

Modulo: ETICA e DEONTOLOGIA



Dilemmi e Conflitti Etici

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

[...] the goal of ethical **Midwifery Practice is**
to do the right thing (moral shoulds)
for the right reason (ethical justification)

Cfr.

Thompson J.E, *Professional Ethics, cap. 14, p280* In Lynette A. Ament, *Professional Issues in Midwifery*

MORALE

“...quella costellazione di valori, generalmente trasmessi da una tradizione, che attraggono o guidano la condotta di individui, gruppi o istituzioni, ispirandone le consuetudini e le norme di condotta ...”

Moralità è il grado di conformità della condotta individuale o sociale ai valori ed alle norme morali.

CATTORINI P., 2006, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson, 3° ed 2006, p.4 e succ

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

Etica “...è la giustificazione razionale delle valutazioni morali ..., è il tentativo cioè di fornire le ragioni per cui esprimiamo una certa valutazione e quindi propendiamo per una certa condotta ...”

... è la riflessione critica sulla morale ...

- **Susan Shaw**, ostetrica neoassunta al Lambeth Junction Community Hospital,
- **Ms Kane**, gravida alla 37.ma settimana,
- **Marla Sharpe**, ginecologa.

IL FATTO

Grace Pamela J., McLaughlin Moriah, *When Consent Isn't Informed Enough*, AJN, April 2005, Vol. 105(4): 79-

84

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

si presenta Ms Kane si presenta da sola in Ospedale, presso l'ambulatorio preposto per ... la «*manovra di versione*» con *manovre esterne* ... Ostetrica Shaw accoglie e accerta che

- *i criteri di inclusione sono adeguati,*
- *il marito è al lavoro,*
- *la sala operatoria non è allertata.*

Ginecologa Sharpe procede alla prestazione di versione esterna che causa una bradicardia fetale

- *Si procede ad Emergency C-section . Neonato nasce sano, Apgari 7\10.*

Neonato e Ms Kane dimesse dopo 48 ore in condizione di benessere. Ms Kane e marito alla dimissione segnalano alla struttura di essere “scontenti e insoddisfatti”..

L'Ostetrica,

- Come meglio avrebbe potuto proteggere l'interesse di Ms Kane?
- Quale comportamento?



Midwifery

e il Dilemma etico - Conflitto etico

Metodi e Strumenti

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

la *Midwifery* e il Dilemma etico

- È una situazione *Ostetrica-Ginecologica e Neonatale* dove l'Ostetrica\o

“... *is faced with two alternative choices, neither of which seems a satisfactory solution to the problem ...*”

Campbell A V., 1984, *Moral dilemmas in medicine*, 3rd edn, Churchill Livingstone, London, p. 2

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

la *Midwifery* e il Dilemma etico

- Beauchamp & Childress descrivono 2 forme
 1. Dove c'è buona ragione per supportare sia l'agito che il non;
 2. Dove una particolare azione è considerata da alcuni essere giusta e da altri sbagliata ”

Beauchamp T I, Childress J F, 1994, *Principles of biomedical ethics*, 4th edn, Oxford University Press, Oxford

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

la *Midwifery* e il Conflitto etico

- È una situazione *Ostetrica-Ginecologica e Neonatale* dove c'è

“... conflitto tra principi o doveri che spesso causa un dilemma ...”

Due TIPI:

1. Conflitto all'interno del medesimo principio
2. Conflitto tra due separati principi

Johnson A G, 1990, *Pathways in medical ethics*, Edward Arnold , London

Modelli, Metodi e strumenti

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

FOUR LEVEL APPROACH

Beauchamp Tom L. & Childress James f., 1986, p.6 , Citato in
FRASER DIANE, *Professional Studies for Midwifery Practice*,
Churchill Livingstone, p.80 e succ

- **Level One:** Particular Judgements and Action
their intuition, own experiences or that of
a colleagues

FOUR LEVEL APPROACH

Beauchamp Tom L. & Childress James f., 1986, p.6 , Citato in FRASER DIANE, *Professional Studies for Midwifery Practice*, Churchill Livingstone, p.80 e succ

•Level Two: Rules

- Veracity: *veridicità, dire la verità, truth telling*
- Privacy: *rispettare la privacy, riservatezza*
- Confidentiality: *tutelare le informazioni confidenziali,*
- Fidelity: *fedeltà alle promesse promise keeping*

Charity Janet L, Beverly A.Ord., ETHICAL DILEMMAS IN MIDWIFERY PRACTICE, in Fraser Diane, *Professional Studies for Midwifery Practice*, Churchill Livingstone, p.77 e succ

FOUR LEVEL APPROACH

Beauchamp Tom L. & Childress James f., 1986, p.6 , Citato in FRASER DIANE, *Professional Studies for Midwifery Practice*, Churchill Livingstone, p.80 e succ

•Level Three: Principles

autonomy; beneficence; non-maleficence; justice



Principilismo

A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine

P Gardiner

.....
the four principles! This approach was initially developed in the United States by Beauchamp and Childress¹; but has been widely and enthusiastically advocated in the UK by Professor Gillon.²⁻⁴ Although there is some mention of the

J Med Ethics 2003;29:297-302

FOUR LEVEL APPROACH

Beauchamp Tom L. & Childress James f., 1986, p.6 , Citato in
FRASER DIANE, *Professional Studies for Midwifery Practice*,
Churchill Livingstone, p.80 e succ

•Level Four: Ethical Theories

Utilitarian theory (*o consequenzialista, ovvero si basa sulle buone conseguenze*)

Deontological theory (*ovvero si basa sulle buone azioni, a prescindere dalle conseguenze*)

RISENTE DEL PRINCIPILISMO



Istituto Giano
per le Medical Humanities
e il management in Sanità



PRIMO PASSO

IL RIFERIMENTO ALLE REGOLE

- Le **regole** costituiscono delle guide generali che governano le azioni: dicono quello che deve (o non deve) essere fatto in una serie di casi particolari, per motivi diversi e con diversa forza costringente

I. Il comportamento obbligato

- A che cosa siamo tenuti

- per legge?
- per deontologia professionale?
- per regolamenti e normative aziendali?

NORME GIURIDICHE : vincolano il trasgressore, con il peso della sanzione

NORME DEONTOLOGICHE: orientano il professionista

➤ ***Verifica: quali conseguenze medico - legali (penali/ civilistiche) o deontologiche possono derivare dal comportamento in questione?***

“Istituto Giano” per le medical Humanities e il management in Sanità

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

II. Il comportamento eticamente giustificabile

• *A. La difesa del minimo morale*

1. *Evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente* **(principio di non maleficità):**

- il paziente potrebbe ricevere un danno per la salute o per la sua integrità dal trattamento previsto?
- si sta omettendo un intervento che potrebbe impedire un abbreviamento della vita del paziente o un danno permanente?

“Istituto Giano” per le medical Humanities e il management in Sanità

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

II. Il comportamento eticamente giustificabile

A. *La difesa del minimo morale*

2. *Opporsi a discriminazioni e ingiustizie* **(principio di giustizia):**

- in una società giusta tutte le persone meritano uguale considerazione e rispetto. In questo caso il paziente è discriminato per motivi di ordine ideologico, sociale, razziale o economico?
- esistono considerazioni di ordine sociale (aziendale) che inclinano a offrire al paziente un livello di assistenza ostetrica/medica/infermieristica inferiore a quanto clinicamente appropriato?

Il comportamento eticamente giustificabile

B. La promozione del massimo morale

3. L'orientamento al bene del paziente

(principio di beneficenza):

- sulla base della diagnosi e della prognosi (o degli esiti), quali trattamenti sanitari / socio-assistenziali scientificamente corretti si possono proporre?
- tali trattamenti influenzano positivamente la prognosi nel caso specifico?
- come vengono valutati rispettivamente i benefici ed i danni?
- esistono alternative terapeutiche?
- Ognuna di queste alternative quali aspetti potrebbe comportare (abbreviazione della vita, sofferenze fisiche e morali, peggioramento dello stato di benessere)?

“Istituto Giano” per le medical Humanities e il management in Sanità

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

Il comportamento eticamente giustificabile

B. La promozione del massimo morale

4. Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano **(principio di autonomia):**

- chi prende la decisione diagnostico-terapeutica (l'ostetrica\o, il medico, la famiglia del malato, il malato stesso)?
- se decide il malato, attraverso quale processo informativo è stato messo in grado di decidere (semplice presentazione delle alternative, modulo scritto da firmare, calde raccomandazioni di aderire al progetto terapeutico)?
- che cosa si conosce del sistema di valori del paziente e del suo atteggiamento nei confronti dei trattamenti medici (intensivi, di rianimazione, palliativi, conservativi)?
- La persona è stato informato circa i trattamenti proposti, i rischi ed i benefici potenziali e le possibili alternative?
- è stata offerta al malato la possibilità di avere un secondo parere?
- se il malato non può essere coinvolto nella valutazione e nella scelta, chi può fare le veci del paziente nel prendere le decisioni?

III. Il comportamento eccellente

- Riferendoci al **“quadriatero della soddisfazione”**, possiamo ottenere che le persone coinvolte nel trattamento del caso (professionisti, pazienti, familiari, autorità sanitarie) raggiungano la posizione della “giusta soddisfazione” (o almeno della “giusta insoddisfazione”)?

“Istituto Giano” per le medical Humanities e il management in Sanità

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

III. Il comportamento eccellente

| | |
|--------------------------------------|--|
| Giustamente soddisfatto | Giustamente insoddisfatto |
| Ingiustamente soddisfatto | Ingiustamente insoddisfatto |

Quale svolgimento dovrebbe avere il caso clinico per poter essere raccontato come una storia di “buona sanità”?

“Istituto Giano” per le medical Humanities e il management in Sanità

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

Thompson Joyce E.,

Midwife, U.S., CNM,



Dr. Joyce E. (Beebe) Thompson is an international consultant in Midwifery, women's health, and health care ethics, primarily in sub-Saharan Africa and Latin America. Her current focus is on midwifery education and the preparation of competent, caring teachers for the health professions. Joyce has over 40 years of international midwifery practice, teaching and consultation with an emphasis on promoting Safe Motherhood throughout the world. She conducted the 2-year Delphi study for the International Confederation of Midwives that resulted in the ICM Global Standards for Midwifery Education, approved in December 2010. Dr. Joyce Thompson, Professor Emeriti, University of Pennsylvania and Western Michigan University, received a BSN and MPH from the University of Michigan, a Certificate in nurse-midwifery from Maternity Center Association, a DrPH from Columbia University, and a *certificate in Bioethics from the Kennedy Institute at Georgetown University*. Her life-long passion for the health of women and human rights throughout the world was recognized in June 2007 when she was awarded an honorary Doctor of Laws degree by the University of Dundee, Scotland. **Dr. Thompson was President of the ACNM**, Director of the ICM Board of Management, and Vice-Chair of the WHO advisory group on nursing and midwifery. She has many publications to date and is currently working on the history of midwifery in the U.S. and the history of the International Confederation of Midwives with colleagues.

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

A Human Rights Framework for Midwifery Care

Joyce Beebe Thompson, CNM, DrPH

Journal of Midwifery & Women's Health • www.jmwh.org Volume 49, No. 3, May/June 2004

Step 1: Review the situation to determine

1. Health problems—physical, spiritual, mental, psychosocial
2. Decision/actions needed immediately and in near future
3. Ethical components of situation and decision/action
4. Key individuals potentially affected by the decision/action and outcomes
5. Any potential human rights violations in situation

Step 2: Gather additional information to clarify and understand

1. Legal constraints, if any
2. Limited time to thoroughly explore
3. Decision capacity of individual(s)
4. Institutional policies that affect choices in situation
5. Values inherent in choice of information

Step 3: Identify the ethical issues or concerns in the situation

1. Name the ethical concern
2. Explore historical roots of each
3. Identify current philosophical/religious positions on each issue
4. Discuss societal/cultural views on each issue

A Human Rights Framework for Midwifery Care

Joyce Beebe Thompson, CNM, DrPH

Journal of Midwifery & Women's Health • www.jmwh.org

Volume 49, No. 3, May/June 2004

Step 4: Define personal and professional moral positions on ethical concerns

1. Review personal biases/constraints on issues raised
2. Understand personal values affected by situation/ethical issues raised
3. Review professional codes of ethics (moral behavior) for guidance
4. Identify any conflicting loyalties and/or obligations of professionals and family in the situation
5. Think about levels of moral development operant in each participant
6. Identify the virtues needed for professional action

Step 5: Identify moral positions of key individuals in the situation

1. Think about levels of moral development operant in each participant
2. Identify any communication gaps or misunderstandings
3. Provide guidance in clarifying varying levels of moral development

A Human Rights Framework for Midwifery Care

Joyce Beebe Thompson, CNM, DrPH

Journal of Midwifery & Women's Health • www.jmwh.org

Volume 49, No. 3, May/June 2004

Step 6: Identify value conflicts, if any

1. Provide guidance in identifying potential conflicts, interests, competing values
2. Work toward possible resolution of conflict based on respect for differences
3. Seek consultation if needed to resolve key conflicts

Step 7: Determine who should make needed decision

1. Clarify your role in the situation
2. Who “owns” the problem/decision?
3. Who stands to lose or gain the most from the decision/action?
4. Is the decision to be made by a single individual or group?

Step 8: Identify the range of actions with anticipated outcomes of each

1. Determine the moral justification for each potential action
2. Identify the ethical theory that supports each action
3. Apply concepts of beneficence and fairness to each potential action
4. Attach outcomes to each potential action and determine best outcome
5. Are additional actions/decisions required as a result of each action?

Step 9: Decide on a course of action and carry it out

1. Understand why a given action was chosen
2. Help all involved understand these reasons
3. Establish a time frame for review of the decision/action and expected outcomes
4. Determine who can best carry out the chosen action/decision

Step 10: Evaluate/review outcomes of decisions/actions

1. Determine whether expected outcomes occurred
2. Is a new decision or action needed?
3. Was the decision process fair and complete?
4. What was the response to the action by each key individual?
5. What did you learn from this situation?

Midwifery Care

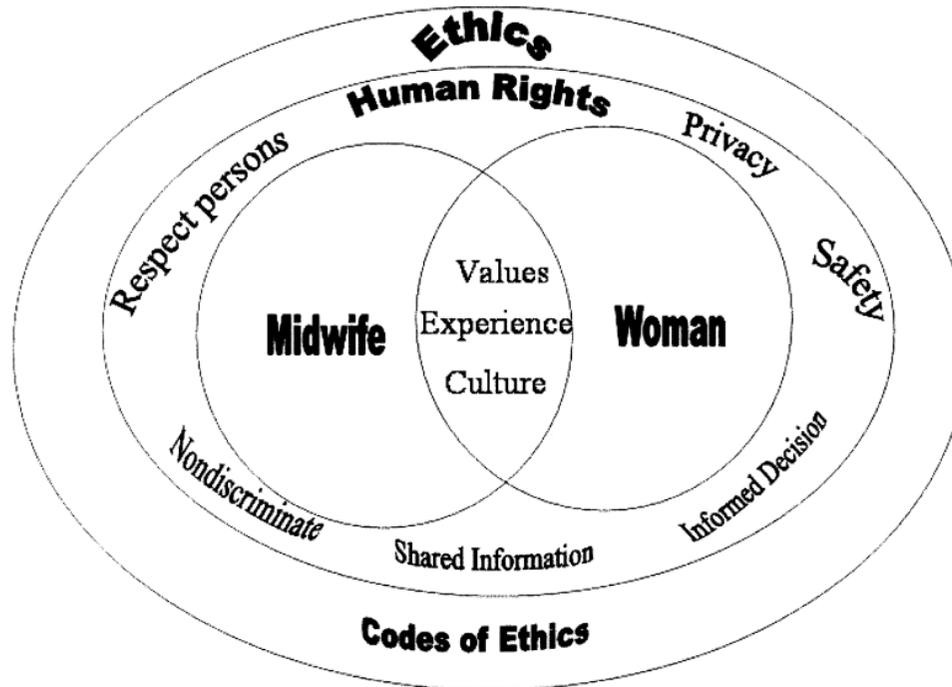


Figure 2. Human rights framework for midwifery care.

Thompson Joyce E. ,

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

Consulenza etica

e/o

Ethics on the run ?

Comitato Bioetica

Edda Pellegrini PhD, MSc, BMid, RM

Il contesto italiano dei Comitati di Bioetica da 310 a **269** CdB in Italia nel 2010; al **...xxx** CdB in Italia nel 2013.



In Lombardia

da **61** nel **2010**
a **10+1** (IRCSS con 9 sezioni) nel **2013**

Definizioni (DLgs 211\’03 ... ATTUAZIONE DIRETTIVA 2001/20/CE)

- **m) Comitato etico:** ... un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei **soggetti in sperimentazione** e di fornire pubblica garanzia di tale tutela, esprimendo, ad esempio, un parere **autorizzativo** sul protocollo.

Definizioni (DLgs 211\’03 ... ATTUAZIONE DIRETTIVA 2001/20/CE)

- **f) Sperimentatore:** ... un medico o un odontoiatra qualificato ai fini delle sperimentazioni, responsabile dell’esecuzione della sperimentazione clinica in un dato centro. (*nella direttiva europea= Sperimentatore:* ... il medico o la persona che esercita una professione riconosciuta nello Stato membro ai fini)
- **h) protocollo:** il documento in cui vengono descritti l’obiettivo o gli obiettivi, la progettazione, la metodologia, gli aspetti statistici e l’organizzazione della sperimentazione. Il termine protocollo comprende il protocollo, le versioni successive e le modifiche dello stesso

Definizioni (DLgs 211\’03 ... ATTUAZIONE DIRETTIVA 2001/20/CE)

- **a) Sperimentazione clinica:** ... qualsiasi studio sull’uomo finalizzato a scoprire o verificare gli effetti clinici, farmacologici e/o altri effetti farmacodinamici, e/o individuare reazioni avverse, e/o studiare l’assorbimento ...
- **f) Sperimentazione non interventistica (studio osservazionale):** uno studio nel quale i medicinali sono prescritti secondo le indicazioni dell’autorizzazione all’immissione in commercio. L’assegnazione del paziente a una determinata strategia terapeutica non è decisa in anticipo da un protocollo di sperimentazione, ma rientra nella normale pratica clinica e la decisione di prescrivere il medicinale è del tutto indipendente da quella di includere il pz nello studio. Ai pz non si applica nessuna procedura supplementare di diagnosi o monitoraggio, e per l’analisi dei dati raccolti sono utilizzati metodi epidemiologici.

Definizioni (DLgs 211\’03 ... ATTUAZIONE DIRETTIVA 2001/20/CE)

- **I) consenso informato:** la decisione di un soggetto candidato ad essere incluso in una sperimentazione, scritta, datata e firmata, presa spontaneamente, dopo esaustiva informazione circa la natura, il significato, le conseguenze ed i rischi della sperimentazione e dopo aver ricevuto la relativa documentazione appropriata. La decisione è espressa da un soggetto capace di dare il consenso ovvero, qualora si tratti di una persona che non è in grado di farlo, dal suo rappresentante legale o da un’ autorità, persona o organismo nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia. Se il oggetto non è in grado di scrivere, può in via eccezionale fornire un consenso orale alla presenza di almeno un testimone, nel rispetto della normativa vigente.

IL PROCESSO DI NORIMBERGA (1946)



- **Tre Giudici civili USA**, Walter Beals, Harold Sebrings e Johnson Crawford
- **Venti “eminenti uomini di scienza**, riconosciuti per la loro abilità scientifica in Germania e all'estero”, “leader della medicina scientifica e con un'eccellente reputazione internazionale”.