

T

Leopoldo Sandonà

L'ethically informed risk management in sanità come caso paradigmatico di integrazione etica

“Rischio” è non solo una nozione che viene impiegata in un argomento centrale da discipline assai diverse, è il modo in cui la “società ibrida” guarda, descrive, valuta e critica la sua stessa ibridità. Questa complessa “e”, che resiste al pensare in termini di “o...o”, è ciò che costituisce il dinamismo culturale e politico della società globale del rischio¹.

La riflessione di Ulrich Beck sul rischio, definita a livello internazione e globale più che su temi definitivamente puntuali, rappresenta una cornice di riferimento per affrontare la questione del rischio in ambito sanitario nello specifico dell'*ethically informed risk management* che si offre come caso tipico, nel contesto della complessità dei sistemi, per evidenziare una domanda di etica non astratta né indeterminata, ma organizzativamente e proceduralmente cogente.

In chiave di premesse sono necessarie due precisazioni. Da un lato la prospettiva statistico-quantitativa, messa in atto dalle scienze sociali e dall'ambito matematico-informatico, si offre come base fondamentale per definire il concetto di rischio, che tuttavia sottende una combinazione di conoscenza degli eventi che non è possibile leggere solo in chiave oggettiva. Il rischio infatti presuppone delle scelte e decisioni che derivano da opzioni personali o comunitarie che rendono l'analisi “scientifica” del

¹ U. Beck, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1986 (trad. it. di W. Privitera, C. Sandrelli, G.C. Brioschi e M. Mascarino, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma 2000, p. 340).

rischio inscindibile dai valori e dai giudizi pratici².

Dall'altro lato, come seconda premessa va sottolineato che a livello medico l'azione di terapia e cura può essere letta dentro il quadro offerto da Ivan Illich di iatrogenesi clinica, sociale e culturale³. Se nel primo caso abbiamo dei rischi connessi al danno che il medico può fare come "effetti collaterali" ma anche per tutelarsi da un'eventuale conseguenza indesiderata – anticipando il concetto di medicina difensiva –, iatrogenesi sociale è fenomeno in cui si assiste ad una medicalizzazione della vita in termini sempre più estensivi, per arrivare alla iatrogenesi culturale, in cui viene distrutta la capacità potenziale dell'individuo di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza, vulnerabilità e unicità: «il paziente in preda alla medicina contemporanea non è che un esempio dell'umanità in preda alle sue tecniche perniciose»⁴. L'analisi illichiana in termini critico-negativi – paragonabile a quella foucaultiana in termini biopolitici e come in quel caso carente di elaborazioni propositivo-generative – permette tuttavia di leggere il fattore "rischio" come elemento sempre più presente nella pratica medica e per certi versi autoriproducentesi all'infinito. Se uniamo tale inevitabilità con la prima premessa di un necessario allargamento etico-antropologico alla pura misurazione-previsione quantitativo-statistica, l'analisi del *risk management* si offre come caso specifico di approfondimento non insignificante.

Il presente contributo parte dunque proprio da una contestualizzazione del *risk management* in ambito sanitario, per definire nel secondo passaggio un'analisi di tipo etico-applicativo e riallacciare nell'ultimo passaggio dell'itinerario tale caso specifico ad una cornice più ampia della società del rischio e della bioetica intesa in ottica globale e integrale, nella connessione tra caso singolo e prospettiva globale, nella centralità del principio di giustizia, nella risemantizzazione di concetti chiave della bioetica classica e con un'apertura propositiva e non solo critico-negativa.

² P. Sacco, *Rischio*, in *Enciclopedia Filosofica*, vol. 10, Fondazione Centro Studi Filosofici di Gallarate-Bompiani, Milano 2006, pp. 9771-9772. Paradossalmente una mera analisi quantitativa, anche in medicina, conduce all'azzardo più che al rischio, come riconosciuto anche in tempi vicini alla nascita della bioetica, E. Pochin, *Risk and Medical Ethics*, in «*Journal of Medical Ethics*» 8 (1982) n. 4, pp. 180-184.

³ Cfr. I. Illich, *Limits to Medicine. Medical nemesis*, Penguin Books, Harmondsworth, 1977 (traduzione italiana, *Nemesi Medica - L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977).

⁴ *Ivi*, p. 28. Su questo tema per quanto non recente rimane di interesse l'intervento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Scopi, limiti e rischi della medicina*, 14 dicembre 2001.

La sanità tra svolta aziendale, professionisti della cura e centralità della persona assistita

Nel contesto dello sviluppo dei sistemi sanitari, che affrontano dopo e oltre la pandemia una sfida decisiva per la propria sopravvivenza⁵, si è sviluppato negli ultimi venticinque anni un crescente interesse per il *risk management*, dapprima compreso come semplice rischio clinico e poi allargato anche alle componenti organizzative del sistema sanitario.

La salute, compresa dentro il duplice riferimento dell'art. 32 della Costituzione⁶ e delle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷, rappresenta per un verso un diritto fondamentale, per altro verso, quando negato o limitato, tale diritto è capace a livello sociale e contestuale di essere «il principale bene e la maggior risorsa per la società in quanto capace, alternativamente, di produrre benefici o disperdere potenzialità in tutti i settori»⁸. Se da un lato l'introduzione di modelli di *governance* per il contenimento della spesa sanitaria ha migliorato la qualità organizzativa di istituzioni sovente carenti di impostazione efficiente, dall'altro lato un'eccessiva aziendalizzazione può far correre il pericolo di mettere a repentaglio la centralità della persona assistita. Sposare invece un modello *patient-centered-care* significa «riconoscere il ruolo preminente degli utenti dei servizi sanitari, adeguando di conseguenza le proprie decisioni strategiche ed operative»⁹. Un passaggio culturale fondamentale è rappresentato dal *community engagement*, cioè dallo sviluppo reticolare delle dinamiche sanitarie, non semplicemente demandate alla scelta dell'autorità politica e amministrativa in una prospettiva *top-down*, ma caratterizzate da una comunicazione costante con la popolazione che si fa prevenzione e comparteci-

⁵ Cfr. M. Nefeli Gribaudo, *La sanità nell'emergenza COVID-19: profili di responsabilità sanitaria, aspetti organizzativi e di risk management, riflessioni etiche*, Wolters Kluwer, Milano 2020.

⁶ «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

⁷ Anche se è più celebre la definizione di salute del 1948, non priva di elementi critici: «uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale», nel 2011 in modo più bilanciato la salute è stata definita come «la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive».

⁸ F. Rotondo, *Nuovi modelli di governo nel settore sanitario secondo la prospettiva "patient-centered care"*, in L. Marinò (a cura di), *Modelli di management nel sistema sanitario: criticità e prospettive*, Giappichelli, Torino 2016, p. 69.

⁹ *Ivi*, p. 71.

pazione delle persone assistite sia a livello di macrodecisioni che di singole scelte sulla propria salute, in una cornice reticolare pur nella presenza di necessarie asimmetrie organizzative e gestionali. Tale contestualizzazione nel quadro attuale della sanità ha implicazioni pragmatiche di rilievo¹⁰. Il terzo tassello del sistema sanitario, oltre all'istituzione e alle persone assistite con i familiari, è rappresentato dagli operatori che, dentro un'alleanza terapeutica rinnovata e un clima di benessere organizzativo, possono ridurre il livello di *stress* operativo e morale, con conseguente miglioramento della qualità delle prestazioni e minor ricorso alla medicina difensiva.

In tale scenario si inserisce la prospettiva del *risk management*, che non riguarda solo alcuni elementi dell'istituzione sanitaria ma «pervade l'intera organizzazione e pertanto tutti i soggetti ad essa partecipanti devono essere sensibilizzati alla gestione dei rischi ed orientare la loro attività in tal senso»¹¹. Sarebbe quindi scorretto attribuire a questa funzione una mera dimensione di technicalità operativa. Il rischio è intrinseco ad ogni attività, si potrebbe dire che il rischio rappresenta nel contesto globale una caratteristica antropologicamente originaria per i singoli come per le comunità e la dimensione ecologica, definendo dunque un'impossibilità di eliminazione totale del rischio. Già nella letteratura di tipo economico-aziendale – che distingue tra rischi generici e intrinseci ma anche prevedibili e rischi puri legati a situazioni estemporanee¹² – si può rilevare dunque una duplicità intrinseca del rischio, fonte di pericolo e di danno ma anche, quando riconosciuto, accettato e gestito, fonte di opportunità per i singoli come per le comunità. Se sul primo versante è possibile almeno una parziale previsionalità, nel secondo caso, come verificatosi nell'emergenza pandemica, la capacità di calcolo previo appare ridotta, chiamando in causa invece tutte quelle virtù dell'organizzazione che, se debitamente allenate, permettono una pronta risposta nel momento del pericolo. Pensare di annullare questa dimensione intrinseca dell'esistere rappresenta quindi una forma di separazione dal reale, che va invece accompagnato e accolto nella sua complessità sfidante.

¹⁰ *Ivi*, p. 93: «solo attraverso la creazione di vere e proprie *healthy communities* è possibile ridurre evitabili accessi ai servizi di emergenza-urgenza e i tassi di ospedalizzazione».

¹¹ K. Corsi, *Il risk management nelle aziende sanitarie: profili tecnici e culturali*, in L. Marinò (a cura di), *Modelli di management nel sistema sanitario: criticità e prospettive*, cit., pp. 99-127.

¹² Cfr. M. Del Vecchio, L. Cosmi (a cura di), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano 2003.

Il quadro integrato delle aziende sanitarie definisce così una dimensione che è insieme sociale, legale ed etica del rischio clinico. Appare degno di sottolineatura il fatto che, a dispetto di una crescita dei contenziosi in ambito sanitario, l'alleanza sociale ed etica del momento di cura stia divenendo sempre meno centrale a vantaggio della mera prospettiva legale¹³. Come già osservato, anche la bioetica rischia in molti casi di assumere una dimensione difensiva.

Dal punto di vista degli operatori, la prevenzione o rimozione della malattia (principio di beneficalità) e il non arrecare danno al paziente (principio di non maleficità), manifestano il polo professionale dei principi bioetici, accanto a quello dei pazienti (principio di autonomia) e a quello socio-istituzionale (principio di giustizia):

è forse partendo dalla dimensione etica, e dalla responsabilizzazione del personale sanitario che ne deriva, che si può apprezzare più facilmente la poliedricità del rischio clinico, poiché se tale responsabilità viene elusa, si genera inevitabilmente un danno, una penalità di tipo economico, sociale o legale¹⁴.

La dimensione etica, quando non presente, pone dunque in essere elementi critici che hanno implicazioni variegata. Per converso ciò manifesta la non accessibilità e la non delegabilità del momento etico per l'organizzazione sanitaria.

Tradizionalmente la dimensione del rischio in campo aziendalista viene affidata all'analisi degli *incident reporting* rispetto all'accadere di errori e violazioni dei protocolli che si presentano nonostante le difese messe in atto e le procedure preventive. Le situazioni critiche non devono essere obliate e nascoste in nome di presunte eccellenze, ma analizzate a fondo a livello organizzativo attraverso i dati clinici, le segnalazioni dell'utenza, le indicazioni dei professionisti. Anche in questo caso lo spazio etico di interlocuzione e discernimento rappresenta un fattore decisivo per l'implementazione di determinati *standard* e il mantenimento di una qualità adeguata. Nell'analisi dei dati l'emersione sempre più forte dell'utilizzo

¹³ Un esempio significativo e per certi versi paradossale è dato, nel momento legislativo, dalla Legge n. 24/2017, su *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, 8 marzo 2017, che, mentre richiama «l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative», a. l. c. 2, ha generato una risposta tendenzialmente solo difensivistica.

¹⁴ K. Corsi, *art. cit.*, p. 103.

dell'intelligenza artificiale può avere risultati positivi, se programmata e definita anche con criteri etici¹⁵.

Sinteticamente la cultura della prevenzione del rischio passa da una continua integrazione di «processi e cambiamenti dell'intero sistema organizzativo e che contemplano interventi di semplificazione, supporti alla memoria e all'attenzione, standardizzazione delle procedure, “*checklist*”, nonché impegno della “*leadership*”, creazione di “*team work*”, eliminazione della paura»¹⁶. Questi snodi consentono di uscire dal circolo vizioso della medicina difensiva per mettere in atto tutti quei comportamenti dei professionisti, degli utenti, delle direzioni che prevengano errori, segnalino anomalie, suggeriscano miglioramenti.

Uno strumento bioetico centrale in questo senso è il consenso informato, in cui si realizza la comunicazione come tempo di cura, inteso come luogo dell'incontro delle autonomie del professionista e della persona assistita. Non va negato in questo senso, tra gli altri servizi aziendali interessati (uffici relazioni con il pubblico, comitato unico di garanzia), anche un possibile ruolo del Comitato etico per la pratica clinica, laddove presente, che ha tra le sue funzioni quella di consulenza sull'allocazione delle risorse¹⁷. Non è nascondendo le criticità che le organizzazioni possono crescere, alimentando una cultura della colpevolezza e della punizione ma assumendo le crisi come opportunità di sviluppo nello specifico riconoscimento delle competenze di ognuno.

Da un modello basato sull'alternatività tra interessi dei pazienti e dei professionisti, un autentico *risk management* si situa nella prospettiva di un'alleanza per la protezione delle persone assistite e dell'organizzazione sanitaria.

¹⁵ D'altro canto l'aumento esponenziale della potenza di trattamento dei dati può portare ad una dinamica di rischio aggiunto: J. Banja, *How Might Artificial Intelligence Applications Impact Risk Management?*, in «AMA Journal of Ethics» 22 (2020) n. 11, pp. 945-951. Tale prospettiva può riprendere, nel campo delle tecnologie sanitarie, anche il prezioso cammino nel campo dell'*Health Technology Assessment*, che si è arricchito nel 2023 di novità sia in campo nazionale che europeo.

¹⁶ K. Corsi, *art. cit.*, pp. 119-120.

¹⁷ L'allegato B della DGR 938 del 2014 della Regione del Veneto, in materia di definizione delle funzioni dei Comitati etici per la pratica clinica, recita così: «5.d. d) Contributo alla riflessione sull'allocazione e sull'impiego delle risorse nel Servizio Socio Sanitario Regionale 1. Il tema dell'appropriata ed equa allocazione delle risorse nel Servizio Socio-Sanitario Regionale e la valutazione del loro impiego costituisce un ambito di riflessione etica del Comitato in un contesto complesso, caratterizzato da problemi di sostenibilità del sistema a fronte di risorse sempre meno consistenti».

La prospettiva etica per il risk management

La prospettiva del *risk management*, dunque, che intuisce la dimensione integrata dell'esperienza medico-clinica nel contesto delle organizzazioni complesse, mostra oggi il proprio limite se non conciliata con un *ethically informed risk management* in grado di unire sia la componente di etica professionale nelle organizzazioni sanitarie come la gestione etica del rischio aziendale.

Il fatto di avere una missione sociale per sviluppare il diritto alla salute, fanno dell'organizzazione sanitaria un'organizzazione non solo economica ed aziendale. I principi della bioetica possono bene illustrare la loro efficacia anche in ottica di *ethically informed risk management*, sul versante pratico-applicativo ma senza negare una dimensione fondativa¹⁸.

Il principio di beneficà, che obbliga a perseguire il bene della persona assistita, bilanciando i benefici con i rischi, diviene nel *risk management* un bilanciamento non solo sul piano medico-clinico o sul piano economico, ma in tutti gli ambiti che integralmente riguardano la persona assistita, compreso l'ambito psicologico e spirituale.

Il principio di non maleficà, che mette in guardia dall'evitare attivamente che procedure messe in atto si rovescino nel loro contrario, è particolarmente chiamato in causa perché si allarga ad una prevenzione e valutazione anche etica dei danni possibili, sempre intesi in chiave integrale e non solo clinica o economicamente quantitativa. I rischi infatti possono sorgere proprio da una mancanza di sguardo complessivo sull'organizzazione e sulle implicazioni di determinati interventi.

Il principio di giustizia, che si pone al livello della società e delle istituzioni di riferimento, assume la funzione di snodo strategico tra i diversi partecipanti all'intervento terapeutico e di cura. Da un lato infatti ci troviamo di fronte alla giustizia distributiva, che vuole evitare le disuguaglianze nell'erogazione e nella qualità di cura, ma anche l'attribuzione di colpe quando avviene un evento avverso e un "incidente". Si parla però in questo contesto anche di una cultura della giustizia, che pone l'accento sulla capacità del *team* e della comunità istituzionale di assorbire gli errori e i fallimenti, di contro ad una cultura punitiva e della colpa. Così la giustizia non è solo distributiva ma anche procedurale (*procedural justice*). Infine tale principio schiude alla prospettiva di una giustizia riparativa (*restorative justice*) delle

¹⁸ A.J. Card, *What Is Ethically Informed Risk Management?*, in «AMA Journal of Ethics» 22 (2020) n. 11, pp. 965-975.

organizzazioni, nella misura in cui essere sanno dischiudere attraverso dei programmi interni possibilità ricostruttive e generative, “compensando” le vittime degli errori. Tra l’altro l’esperienza dimostra che, al di là dell’indubbio valore sociale e culturale della giustizia riparativa, essa non manca di positive implicazioni sul piano economico-finanziario con la riduzione delle compensazioni monetarie.

Il principio di autonomia sembra apparentemente limitato da un *risk management* che riporta la centralità sul piano strutturale e sistemico. In realtà i diversi attori in campo ritrovano nella prospettiva indicata le autonomie in relazione, rendendo meno cogente la prospettiva legale e difensivistica. Il bilanciamento tra i principi, come tradizionalmente accaduto per la bioetica, non può essere garantito da un meccanismo automatico: «sfortunatamente non esiste una *checklist* o un algoritmo che garantisca il “giusto” bilanciamento»¹⁹. Il *risk manager* è colui che si prende in carico le decisioni per soddisfare al meglio, o almeno sufficientemente, i requisiti.

A questi principi, come accade anche in altri ambiti dell’etica applicata²⁰, vengono associati altri elementi fondamentali; alcuni di essi sono soprattutto collegati ai pazienti: la pratica clinica come *patient-centered*, poiché il *risk management* si pone all’intersezione dei quattro principi classici e quindi essi vanno orientati nella direzione del bene dei pazienti nell’intreccio di lavoro dei medici, degli amministratori e dei familiari.

In altri casi la centralità è degli operatori: una dinamica di competenza e di professionalità di eccellenza che, in linea con uno sviluppo delle virtù dell’organizzazione, migliora costantemente le prestazioni; va notato in questo senso che un *ethically informed risk management* non è alternativo ad una medicina basata sull’evidenza, anzi permette di dar corpo non solo a valori percepiti da visionarie *leadership* ma renderli obbligazione organizzativa, oltre che morale, per il buon funzionamento delle istituzioni.

Per la gran parte tali elementi ricadono nell’ottica della giustizia: anzitutto il richiamo all’equità, all’onestà e alla trasparenza; inoltre con il vorticoso aumento delle tecnologie informatiche non è fuori luogo sottolineare il ruolo etico del *rispetto per la privacy*, finora purtroppo declinato prevalentemente in un’ottica legale e procedurale; la prospettiva di un *participatory design*²¹,

¹⁹ *Ivi*, p. 968: «unfortunately, there is no checklist or algorithm to ensure the “right” balance is struck».

²⁰ L. Floridi, *Etica dell’intelligenza artificiale. Sviluppi, opportunità, sfide*, Raffaello Cortina editore, Milano 2022, pp. 91 ss. parla esplicitamente di cinque principi dell’intelligenza artificiale in cui, ai quattro classici, si aggiunge l’esplicabilità.

²¹ A.J. Card, *art. cit.*, p. 968. Appare degno di nota che una *ethics by design* è sempre più

nella logica di sistemi complessi e adattativi che non si situano anzitutto nella prospettiva dell'esplorazione dei problemi e della risoluzione tecnica degli stessi. Si tratta in altri termini di integrare costantemente la prospettiva di un sistema complesso, che funziona in ottica di costante miglioramento e affinamento delle procedure. Perché tale sviluppo non sia lasciato alla mera dinamica tecnico-procedurale, l'indicazione etica appare cogente in questa evoluzione, permettendo, in chiave di giustizia riparativa, di dar voce non solo ai soggetti "soddisfatti" dal sistema socio-sanitario, ma anche a quei soggetti vulnerabili che sono stati "feriti" da una situazione di danno e di cura non riuscita.

La prospettiva qui indicata, che raccoglie delle pratiche ancora non riconosciute nei Codici professionali²², ha il pregio di sottolineare una questione centrale, nella forma tuttavia quasi di un codice etico più che di una pratica e sistematica implementazione organizzativa. Per molti versi siamo ancora nella fase di una descrittività di alcune buone pratiche che possono diventare normative entro il quadro di una bioetica – non solo di una biogiuridica – che radica culturalmente ed estensivamente quanto è ancora presente in forme aurorali. Per realizzare questo passaggio sono necessari luoghi di presenza etica nelle organizzazioni, nella forma di un servizio di bioetica o di Comitati etici di riferimento²³.

Viceversa, l'introduzione di elementi etici attraverso i servizi di qualità e di *risk management* – quando non divengano delega specialistica di una tematica altrimenti assente dalla quotidianità dei professionisti –, può divenire un portale di accesso per la presenza delle questioni etiche in ambito sanitario e organizzativo, anche laddove non siano presenti servizi di bioetica.

richiesta dalle prospettive delle tecnologie emergenti e convergenti, accompagnando "a monte" i processi di programmazione e di sviluppo, di contro ad un'etica medico-clinica e ad una biogiuridica casistica che intervengono "a valle" su singole storie con rilevanza (mediatica ed) etica.

²² S.J. Schweikart-D.M. Eng, *AMA Code of Medical Ethics' Opinions Related to Risk Management Ethics*, in «AMA Journal of Ethics» 22 (2020), n. 11, pp. 940-944. L'elemento più rilevante rispetto ai codici deontologici riguarda le dimissioni dei pazienti e i possibili rischi connessi a diagnosi errate.

²³ Non è fuori luogo anche un ripensamento di base della formazione accademica che tenga conto di queste nuove frontiere entro le discipline tecnico-scientifiche, come testimoniato per esempio da Y. Guntzburger, T.C. Pauchant, P.A. Tanguy, *Empowering Engineering Students in Ethical Risk Management: An Experimental Study*, in «Science and Engineering Ethics» 25 (2019) n. 3, pp. 911-937 e Id., *Ethical Risk Management Education in Engineering: A Systematic Review*, in «Science and Engineering Ethics» 23 (2017) n. 2, pp. 323-350.

L'integrazione etica nel contesto della società del rischio e della bioetica globale

L'integrazione sperimentata in un caso specifico permette di delineare un utilizzo del concetto di rischio particolarmente interessante nelle etiche applicate. Lasciando una prospettiva puramente statistico-formale del rischio stesso, la cui gestione viene semplicemente proceduralizzata sul piano organizzativo, la gestione etica del rischio consente anzitutto una ritraduzione dei principi classici della bioetica (autonomia, beneficenza, non-maleficenza, giustizia). Se il modello principlista è stato messo in crisi dopo i primi decenni della bioetica, il riferimento ai principi garantisce un ancoraggio rispetto all'ipertrofia delle procedure diversificate o alla negazione delle procedure in nome di un generico e indeterminato intervento etico. Parallelamente a quanto accade nel mondo dell'intelligenza artificiale, tale ancoraggio ai quattro principi classici può garantire un punto di riferimento fondativo ma anche normativo ed educativo nella traduzione etica a livello individuale come sociale e comunitario. Non va infine negato, per questo primo punto emergente, la sempre più cogente centralità del principio di giustizia, che nell'età secolare sembra sovrastare, senza annientarli ma allargandone la prospettiva, i principi di beneficenza e non maleficenza tipici della tradizione medica in particolare moderna e il principio di autonomia dirompente nella dinamica novecentesco-contemporanea. L'alleanza terapeutica è oggi alleanza non di singoli ma di servizio sanitario offerto da un *team*, dentro una logica non solo clinica ma anche aziendale e che fa vedere gli effetti decisionali sul breve come sul lungo termine, nello stato di salute del singolo paziente come nell'uso delle risorse sanitarie che riguardano tutti e ciascuno, nella gestione dell'ordinaria urgenza clinica come nelle sfide delle straordinarie emergenze comunitarie-epidemiologiche.

Un secondo elemento emergente è quello dell'allargamento della bioetica verso l'etica organizzativa. Le virtù dei professionisti della salute, proprio perché non sono virtù accessorie ma sono competenze etiche definite, non possono essere lasciate nel campo delle *skill* naturali e individuali, che un professionista può avere come no. Non tutti i professionisti della salute possono avere un *expertise* morale, cioè quello di persone che sappiano distinguere problemi nei vari contesti, esperti di etica che possono identificare e soppesare una vasta gamma di rischi etici, che hanno familiarità con concetti e distinzioni che sono preziosi nelle diverse scelte etiche; ci troviamo dunque di fronte ad una competenza che riguarda la conoscenza delle teorie morali per risolvere i conflitti morali, le alternative dilemmatiche o meno. Anche nelle

professioni sanitarie è però fondamentale che alcuni professionisti abbiano tali competenze specialistiche, per esempio maturate facendo parte di un Comitato etico. Tale *moral expertise* non sarebbe dunque riferito a tutti i professionisti della cura, ma sarebbe una competenza di punta utile per l'intera organizzazione. Attraverso l'*expertise* morale di questi professionisti possiamo arrivare ad una competenza morale dell'organizzazione, non demandata ad alcuni ma come lievito che fermenta in tutta l'istituzione. Come si può facilmente evincere, per arrivare a questo traguardo sarà fondamentale la formazione, la creazione di spazi deputati per il confronto su tali temi e una verifica appropriata e doverosa. In questo trittico assume fondamentale importanza la presenza di chi detiene l'*expertise* morale in chiave individuale per divenire lievito di una *competence* etica condivisa. Anche se non tutti i professionisti sanitari saranno esperti di etica, è fondamentale che tale competenza venga fatta crescere e ci abitui a riconoscere determinate problematiche.

Così è possibile disegnare, anche a partire dal caso affrontato, una circolarità generativa tra dimensione fondativa dell'etica, attenta ai principi di riferimento, e dinamica applicativa, non deduttivisticamente intesa. In questo senso la dimensione integrativa dell'etica pratica si situa in particolare sul versante formativo e parentetico, che consente di evitare una riconduzione alla pura normatività, a rischio precettistico e moralistico, come alla pura fondazione, a rischio di astrazione, o alla pura descrittività, con un forte rischio di situazionismo. L'etica integrale dei sistemi complessi può divenire etica integrativa perché, accogliendo la sfida della contestualità, mette in circolo gli elementi fondativi entro un quadro descrittivo e aperto alle nuove esperienze ma anche normativo, facendo dell'esperienza un campo aperto di inveramento dei principi e non un campo chiuso di applicazione degli stessi senza sviluppi possibili.

Ancora emerge in questo quadro una necessaria riformulazione transdisciplinare di concetti chiave della bioetica come consenso (e decisione), comunicazione, responsabilità, prevenzione. Dalla pretesa storica di definire una strada autonoma per la disciplina bioetica, con la conseguente frammentazione di significati dei termini utilizzati, la bioetica può in queste frontiere pragmatiche recuperare la sua dimensione di ponte transdisciplinare, presente in differenti saperi epistemologici più che formando una dimensione a sé stante. Non si potrà dunque, per esempio, fornire una lettura solo giuridica o psicologica o etico-morale del tema del consenso, ma esso dovrà essere osservato, nei luoghi deputati, in tutte queste differenti sfaccettature. Per quanto riguarda temi centrali come la comunicazione e la responsabilità il discorso può essere parallelo, dal momento che essi sono spesso ridotti

al momento giuridico e burocratico, di fronte ad una declinazione plurale e inevitabilmente transdisciplinare. Infine il tema della prevenzione da elemento epidemiologico e tecnicamente sanitario può farsi momento educativo, civile e culturale, come è stato evidente nella dinamica pandemica, già relegata in un quadro di passato remoto.

In quest'ottica l'*ethically informed risk management* si offre come caso tipico, nel contesto della complessità dei sistemi, per evidenziare una domanda di etica non astratta né indeterminata, ma organizzativamente e proceduralmente cogente. Il concetto di rischio è così individuato attraverso il caso singolo ma anche ricollegato al contesto più generale di analisi globale. Tra le implicazioni che emergono si può notare infatti una necessaria configurazione epistemologicamente transdisciplinare in cui, senza negare le specifiche appartenenze, le singole discipline si misurano dialogicamente. In particolare appare degno di nota il parallelo tra la dimensione della bioetica globale²⁴ e il cosmopolitismo metodologico²⁵ con cui è stata descritta la società del rischio. Un caso specifico, come quello analizzato, può inserirsi dentro un'analisi globale, intendendo tale analisi sia sul piano estensivo che intensivo, a livello geografico come contenutistico ma anche metodologico e normativo, connettendo diverse discipline e analizzando le forme di vulnerabilità. Non a caso nel campo della bioetica globale si parla di una necessaria traduzione locale dei principi cosmopoliti definiti anche attraverso documenti internazionali²⁶. La vulnerabilità²⁷ diviene qui concetto chiave sia nella forma descrittiva e diagnostica che in quella propositiva e prognostica, ricollegandosi così alla matrice duplice del rischio come pericolo/ferita e opportunità/apertura. All'interno della globalità riflessiva e critica possono svilupparsi le risposte che la società secolare post-contemporanea definisce rispetto alle minacce presenti e future.

²⁴ Cfr. H. Ten Have, *Global Bioethics. An Introduction*, Routledge, London-New York 2016 (trad. it. di L. Mariani, *Bioetica globale. Un'introduzione*, Piccin, Padova 2020).

²⁵ Cfr. U. Beck, *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*, Surkhamp Verlag, Frankfurt am Main 2007 (trad. it. di C. Sandrelli, *Conditio humana. Il rischio nell'età globale*, Laterza, Roma-Bari 2008).

²⁶ *Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani* (2005). In questo documento i tradizionali quattro principi della bioetica si ampliano in quindici principi fondamentali: dignità umana, beneficio e danno, autonomia e responsabilità, consenso, mancanza di capacità decisionale in determinati soggetti, rispetto della vulnerabilità umana, *privacy* e riservatezza, uguaglianza ed equità, non discriminazione, rispetto per la diversità culturale e pluralismo, solidarietà e cooperazione, responsabilità sociale e salute, condivisione dei benefici, salvaguardia delle generazioni future, protezione dell'ambiente.

²⁷ Cfr. H. Ten Have, *Vulnerability. Challenging Bioethics*, Routledge, London-New York 2016; S. Dadà, *Etica della vulnerabilità*, Morcelliana, Brescia 2022.

Infine l'allargamento propositivo promosso dall'integrazione etica, che vede una centralità del momento educativo, spinge ad una rilettura dei compiti dell'etica applicata, la cui domanda si pone al centro del confronto globale delle società del rischio, tra ricerca di stabilità – con la tentazione dell'appiattimento *senza* rischio delegato alle tecnologie onni-potenti – e avventure speculative slegate dai dati – in cui l'*iper*-rischio mette a repentaglio il futuro –, nella consapevolezza dell'evoluzione del contesto globale nelle prime due decadi di millennio dominate da crisi geopolitiche, ambientali e sanitarie.

In campo personale come comunitario appare in aggirabile il compito indicato da un noto chirurgo e saggista statunitense:

è assurdo pensare che le *checklist* finiranno per rendere superflui il coraggio, l'ingegno, l'improvvisazione ispirata. L'attività medica è troppo intricata, troppo legata alla personale individualità, per seguire una simile evoluzione: i buoni clinici non potranno mai fare a meno dell'audacia competente. Ma dovremo anche predisporci a riconoscere le virtù di un corretto inquadramento²⁸.

English title: Healthcare ethically informed risk management as paradigm of integrative ethics

Abstract

In the context of the development of health systems, which after and beyond the pandemics show a decisive challenge for their own survival, we consider the development over the last 25 years a growing interest in risk management, at first understood as simple clinical risk and then extended to the organisational components. This perspective, which integrated the dimension of the medical-clinical experience in the context of complex organisations, today shows its limits if it is not reconciled with an ethically informed risk management capable of uniting both the component of professional ethics in healthcare organisations as well as the ethical management of corporate risk. This integration makes it possible to outline a particularly interesting use of the concept of risk in applied ethics. The concept of risk is thus identified through the individual case but also linked to the more general situation of global analysis.

²⁸ A. Gawande, *The Checklist Manifesto. How to Get Things Right*, Metropolitan Books, New York 2010 (trad. it. di D. Sacchi, *Checklist. Come fare andare meglio le cose*, Einaudi, Torino 2011, pp. 165-166).

Keywords: risk management; patient-centered-care; restorative justice; global bioethics.

Leopoldo Sandonà
Facoltà Teologica del Triveneto
leopoldo.sandona@ftr.it