopedia of Bioethics* di Reich³⁰⁹, non sarebbe ciò che egli considera una *buona casistica*.³¹⁰

Scrive Jonsen:

Questo modo di procedere della casistica è storicamente errato e scorretto a livello logico. La casistica potrebbe "correre libera", svincolata da qualsiasi teoria, ma è convolta e "rivolta" verso la teoria in molti modi.³¹¹

Jonsen osserva che i cultori della neocasistica sono spesso stati accusati di insegnare che i principi etici generali e le teorie morali non avrebbero un proprio status autonomo, ma il loro valore emergerebbe dall'analisi della struttura stessa dei casi concreti; questo atteggiamento enfatico, però, è ritenuto da Jonsen un'esagerazione, tanto che egli ritiene di non aver mai espresso la convinzione di "poter fare a meno" del riferimento ai principi, quanto piuttosto il suo intento in merito consiste nel porre l'attenzione sulla discussione circa la fonte, l'origine epistemologica dei principi, e sondarne il "peso", l'effettivo valore, all'interno della situazione

³⁰⁹ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, pp. 374-380.

³¹⁰ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 114.

³¹¹ *Ibi*, p. 120.

reale, concreta, del caso in oggetto, e non unicamente da una prospettiva astratta e più generale³¹².

Egli sottolinea piuttosto come la casistica non sia particolarmente legata ad una determinata teoria etica, ma possa convivere con elementi provenienti da diverse teorie, per cui, ad esempio, è possibile trovare nello stesso argomento casistico nozioni prese dall'utilitarismo, dal deontologismo o dal contrattualismo.

Le teorie etiche, afferma Jonsen, non sono né esclusive né aprioristiche, sono prospettive complementari che illuminano il giudizio pratico. Non vengono, però, *eliminate* o escluse in quanto tali nel processo di formulazione del giudizio etico circa il problema considerato.

Già nella redazione della voce “*Casuistry*”³¹³ dell'Encyclopedia di Reich, Jonsen infatti tiene a sottolineare come né la casistica “classica” né la nuova casistica intendano escludere il valore e/o l'utilizzo dei principi etici più generali, relegando così la teoria proposta alla stregua di forme di più o meno esplicitate di contestualismo o situazionismo morale: i principi, scrive Jonsen, sono ritenuti *rilevanti* nei diversi casi *a vari livelli*, quindi secondo una differente *gradualità*; in alcuni casi i principi trovano un'applicazione diretta in maniera inequivocabile, in altri vanno chiarite eventuali eccezioni al principio astratto di base.³¹⁴

³¹² *Ibi*, pp. 116-120.

³¹³ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995, pp. 379.

³¹⁴ *Ibi*, p. 379.

Da una parte, la casistica non è semplicemente una “teoria etica applicata”; dall’altra, non consiste nella semplicistica “immersione” nelle circostanze fattuali di ogni singolo caso, che la ridurrebbe al mero situazionismo morale.³¹⁵

Jonsen aggiunge altresì che la scelta dei criteri generali attraverso cui costruire l’analisi dei casi concreti (i topics), e la selezione stessa dei casi cosiddetti paradigmatici costituisce un presupposto teoretico chiaramente esplicitato.

Nella prospettiva di Jonsen, la natura normativa dei principi e delle massime, con il riferimento alle teorie morali a cui questi si rifanno, non viene misconosciuta; semmai, scrive l’Autore,³¹⁶ il loro ruolo deve essere chiarito al fine di essere “calato” nella “risoluzione casistica” tipicamente costruita sul singolo caso considerato.

La casistica, nell’impostazione di Jonsen, non è intesa come mera alternativa/sostituzione alla bioetica dei principi, ma viene considerata e presentata come un’integrazione, un’*opzione metodologica*,³¹⁷ poiché egli sottolinea come la morale abbia carattere pratico, cioè debba in primo luogo guidare l’azione: pertanto è opportuno sviluppare forme di riflessione morale che siano in grado di confrontarsi realmente con i casi che si incontrano nella prassi concreta.

³¹⁵ *Ibi*, p. 380.

³¹⁶ *Ibi*, p. 380.

³¹⁷ A. Jonsen, *Casuistry: an alternative or complement to Principles?*, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, 5, pp. 237-251.

Le teorie morali, pertanto, per la casistica contemporanea non costituiscono i fondamenti aprioristici del discorso morale, ma sono da ritenersi quelle *prospettive complementari* che possano “illuminare” circa la formulazione del giudizio pratico relativamente alla situazione presa in esame.³¹⁸ Jonsen tiene a sottolineare che la nuova casistica sia di più che una mera “tecnica meccanica”, il cui unico oggetto sia costituito dalle caratteristiche dei singoli casi, o come ha scritto Arras, solamente un “motore di pensieri”³¹⁹; le tecniche proprie del metodo neocasistico (i topics, i principi, le circostanze, i paradigmi e il ragionamento per analogia), invece, operano sempre all’interno di un panorama etico-culturale-valoriale-istituzionale concreto³²⁰ di riferimento, senza esserne svincolati o facendone a meno.

Anche il riferimento della casistica ai casi paradigmatici e all’uso del ragionamento analogico è oggetto di critica, in quanto il metodo proposto prevede che il ragionamento morale non proceda deduttivamente dalle teorie morali ai giudizi etico-pratici, ma che la “soluzione” del problema emerga man mano grazie alla chiarificazione di tutti gli aspetti fondamentali del caso in esame.

Ciò può aiutare a comprendere, scrive Jonsen, quando un caso può essere considerato talmente “chiaro” da costituire un caso paradigmatico.

³¹⁸ W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, p. 380.

³¹⁹ J. Arras, *Getting down to the cases*, pp. 29-51.

³²⁰ A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 121.

Esso può essere definito così nel momento in cui appaiono chiare, senza ombra di dubbio, le circostanze e i principi rilevanti da applicare, e nessuna altra massima viene ritenuta in grado di contestarne la preminenza.

D'altro canto, suggerisce Jonsen, una simile definizione lascia spazio ad altre ulteriori questioni³²¹, e si può pertanto dedurre che essa sia, in un certo qual modo, costruita in maniera semplicistica.

Ciò che è un paradigma - per un cultore della casistica - potrebbe non essere tale per un altro, dato che i casi possono essere esaminati sotto diverse prospettive.³²²

Jonsen sottolinea che i casi paradigmatici non sono come le idee platoniche, svincolate dalla concretezza della realtà, e il giudizio morale costruito grazie ad essi non può essere isolato o al di là del contesto storico-culturale entro cui i casi stessi sono inseriti.

Jonsen³²³ osserva inoltre che nel panorama storico-culturale attuale, dominato dal pluralismo morale, non sia corretto che ogni casuista pretenda di poter disporre di una sorta di "batteria" di casi paradigmatici, che possano essere considerati adeguati a rispondere ad ogni tipo di problematica che possa emergere nelle situazioni concrete; gli stessi paradigmi, sostiene, non si presentano né appaiono da subito così immediatamente chiari nei propri elementi costitutivi. Jonsen tiene a ribadire che spesso i casi paradigmatici, in realtà, sono molto complicati, e solo attraverso l'esame accurato dei vari argomenti che li costituiscono è possibile che "definiscano" il proprio *status* di

³²¹ *Ibi*, p. 120.

³²² *Ibi*, p. 120.

³²³ *Ibi*, p. 121.

"*paradigma*", in quanto è proprio mediante l'analisi che si può chiarire meglio la relazione esistente tra i principi morali coinvolti e le circostanze tipiche della situazione concretamente considerata.

Il famoso caso di Karen Quinlan, secondo Jonsen,³²⁴ è da sempre ritenuto un caso paradigmatico dei problemi morali concernenti il fine vita, eppure inizialmente si presentava confuso: solo l'analisi accurata e perseverante, scrive Jonsen, ha rivelato la connessione esistente tra le circostanze del singolo caso e i principi del rispetto dell'autodeterminazione, di beneficenza e non maleficenza.

Quanto alla deriva della neocasistica verso un probabile *intuizionismo morale*, Jonsen riprende la critica mossagli da Juengst e Wildes,³²⁵ secondo i quali se la casistica si rifiuta di riferire i suoi giudizi morali a qualche teoria etica di riferimento, allora toccherebbe ai casi paradigmatici mostrare il proprio grado di certezza morale. Questa condizione, però, lascerebbe aperta la possibile questione epistemologica dell'intuizionismo morale, intesa come appello ultimo all'intuizione del singolo quale criterio decisivo per la valutazione morale.

³²⁴ *Ibi*, p. 121.

³²⁵ E. Juengst, Casuistry and the locus of Certitude in Ethics, *Journal of Medical Humanities*, 1989, 3, pp. 19-27; K. Wildes, The priesthood of Bioethics and the return of Casuistry, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 18, pp. 33-49.

Jonsen³²⁶ non nega *tout court* l'intuizionismo, ma avverte come esso stia recentemente trovando una sorta di “giustificazione” fisiopsicologica, a fronte delle ultime ricerche di filosofia morale contemporanea, che, utilizzando il metodo proprio del cognitivismo e delle neuroscienze, avrebbero “scoperto” le strutture del discorso morale deontologico e teleologico nelle decisioni morali concrete³²⁷.

³²⁶A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, p. 120.

³²⁷A. K. Appiah, *Experiments in ethics*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 2008.

Carson Strong: la casistica come multiple – paradigm comparison

Carson Strong,³²⁸ altro importante critico e commentatore della neocasistica, si pone a difesa del metodo casistico di Jonsen, ma attraverso una prospettiva di analisi più originale rispetto alle tipiche critiche generalmente rivolte alla neocasistica.

Egli individua cinque grandi obiezioni critiche rivolte alla nuova casistica in generale; sostiene che - di fatto - sarebbero due le *versioni* del metodo casistico elaborato da Jonsen, perciò sarebbe necessario in prima battuta chiarire a quale tipo di casistica tali critiche facciano riferimento. Tutte le critiche, inoltre, se rivolte al modello di neocasistica da lui opportunamente rivisto e presentato, perderebbero la loro valenza teoretica.

Strong rileva inizialmente che i critici del metodo neocasistico non hanno tenuto conto, nelle loro argomentazioni, che sussistano realmente due versioni della neocasistica così come viene concepita e presentata dallo stesso Jonsen, e le risposte alle obiezioni mosse dipendono in una certa misura anche da quale tipo di neocasistica si intende difendere.³²⁹

Secondo Strong, la versione di nuova casistica promossa e difesa da Jonsen è sostanzialmente il modello di approccio all'analisi etica che si rifà

³²⁸ C. Strong, Critiques of Casuistry and why they are mistaken, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1999, 20, pp. 395-411.

Si veda anche C. Strong, *Ethics in Reproductive and Perinatal Medicine: A New Framework*, Yale University Press, New Heaven, Connecticut, 1997.

³²⁹ C. Strong, *Ethics in Reproductive and Perinatal Medicine: A New Framework*, p. 395.

alla casistica utilizzata dai grandi teologi moralisti del XV e XVI secolo, il cui elemento centrale consisterebbe nella comparazione/confronto del caso in esame rispetto ad un singolo caso paradigmatico di riferimento o allo "schieramento" (lineaup) dei casi individuati come appartenenti a quella stessa tipologia.

Il modello fornito da Jonsen, secondo Strong, sarebbe quindi un *single paradigm comparison*³³⁰ e utilizzerebbe categorie "classiche" della casistica non più attuali, quali la morfologia del caso oggetto di analisi, la tassonomia e la cinetica³³¹.

Strong invece intende promuovere un modello di neocasistica che denomina come *multiple – paradigm comparison*,³³² che implicherebbe il confronto del caso in oggetto con due o più casi paradigmatici di riferimento; questa tipologia di metodo non tenterebbe di "duplicare" quello della casistica classica, ma nascerebbe dal tentativo di sviluppare un approccio casistico specifico proprio per la diretta applicazione nell'etica clinica, costruito grazie all'esperienza maturata con i casi della pratica medica.³³³

Egli presenta pertanto una versione del metodo neocasistico attraverso l'illustrazione di due casi clinici complessi, la cui risoluzione dal punto di vista morale non sia immediatamente ovvia.

³³⁰ C. Strong, Critiques of Casuistry and why they are mistaken, *Theoretical Medicine and Bioethics*, pp. 396-397.

³³¹ *Ibi*, p. 397.

³³² *Ibi*, p. 398.

³³³ *Ibi*, p. 399.

Egli modifica in parte la terminologia propria della casistica di Jonsen, ritenendo indispensabile una sorta di “modernizzazione” o “attualizzazione”, della neocasistica in riferimento alla sua applicazione all’etica e alla prassi clinica, sostituendo al termine classico di *massima* quello di *valore* (inteso come principio etico generale, regola morale) e al termine *circostanza* quello di *fattore casistico* (nel senso di quella circostanza specifica e pertinente per il confronto e la risoluzione della questione morale in oggetto).

La versione della casistica qui considerata consiste in diversi elementi.

Primo, il cultore della casistica dovrebbe identificare i principali *valori* etici maggiormente rilevanti nel caso in esame. (...)

I valori possono essere espressi in una varietà di modi, incluso l’appello ai principi etici , alle regole morali, il richiamo al rispetto per le persone, alle conseguenze, ai diritti, ai doveri, alle virtù. (...)

Secondo, il cultore della casistica dovrebbe saper identificare i diversi percorsi alternativi a cui le azioni possono portare. (...)

Il terzo elemento consiste nell’identificare i *fattori casistici* – che sono i modi moralmente rilevanti nei quali casi di uno stesso tipo possono differire uno dall’altro. (...)

Quarto, per ogni opzione presa in esame, il cultore della casistica dovrebbe tentare di identificare il caso per il quale quell’opzione risulta giustificabile.

Mi riferisco a queste opzioni come casi paradigmatici: dovrebbero essere una tipologia di casi simili, da un lato, a quella in esame, dall’altra dovrebbero poter essere attuali o casi ipotetici.

In più, per ogni paradigma, il casuista dovrebbe essere in grado di identificare i valori etici e gli argomenti che giustifichino la scelta di quella determinata opzione per quel caso.³³⁴

La versione del metodo neocasistico così proposto, secondo Strong, è in grado di “reggere” alle critiche mosse dai suoi maggiori avversari, che egli raggruppa in cinque grandi argomentazioni.

La prima riprende sostanzialmente quanto affermato da Kevin Wildes,³³⁵ secondo cui è possibile accettare l’uso della casistica quale

³³⁴ *Ibi*, pp. 400- 401.

³³⁵ KW. Wildes, The priesthood of Bioethics and the return of Casuistry, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1993, 18, pp. 29-51.

metodo di ragionamento morale solo se essa è in accordo con il sentire della morale comune. Egli, afferma Strong, basa le sue considerazioni sulla versione della casistica tipica del XV e XVI secolo, indirizzando pertanto la sua critica verso la versione di neocasistica prospettata da Jonsen, piuttosto che verso altre presentazioni del metodo, come ad esempio la propria.

Egli sottolinea come Wildes sostenga la necessità, per la casistica, di riferirsi al sentire comune, alla morale "pubblica" tipica del contesto del tempo, basata sui dettami della teologia morale cattolica, perché essa altrimenti non sarebbe in grado di trovare alcun tipo di accordo sui cosiddetti casi paradigmatici³³⁶.

Strong osserva come tale prospettiva offra un'immagine in qualche modo distorta (nel senso di eccessivamente rigida) del metodo casistico, e della sua possibile applicazione, anche in relazione al fatto che non si può non considerare, nella società attuale, la costante presenza di un crescente pluralismo morale: sebbene la casistica, scrive Strong, ammetta la condivisione di alcuni assunti morali (ad esempio, l'accordo circa i valori morali ritenuti rilevanti per la formulazione del giudizio morale e di *alcuni* casi paradigmatici), essi non mirano a fornire e costituire quel così alto grado di consenso morale che permeava l'uso della casistica durante il 15° e 16° secolo³³⁷.

³³⁶ C. Strong, C. Strong, Critiques of Casuistry and why they are mistaken, p. 405.

³³⁷ *Ibi*, p. 405.

La seconda obiezione, dice Strong, è stata formulata dal commentatore Arras,³³⁸ il quale sostiene che la casistica non sia in grado di raggiungere il consenso morale su tutte le questioni etiche che possono presentarsi nei casi considerati, specie quelli che riguardano la salute pubblica, come la questione dell'aborto o della giustizia in sanità.

Anche in questo caso, Strong osserva come il commentatore abbia sopravvalutato gli obiettivi e il ruolo che la casistica dovrebbe assumere per quanto riguarda la costruzione del consenso sociale rispetto alla definizione della morale pubblica: i fautori del metodo casistico non ricercano né si aspettano il consenso *tout court* da parte della società in merito alle conclusioni raggiunte attraverso l'uso delle argomentazioni proprie del ragionamento casistico; la casistica mira a spiegare il percorso che ha condotto a tali conclusioni, che rimangono *ipotetiche*, non a priori; sono ragionevoli nel momento in cui si accettano e condividono determinati assunti circa i valori morali e i casi paradigmatici.³³⁹ Questo aspetto, sebbene non del tutto condivisibile per taluni aspetti, sottolinea però un equivoco importante, spesso riscontrabile sia nei critici che nei sostenitori del metodo casistico: la confusione circa lo status, il ruolo della nuova casistica, considerata alla stregua di una teoria morale, piuttosto che come *metodo*: Jonsen, come si è già visto, tiene sempre a ribadire come la casistica da lui

³³⁸ J. Arras, *Getting down to the cases*, pp. 29-51.

³³⁹ C. Strong, *Critiques of Casuistry and why they are mistaken*, p. 405.

concepita sia in realtà *un’opzione metodologica*³⁴⁰, e non un “semplice” insieme di precetti e valori morali da “adattare” alle situazioni reali concrete.

La terza macro critica, rileva Strong,³⁴¹ è sempre stata formulata da Arras, e riguarda “l’accusa”, rivolta alla casistica, di scadere nell’intuizionismo morale circa la formulazione dei propri giudizi. Arras rileva, dice Strong, come i fautori della casistica non siano in grado di riesaminare in maniera critica le proprie affermazioni intuitive, e, a causa di ciò, i loro giudizi non riuscirebbero ad influire sul panorama valoriale che domina l’esercizio della professione medica.

Strong, in replica a tale obiezione, afferma che non sia affatto vero che la casistica accetti in maniera acritica tutti i casi definiti come paradigmatici: nella sua versione del metodo, egli ribadisce, una delle più importanti caratteristiche della metodologia casistica consiste proprio nel fatto che si necessario dare una giustificazione razionale di come si è giunti a formulare una determinata conclusione.

Anche l’approccio casistico costruito da Jonsen, sostiene Strong,³⁴² in realtà esclude l’idea di accettare come paradigmatici casi analizzati in maniera assolutamente acritica; ma resta il fatto che rimane, nella neocasistica così come Jonsen l’ha costruita, una possibile “deriva”, un’apertura verso l’intuizionismo morale, per il fatto che, in ultima istanza, per

³⁴⁰ A. Jonsen, *Casuistry: an alternative or complement to Principles?*, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, 5, pp. 237-251.

³⁴¹ C. Strong, *Critiques of Casuistry and why they are mistaken*, p. 405.

³⁴² *Ibi*, p. 406.

la formulazione del giudizio occorra comunque ricorrere anche ad una sorta di "percezione morale"³⁴³ su ciò che sia giusto o meno fare, rispetto alla situazione considerata.

La quarta obiezione rivolta alla neocasistica, continua Strong,³⁴⁴ è stata formulata da Tomlison³⁴⁵, il quale sostiene la variabilità/intercambiabilità nella scelta di differenti "set" di casi paradigmatici, che però, essendo diversi, condurrebbe anche a diverse conclusioni. Strong chiarisce che il "non detto", il retropensiero sotteso a questo tipo di critica, è lo *scetticismo* con cui ci si approccia al metodo casistico.

Nella versione fornita da Strong,³⁴⁶ però, quest'aspetto della casistica è ritenuto dall'Autore un falso problema, in quanto, utilizzando la metodologia neocasistica quale modello di ragionamento etico in clinica, la possibilità che emerga una pluralità di casi paradigmatici che possano essere "adottati" per la risoluzione del problema etico individuato non costituirebbe un punto debole del metodo, quanto piuttosto significherebbe che l'analisi per la scelta del paradigma che offra la soluzione preferibile per il caso in oggetto andrebbe ancora ulteriormente approfondita, esaminando più compiutamente i fattori casistici implicati nella situazione considerata. Per contro, Strong³⁴⁷ arriva addirittura a dichiarare che se anche paradigmi diversi,

³⁴³ *Ibi*, p. 406.

³⁴⁴ *Ibi*, p. 406.

³⁴⁵ T. Tomlison, Casuistry in medical ethics: rehabilitated or repeat offender?, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1994, 15, pp. 5-20

³⁴⁶ C. Strong, Critiques of Casuistry and why they are mistaken, p. 406.

³⁴⁷ *Ibi*, p. 407.

ritenuti moralmente ragionevoli, conducessero inevitabilmente a conclusioni diametralmente differenti, l'esperto di casistica dovrebbe essere in grado di ammettere che la casistica non è in grado di risolvere quel determinato caso; egli ritiene importante chiarire che l'obiettivo della casistica non deve essere quello di risolvere qualsiasi caso a qualsiasi costo, ma fornire un metodo di analisi applicabile alla realtà concreta, nello specifico alla clinica.

La quinta macro critica, secondo Strong,³⁴⁸ è sempre fornita da Tomlison³⁴⁹, e consiste nel fatto che la casistica non sarebbe in grado di articolare chiaramente le ragioni che conducono a formulare un determinato giudizio morale in riferimento alla situazione considerata.

Strong in questo caso ammette che la versione della casistica costruita da Jonsen, da lui definita “single paradigm comparison” non può essere difesa, in quanto non risulta del tutto chiaro come vengano articolate da Jonsen le motivazioni basilari su cui vengono costruiti i giudizi di valore espressi per risolvere le questioni emerse dal contesto in oggetto. Questo tipo di criticità, però, non sarebbe ravvisabile nella versione del metodo casistico da lui presentata, che, prevedendo il confronto del caso in esame con due o più casi paradigmatici adeguati, permetterebbe di far emergere e individuare meglio i fattori che rendono un paradigma preferibile ad un altro e le motivazioni razionali che rendono ragione e sostengono tale scelta.

³⁴⁸ *Ibi*, p. 407.

³⁴⁹ T. Tomlison, *Casuistry in medical ethics: rehabilitated or repeat offender?* pp. 5-20

In conclusione, ciò che emerge e *permane*, a nostro avviso, come elemento critico fondamentale, riguardo alla metodologia neocasistica promossa da Jonsen, è appunto la determinazione chiara dello *status* stesso di *metodo*: l'interrogativo che ci si pone, nella nostra prospettiva, è se sia sufficiente che la neocasistica, quale modello di ragionamento etico-clinico, abbia semplicemente il valore di *metodo*, come sembra comunque ritenere Jonsen, il cui uso sia quindi sempre possibile, al di là e a prescindere dall'impianto contenutistico di riferimento adottato.

Nonostante sia evidente che Jonsen non abbia mai negato il valore del riferimento ai contenuti delle singole teorie etiche, permane ugualmente *un'opacità di fondo*, nel chiarire e/o esplicitare del tutto quale contenuto morale venga, in qualche modo, ritenuto preferibilmente il più valido.

Manca, in tal senso, un'esplicitazione dell'indirizzo teoretico di fondo che guidi nella determinazione del giudizio etico; il riferimento forte alla saggezza pratica aristotelico-tomista e al margine d'azione morale da lasciare alla *discrezionalità* del singolo agente sembra perdere, in una certa misura, il suo effettivo e reale valore etico, se mantiene una cornice normativa che dia adito, in qualche modo, a derive di stampo intuizionista e situazionista.

Ci si domanda, pertanto, se abbia senso e sia possibile un *metodo neutro* per l'analisi etica applicata ad una dimensione così delicata come quella clinica, o se già la scelta di tale metodo presupponga comunque

l'adesione a un determinato indirizzo teoretico di fondo, che però, come tale va onestamente chiarito, e di cui è necessario fornire le ragioni della scelta.

5. Dal dibattito internazionale più recente: una versione contemporanea di neocasistica applicata all'etica clinica e una ricerca empirica correlata

Avendo delineato, tramite le voci dei suoi principali commentatori internazionali, le maggiori criticità riscontrabili nella versione del metodo casistico applicato all'etica clinica così come è stato costruito da Jonsen, insieme ai suoi tentativi di giustificazione e risposta alle critiche, appare importante segnalare, nel panorama del dibattito bioetico più recente, anche le eventuali ultime "versioni" della neocasistica applicata alla clinica fornite da contributi di Autori contemporanei più recenti, insieme ad alcune tipologie di ricerca empirica effettivamente realizzate, per verificare se - e in che misura - la metodologia casistica sia realmente utilizzata attualmente dai clinici per approcciarsi alle problematiche etiche relative all'ambito sanitario.

In tal senso, si è scelto di presentare la versione del metodo neocasistico applicato all'etica clinica dello studioso americano Mark R. Tonelli,³⁵⁰ e si riporta, come studio empirico, il lavoro realizzato da Annette Braunack-Mayer,³⁵¹ la quale, in un recente articolo su una rivista internazionale, ha il merito di aver presentato per prima i dati della sua

³⁵⁰ Si veda M.R. Tonelli, The philosophical limits of evidence-based medicine, *Academic of Medicine*, 1998, 73, pp. 234-240; M.R. Tonelli, Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches, . *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2006, 12, 3, pp. 248-256; M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2010, 16, pp. 384-389.

³⁵¹ A. Braunack-Mayer, Casuistry as biometrical method: an empirical perspective, in *Social Science & Medicine*, 2001, 53, pp. 71-81.

ricerca qualitativa volta a determinare se il metodo di ragionamento casistico in ambito sanitario, così come è stato concepito da Jonsen, giochi effettivamente un ruolo attivo nel processo decisionale quotidianamente messo in atto dai clinici, a fronte dei problemi morali che possono emergere nella comune pratica sanitaria.

6. Mark R. Tonelli: il mutamento dell'evidenza in medicina clinica

Mark R. Tonelli,³⁵² autore di un recente articolo intitolato "The challenge of evidence in clinical medicine"³⁵³ ha riproposto nel suo lavoro una ripresa della metodologia neocasistica, espressamente rivolta alla clinica e destinata all'uso del personale sanitario per approcciarsi alla risoluzione dei conflitti etici che possono emergere in ambito medico.

Egli si pone in posizione di critica rispetto a quello che ritiene essere l'approccio recente più comunemente usato nella pratica clinica dal personale sanitario: l'*evidence-based medicine* (EBM), la medicina basata sull'evidenza medico-clinica.

Sebbene l'EBM, in realtà, non si occupi specificatamente di etica clinica e non avanzi tale pretesa, Tonelli³⁵⁴ ritiene che tale approccio, il cui

³⁵² Mark R. Tonelli è professore di Medicina dell'Università di Washington, a Seattle.

³⁵³ M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2010, 16, pp. 384-389.

³⁵⁴ *Ibi*, p. 384.

obiettivo, come per la casistica, sarebbe quello di arrivare a determinare una buona decisione etico-clinica rispetto al caso in esame, non sia supportato da una solida base teoretica né da uno specifico metodo, né tantomeno sviluppi una nuova filosofia della medicina: pertanto, più che un sistema di norme chiaramente definito e codificato, sarebbe una "forma popolare" di approccio al ragionamento etico, basato sulla determinazione della più importante evidenza contestuale in grado di aiutare a prendere la migliore decisione possibile per la cura specifica del singolo paziente.

Il fatto problematico di una simile prospettiva, sottolinea Tonelli, è che il valore attribuito a quanto può essere considerato *evidenza medica* ha comportato, per poterla definire, il privilegiare i risultati quantitativamente chiari, evidenti e oggettivamente fondati della ricerca clinico-tecnoscientifica; per contro però, sostiene Tonelli, per determinare la maggiore evidenza per poter poi costruire una buona decisione etico-clinica occorre anche integrare -oltre ai dati clinici- l'attenzione ai desideri, ai valori e alla volontà del paziente, elementi che non possono garantire lo stesso "grado" di pragmaticità e scientificità misurabile e dimostrabile. Secondo Tonelli, quindi, un peso eccessivo viene attribuito al valore dei risultati derivanti dalla ricerca scientifica per determinare la cura e il trattamento dei pazienti.

L'EBM ha particolarmente favorito i risultati della ricerca clinica quali elementi per determinazione della principale evidenza medica (...)

Il mio scopo è invece quello di argomentare il fatto che esistano tre tipi di saperi che interessano il clinico e dei quali bisogna possedere una competenza per poter prendere qualsiasi genere di decisione clinica: *la conoscenza dei risultati più recenti della ricerca scientifica, la comprensione biologica e psicologica della situazione del paziente e l'esperienza clinica.*

Queste forme di conoscenza sono di genere diverso, ma non di grado diverso.

Nessuna di queste forme di conoscenza ha sempre la "precedenza" sulle altre per determinare le decisioni cliniche individuali.³⁵⁵

Secondo Tonelli, il processo che conduce alla formulazione del giudizio clinico deve configurarsi come un'opera casistica di "bilanciamento" dei dati provenienti da questi tre tipi di saperi, per riuscire ad arrivare a determinare una buona decisione clinica che si possa *probabilisticamente* ritenere la migliore per quel particolare caso clinico³⁵⁶.

Secondo l'Autore, non si può non tener presente che il *focus*, l'obiettivo centrale su cui deve concentrarsi l'attenzione del clinico è e resta l'individuo vulnerabile, il paziente stesso, il caso in esame; "l'errore" in cui sarebbe caduto l'approccio dell'EBM, sostiene Tonelli, consisterebbe nell'aver evidenziato e considerato essenzialmente solo i risultati epidemiologici provenienti dalla ricerca clinica, per i quali il "valore" del paziente è marginale, in quanto il suo ruolo si configurerebbe semplicemente come "stimolo iniziale", come "portatore" di una possibile questione clinica da risolvere³⁵⁷.

³⁵⁵ *Ibi*, p. 384

³⁵⁶ *Ibi*, p. 384.

³⁵⁷ *Ibi*, p. 387.

Questo tipo di approccio, continua Tonelli, supporterebbe e indirizzerebbe l'attività del clinico ad assumere prevalentemente uno stile di *ragionamento deduttivo*, che, partendo dall'analisi dei risultati della ricerca clinico-scientifica, lo condurrebbe poi a fornire risposte etico-cliniche su ciò che sia meglio per la situazione del singolo paziente.³⁵⁸

I risultati della ricerca clinica, dice Tonelli,³⁵⁹ non possono però assumere un carattere prescrittivo, perché il tipo di conoscenza derivata dal sapere scientifico non è direttamente applicabile alla cura del singolo paziente particolare. Il clinico esperto, ritiene Tonelli, deve sempre mantenere come interesse principale la condizione, lo stato del singolo paziente, e ragionare secondo un modello, proprio come sostenuto dalla neocasistica, che non parta dai principi generali ma dai *particolari*.

Tonelli delinea compiutamente i *topics* che sono considerati *rilevanti* per arrivare a formulare una decisione etico-clinica e la reale azione terapeutica.

L'evidenza empirico-scientifica, egli suggerisce, aiuta a completare il quadro d'analisi etico-clinica, se integrata insieme ad altri quattro *topics*: l'evidenza esperienziale, la comprensione fisiopatopsicologica dello stato del paziente e i desideri/ valori morali/ preferenze del malato stesso³⁶⁰.

³⁵⁸ M.R. Tonelli, Evidence-free medicine: foregoing evidence in clinical decision making, *Perspectives in Biology and Medicine*, 2009, 52, 2, pp. 319-331.

³⁵⁹ M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, p. 388.

³⁶⁰ *Ibi*, p. 384.

Operare un bilanciamento della relativa importanza di ciascuno di tali fattori che intervengono nel processo che conduce alla formulazione del giudizio etico-clinico implica, secondo Tonelli, l'utilizzo della *saggezza etica* nell'accezione - tipica della casistica - della *phronesis*.³⁶¹

Questo approccio al ragionamento etico-clinico, definito da lui stesso *casistico*³⁶² (nel senso di basato sul caso) necessita quindi che il clinico sia in grado di considerare i molteplici fattori che possono intervenire nel determinare una buona decisione etico-clinica e le differenze che possono caratterizzare anche casi simili fra loro; la conoscenza scientifica, scrive Tonelli, ha il merito di informare, ma da sola non è sufficiente per costruire un ottimo giudizio medico-clinico³⁶³.

Il personale sanitario qualificato come *abile, capace, esperto*, deve essere in grado di integrare opportunamente anche fattori non immediatamente quantitativamente e scientificamente misurabili (come gli obiettivi, i desideri, i valori morali individuali del paziente) con le conoscenze tecnoscientifiche per determinare un buon giudizio etico-clinico finale e quindi il trattamento migliore da adottare.³⁶⁴

³⁶¹ T. Lipman, Evidence and Casuistry. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2006, 12, pp. 248-256.

³⁶² M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, p. 388.

³⁶³ A. Miles, Science: a limited source of knowledge and authority in the care of patients. A review and analysis of 'How Doctors think. Clinical Judgement and the Practice of Medicine', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2007, 13, 545-563.

³⁶⁴ M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, p. 388.

Nel contempo, è importante che la pratica medica tenga conto e trovi una sua "collocazione" all'interno del contesto pluralistico odierno, in cui convivono l'aspetto economico, sociale, etico e giuridico, che possono favorire o limitare la scelta di un determinato percorso di cura prescritto, a fronte di un giudizio clinico in qualche maniera reso ormai "standardizzato", se equiparato, nella struttura, ai risultati delle ricerche scientifiche.

Il processo d'integrazione dei risultati ottenuti dalla ricerca scientifica e la pratica clinica, continua Tonelli, richiede anche sempre l'esercizio di forma di *saggezza pratica* (phronesis) e il giudizio casistico-clinico manterrà comunque sempre un carattere *personale* (nel senso di centrato sul caso) e *probabilistico*.³⁶⁵

Questo non significa, però, che il giudizio formulato sia sempre e soltanto relativistico o assuma un'accezione solo di stampo situazionista: Tonelli sottolinea come un elemento metodologico fondamentale, nella costruzione del giudizio etico-clinico deve essere l'*esplicitazione* delle ragioni e delle motivazioni razionali che hanno portato a optare per quel tipo di scelta; e risulta altresì indispensabile che i clinici siano in grado di rendere espliciti tutti i possibili "elementi/fattori taciti" identificabili nella situazione considerata.³⁶⁶

³⁶⁵ M.R. Tonelli, The challenge of evidence in clinical medicine, p. 388.

³⁶⁶ S. Henry, Recognizing tacit knowledge in medical epistemology, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2006, 27, 3, pp. 187-213.

7. A. Braunack-Mayer. La casistica come metodo della bioetica: una prospettiva empirica

Annette Braunack-Mayer³⁶⁷ nel 2001 ha pubblicato sulla Rivista scientifica *Social Science & Medicine* un articolo in cui presentava i risultati della sua ricerca empirica, condotta al fine di rispondere al seguente quesito: se è effettivamente riscontrabile, quale richiamo per la casistica contemporanea, che il ragionamento morale ordinariamente adottato dai clinici sia "per natura" di stampo casistico³⁶⁸.

Il riferimento alla neocasistica così come è stata concepita da Jonsen e Toulmin è diretto, in quanto l'Autrice, nella prima parte del suo lavoro, offre una compiuta descrizione del metodo casistico rifacendosi opportunamente a *The Abuse of Casuistry* e dedicandosi anche alla ripresa analitica degli argomenti promossi da Jonsen e Toulmin per dimostrare che il processo decisionale "quotidiano" è naturalmente casistico, riportando dettagliatamente tutta la vicenda dei lavori di Jonsen e Toulmin alla National Commission statunitense.

³⁶⁷ Professoressa di bioetica presso il Dipartimento di Salute Pubblica dell'Università di Adelaide-Australia.

³⁶⁸ A. Braunack-Mayer, *Casuistry as biometrical method: an empirical perspective*, in *Social Science & Medicine*, 2001, 53, pp. 71-81. Il paper è stato presentato per la prima volta al Fifth National Conference of the Australian Bioethics Association dell'University of Tasmania, Hobart, nel settembre del 1998.

L'Autrice³⁶⁹ sottolinea, comunque, che la tesi che Jonsen e Toulmin intendono dimostrare, cioè che il ragionamento morale "ordinariamente" adottato dagli individui sia, in qualche modo, sempre casistico, sebbene sia ritenuta valida e condivisibile, non sia – ad oggi – convincente, se si considerasse solo *The Abuse of Casuistry*; in tal senso, evidenzia, assumono grande valore le ricerche promosse dalle scienze sociali, le quali hanno come obiettivo indagare non tanto quale sia il rapporto tra teorie etiche e ragionamento morale, ma proprio in che modo appaia e si strutturi il ragionamento morale dei soggetti posti di fronte ad un problema etico³⁷⁰.

Lo studio empirico-qualitativo realizzato dall'Autrice³⁷¹ è parte di una ricerca più ampia sulla struttura del ragionamento morale che ha visto coinvolti 15 medici australiani specializzandi/praticanti di medicina generale, denominati "GPs", membri del Royal Australian College of General Practitioners, che nel 1993 hanno accettato di rispondere a sessioni di interviste semistrutturate per un arco di tempo di 6 mesi, da gennaio a giugno di quell'anno.

L'obiettivo dello studio dell'Autrice si concentrava principalmente sull'analisi della modalità con cui i medici partecipanti alla ricerca si approcciarono ai casi, alle storie personali dei pazienti, per procedere nel

³⁶⁹ *Ibi*, p.74.

³⁷⁰ Si veda R. Anspach, *Deciding who lives. Fateful choices in the intensive care nursery*, University of California Press, Berkeley 1993, D.F. Chambliss, *Beyond caring: Hospitals, nurses, and the social organization of ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996.

³⁷¹ Per i dettagli sul metodo di ricerca adottato si veda A. J. Braunach –Mayer, *General practitioners doing ethics: An empirical perspective on bioethical methods*. Ph.D. Thesis, University of Adelaide, 1998, South Australia.

loro ragionamento morale al fine di arrivare a formulare le proprie decisioni etico-cliniche in merito alle problematiche in oggetto.

Le interviste condotte, pertanto, stimolavano i medici a interrogarsi dapprima sui dettagli, sui particolari dei casi considerati, e da ultimo sulle questioni di fondo, cioè sui dilemmi morali correlati alle singole situazioni con cui quotidianamente hanno a che fare.

Le domande poste, prendendo spunto inizialmente dal racconto del caso in esame, si concentravano sull'indirizzare la riflessione del medico affinché venisse fornita una giustificazione razionale sulle motivazioni che lo avevano condotto ad optare per un determinato tipo di scelta etica e ad interrogarsi e ad esplicitare il ruolo assunto dalle proprie credenze e dai valori personali nell'influenzare il proprio processo decisionale³⁷².

Lo *step* successivo della ricerca, è stato quello di analizzare le maggiori questioni morali riportate dai resoconti dei casi forniti dai medici, osservando così che se la domanda guida, inizialmente posta, era "Che cosa ha scelto di fare?" (e dunque puntando l'interesse sul valore del giudizio etico, sulla scelta); in realtà i dati emersi portavano a privilegiare una domanda del tipo "Quale approccio al ragionamento morale è stato adottato per risolvere le problematiche in oggetto?" con un'attenzione, quindi, più marcatamente *metodologica*.

³⁷² A. Braunack-Mayer, Casuistry as biometrical method: an empirical perspective, p. 75.

Uno dei temi fondamentali messi in luce dai risultati della ricerca è il ruolo attribuito all'*esperienza*, da parte dei clinici, nel riuscire ad approcciarsi alle problematiche etico-cliniche.

L'*esperienza* non è assolutamente ritenuta un concetto astratto, tanto che dai dati stessi emerge il suo *carattere concreto*, in quanto viene descritta dai medici coinvolti nello studio attraverso la narrazione dei propri casi, delle loro storie cliniche, mostrando come essi possano mostrare risoluzioni morali simili o in conflitto tra loro.

È stato proprio il riferimento al valore dell'*esperienza*, in rapporto ai casi considerati, che ha suggerito all'Autrice la tesi secondo cui i clinici utilizzino, in una certa misura ordinariamente, una modalità di approccio al ragionamento etico in medicina basato sulla casistica di Jonsen e Toulmin, sul ragionamento per analogia, una sorta di *Homespun Casuistry*,³⁷³ una casistica semplice, magari non del tutto consapevole, ma utile per dirimere le questioni della pratica clinica.

Braunack-Mayer ha così identificato quattro caratteristiche comuni, tra la metodologia casistica così come è stata articolata da Jonsen e Toulmin, e la modalità, emersa come risultato della ricerca qualitativa, con cui i medici coinvolti utilizzano i casi nel loro processo di ragionamento morale³⁷⁴.

³⁷³ *Ibi*, p. 74.

³⁷⁴ *Ibi*, p. 78.

La prima somiglianza riguarda l'importanza, l'enfasi posta sul concentrare la propria attenzione sulle particolarità dei casi in esame; l'interesse primario si focalizza sulla singola storia, sui specifici problemi etici emergenti dal caso, piuttosto che sul discutere dei principi morali generali.

Anche la modalità di analisi dei casi è simile alla casistica: si procede infatti paragonando le situazioni tra loro, esaminando nei dettagli somiglianze e differenze, per arrivare ad una formulazione della soluzione alla questione considerata.

In molte storie, inoltre, si evidenzia esplicitamente il riferimento ai topics, ai *criteri* che aiutano ad organizzare i dati e, allo stesso tempo, portano l'attenzione sui principi etici appropriati allo specifico caso.³⁷⁵

La quarta caratteristica simile riguarda la flessibilità, la capacità di passare ecletticamente dai casi alle diverse forme di ragionamento che li riguardano.

L'unico elemento che differisce dal metodo casistico di Jonsen e Toulmin è il concetto e l'uso del cosiddetto “caso paradigmatico”

Nella formulazione di Jonsen, il paradigma viene usato per paragonare un caso chiaro e “illuminare” una situazione problematica; inoltre i casi paradigmatici sono, per i cultori della casistica, pubblici, fanno parte del dibattito bioetico più generale e tutti vi possono accedere.

³⁷⁵ A. Jonsen, Casuistry as methodology in clinical ethics, *Theoretical Medicine*, 1991, 12, pp. 295-307.

Dalla ricerca invece emerge che i medici considerano i loro casi eticamente più rilevanti come personali, privati, e ne condividono la narrazione solo con pochi e fidati colleghi.³⁷⁶

Concludendo, ciò che nella nostra prospettiva appare importante, a fronte degli ultimi contributi presentati, sembra poter essere la conferma dell'importanza, per quanto concerne l'etica clinica, del valore della casistica quale *metodo di approccio concreto* alle questioni etiche emergenti nella pratica medica.

La metodologia casistica sembra consistere specificatamente come presentazione e narrazione dei casi, focalizzando l'attenzione su tutti i possibili particolari che possono influenzare il contesto del rapporto medico-paziente entro cui si costruisce il giudizio etico-clinico: emerge, nella prospettiva più recente, l'importanza dell'indagine del mondo valoriale di tutti i soggetti coinvolti, sia del paziente, ma anche del clinico, per il quale si apre uno spazio non solo dedicato alla decisione, all'azione, ma anche alla metariflessione circa le proprie scelte morali di fondo, un aspetto non certo da sottovalutare in quanto pone il clinico quale vero attore “morale” nel contesto della pratica sanitaria, e non solo come un “tecnico” specialista dell'arte medica estraneo ad ogni implicazione sul piano etico, sia a livello più generale, “pubblico”, che nella dimensione più intima e personale.

³⁷⁶ A. Braunack-Mayer, *Casuistry as biometrical method: an empirical perspective*, p. 79.

CAPITOLO IV

CONCLUSIONI

Dopo aver ricostruito, a partire dai testi in esame, la struttura del metodo neocasistico formulato da Jonsen, la nostra analisi teorica ha concentrato l'attenzione principalmente sulle *critiche* rivolte a tale teoria presenti nella letteratura bioetica contemporanea³⁷⁷, ripercorrendone le principali e le *repliche* fornite dallo stesso Jonsen a difesa della propria proposta teorica; l'interrogativo che, come si è visto, *permane* - nella nostra prospettiva - è se sia sufficiente che la neocasistica, quale modello di ragionamento etico-clinico, abbia semplicemente il valore di *metodo*, come sembra ritenere Jonsen, il cui uso sia dunque sempre possibile, al di là e a prescindere dall'impianto contenutistico di riferimento adottato. Come si è già avuto modo di evidenziare, ci si domanda, se abbia senso e sia possibile un *metodo neutro* per l'analisi etica applicata ad una dimensione così delicata come quella clinica, o se già la scelta di tale metodo presupponga comunque, in realtà, l'adesione a un determinato indirizzo teoretico di fondo, che però Jonsen non chiarisce e/o ammette mai del tutto chiaramente.

³⁷⁷ Si veda, per una panoramica generale in merito, A.R. Jonsen, *Casuistry and Clinical Ethics*, in Sugarman J., Sulmasy D.P., *Methods in Medical Ethics*, 2nd edition, Georgetown University Press, Washington D.C., 2010, pp. 118-122.

Dal nostro punto di vista, la risposta alla domanda se sia sufficiente che la casistica abbia solo valore di metodo è *no*.

Nella prospettiva di Jonsen, l'*opacità* evidenziata nel corso del nostro lavoro rispetto alla chiarificazione della questione del metodo neocasistico, definito da Jonsen *opzione metodologica*³⁷⁸, appare sempre sullo sfondo, e non permette di eliminare pienamente il possibile rischio di deriva intuizionistica che la neocasistica, se non correttamente supportata o applicata, può assumere.

Peraltro, sebbene l'attenzione di Jonsen sia sempre preliminarmente concentrata sulla definizione della neocasistica esclusivamente dal punto di vista metodologico, e dunque nella sua accezione specificatamente più operativo-procedurale, appare altresì importante rilevare che la questione dell'*ordine*, della gerarchia stabilita dall'Autore nella *scelta dei topics* per l'analisi etico-clinica dei casi, rimandi già, di per sé, alla rilevazione di come l'opzione metodologica implichi comunque il riferimento, seppure non esplicito, alla definizione dell'*orizzonte di contenuto*, alla questione stessa della determinazione, non chiarificata nei suoi presupposti, dei contenuti filosofico-teologici di riferimento.

³⁷⁸ A.R. Jonsen, *Casuistry: An Alternative or Complement to Principles?*, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, 5, pp. 237-251.

Appare perciò più onesto, dal nostro punto di vista, chiarire - nel senso di rendere esplicito - offrendo, all'occorrenza, le argomentazioni razionali che hanno condotto a tale scelta - se esista un indirizzo teoretico di fondo che fornisca quei contenuti teoretici di riferimento che ispirano l'indagine sulla realtà e quindi anche la definizione del metodo e delle categorie, dei valori che guidano la scelta morale, senza, per questo, rischiare di promuovere necessariamente un'opzione di parte e quindi inaccettabile *tout court*.

Peraltro, nel corso della disamina storico-critica dello sviluppo del metodo neocasistico, appare importante, insieme agli aspetti di criticità rilevati, evidenziare altresì i suggerimenti indubbiamente positivi che il lavoro di Jonsen fornisce all'*etica clinica*, intesa come non tanto da un punto di vista generico, quanto come *momento di reale esercizio pratico di un'azione/decisione etica al letto del malato*.

In tal senso, emerge, la specificità del ruolo dell'etica clinica rispetto alla bioetica, ancora "ancorata" più sui temi/principi più generali e "astratti" della filosofia della prassi medica: Jonsen indirizza invece la riflessione etica ad occuparsi dei problemi concreti della realtà sanitaria, dei soggetti protagonisti della relazione di cura e delle loro rispettive istanze; aspetto fondamentale nell'applicazione anche odierna della neocasistica, come si è visto analizzando, ad esempio, la proposta di M. Tonelli.

Gli aspetti del metodo casistico, così come è stato sviluppato da Jonsen, il cui utilizzo si ritiene valido per la più attuale prassi etico-clinica sono quindi:

- il riferimento, sia per l'attività di consulenza vera e propria che per quanto concerne l'insegnamento dell'etica medica, sempre a *casi reali*, situazioni concrete analizzate nella loro storia ed evoluzione nel tempo;
- l'attenzione alla descrizione/presentazione del caso in oggetto come narrazione il più possibile completa, comprensiva di tutti i possibili aspetti concernenti la situazione e di tutti i soggetti in gioco: paziente, familiari, clinici, personale paramedico, organizzazioni sanitarie, il ruolo della società nel suo insieme;
- la considerazione ponderata di tutti i possibili fattori/valori morali in gioco nella singola situazione, in relazione a tutti i soggetti coinvolti;
- la consapevolezza, come suggerisce Arras,³⁷⁹ anche dei *limiti* del metodo casistico *tout court*, delle possibili derive critiche a cui esso può condurre specialmente in un ambito così delicato come la pratica medica, se non adeguatamente sostenuto e supportato da una metariflessione morale costante circa gli

³⁷⁹ J. D. Arras, *Getting down to the Cases. The Revival of Casuistry in Bioethics*, p. 49.

obiettivi e le finalità da raggiungere con la sua applicazione.

In questa prospettiva, ben lontani dalla “pretesa” di voler in qualche modo “sostituire” o sminuire l’enorme contributo alla bioetica e all’etica clinica fornito da Jonsen, sembra opportuno voler richiamare il “tentativo”, avanzato da una nostra proposta teorica, per poter provare a “sciogliere” quei nodi critici evidenziati nella casistica così come viene formulata da Jonsen.

Alla luce di quanto già esposto nel volume “*Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*”, sebbene in forma più sintetica e in funzione di un’analisi etico-clinica di casi prevalentemente incentrati sulla tematica del fine vita³⁸⁰, pur mantenendo e sostenendo il valore di alcuni aspetti metodologici positivi messi in rilievo dal metodo neocasistico di Jonsen, come l’attenzione alla *concretezza* e *completezza* nell’analisi della situazione etico-clinica reale, si ritiene infatti indispensabile proporre, nel contempo, un *impianto teoretico di riferimento fondato sull’antropologia* e, in ultima analisi, sulla *metafisica di riferimento cattolico-personalista*, in quanto comprensiva sia dell’esperienza originaria di alcuni principi, pochi, ma inconfutabili ed evidenti, sia dell’esplicitazione e giustificazione di alcune norme morali che si scoprono riflettendo sull’agire umano e sulla sua natura, attraverso la *fenomenologia* dei comportamenti e l’*ermeneutica* dell’esperienza morale.

³⁸⁰ M. Picozzi, V. Consolandi, S. Siano, *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*, Edizioni san Paolo, Milano 2012,

Una simile scelta è sostenuta altresì dalla considerazione, in linea con il percorso analitico maturato nel corso del nostro lavoro di ripresa e rivisitazione del metodo casistico, di quanto sia importante porre attenzione sul “ripristino”, in *etica clinica*, di quella che si può definire una *buona casistica*: il che significa, come sottolineano, ad esempio, Leone e Privitera, “ricominciare a fare vera etica normativa”,³⁸¹ per cui si cerca di porre attenzione a *tutti* gli elementi che possono intervenire nell’individuazione del giudizio morale finale, interrogandosi sui processi valutativi che guidano la scelta morale, e dunque, se ci sono, anche esplicitando i presupposti teorici di riferimento normativo che intervengono nella formulazione del giudizio.

Nella nostra analisi, il tipo di ragionamento etico che si intende sostenere richiede perciò la necessaria *integrazione* tra il momento della fondazione dei valori e delle norme, e il momento della loro coerente e corretta applicazione, all’interno di un rapporto di *interdipendenza*, in cui emerge chiaramente il movimento della *circolarità*.

Le *circostanze*, messe in luce dalla specificità e singolarità del caso concreto, svolgono un ruolo primario nell’istruire sul da farsi per risolverlo, come già appare dal lavoro di Jonsen; peraltro, la loro unicità non ammette in sé e per sé solo ed esclusivamente l’avvento e l’applicazione *tout court* del libero arbitrio dell’agire morale, come sostengono taluni critici del metodo

³⁸¹ S. Leone, S.Privitera, *Nuovo Dizionario di Bioetica*, Ed. Città Nuova, Brescia 2004, p. 162.

neocasistico, in quanto le evidenze emerse nella singola situazione rimandano a norme morali, consentendo una loro univoca interpretazione. Il caso, nella prospettiva che si propone, infatti viene letto e le circostanze stesse declinate all'interno di un impianto etico di riferimento, connotato da principi morali e relative norme, su cui però viene lasciato il giusto spazio di azione al *discernimento* della saggezza pratica, che prevede appunto il movimento della *circolarità* e della *flessibilità*.

In tal senso, la prospettiva così definita sembra ovviare il rischio della deriva verso il *relativismo morale* (tipico, come si è visto, dell'uso della casistica intesa solo come metodo) e nel contempo valutare in modo più corretto la salvaguardia del valore della *discrezionalità* dell'azione morale del singolo individuo, specie se applicata nel particolare ambito proprio dell'etica clinica, "al letto del malato".

Il metodo casistico così sostenuto è, in un certo qual modo, "rivisitato"; esso non può configurarsi né come metodo puramente induttivo (le norme verrebbero costituite dall'osservazione dei fatti biologici o sociologici) né come metodo deduttivo (dai principi si dedurrebbe la norma di comportamento in un modo immediato, come nel caso della bioetica dei principi); si può definire quindi *sintetico*, in quanto appare funzionale a rendere ragione di quel nesso, quel legame duttile e flessibile fra gli apporti offerti dalle singole discipline e il caso pratico, offrendo la possibilità di

costruire una *lettura proporzionata* dei beni in gioco, all'interno della situazione determinata dal caso concreto, permettendo una loro valutazione adeguata³⁸².

In quest'ottica, la casistica rappresenta, pertanto, una *vera e propria scuola di metodologia morale* in quanto cerca di concretizzare l'inevitabile astrattezza e generalità della legge³⁸³; inoltre, essendo un metodo, non si sostituisce alla responsabilità decisionale dei soggetti.

Il modello che intendiamo sostenere, quindi, propone e mantiene un imprescindibile impianto teoretico di riferimento, costituito da principi etici generali di matrice "cattolica", rilette a partire dai contributi offerti da correnti filosofiche quali l'*ermeneutica*, l'*etica narrativa*, la *fenomenologia*.

Si è scelto di optare per taluni contenuti di queste correnti filosofiche del '900 in quanto sono quelle che maggiormente offrono spunti importanti per indagare nel profondo *la relazionalità*, quale caratteristica fondamentale dell'umano, *la personalità-dignità* del singolo e il suo rapporto con ciò verso cui tende di più autentico, i suoi valori, le sue idee, i suoi propositi.

Diventa così possibile ricomporre in uno schema praticabile la contrapposizione artificiale (nel senso di non rispettosa del reale) tra relativismo e rigorismo morale, emersa nella nostra analisi storico-filosofica e ben presente a Jonsen stesso, e ai suoi commentatori.

³⁸² M. Picozzi, V. Consolandi, S. Siano, *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*, Edizioni san Paolo, Milano 2012, p. 10.

³⁸³ K. Demmer, *Christi vestigia sequentes. Appunti di teologia morale fondamentale*, Roma: Editrice Pontificia Gregoriana, 1995 (ad uso degli studenti), 2° ed., pp. 24-25.

Quale teoria etica di riferimento e perché

Riteniamo che l'etica fondata sull'*antropologia* e, in ultima analisi, sulla *metafisica di riferimento cattolico-personalista*, costituisca il paradigma teoretico più adeguato a fungere da indirizzo teoretico di riferimento per il metodo casistico in quanto esso comprende sia l'esperienza originaria di alcuni principi, pochi, ma inconfutabili ed evidenti, sia l'esplicitazione e giustificazione di alcune norme morali che si scoprono riflettendo sull'agire umano e sulla sua natura, attraverso la *fenomenologia* dei comportamenti e l'*ermeneutica* dell'esperienza morale.

Questo approccio consente una adeguata e pertinente rilettura delle singole storie, permettendo quell'approfondimento necessario alla concretizzazione e comprensione della norma morale.

Il personalismo proposto si può pertanto definire *mediato*, proprio perché influenzato e arricchito dai contributi derivanti dalla *fenomenologia*, dall'*ermeneutica* e dall'*etica narrativa*³⁸⁴.

Gli elementi costituenti l'indirizzo teoretico di riferimento sono fondamentalmente la questione antropologica dell'*identità narrativa*

³⁸⁴ T. Chambers, *Literature*, in J. Sugarman, D. P. Sulmasy, *Methods in Medical Ethics*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2010, 2nd ed., pp. 159-174.

Per quanto riguarda gli Autori di riferimento, data impossibilità di fornire una trattazione analitica e sistematica di ogni contributo, si veda E. Coreth, *Antropologia filosofica*, Editrice Marcelliana, Brescia, 2000, P. Ricoeur, *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*, Jaca Book, Milano, 1989; P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993; P. Ricoeur, *Percorsi di riconoscimento: tre studi* (a cura di F. Polidori), Cortina, Millano, 2005, H.G. Gadamer, *Verità e metodo* (a cura di G. Vattimo), Bompiani, Milano, 2000; H. G. Gadamer, *Ermeneutica. Uno sguardo retrospettivo* (a cura di G.B. Demarta), Bompiani, Milano, 2006; H. G. Gadamer, *Il movimento fenomenologico*, Laterza, Roma-Bari, 2008. E. Mounier, *Il Personalismo* (a cura di G. Campanini, M. Possenti), Editore AVE, Roma, 2004, M. Buber, *Il problema dell'uomo*, Elledici, Torino, 1983.

dell'individuo³⁸⁵, il ruolo della *relazione interpersonale* tra gli uomini quale sorgente di senso per la propria esistenza apertura verso l'anelito alla trascendentalità originaria³⁸⁶, il valore del *corpo*³⁸⁷, il senso di *vissuti* caratterizzanti l'esperienza umana, quali l'empatia³⁸⁸, l'attesa carica o meno di speranza e la consolazione³⁸⁹, centrali, in etica clinica, in rapporto alla peculiare relazione di cura³⁹⁰ che coinvolge i soggetti protagonisti della scena morale.

L'etica di riferimento vuole essere in primis un'*etica realista*³⁹¹, il cui oggetto, l'uomo, costituisce il nucleo fondamentale in quanto egli incarna sia il fine da raggiungere che la via attraverso cui farlo, e dal quale derivare poi i principi e le regole dell'agire buono.

Pertanto, in base a ciò che l'uomo è – e questo lo si coglie sia grazie alla riflessione sulla sua esperienza morale sia tramite i contributi delle

³⁸⁵ Si veda P. Ricoeur, *Sé come un altro*, pp. 201-230.

³⁸⁶ Il sostantivo “trascendentalità” è di uso corrente nel linguaggio filosofico contemporaneo. Esso identifica qualcosa che appartiene alla nostra soggettività, in quanto è la soggettività comune di ogni essere umano. Questa soggettività comune ha un orizzonte interale, cioè si relaziona all'intero delle cose o della realtà. E' da sottolineare, inoltre, che la trascendentalità permane anche per quegli individui che non sono più consapevoli di sé (coloro che non manifestano più chiaramente le qualità tipiche di ogni essere umano, come la razionalità). Trascendentale, pertanto, si oppone a finito, a determinato (e/o a empirico). Si veda C. Vigna (a cura di), *Introduzione all'etica*, p. 127.

³⁸⁷ E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Il Saggiatore, Milano, 1965; V. Melchiorre, *Corpo e persona*, Marietti, Genova, 1991, p. 39. V. Melchiorre (a cura di), *Il corpo*, La Scuola, Brescia, 1984; V. Melchiorre, *La via analogica*, Vita e Pensiero, Milano, 1996; V. Melchiorre (a cura di), *L'idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano, 1996.

³⁸⁸ Si veda, a riguardo, Edith Stein, *Il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1998 e L. Boella, A. Buttarelli, *Per amore di un altro. L'empatia a partire da Edith Stein*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

³⁸⁹ Benedetto XVI, Lettera enciclica *Spe Salvi*, Città del Vaticano, 2007, n. 38.

³⁹⁰ W.T. Reich, La bioetica: il punto di vista dell'outsider, *Medicina e Morale*, 2007, 57 (3), pp. 533-553.

³⁹¹ D. Von Hildebrand, *Etica*, Ediciones Encuentro, Madrid, 1983. Per contro, le *etiche aprioristiche* – nelle loro diverse forme, come l'etica Kantiana e l'intuizionismo etico – per salvare l'oggettività della legge morale ricorrono ad una fondazione *previa* del dover essere, *indipendente* dalla realtà.

diverse discipline – si può riconoscere ciò che lo conduce alla pienezza del suo essere, al suo fine, di uomo in quanto uomo, che funge da regola di intrinseca moralità.

L'approccio *fenomenologico* – ossia di come la vita nella sua plasticità e soggettualità diventi non oggetto del discorso, ma luogo fontale dove la vita si fa soggetto – ³⁹² ed *ermeneutico* – il richiamo ad una necessaria interpretazione riflessiva sulla vita ³⁹³ – permette di evidenziare come il significato ultimo della norma morale rinvii simbolicamente ad un *orizzonte di senso trascendente*, “un *bene* ultimo che è voluto perché creduto, e il cui compimento può essere solo sperato” ³⁹⁴, che l'uomo ricerca sempre, implicitamente ma costantemente, nel corso dell'esistenza, specie nella relazione interpersonale.

La sua evidenza non è razionalmente articolabile in una serie gerarchica di beni finiti da perseguire, ma è “un'idea di vita buona” che si presenta nella forma concreta di una *narrazione*, un'opera paziente di costruzione e interpretazione di desideri, segni, simboli, immagini, esperienze, tradizioni “che si sono oggettivati in una forma stabile e

³⁹² A. Autiero, *Soggettività etica*, p. 90. “E questo – continua l'autore – aiuta a capire il carattere evidentemente storico, mutevole, evolutivo non soltanto del concetto ma soprattutto delle articolazioni in cui il fenomeno vita può essere percepito e costruito”. “L'ermeneutica – scrive Demmer - rappresenta il tentativo di non perdere la signoria sulla storia: essa parte dal tacito assunto che l'assoluto si rende afferrabile attraverso la storia e non al di là di essa” (K. Demmer, *Christi vestigia sequentes*, p. 88).

³⁹³ K. Demmer, *Christi vestigia sequentes*, p. 91. “Si tratta cioè di lasciare il dato là dove è situato – nella vita – ma ponendolo sotto la lente di ingrandimento di un'interpretazione”.

³⁹⁴ Aa.Vv., *L'evidenza e la fede*, Glossa, Milano, 1988, pp. 444-465.

socialmente riconoscibile”³⁹⁵ in cui ciascuno si trova inserito e che accompagnano la vicenda personale di ogni essere umano. Per cui “al soggetto è promesso di trovare la propria identità soltanto percorrendo una via, attraverso una vicenda”³⁹⁶, entrando in una storia.

Riferendosi all’esperienza concreta, oggetto d’indagine dell’etica clinica, come lo stesso Jonsen ha sempre avuto ben chiaro, tale riconoscimento può tradursi, ad esempio, nell’incontro tra medico e paziente, momento centrale dell’etica clinica, dell’esercizio morale concreto in una situazione di vulnerabilità e di richiesta di aiuto e/o prossimità tra soggetti.

Tale esperienza, di fatto, si inserisce necessariamente all’interno di questo rapporto narrativo. E ogni resoconto di questo incontro (sia esso l’annotazione in cartella clinica dell’anamnesi che di un consulto) viene a strutturarsi come in un racconto. Il paziente narra la sua storia al medico, il medico raccoglie la storia del paziente e narra al paziente altre storie di pazienti che lui ha seguito e curato nella sua vita professionale³⁹⁷.

La narrazione - la propria raccontata e quella altrui ascoltata - riveste così un ruolo “terapeutico”: aiuta il soggetto a collocare l’evento (nell’ambito dell’etica clinica, l’esperienza del dolore, della malattia, di ciò che sia o meno giusto fare in condizioni di vulnerabilità) all’interno della sua esistenza e permette di scoprire come affrontarlo in quella particolare circostanza.

³⁹⁵ G. Manzone, *Il volto umano delle professioni. Sfide e prospettive dell’etica professionale*, Carocci, Roma, 2011.

³⁹⁶ G. Angelini, *Teologia morale fondamentale*, p. 559.

³⁹⁷ T.E. Quill, *Death and dignity. Making choices and taking charge*, W.W. Norton & Company, New York, 1993, pp. 36-41.

Perciò affinché ci possa essere una buona decisione bisogna aiutare le persone a raccontare le loro storie³⁹⁸.

Il ruolo della prudenza, cioè l'arte di decidere per il bene

Anche l'approccio ermeneutico-fenomenologico e narrativo dei casi, in accordo con la prospettiva neocassistica di Jonsen, esige che si eserciti la virtù della *phronesis*, ossia la *prudenza*, perché si giunga alla buona decisione, all'interno di una specifica situazione etico-clinica.

Non si tratta, dal nostro punto di vista, come si è già affermato, di propugnare una sorta di "relativismo morale", ma di applicare un metodo che consenta di riconoscere il *locus* che spetta alla *coscienza dell'uomo*, quel margine di *discrezionalità* nel giudizio sui singoli casi (specie in quelli ambigui e incerti) nei quali è la situazione che costringe ad un bilanciamento tra condizioni e valori controversi.

Per cui si può affermare che "la prudenza svolge un compito di correzione della legge qualora quest'ultima, in forza della sua inevitabile astrattività o formulazione generale, rimanga incompleta, frammentaria e carica di lacune", come i "casi di confine" segnalano.

La virtù della prudenza "tenta di cogliere tutti quei fattori oggettivi e soggettivi da cui dipende la validità sensata di una rispettiva norma morale."³⁹⁹

³⁹⁸ Si veda R.M. Zaner, *Conversations on the edge. Narratives of ethics and illness*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2004.

E' da rilevare, peraltro, che le virtù non sono concretizzabili in azioni se non proprio mediante una *saggezza pratica* che inventi e componga l'azione più appropriata, sia rispetto ai fini virtuosi, sia ai particolari delle situazioni⁴⁰⁰: pertanto è importante evidenziare come alla *prudenza* si assegna una *funzione immaginativa, creativa e compositiva* delle azioni concrete da compiere nei singoli casi⁴⁰¹.

Un modello di ragionamento etico

Alla luce di quanto esposto, indichiamo quindi le linee essenziali di modello di ragionamento etico, che riprende e rivaluta, a fronte dell'analisi storico-filosofica prodotta, il metodo neocasistico di Jonsen in ordine alla sua applicazione all'etica clinica, e che pertanto può accompagnare e aiutare i soggetti coinvolti nella relazione di cura ad assolvere quel delicato compito di assumere decisioni nella pratica clinica.

Prima di entrare nel merito della proposta, occorre ricordare che nell'analisi casistica hanno un ruolo significativo *i casi paradigmatici*, ossia il riferirsi a situazioni già analizzate e risolte per facilitare la soluzione del caso in discussione.

³⁹⁹ K. Demmer, *Christi vestigia sequentes*, pp. 176-177.

⁴⁰⁰ G. Abbà, *Felicità. Vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, Roma: LAS, 1995, p. 246.

⁴⁰¹ R.D. Devettere, *Practical decision making in health care ethics*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2010, 3rd, p. 32.

Questa metodologia, come Jonsen, insieme a Siegler e Winslade, ha ben evidenziato, è sovente utilizzata in medicina: il medico non solo si rifà a casi precedenti, ma li racconta ai suoi pazienti e ai suoi colleghi e allievi.

Questo non perché ogni caso possa essere assimilato ad un altro, ma con l'obiettivo di offrire una prospettiva ulteriore, meditata e soppesata, che faciliti la decisione, non esautorando i soggetti dalla propria responsabilità. Il caso di riferimento abilita a pensare, non sostituisce la decisione.⁴⁰²

Il riferimento al caso paradigmatico richiama quindi il *ruolo della memoria e dell'esperienza, degli esperti* nella decisione pratica.

L'*esperienza* si pone nello spazio medio tra le teorie etiche e le scelte pratiche, consentendo il passaggio dalle une alle altre.

In questa prospettiva emerge come l'*esperienza* abbia un intrinseco aspetto *dinamico*; non è qualcosa di statico, avente il compito di fornire immediatamente indicazioni obbliganti, ma diventa "un processo di rigenerazione, di passaggio da una forma di percezione che ho avuto e che mi rende esperto, consentendomi di passare allo stadio successivo"⁴⁰³ cogliendo gli elementi essenziali nella decisione etica⁴⁰⁴.

Analogamente l'esperto di etica non dà leggi, regolamenti, né impone scelte; ma insegna "come percepire la dimensione morale in una data condizione e come tratteggiare il comportamento buono"⁴⁰⁵.

⁴⁰² K. Demmer, *Christi vestigia sequentes*, pp. 220-224.

⁴⁰³ A. Autiero, *Soggettività etica*, p. 96.

⁴⁰⁴ R.D. Devettere, *Practical decision making*, p. 40.

⁴⁰⁵ R.D. Devettere, *Practical decision making*, pp. 35-36.

Il modello etico-clinico proposto di analisi dei casi si articola quindi su 3 passaggi:

- Il medico e le sue relazioni
- Il paziente e le sue relazioni
- La relazione medico-paziente

L'ordine di presentazione del caso risponde ad una precisa logica: se il quesito etico può essere posto sia dal paziente che dai curanti, il primo passaggio, come sostenuto dallo stesso Jonsen, è il chiarimento della situazione clinica.

La clinica è necessaria per affrontare adeguatamente il dilemma etico, ma certo non è sufficiente. Da essa occorre partire per andare oltre. Per questo poniamo come temporalmente prioritario il riferimento al medico. Ciò non comporta, però, una priorità decisionale.

L'espressione *relazioni* va intesa in senso lato: *la decisione clinica è in relazione con* gli affetti e le relazioni personali, le tradizioni culturali e sociali, le conoscenze scientifiche dei soggetti coinvolti, in linea, dunque, come è emerso nel nostro lavoro, con l'approccio al caso tipico della neocasistica.

Si veda anche R. Zaner (a c. di), *Performance, talk, reflection. What is going on in clinical ethics consultation*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1999.

Il medico e le sue relazioni

Nella nostra proposta, il medico, o meglio l'intera equipé curante, non può considerarsi solo come mero erogatore di prestazioni tecniche che hanno come scopo la guarigione o almeno la cura del malato, ma diventa reale *soggetto di relazione interpersonale significativa* con il paziente, in primo luogo, e poi con la rete familiare che lo circonda. Relazione significativa che si instaura anche all'interno della stessa equipé curante, dove non si tratta solo di confrontarsi con il dato clinico, ma anche con il profilo etico della situazione, su cui ciascuno è chiamato a pronunciarsi e che andrà ad incidere sulla modalità più generali di cura di quel reparto.

Ciò comporta che chi cura sia consapevole del fatto che nel proprio lavoro mette in gioco necessariamente non solo la propria competenza professionale, ma la sua stessa *storia personale e la sua identità*, il proprio bagaglio di conoscenze, di intuizioni, di umanità, di valori e anche di fragilità; aspetti, questi, che non vanno elusi, ma attraversati, affrontati, condivisi. La posta in gioco riguarda non solo i possibili danni che si possono procurare al paziente, ma la stessa identità del medico e degli altri operatori sanitari.

Le domande che, quindi, possono fungere da guida per affrontare in modo consapevole tale ambito, possono essere:

- La malattia è di tipo acuto o cronico?
- Si è in una situazione di emergenza?

- La condizione clinica del soggetto è stabilizzata o in peggioramento ?
- È una patologia curabile o non vi sono terapie efficaci?
- Ci sono alternative terapeutiche? Quali i rapporti rischi/benefici di ciascuna di esse?
- Si prevede l'utilizzo di trattamenti invasivi e limitanti l'autonomia del soggetto? Per sempre o per un tempo definito?
- Quale è la prognosi? Siamo di fronte ad una situazione di terminalità?
- Quali sono gli obiettivi del paziente?
- Vi sono casi precedenti simili? Come sono stati risolti?
- Vi sono più proposte accettabili per l'equipé?
- Vi è un'opzione prioritaria?
- 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 carenze di specifiche competenze? A determinate condizioni in seno all'equipé curante?
- Vi sono scelte inaccettabili per il medico e l'equipé? La ragione prevalente è di tipo morale, deontologico, giuridico?

Il paziente e le sue relazioni

Nella nostra prospettiva occorre sottolineare *il valore centrale* del paziente in quanto *persona*, magari vulnerabile, sofferente, ma sempre *autentico e imprescindibile soggetto di relazione* per tutti coloro che si occupano del suo stato.

Ciò che va valorizzato è la sua storia personale, i legami per lui significativi, così da aiutarlo a porre la condizione clinica dentro questa realtà, perché possa prendere una decisione.

I legami familiari, ossia la rete di relazioni significative con i parenti più prossimi, sia per vincoli di parentela che per affetto, costituiscono *una risorsa* per comprendere meglio il mondo valoriale del paziente, la sua *storia* personale, soprattutto, anche se non esclusivamente, nel caso in cui non fosse più in grado di esprimersi.

È pertanto opportuno chiedersi se:

- Cosa sottolinea nella sua storia personale?
- Cosa mette in risalto nella sua storia di malattia?
- Come vive questa sua attuale esperienza di malattia rispetto alla sua storia personale?
- Come valuta le diverse scelte terapeutiche? Cosa è disposto ad accettare? Cosa è in grado di sopportare e sostenere? Cosa ritiene troppo oneroso per sé e/o per altri?
- Ha già fatto esperienza di alcuni trattamenti?

- Quali preoccupazioni esprime? Di quale natura sono (familiare, economica)?
- Chi sono le sue persone di riferimento? Di chi si fida?
- Se impossibilitato ad esprimersi, ha lasciato delle direttive anticipate? Ha nominato un fiduciario?
- Quali elementi determinano il parere dei legali rappresentanti o dei fiduciari? Cosa sono disposti ad accettare per il paziente e/o per loro? Cosa ritengono troppo oneroso per il paziente e/o per loro?
- Prevale il riferimento al volere del paziente o la valutazione del miglior interesse del paziente?

La relazione medico-paziente

La decisione clinica si realizza e si definisce in modo univoco nell'*incontro* fra i soggetti protagonisti della relazione di cura, il medico e il paziente, tenuto conto delle rispettive relazioni. L'obiettivo da perseguire è quindi di creare le condizioni affinché il paziente possa *decidersi*, perseguendo, ove possibile, una decisione condivisa.

È indispensabile, talvolta, una sapiente opera di *mediazione* delle reciproche istanze del paziente e dei curanti, e delle opzioni possibili, accettando una *gradualità* nelle scelte, ripromettendosi di rivederle nel tempo. Le domande da cui trarre spunto per analizzare questo aspetto potrebbero dunque essere:

- Vi è una scelta condivisa?
- Quali sono gli elementi di divergenza? Quale il loro rilievo rispetto al quesito etico in discussione?
 - E' possibile una mediazione?
 - Si possono prevedere passaggi intermedi condivisi?
- Nel caso di contrasto insanabile, come assicurare un'adeguata cura al paziente, nel rispetto delle prerogative del personale sanitario?

In definitiva, pertanto, questo approccio, che ha i suoi punti fermi nella *costruzione di una relazione interpersonale significativa* quale elemento fondamentale per giungere ad una decisione e *nell'utilizzo della metodologia casistica opportunamente corretta*, è un tentativo di delineare un *profilo alto* dell'assistenza sanitaria, non solo auspicabile, ma possibile, nella concretezza della prassi etico-clinica attuale.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *L'evidenza della fede*, Glossa, Milano 1988.
- AA.VV., *La bioetica. Questione civile e problemi teorici sottesi*, Glossa, Milano 1998.
- A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *The Journal of the American Medical Association*, 1968, 205, 6, pp. 337-340.
- Abbà G., *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, LAS, Roma 2005.
- Agamben G., *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino 2005.
- Agich G.J., What kind of Doing in Clinical Ethics?, in *Theoretical Medicine*, 2005, 26, 7-24.
- Aiken W., The quality of life, *Applied Philosophy*, 1982, I, 26-36.
- Allmark P., An argument for the use of Aristotelian method in bioethics, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2006, 9, 69-79.
- Angelini G., La coscienza "privata". Individuo e società nella società contemporanea, *La Rivista del Clero Italiano*, 1984, 4, 246-255.
- Angelini G., *Teologia morale fondamentale. Tradizione, Scrittura e teoria*, Glossa, Milano 1999.
- Angelini G., *Invito alla teologia II. Teologia morale e spirituale*, Glossa, Milano 1999.
- Angelini G., *La malattia, un tempo per volere*, Vita e Pensiero, Milano 2000
- Aramini M., *La legge olandese sull'eutanasia*, Giuffrè, Milano 2003.
- Aramini M., *Introduzione alla bioetica*, Giuffrè, Milano 2003.

- Ariès P., *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano 1978.
- Arras J., Getting down to the cases. The revival of Casuistry in Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16, 29-51.
- Artnak K.E., Dimmitt J., Choosing a Framework for Ethical Analysis in Advanced Practice Settings: The Case for Casuistry, in *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996, Vol.X, 1, 16-23.
- Autiero A., *Soggettività etica e interpretazione dell'esperienza*, in Morandini S., *L'etica negli ambiti di vita*, Project Edizioni, Padova, 2010, pp. 83-100.
- Baccarini F., *Bioetica. Analisi filosofiche liberali*, Tranben, Torino 2002.
- Barni M., *Diritti e doveri: responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto. Il nuovo codice di Deontologia Medica*, Giuffrè 1999.
- Battin M.P., *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford University Press, New York 1994.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York-Oxford 2009, 6thed. (trad.it. *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999).
- Beauchamp T.L., Leroy W., Kahn J.P., Mastroianni A.C., *Contemporary Issues in Bioethics*, 7th edition, Thomson, Wadsworth 2008, pp. 20-22.
- Benciolini P., Viafora C. (a c. di), *Etica e cure palliative. La fase terminale*, CIC Edizioni Internazionali, Padova 1998.
- Benciolini P., Pegoraro R., Cadelli F., Il servizio di bioetica dell'Azienda Ospedaliera di Padova: un'esperienza italiana di consulenza e formazione etico-clinica, in *Medicina e Morale*, 1999, 1, 61-75.
- Benedetto XVI, Lettera Enciclica *Spe Salvi*, Città del Vaticano 2007.
- Bobbio N., *Eguaglianza e libertà*, Einaudi, Torino 1995, pp. 45-53.
- Boella L., *Neuroetica. La morale prima della morale*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Bompiani A., (a c. di), *Bioetica in medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996.

- Boetow S., Opportunities to elaborate on casuistry in clinical decision making. Commentary on Tonelli (2006). Integrating evidence into clinical practice. An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12, pp. 248-256, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2006, 12 (4), 427-432.
- Boyle J., Medical Ethics and double effect: the case of terminal sedation, in *Theoretical Medicine*, 2004, 25 (1), 51-60.
- Brandt R.B., *A Theory of Good and the Right*, Clarendon Press, Oxford 1979.
- Braunack-Mayer A., Casuistry as biomedical method: an empirical perspective, in *Social Science & Medicine*, 2001, 53, 71-81.
- Brock D.W., *Life and Death. Philosophical Essays in Biomedical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- Brody B.A. (a c. di), *Suicide and Eutanasia. Historical and Contemporary themes*, Kluwer Academic, Dordrecht 1989.
- Buber M., *Il problema dell'uomo*, LDC, Torino 1983.
- Bucci R., Multidisciplinary approach to Public Health: Albert Jonsen's example, in *Italian Journal of Public Health*, 2010, 7 (4), 416-420.
- Calipari M., La proporzionalità delle cure negli scritti di G. A. Kelly, in *Medicina e Morale*, 2006, 2, 233-282.
- Calipari M., *Curare e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 2006.
- Callahan D.(a c.di), *The Catholic case of Contraception*, MacMillan, New York 1969.
- Callahan D., *Abortion: Law, Choice and Morality*, MacMillan, New York, 1970.
- Callahan D., *The Troubled Dream of Life. Living with Mortality*, Simon & Schuster, New York 1993.
- Carrasco De Paula I., Dignità e vita umana: due concetti fondamentali dell'etica medica, in *Medicina e Morale*, 1995, 2, 213-222.

- Carrasco De Paula I., Comoretto N., Turriziani A., Sulla Richiesta di sospensione dei trattamenti nella prospettiva etico-clinica, in *Medicina e Morale*, 2007, 6, 1149-1163.
- Casalone C., Chiodi M., Fontana P., Fumagalli A., Picozzi M., Reichlin M., Il caso Welby: una rilettura a più voci, *Aggiornamenti Sociali*, 2007, 5, 346-357.
- Casini M., Comoretto N., Traisci E., Persano F., Spagnolo A.G., La riflessione sul fine vita, Aspetti giuridici ed etico-clinici dell'eutanasia, in *Medicina e Morale*, 2010, 6, 987-1005.
- Cattorini P., *Sotto scacco. Bioetica di fine vita*, Liviana Medicina, Napoli 1993.
- Cattorini P., *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sulla esperienza del soffrire e la domanda di cura*, Karta Pontecorboli Ediz., Firenze 1994.
- Cattorini P., Qualità di vita negli ultimi istanti, in *Medicina e Morale*, 1989, 2, 263-282.
- Cattorini P., *La morte offesa. Espropriazione del morire e di etica della resistenza al male*, EDB, Bologna 1996.
- Cattorini P., Mordacci R., Reichlin M. (a c. di), *Introduzione alla bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996.
- Cattorini P.(a c. di), *Insegnare l'etica medica. Obiettivi e metodi di valutazione dell'apprendimento*, Franco Angeli, Milano 1999.
- Cattorini P., Reichlin M., *La bioetica: storia, teorie, problemi*, in Vigna C.(a c. di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano, 2001, pp. 157-181.
- Cattorini P., Meregalli A., Picozzi M. (a c. di), *Sacralità della vita, qualità della vita: un dialogo possibile?*, Erga Edizioni, Genova 2002.
- Cattorini P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare i problemi clinici*, 4^{ed.}, Masson-Elsevier, Milano 2011.
- Charlesworth M., *L'etica della vita: i dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli, Roma 1996.
- Chiodi M., *Il figlio come sé e come altro. La questione dell'aborto nella storia della teologia morale e nel dibattito bioetico*, Glossa, Milano 2001.

- Chiodi M., *Modelli teorici in bioetica*, Franco Angeli, Milano 2005.
- Chiodi M., *Etica della vita. Le sfide della pratica e le questioni teoriche*, Glossa, Milano 2006.
- Clouser K.D., Gert B., A critique of principlism, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, 15, 219- 236.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1995.
- Congregazione per la dottrina della fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, Città del Vaticano 1980.
- Coreth E., *Antropologia filosofica*, Morcelliana Editrice, Brescia 1978.
- Corradini A., *Cos'è il consequenzialismo? Proposta per una classificazione sistematica*, in Corradini A., *Studi sul formalismo nell'etica analitica*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Crigger B.J., *Cases in bioethics. Selections from the Hastings Center Report*, St. Martin's Press, New York 1998, 3rd.
- Curran C.E., *Roman Catholicism*, in W.T. Reich (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., MacMillan Simon & Schuster, New York 1995, pp. 1522-1534.
- D'Agostino F., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1996.
- Da Re A., *Figure dell'etica* in Vigna C.(a c. di), *Introduzione all'etica*, Vita e Pensiero, Milano, 2001, 3-117.
- Defanti C.A., *Soglie. Medicina e fine vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
- De Luca D., Viridis A., Di Pietro M.L., Incapacità di alimentazione e idratazione autonoma: un confronto fra il neonato, il lattante e il soggetto in stato vegetativo, in *Medicina e Morale*, 2010, 5, 647-662.
- Demmer K., *Christi vestigia sequentes. Appunti di teologia morale fondamentale*, 2^{ed}, Editrice Pontificia Gregoriana, Roma 1995 (ad uso degli studenti).

- Demmer K., *Interpretare e agire. Fondamenti di morale cristiana*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1989.
- Devettere R.J., *Practical Decision Making in Health Care Ethic. Cases and Concepts*, 3rd, Georgetown University Press, Washington D.C., 2010.
- Dworkin R., *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, Edizioni di Comunità, Milano 1994.
- Dworkin R., *I fondamenti dell'uguaglianza liberale*, in Dworkin R., Maffettone S., *I fondamenti del liberalismo*, Laterza, Roma-Bari 1996.
- Dovio A., Il dibattito in bioetica. Una riflessione sul caso Welby, in *Medicina e Morale*, 2007, 2, 369-372.
- DuBose E.R., Hamel R.P., O'Connell L.J. (eds.) *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Valley Forge 1994.
- Eberl JT., *Thomistic Principles and Bioethics*, Routledge Annales of Bioethics, London and New York 2006.
- Elias N., *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna 1985.
- Elliott R., *Cases of conscience: Alternatives open to recusant and Puritans under Elisabeth I and James I*, Cambridge University Press, Cambridge 1975.
- Engelhardt H.T. Jr., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986 (trad. it. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999) .
- Ferranti G., Maffettone S. (a c. di), *Introduzione alla Bioetica*, Liguori, Napoli 1992.
- Flew A., *The principle of euthanasia*, in Downing A.B., Smooker B. (a c.di), *Voluntary Euthanasia*, Peter Owen, London, 1986, pp. 40-57.
- Fletcher J., *Morals and Medicine*, Beacon Press, Boston 1954.
- Ford J.C, Kelly G., *Contemporary Moral Theology*, Newman Press, Westminster, 1964.
- Frankena W., *Etica*, Edizioni di Comunità, Milano 1996.

- Frankena W., *The ethics of respect for life*, in Howie J., *Ethical principles for social polity*, Sothern Illinois University Press, Carbondale and Edwardsville, 1983, pp. 1-35.
- Fondazione Lanza, *Metodologia dell'analisi etica dei casi clinici. Protocollo della Fondazione Lanza*, Padova (download dal sito <http://www.fondazioneanza.it>, consultato il 18/06/2011).
- Fuchs J., *Teologia e vita cristiana alla luce del Vaticano II*, Herder-Morcelliana, Roma-Brescia 1968.
- Fumagalli A., *Azione e tempo. Il dinamismo dell'agire morale*, Cittadella Editore, Assisi 2002.
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.
- Gadamer H.G., *Ermeneutica. Uno sguardo retrospettivo*, Bompiani, Milano 2006.
- Gadamer H.G., *Il movimento fenomenologico*, Laterza, Roma-Bari 2008.
- Gatti G., *Temi di morale fondamentale*, Editrice Elle Di Ci, Torino 1995.
- Gilson E., *La filosofia nel Medioevo*, la Nuova Italia Editrice, Scandicci (Fi) 1998.
- Giovanni Paolo II, Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, Città del Vaticano 2005.
- Gracia D., *Fondamenti di Bioetica. Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 1993.
- Gracia D., Ethical case deliberation and decision making, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2003, 6, 227-233.
- Gustafson James M., Basic ethical issues in the bio-medical field, *Soundings*, 1970, 53, 2, pp. 151-180.
- Hamel R.P., Walter J.J. (eds.), *Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient. The Catholic Debate*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2007.
- Harris J., *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge & Kegan Paul, London 1985.

- Harsanyi J.C., *L'Utilitarismo*, Il Saggiatore, Milano 1988.
- Hauerwas S., Casuistry as narrative art, in *Interpretation*, 37, 1983, pp. 377-388.
- Hellengers A.E., *A Scientist's Analysis*, in Curran C.E. (a c.di.), *Contraception: Authority and Dissent*, Herder & Herder, New York, 1969, pp. 216-217.
- Henriquet F., *Accanto al dolore. Intervista d'équipe*, Marietti, Genova 1989.
- Henry S., Recognizing tacit knowledge in medical epistemology, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2006, 27, 3, pp. 187-213.
- Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1991.
- Jonas J., *Tecnica, Medicina ed Etica. Prassi del principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1997.
- Jonsen A.R., *Casuistry, situationism and laxity*, in Joseph Fletcher: *Memoir of an ex-radical. Reminiscence and reappraisal*, ed. Kenneth Vaux, John Knox Press, Louisville 1993.
- Jonsen A.R., Casuistry and Clinical Ethics, *Theoretical Medicine*, 1986, 7, 65-74.
- Jonsen A.R., Case Analysis in Clinical Ethics, in *The Journal Of Clinical Ethics*, 1990, 1, 65.
- Jonsen A.R., Casuistry as Methodology in Clinical Ethics, *Theoretical Medicine*, 1991, 12, 299-302.
- Jonsen A.R., The Birth of Bioethics, *Hastings Center Report*, 1993, suppl. 23, 6.
- Jonsen A.R., Casuistry: An Alternative or Complement to Principles?, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, 5, 237-251.
- Jonsen A.R., Morally appreciated circumstances: A theoretical problem for casuistry, in *Philosophical Perspectives in Bioethics*, 1996, University of Toronto Press, Toronto, 37-49.
- Jonsen A.R., Toulmin S., *The abuse of Casuistry. A History of Moral reasoning*, California University Press, Berkeley 1988.

- Jonsen A.R., Veatch R.M., Leroy Walters (eds.), *Source Book in Bioethics*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1998.
- Jonsen A.R., Strong on casuistry, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, 3, 348-360.
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W.J., *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 5th edition, Mc Graw-Hill, New York 2002, (ed.it. a cura di Spagnolo A.G., *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, Mc Graw-Hill, Milano 2003).
- Jonsen A.R., *The birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003.
- Jonsen A.R., *Bioethics beyond the headlines. Who Lives? Who Dies? Who Decides?*, Rowman & Littlefield, Lanham, MD, 2005.
- Juengst E., Casuistry and the locus of certitude ethics, in *Journal of Medical Humanities*, 1989, 3, 19-27.
- Kaebnick G.E., On the Intersection of Casuistry and Particularism, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, The John Hopkins University Press, 2000, 10, 4, 307-322.
- Kalbian A.H., Where have all the proportionalists gone?, in *Journal of Religious Ethics*, 2002, 1, 3-22.
- Kass L.R., Practicing Ethics: Where's the action?, *Hastings Center Report*, 1990, 20, 1, 5-12.
- Kass L.R., Neither for Love nor Money. Why Doctors must not Kill, in *The Public Interest*, 1989, XXIV, 25-46.
- Kass L.R., Is there a Right to Die?, *Hastings Center Report*, 1993, XXIII, n. 1, 34-43.
- Keenan J.F., Shannon T.A., *The context of casuistry*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1995.
- Keenan J.F., *The Function of the principle of duple effect*, *Theological Studies*, 1993, 54, pp. 294-316.
- Kelly D.F., *Medical Care at the End of Life. A Catholic Perspective*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2006.

- Keown J. (a c. di), *Eutanasia Examined. Ethical Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Kopelman L.M., Case method and Casuistry: The problem of bias., *Theoretical Medicine*, 1994, 15, 21-37.
- Kubler Ross E., *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1979.
- Kuczewski M.G., *Fragmentation and consensus: Communitarian and casuist bioethics*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1999.
- Kuczewski M.G., Ethics in long-term care. Are the Principles Different?, *Theoretical Medicine*, 1999, 20, 15-29.
- Kuhse H., *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*, Clarendon Press, Oxford 1987.
- Kuhse H., *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*, Edizioni di Comunità, Torino 2000.
- Lamb D., *Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics*, Croom Helm, London 1988.
- Lamb D., *L'etica alle frontiere della vita, eutanasia e accanimento terapeutico*, Il Mulino, Bologna 1998.
- La Puma D., Schiedermayer D., *Ethics consultation: A practical guide*, Jones and Barlett Publisher, Boston 1994.
- Larghero E., Lombardi Ricci M. (a c. di), *Bioetica e medicina narrativa. Nuove prospettive di cura*, Edizioni Camilliane, Torino 2012.
- Lecaldano E., *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari 1999.
- Lecaldano E., Veca S. (a c. di), *Utilitarismo oggi*, Laterza, Roma-Bari 1986.
- Leites E., *Coscienze and casuistry in early modern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge 1988.
- Leonardi M., ICF: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia, in *Giornale Italiano di Medicina riabilitativa*, 2003, 17, 1.

- Leone S., Privitera S., *Dizionario di bioetica*, EDB, ISB, Acireale-Bologna 1994.
- Lipman T., Evidence and casuistry. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12, 248-272, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2006, 12, 3, 269-272.
- Lombardi Vallauri L., Dilcher G. (a c. di), *Cristianesimo, secolarizzazione e diritto moderno*, Giuffrè, Milano 1981.
- Lucas R., *Antropologia e problemi bioetica*, Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo (MI) 2001.
- Macchiarelli L., Feola T., *Medicina Legale*, Minerva Medica, Torino 2005, 2^a ed.
- McCarthy J., Principlism or narrative ethics: must we choose between them?, in *Medical Humanities*, 2003, 29, 65-71.
- McCormick R.A., *How Brave a New World*, in C. Curran (a c. di), *Medicine and Morals*, Washington D.C., Corpus 1970.
- McCormick R.A., *Ambiguity in Moral Choice*, Marquette University Press, Milwaukee 1973.
- Mac Intyre A., *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Feltrinelli, Milano 1988.
- Maffettone S., *Valori comuni*, A. Mondadori, Milano 1989.
- Magliona B., *Un percorso comune: sacralità e qualità della vita umana nella riflessione bioetica*, Giuffrè, Milano 1996.
- Manzone G., *Il volto umano delle professioni. Sfide e prospettive dell'etica professionale*, Carocci, Roma 2011.
- Mariani L., *Fondazione Lanza: venticinque anni di studi di etica applicata*; (download dal sito <http://www.fondazioneanza.it>, consultato il 25/11/2012).
- Marcel G., *Il mistero dell'essere. Fede e realtà*, Borla, Torino 1971.
- Mazzarella E., *Sacralità e vita: quale etica per la bioetica?*, Ed. Guida, Napoli 1998.
- Melchiorre V., *Essere e parola*, 4^a ed., Vita e Pensiero, Milano 1993.

- Melchiorre V., *La via analogica*, Vita e Pensiero, Milano 1996.
- Melchiorre V., *Corpo e persona*, 2^a ed., Marietti, Genova 1997.
- Melchiorre V., *Istituzioni di Etica*, ISU Università Cattolica, Milano 2000.
- McGraw M.J., George A.N., Shearn S. P., Hall R.L., Haws T.F. Jr, *Principles of Good Clinical Practice*, Pharmaceutical Press, London-Chicago 2010.
- Merino J.A., *Storia della filosofia francescana*, edizioni Biblioteca Francescana, Milano 1993.
- Miles M., Science: a limited source of knowledge and authority in the care of patients. A review and analysis of 'How Doctors think. Clinical Judgement and the Practice of Medicine', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2007, 13, 545-563.
- Mill J.S., *On Liberty*, 1859 (trad. it. *Saggio sulla libertà*, Il Saggiatore, Milano, 1993) .
- Miller R.B., *Casuistry and modern ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1996.
- Morandini S., Pegoraro R. (a c. di), *Alla fine della vita: religioni e bioetica*, Fondazione Lanza Gregoriana Libreria, Padova 2003.
- Morandini S. (a c. di), *L'etica negli ambiti di vita. Primo forum nazionale di etica applicata*, Proget Edizioni, Padova 2010.
- Mordacci R., Critica alle etiche liberali, in *Rivista di Filosofia Neoscolastica*, 2, 1998, pp. 134-164.
- Mordacci R., *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli Editore, Milano 2003.
- Mori M., Bioetica: la risposta della cultura contemporanea alle questioni morali relative alla vita biologica, in *Politeia. Contributi per la discussione*, 1989, n. 4, 11-12.
- Mori M., *La bioetica: la risposta della cultura contemporanea alle questioni morali relative alla vita*, in Viano C.A. (a c. di), *Teorie etiche contemporanee*, Bollati Boringhieri, Torino 1990, pp. 186-224.

- Mori M., La bioetica: che cos'è, quand'è nata, e perché. Osservazioni per un chiarimento della “natura” della bioetica e del dibattito italiano in materia, in *Bioetica. Rivista Interdisciplinare*, 1993, I, 115-143.
- Mori M., L'etica della qualità della vita e la natura della bioetica, in *Rivista di Filosofia*, 2001, XCII, 153-175.
- Mori M., *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata*, Le Lettere, Firenze 2010.
- Neri D., *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- Nussbaum M.C., *Giustizia sociale e dignità umana: da individui a persone*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Orr R.D., Shelton W., A Process and Format for Clinical Ethics Consultation, in *The Journal of Clinical Ethics*, 2009, 20 (1), 79-89.
- Pallazzani L., *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, Giappichelli, Torino 1996.
- Pannocchia N., Minacori R., Sacchini D., Tazza L., Spagnolo A.G., Linee guida sull'inizio e la sospensione del trattamento emodialitico, in *Medicina e Morale*, 2012, 2, 235-260.
- Parker M., Dickenson D., *The Cambridge Medical Ethics Workbook. Cases, studies, commentaries, and activities*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- Pascal B., *Le Provinciali*, Einaudi Editore, Torino 1983.
- Pegoraro R., Putoto G., Wray E., *Hospital based bioethics. A European perspective*, Piccin, Padova 2007.
- Pegoraro R., *Esperienza di consulenza bioetica nell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova e dell'Ulss 18 di Rovigo*; (download dal sito <http://www.fondazioneanza.it>, consultato il 25/11/2012).
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *Per il bene del paziente. Tradizione e attualità nell'etica medica*, Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo (MI), 1992.

- Pellegrino E.D., Futility in Medical decisions: the word and the concept, in HEC FORUM, Springer, 2005, 17 (4), 308-318.
- Perico G., *Problemi di etica sanitaria*, Editrice Ancora, Milano 1985.
- Pessina A., Fondazione e applicazione dei principi etici. Aspetti del dibattito sulla bioetica, in *Rivista di Filosofia Neoscolastica*, 1991, 4, 361-398.
- Pessina A., Bioetica e antropologia, in *Vita e Pensiero*, 1996, 6, 402-424.
- Pessina A., *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Edizioni Bruno Mondatori, Milano 1999.
- Pessina A., Autonomia e moralità, *Medicina e Morale*, 2003, 4, 609-613.
- Pessina A. (a c. di), *Scelte di confine in medicina. Sugli orientamenti dei medici rianimatori*, Vita e Pensiero, Milano 2004, pp.105-128.
- Pessina A., Picozzi M. (a c. di), *Percorsi di bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 2002.
- Picozzi M. (a c. di), *Nodi e prospettive in bioetica: la vita interpella ogni essere umano*, In Dialogo, Milano 2002.
- Picozzi M., Tavani M., Cattorini P., *Verso una professionalizzazione del bioeticista*, Giuffrè, Milano 2003.
- Picozzi M., Violoni L., Cattorini P. (a c. di), *Il significato della sofferenza*, Franco Angeli, Milano 2004.
- Picozzi M., Cattorini P., (a c. di), *Dire la verità, comunicare la verità*, Insubria University Press, Varese 2005.
- Picozzi M., Ferrario O., *L'ombra del nazismo. Legiferare sulla fine della vita: rischi e paure*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli-Roma 2009.
- Picozzi M. (a c. di), *Il trapianto di organi. Realtà clinica e questioni etico-deontologiche*, Franco Angeli, Milano 2010.
- Picozzi M., Consolandi V., Siano S., *Fino a quando? La rinuncia dei trattamenti sanitari*, Edizioni san Paolo, Milano 2012.

- Pio XII, Risposte a tre quesiti religiosi e morali riguardanti l'analgesia. Discorso ai partecipanti nel simposio Internazionale su anestesia e persona umana, 24/2/1957, in *Medicina e Morale*, 2007, 1, 166-170.
- Possenti V., *Il principio persona*, Armando editore, Roma 2006.
- Post G.S., *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*, The John Hopkins University Press, Baltimore and London 1995.
- Qualtere-Bucher P., The Just Distance: Narrativity, Singularity, and Relationarity as the Source of a New Biomedical Principle, in *The Journal of Clinical Ethics*, 2009, 20 (4), 299-309.
- Rachels J., *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, Sonda, Torino 1989.
- Rachels J., *Active and Passive Euthanasia* (1975), in Beauchamp T.L., Walters L. (a c. di), *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadworth, Belmont Cal, 1982, pp. 313-316.
- Rahner K., *Il morire cristiano*, Queriniana, Brescia 2009.
- Ramsey P., *The Patient as person. Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, New Haven, 1970.
- Rawls J., *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge Mass 1971 (trad. it. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982) .
- Reale G., *Storia della Filosofia antica*, Vita e Pensiero, Milano 1997, 9^a ed.
- Reich W.T. (a c. di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Mac Millan Simon & Schuster, New York 1995.
- Reichlin M., *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.
- Reich W., (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed. McMillan, New York, 1995.
- Ricoeur P., *Sè come Altro*, Jaca Book, Milano 1993.
- Ricoeur P., *Percorsi di riconoscimento: tre studi*, Cortina, Milano 2005.
- Rieper J., *La prudenza*, Morcelliana, Brescia 1999.

- Riva F. (a c. di), *E. Levinas, G. Marcel, P. Ricoeur. Il pensiero dell'altro*, Lavoro, Roma 2008.
- Ross W.D., *The Right and The Good*, Clarendon Press, Oxford 1930.
- Rossi L., Valsecchi A. (a c. di), *Dizionario enciclopedico di teologia morale*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1985.
- Ryan A., *Liberalism*, in R.E. Goodin, P. Pettit (a c.di), *A Competition to Contemporary Political Philosophy*, Blackwell, Oxford 1993, pp. 291-311.
- Sacchini D., Refolo P., Alcune osservazioni in merito alla riflessione sul caso Welby, in *Medicina e Morale*, 2007, 2, 373-375.
- Sala R., *Etica e bioetica per l'infermiere*, Carocci Editore, Roma 2003.
- Sandrin L., *Vivere il dolore e la speranza*, EDB, Bologna 2009.
- Santosuosso A., *Corpo e libertà. Una storia tra diritto e scienza*, Cortina Editore, Milano 2001.
- Savarino L. (a c. di), *Un tempo per vivere e un tempo per morire. Documento del Consiglio della Comunione di Chiese Protestanti in Europa per orientarsi nelle decisioni che accelerano la morte e nell'accompagnamento dei morenti*, Claudiana, Torino 2012.
- Scarpelli U., *Bioetica laica*, Baldini & Castoldi, Milano 1998.
- Schockenhoff E., *Etica della vita. Un compendio teologico*, Queriniana, Brescia 1997.
- Sgreccia E., *Dignità della morte ed eutanasia*, in "Il valore della vita", Vita e Pensiero, Milano 1985, pp. 132-161.
- Sgreccia E., Bioetica: alla ricerca delle origini e dell'identità. Considerazioni e prospettive, *Federazione Medica*, 1992, 2, 41-6.
- Sgreccia E., *Manuale di bioetica*, vol. I, *Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2003.
- Sgreccia E., *Manuale di bioetica*, vol. II, *Aspetti medico-sociali*, Vita e Pensiero, Milano 1999.

- Sgreccia E., Spagnolo A. G., Di Pietro M.L., *L'assistenza al morente*, Vita e Pensiero, Milano 1994.
- Sgreccia E., Mele V., Sacchini D., *Le radici della bioetica: atti del congresso Internazionale di Roma 15-17 febbraio 1996*, vol.II, ediz. Vita e Pensiero, Milano 1996.
- Sgreccia E., Spagnolo A.G. (a c. di), *Etica e allocazione delle risorse in sanità*, Vita e Pensiero, Milano 1996.
- Sgreccia E., Spagnolo A.G., Di Pietro M.L. (a c. di), *Bioetica. Manuale per diplomati universitari della sanità*, Vita e Pensiero, Milano 1999.
- Spagnolo A.G., Comoretto N., Sacchini D., Minacori R., Dalla morale medica alla bioetica clinica, in *Medicina e Morale*, 2010, 6, 891-915.
- Singer P., *Etica pratica*, Liguori, Napoli 1989.
- Singer P., *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano 1996.
- Singer P., *La vita come si dovrebbe*, Il Saggiatore, Milano 2001.
- Singer P., *Unsanctifying Human Life*, in Ladd J. (a c. di), *Ethical Issues Related to Life and Death*, Oxford University Press, New York, 1979, pp. 41-61.
- Spinsanti S. (a c. di), *Bioetica e antropologia medica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- Spinsanti S., *Bioetica in sanità*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993.
- Spinsanti S., *La bioetica. Biografie per una disciplina*, Ediz. Franco Angeli, Milano 1995, pp.111-124.
- Spinsanti S., Incontro con Albert Jonsen, *L'Arco di Giano*, 1994, 3, 205-220.
- Spinsanti S., Petrelli F., *Scelte etiche ed eutanasia*, Edizioni Paoline, Milano 2003.
- Strong C., Critiques of Casuistry and why they are mistaken, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1999, 20, 395-411.

- Strong C., Specified principlism: What is it and does it really resolve cases better than casuistry?, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, 25 (3), 323-341.
- Sugarman J., Sulmasy D.P., *Methods in Medical Ethics*, 2nd edition, Georgetown University Press, Washington D.C., 2010.
- Suttow A., Dementia, human dignity and help to die: a theological perspective, in *Medicina e Morale*, 2010, 1, 23-35.
- Tavani M., Picozzi M., Salvati G., *Manuale di Deontologia Medica*, Giuffrè, Milano 2007.
- Taylor C.R., Dell'Oro R. (a c. di), *Health and human flourishing. Religion, medicine, and moral anthropology*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2006.
- Temkin O., Frankena W., Kadish S.H., *Respect for Life in Medicine, Philosophy and the Law*, John Hopkins University Press, Baltimore Md., pp. 1-23.
- Tettamanzi D., *Dizionario di bioetica*, Piemme, Casale Monferrato 2002.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report. Ethical Principles and Guiderlines for the Protection of Human Subjects of Research*, Department of Health, Education and Welfare, Publication No (OS) 78-0012, Washington D.C. 1978.
- Thomasma D.C., Kasher T. (a c. di), *Birth to Death. Science and Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Tonelli M.R, The philosophical limits of evidence-based medicine, *Academic of Medicine*, 1998, 73, pp. 234-240.
- Tonelli M.R, Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2006, 12, 3, pp. 248-256.
- Tonelli M.R., The Challenge of evidence in Clinical Medicine, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Blackwell Publishing Ltd, 2010, 16, pp. 384-389.
- Toulmin S., The tyranny of Principles, *The Hastings Center Report*, 1981, 6, pp. 31-39.

- Turolfo F. (a c. di), *Etica e umanizzazione delle cure*, Gregoriana, Padova 2007.
- Turolfo F., *L'etica di fine vita*, Città Nuova, Roma 2010.
- Walters L., *La religione e la rinascita dell'etica medica negli Stati Uniti: 1965-1975*, in Shelp E.E. (a c.di), *Teologia e bioetica, Fondamenti e problemi di frontiera*, EDB, Bologna, 1989.
- Valiquette J. Medically assisted nutrition and hydration in end-stage dementia: burdens and benefits of surgically-placed gastrostomy tubes, in *Medicina e Morale*, 2008, 3, 555-567.
- Vanni Rovighi S., *Elementi di filosofia*, Editrice La Scuola, Brescia 1999.
- Veatch R.M., *Death, Dying and Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven Conn 1989.
- Veatch R.M. (a c. di), *Medical Ethics*, Johns & Bartlett, Boston Mass 1997, 2^{ed}.
- Verspieren P., *Eutanasia. Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*, Edizioni Paoline, Milano 1985.
- Verspieren P., *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero Cattolico*, Queriniana, Brescia 1990.
- Verspieren P., La legge francese sulla fine della vita, in *La Civiltà Cattolica*, 156(4), 2005, pp.353-365.
- Viafora C., *Fondamenti di bioetica*, Cassa Editrice Ambrosiana, Milano 1989.
- Viafora C. (a c. di), *Vent'anni di bioetica*, Fondazione Lanza, Libreria Gregoriana Editrice, Padova-Roma 1990.
- Viafora C. (a c. di), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Libreria Gregoriana Editrice, Padova 1996.
- Viano A.C. (a c. di), *Teorie etiche contemporanee*, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- Vieth A., The revival of Casuistry in applied ethics and its problems, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1999, 2, 51-53.

- Viridis A., Il principio morale dell'atto a duplice effetto e il suo uso in bioetica, in *Medicina e Morale*, 2006, 5, 951-979.
- Zaner R.M. (a c. di), *Performance, talk, reflection. What is going on clinical ethics consultation*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1999.
- Zaner R.M., *Conversations on the edge. Narratives ethics and illness*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2004.
- Zuccaro C., *Bioetica e valori nel postmoderno*, Queriniana, Brescia, 2003.

