

Medicina e Morale

Rivista internazionale di Bioetica

3 2019

luglio/settembre

ISSN 2282-5940 - Medicina e Morale (Online)

Editoriale: Il nuovo Codice deontologico delle professioni infermieristiche **Articoli:** È morto Ippocrate, lunga vita a Ippocrate. Per una rivalutazione del paradigma medico ippocratico

■ Il *moral distress* dalla medicina umana alla medicina veterinaria: un'analisi comparativa ■

La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull'ordinanza della Corte

Costituzionale n. 207/2018 ■ Vulnerabilità umana e razionalità pratica. Una prospettiva bioetica macintyriana ■

Modelli deliberativi per l'allocazione delle risorse in sanità: il caso della dengue in Tanzania

MeM



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Medicina e Morale. Rivista internazionale di Bioetica promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore

Proprietario ed Editore: Università Cattolica del Sacro Cuore

È vietata la riproduzione totale o parziale del materiale senza il preventivo consenso dell'Editore

ISSN: 0025-7834 (carta) – **ISSN:** 2282-5940 (online)

Registrazione del Tribunale di Roma del 17 novembre 1973, n. 15275

Direzione e Redazione: c/o Istituto di Bioetica e Medical Humanities, Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli",
Università Cattolica del Sacro Cuore

Largo Francesco Vito, 1 - 00168 Roma - Tel.: +39 06.30154960 - Fax: +39 06.30157037

e-mail: redazione.medicinaemorale@unicatt.it

Amministrazione: Università Cattolica del Sacro Cuore - Amministrazione Medicina e Morale, Largo Francesco Vito, 1 -
00168 Roma - Tel.: +39 06.30155241 - Fax: +39 06.30157037 - e-mail: amministrazione.medicinaemorale@unicatt.it

Stampa: Tipografia Cooperate

Via Giancarlo Brasca, snc - Località Santa Severa Nord - 00059 Tolfa (RM) - Tel./Fax: +39 0766.571392 -
e-mail: editoria.cooperate@fratellosole.com - sito internet: www.cooperate.it

La rivista è disponibile anche su desktop, tablet, smartphone sul sito: www.medicinaemorale.it

PREZZI

Abbonamento online all inclusive:

Privati: € 50. Enti: € 100

N.B. Gli abbonamenti online sono validi esattamente per 12 mesi a partire dal giorno della sottoscrizione e danno diritto all'accesso a tutti i contenuti del sito. Gli abbonamenti online per gli Enti sono con username e password. Per abbonamenti online per Enti con accesso IP, contattare: Università Cattolica del Sacro Cuore - Amministrazione Medicina e Morale; Tel. +39 06.30155241; email: amministrazione.medicinaemorale@unicatt.it

Singolo articolo online/Ahead of print: € 15

Singolo fascicolo online: € 20

Singolo fascicolo cartaceo dell'anno corrente o arretrato (se disponibile):

per l'Italia € 20,00; per l'Estero € 25,00

Abbonamento cartaceo annuale:

per Italia € 50,00; per l'Europa € 70,00; per paesi extraeuropei € 75,00. Enti: € 100,00

N.B. Gli abbonamenti cartacei danno diritto a 4 fascicoli pubblicati nell'anno in cui è avvenuta la sottoscrizione (per es. un abbonamento sottoscritto nel mese di novembre del 2016 dà diritto ai 4 fascicoli di tutta l'annata 2016).

Modalità di pagamento

L'importo dell'abbonamento può essere versato:

1. online direttamente sul sito: www.medicinaemorale.it

2. sul c/c postale n. 45419660 (IBAN IT72X0760103200000045419660) intestato a: Università Cattolica del Sacro Cuore,
Largo Francesco Vito, 1 - 00168 Roma, specificando nella causale di pagamento la tipologia di abbonamento, l'anno e il proprio indirizzo e-mail

Copia della ricevuta di versamento va inviata all'indirizzo e-mail: amministrazione.medicinaemorale@unicatt.it o al n. di fax +39 06.30157037

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/b legge 662/96 RM

La rivista è in Fascia A Anvur per i seguenti settori concorsuali:

11/C1 - FILOSOFIA TEORETICA; 11/C2 - LOGICA, STORIA E FILOSOFIA DELLA SCIENZA; 11/C3 - FILOSOFIA MORALE; 11/C4 - ESTETICA E FILOSOFIA DEI LINGUAGGI; 11/C5 - STORIA DELLA FILOSOFIA

La rivista è tra le Riviste scientifiche Anvur per l'Area 12 - SCIENZE GIURIDICHE e per l'Area 14 - SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

La rivista è indicizzata da: Scopus, The Philosopher's Index, EBSCO, Ovid, ProQuest, WorldCat, ERIH plus e Catalogo italiano dei periodici (ACNP)

La rivista è presente nelle Collections della National Library of Medicine

La rivista è inclusa nella Top 100 Bioethics Journals in the World della Bioethics Research Library della Georgetown University



Periodico associato all'USPI



La rivista è presente come gruppo di discussione tra autori e lettori su LinkedIn



La rivista è presente su Twitter

Finito di stampare il 16 ottobre 2019

Medicina e Morale

Rivista internazionale di Bioetica

3 2019

luglio/settembre

Direttore responsabile/Editor-in-Chief:	Antonio G. Spagnolo, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i>
Direttori Emeriti/Editors Emeriti:	Angelo Fiori, Elio Sgreccia †
Comitato di Direzione /Editorial Board:	Luciano Eusebi, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Antonio Gasbarrini, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Michele Lenoci, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Laura Palazzani, <i>Libera Università degli Studi Maria SS. Assunta, Italy</i> Vincenzo L. Pascali, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Adriano Pessina, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Antonio G. Spagnolo, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i>
Comitato Scientifico/Scientific Committee:	Claudio Buccelli, <i>Università degli Studi di Napoli Federico II, Italy</i> Ángel Carracedo Álvarez, <i>Universidad de Santiago de Compostela, Spain</i> Marina Casini, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Elena Colombetti, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Roberto Dell'Oro, <i>Loyola Marymount University, USA</i> Maria Luisa Di Pietro, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Marianna Gensabella, <i>Università degli Studi di Messina, Italy</i> Maurizio Genuardi, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> John Haas, <i>National Catholic Bioethics Center, USA</i> John Haldane, <i>University of St Andrews, United Kingdom</i> Björn Hofmann, <i>Norwegian University of Science and Technology, Norway</i> Marie-Jo Thiel, <i>Université de Strasbourg, France</i> Jonathan Montgomery, <i>Nuffield Council on Bioethics, United Kingdom</i> Alessio Musio, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Alessandra Papa, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Elena Postigo Solana, <i>Universidad Pontificia de Salamanca, Spain</i> Walter Ricciardi, <i>Istituto Superiore di Sanità, Italy</i> Dario Sacchini, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Giovanni Schiavone, <i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy</i> Paulina Taboada, <i>Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile</i>
Comitato di Redazione/Editorial Staff:	Viviana Daloso, Maria Addolorata Mangione, Emanuela Midolo, Dino Moltisanti, Simona Giardina, Francesca Giglio, Pietro Refolo (coordinatore)



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

SOMMARIO

EDITORIALE	IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE.....	243
SEZIONE MEDICO-SCIENTIFICA	È MORTO IPPOCRATE, LUNGA VITA A IPPOCRATE. PER UNA RIVALUTAZIONE DEL PARADIGMA MEDICO IPPOCRATICO <i>L. Mingardo</i>	249
	IL <i>MORAL DISTRESS</i> DALLA MEDICINA UMANA ALLA MEDICINA VETERINARIA: UN'ANALISI COMPARATIVA <i>B. De Mori</i>	265
SEZIONE FILOSOFICA	LA FALSA ANALOGIA TRA RIFIUTO-RINUNCIA ALLE CURE E SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO. RIFLESSIONI BIOETICHE SULL'ORDINANZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 207/2018 <i>A. Da Re</i>	281
	VULNERABILITÀ UMANA E RAZIONALITÀ PRATICA. UNA PROSPETTIVA BIOETICA MACINTYRIANA <i>S. Maletta</i>	297
	MODELLI DELIBERATIVI PER L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE IN SANITÀ: IL CASO DELLA DENGUE IN TANZANIA <i>E. Mancini, R.M. Zagarella</i>	313
DOCUMENTAZIONE	Recensioni & Segnalazioni	337
	Dalla Letteratura Internazionale.....	341
	Medicina e Morale 2016-2019	347

Il *moral distress* dalla medicina umana alla medicina veterinaria: un'analisi comparativa

BARBARA DE MORI

Dipartimento di Biomedicina Comparata e Alimentazione, Università di Padova

Corrispondenza: Barbara De Mori, Dipartimento di Biomedicina Comparata e Alimentazione, Università di Padova, Viale dell'Università 16 - 35020 Legnaro (PD), Italia; e-mail: barbara.demori@unipd.it

Ricevuto il 29 luglio 2019; Accettato il 15 settembre 2019

RIASSUNTO

*Gli studi sul disagio professionale nell'ambito delle professioni di aiuto sanitarie sono in continua crescita. Questi studi hanno identificato, tra le altre cose, diversi disturbi e disagi di natura squisitamente etica, come il *moral distress*, la cui diagnosi e cura rappresentano oggi un impegno di grande rilievo. Tuttavia, nell'ambito delle professioni d'aiuto che si occupano di animali, come quella del medico veterinario, difficilmente questi studi sono stati approfonditi, con ripercussioni anche gravi sull'esercizio professionale. In generale, infatti, la società fatica a comprendere quanto possa essere difficile per chi lavora con gli animali gestire i conflitti etici che si creano tra le esigenze professionali, le esigenze degli animali e le richieste di chi è proprietario o, comunque, referente per l'animale. Il *moral distress* è stato riconosciuto solo di recente in medicina veterinaria ed è provocato, come nell'ambito della medicina umana, dall'incapacità di trovare un accordo tra la propria vocazione e le tensioni morali che l'esercizio della professione procura ogni giorno. In questo contributo, attraverso una comparazione con gli studi realizzati nell'ambito delle professioni di aiuto sanitarie in medicina umana, viene esplorata la geografia morale del *moral distress* nel contesto della professione medico veterinaria, con uno sguardo alle specifiche problematiche etiche che sono coinvolte nella relazione triadica tra medico, paziente animale e proprietario.*

ABSTRACT

Moral distress from human to veterinary medicine: a comparative analysis.

Studies on professional hardship in the healthcare professions are constantly growing. These studies have identified various ethical discomforts, such as moral distress, whose diagnosis and treatment is of critical importance. However, in the field of animal care professions, such as that of the veterinary surgeon, these studies have rarely been studied in depth, with serious repercussions on professional practice. In general, society struggles to understand how difficult it is for those who work with animals to manage the ethical conflicts that arise between the needs of the profession, the needs of the animals and the demands of those who are owners or proxies for the animal. Moral distress has only recently been recognized in veterinary medicine and is provoked, as in the field of human medicine, by the inability to find an agreement between one's vocation and the moral tensions that the exercise of the profession brings every day. In this contribution, through a comparison with the studies carried out in the field of healthcare professions in human medicine, moral distress is explored in the context of the veterinary medical profession, focusing attention on the specific ethical issues that are involved in the triadic relationship between surgeon, animal patient and owner.

Parole chiave: moral distress, burnout, animali, professione medico veterinaria, medicina umana, professioni d'aiuto sanitarie.

Key words: moral distress, burnout, animals, veterinary medical profession, human medicine, healthcare professions.

1. Introduzione

Le professioni di aiuto in ambito sanitario devono oggi affrontare una molteplicità di sfide nel rapporto con il paziente. Questo rapporto, tuttavia, assume caratteristiche particolarmente complesse quando si tratta di un paziente *non umano*, come nel caso delle professioni sanitarie in medicina veterinaria. La complessità, in questo caso, oltre ad essere legata alla molteplicità di specie con cui i medici e il personale veterinario devono interagire nella relazione con il paziente (e con l'enorme sviluppo tecnologico che ha rivoluzionato le opzioni di cura in questo ambito), è determinata dai grandi cambiamenti che contraddistinguono il rapporto con gli animali nelle nostre società occidentali.

Da un rapporto, infatti, pressoché incentrato sull'utilizzo tradizionale degli animali per scopi umani, si è passati allo sviluppo, da una parte di rapporti affettivi profondi come quelli che intercorrono con gli animali da compagnia, dall'altra di dinamiche complesse di gestione come quelle che riguardano gli animali da laboratorio o gli allevamenti intensivi per il consumo di prodotti di origine animale. Avere a che fare per professione con gli animali, oggi, vuol dire essere costretti ogni giorno a prendere decisioni particolarmente difficili, moralmente rilevanti, per via degli interessi contrastanti che sono in causa ogni volta che si tratta di decidere in merito al trattamento e alla vita di un essere vivente non umano.

Nel contesto di queste nuove dinamiche relazionali, il medico veterinario si trova a dover operare in modo radicalmente nuovo rispetto al passato, al punto

da aver acquisito una nuova identità nella sua professione, basata su di un nuovo rapporto fiduciario con la società [1; 2].¹ Da un esercizio professionale orientato a soddisfare principalmente le esigenze del cliente – *client centred* –, il medico veterinario è passato ad un esercizio professionale orientato al benessere del paziente – *patient centred* – [2]. È necessario quindi che il *nuovo* medico veterinario abbia consapevolezza della mutata identità professionale che lo contraddistingue e degli importanti aspetti etici coinvolti in questo mutamento, di fronte ad una società che esige sempre di più, ma che per lo più sottostima le sfide etiche cui è quotidianamente sottoposto.

In generale, la società fatica a comprendere quanto possa essere difficile per chi lavora con gli animali gestire i conflitti etici che si creano tra le esigenze professionali, le esigenze degli animali e le richieste di chi è proprietario o, comunque, referente per l'animale: il medico veterinario deve operare sempre in un contesto *triadico*, in cui il ruolo di mediatore tra interessi divergenti diviene cruciale [1; 2]. Si assume, ad esempio, che il medico veterinario possa agire nel miglior interesse – il *best interest* – del suo paziente, ma in realtà questo dipende da molti fattori, di natura economica, sociale ed etica [3]. Chi si occupa del benessere degli animali si trova a dover mediare in ogni intervento tra ciò che è meglio per l'animale e ciò che è davvero possibile

¹ Anche in medicina umana, il rapporto medico-paziente è mutato in modo profondo, determinando una nuova modalità di esercizio professionale. Le dinamiche, tuttavia, sono a tratti molto differenti e solo parzialmente sovrapponibili con l'ambito veterinario (come è il caso dell'abbandono del modello paternalistico). Cfr. *infra*.

fare, in base agli standard normativi ed economici nel caso degli animali da reddito, o in base alla relazione di attaccamento e alle risorse economiche nel caso degli animali da affezione o, ancora, alle scelte più generali operate dalla società stessa, come nel caso degli animali da sperimentazione.²

Il medico veterinario deve quotidianamente trovare un equilibrio tra la propria propensione alla cura e al miglioramento della vita degli animali *pazienti* di cui si occupa e l'impotenza, spesso, di avere voce in capitolo per quella vita, poiché gli interessi di chi è proprietario o gli interessi economici coinvolti sono spesso in contrasto con quanto sarebbe nel miglior interesse dell'animale. Il *moral distress* (MD), una malattia professionale sino ad ora poco riconosciuta in questo ambito, è provocato, come nell'ambito della medicina umana, proprio dall'incapacità di trovare un accordo tra la propria vocazione e i conflitti morali che l'esercizio della professione procura ogni giorno.

Questo contributo si propone di esplorare la geografia morale del MD nel contesto del rapporto con i pazienti animali da parte dei medici veterinari, attraverso un confronto con quanto avviene nelle professioni di aiuto sanitarie in ambito umano e focalizzando l'attenzione su alcuni stru-

menti e strategie di supporto.³ Di fronte alla pervasività del MD in medicina veterinaria, l'acquisizione e l'applicazione di competenze e strumenti, originariamente sviluppati per diminuirne l'incidenza nell'ambito delle professioni di aiuto sanitarie con i pazienti umani, rappresenta una strategia cruciale per far fronte al disagio professionale anche in ambito animale e alla crescenti difficoltà generate dal contesto triadico in cui sempre si esplica il rapporto medico-paziente.

2. Il disagio professionale con gli animali

I disagi cui sono sottoposte le professioni che lavorano con gli animali sono in crescita esponenziale, al pari della crescita di importanza degli animali nelle nostre società. E, sempre più spesso, la reazione a questi disagi assume toni drammatici: gli studi sottolineano che la professione medico veterinaria, ad esempio, è esposta al rischio di suicidio – *proportional mortality ratio* (PMR) – con una percentuale di diverse volte superiore rispetto alla popolazione generale [4; 5].

Sono diverse le professioni in ambito sanitario esposte al rischio di suicidio. Tuttavia, anche se la valutazione comparativa

² Diversi e interessanti sono, a proposito della possibilità di applicare il modello del *Best Interest*, le analogie e le diversità con l'ambito della medicina umana. Anche in medicina umana, l'accesso alle cure può dipendere dalle condizioni economiche e da una serie di dinamiche che rendono complesso l'operato medico. Nel caso degli animali, tuttavia, questa complessità, è, per così dire, *istituzionalizzata*, sulla base del diverso valore che attribuiamo alla loro vita. Cfr. *infra*.

³ Molte delle questioni esplorate in questo contributo, a partire dall'incidenza dell'MD, valgono anche per la professione infermieristica e lo staff di supporto in medicina veterinaria, che si trova a dover gestire dinamiche altrettanto complesse. Lo staff di supporto e le figure dell'infermiere veterinario, tuttavia, rispetto alle corrispondenti figure nell'ambito della medicina umana, in diversi Paesi, come l'Italia, non sono ancora così diffuse e per questo si è scelto qui di concentrare l'attenzione solamente sulla figura del medico veterinario.

dei dati è difficile, gli studi hanno mostrato che il rischio di suicidio è più alto nella professione medico veterinaria rispetto alle altre professioni sanitarie [5-7]. Il rischio è stato inoltre evidenziato in crescita significativa, con un tasso, come si è detto, diverse volte più alto rispetto alla popolazione generale [5; 6].

Tra le cause principali, alcune sono condivise con le altre professioni sanitarie, come il fatto di avere a disposizione farmaci e strumenti pericolosi, o il fatto che il percorso di formazione sia molto costoso e selettivo, altre sembrano essere peculiari della professione veterinaria. Tra queste, ad esempio, lo scarso riconoscimento sociale, il senso di isolamento, specialmente nel settore degli animali da allevamento, e, soprattutto, lo specifico contesto triadico in cui si esplica il rapporto medico-paziente [7].

Nel contesto di questo rapporto, la questione etica fondamentale nell'esercizio della professione medico veterinaria diviene la priorità di doveri: a chi deve dare priorità il medico veterinario, agli interessi dell'animale – *patient centred* – secondo un modello di assistenza che, per analogia con l'ambito umano, è stato definito *pediatrico* [8], o agli interessi del cliente – *client centred* – secondo un modello antropocentrico [1; 2]? Nel contesto degli allevamenti intensivi per la produzione di alimenti di origine animale, ad esempio, o nel caso degli animali da laboratorio, può essere particolarmente difficile dare priorità agli interessi del paziente animale.

Certo, la professione veterinaria non è la sola ad avere a che fare con lo stress emotivo ed etico legato alle dinamiche della relazione di aiuto e alla questione della

priorità di doveri, in particolare quando la relazione sia con categorie umane sensibili come gli anziani o gli infanti, che hanno sempre bisogno di una figura di intermediazione [9], ma nel contesto dello specifico rapporto che si trova ad avere con il suo 'paziente', questa tipologia di stress ed altre correlate assumono toni ed intensità di natura peculiare.

Tra le motivazioni principali di questa peculiarità, la più evidente riguarda senz'altro la questione del valore che attribuiamo agli animali, la questione cioè del loro status morale in relazione alle varie *categorie* che la società ha identificato, dalla categoria degli animali da allevamento, a quella degli animali da sperimentazione, da compagnia e così via. Cosa determina, infatti, le scelte di gestione e di intervento per un paziente animale da parte di chi è responsabile per la sua vita? La risposta sembra essere proprio la categoria cui quell'animale appartiene, il suo valore, cioè, e l'importanza che gli viene attribuita, il suo status morale [10; 11]. Qual è il valore, lo status morale di un animale da sperimentazione a confronto con quello di un animale da compagnia? O ancora, quello di un animale da reddito a confronto con quello di un animale selvatico a rischio di estinzione?

Se al singolo animale viene riconosciuto un qualche status morale, se gli viene attribuito, cioè, un valore di per sé, *intrinseco*, indipendente dal suo utilizzo, le scelte di intervento e di gestione saranno orientate in un certo modo: è il caso per eccellenza degli animali da affezione. Diversamente, se all'animale viene attribuito solo un valore *estrinseco*, un valore legato solo al suo impiego e alla sua funzione nelle nostre vi-

te, la gestione e l'accesso alle cure avverranno in funzione di quel valore d'uso: qui il caso per eccellenza è quello degli animali da allevamento.

E che dire di un identico animale in 'contesti d'uso' differenti? Si pensi ad un animale come il coniglio: si tratta al contempo di una animale da compagnia, di un animale destinato al consumo alimentare, alla sperimentazione, all'allevamento da pelliccia, e così via. Qual è il suo status morale? Qual è il valore di un coniglio da allevamento, da caccia, da sperimentazione, rispetto a quello di un coniglio d'affezione? O rispetto ad un coniglio considerato come un *pest*, un animale invasivo e nocivo, come spesso avviene negli ambienti rurali? Eppure si tratta dello stesso animale.

Di fronte alla realtà animale, l'etica sociale mostra tutte le sue incertezze e le sue contraddizioni e l'etica medica veterinaria ne viene colpita a pieno. Certamente, abbiamo dato sempre più *voce* agli animali con cui ci relazioniamo, definendoli *esseri senzienti* [12]. Ma, a seconda delle categorie in cui li inseriamo, continuiamo a riservare trattamenti non comparabili ad esseri senzienti altrimenti eguali tra loro e nelle loro esigenze. E le conseguenze di questo sono perlopiù a carico degli addetti ai lavori, di coloro che hanno la responsabilità di gestire e prendersi cura delle vite di quegli esseri senzienti.

Per questo è necessario che chi lavora con gli animali acquisisca consapevolezza sempre più anche delle problematiche etiche legate all'esercizio della propria professione. Oggi sembra quanto mai adeguato riconoscere che chi lavora con gli animali è colpito dalle medesime problemati-

che e disagi di natura etica che coinvolgono chi è tradizionalmente implicato nel rapporto interpersonale di assistenza.

Gli studi sul disagio professionale hanno identificato diverse malattie e disagi di natura etica, come il MD, la cui diagnosi e cura rappresenta oggi un impegno di grande rilievo. Nell'ambito delle professioni che si occupano di animali, tuttavia, difficilmente questi studi sono stati approfonditi, con ripercussioni anche gravi sull'esercizio professionale.

3. Il Moral distress in medicina veterinaria

Il MD rappresenta senz'altro una tra le forme di disagio professionale più significative nell'ambito della medicina veterinaria. Come è noto, il MD è stato definito per la prima volta nel 1984 da A. Jameton nel contesto della professione infermieristica in ambito umano, come disagio che interviene nella situazione in cui un operatore sanitario si trova «quando sa quale sia la cosa *giusta* da fare, ma gli obblighi istituzionali rendono praticamente impossibile perseguire il corso d'azione *corretto*» [13, p. 6; corsivo mio]. Il legame tra esperienza emotiva negativa e sfera morale è evidente, dato che ciò che è giusto e corretto fare risulta chiaro all'operatore, il quale, tuttavia, si trova nell'impossibilità di perseguirlo. E questo genera un conflitto morale che è fonte di disagio emotivo profondo.

A partire dalle prime definizioni [13; 14], il MD è stato esplorato e approfondito in molteplici modi e in ambiti diversi da quello infermieristico [15-17], sottoli-

neando il legame tra l'esperienza psicologicamente frustrante e la violazione dell'integrità professionale nell'impossibilità di fare ciò che si ritiene sia eticamente corretto. Di fatto, questa violazione rappresenta la caratteristica saliente del MD, che lo distingue da altre forme di disagio che intervengono nelle relazioni di aiuto, come lo stress emozionale o la *compassion fatigue* [18-20].

Se numerose sono state nel tempo le ricerche dedicate ad approfondire il MD nell'ambito delle professioni di aiuto in campo sanitario, solo di recente si è iniziato ad approfondirne la portata anche nel contesto della professione medico veterinaria, dove alcuni studi hanno confermato che sono molteplici le fonti di MD [21-23]. Tra queste, senz'altro, la scarsa considerazione sociale del medico veterinario e la difficile relazione con i clienti e anche con i colleghi, ma anche la soppressione di animali sani per motivi non legati alla loro salute, come avviene nell'ambito degli animali da allevamento o da sperimentazione; oppure la continua esposizione alla richiesta di praticare l'eutanasia degli animali da compagnia quando la qualità di vita dell'animale è ancora accettabile, o, al contrario, la richiesta di prolungare le cure oltre il parere medico di opportunità quando le condizioni dell'animale siano di grave sofferenza; o, ancora, la richiesta di praticare gli interventi medici ad un costo ridotto o senza riconoscimento economico da parte di clienti in difficoltà finanziarie o quando si tratta di animali non di proprietà che vengono abbandonati sul territorio [21; 24-26].

La scarsa considerazione del ruolo sociale del medico veterinario, spesso visto

solo attraverso il filtro dell'importanza conferita agli animali, è considerata tra le cause più importanti del disagio professionale. La percezione sociale, come accennato, sta mutando rapidamente, in parallelo con l'evolversi del rapporto con gli animali, ma rimane ad oggi un fattore critico, dovuto soprattutto alla scarsa consapevolezza degli svariati compiti e delle molteplici responsabilità che coinvolgono la professione veterinaria, che opera in settori tra loro molto diversi [27].

Anche il rapporto con i colleghi rappresenta una fonte importante di MD, come accade in ambito umano, ma il rapporto con il cliente rappresenta un fattore assolutamente critico [28]. Di fatto, la decisione terapeutica, in medicina veterinaria, non può mai essere *diretta*, ma dovrà sempre essere mediata dalla relazione con il cliente, che è il proprietario o referente per l'animale, il quale tende ad attribuire un diverso valore all'animale a seconda delle situazioni e della categoria di appartenenza: il valore che un allevatore conferisce al proprio animale d'allevamento difficilmente sarà simile al valore attribuito da un proprietario ad un animale d'affezione [29; 30]. Tuttavia, in relazione all'integrità morale del medico veterinario, si tratta sempre di un suo paziente, le cui condizioni di salute impongono un dovere professionale e morale. Sopprimere animali sani per le esigenze della produzione intensiva legata al consumo di prodotti di origine animale o per le esigenze della sperimentazione, o, anche, per le abitudini della società, come nel caso dell'abbandono degli animali da compagnia, rappresenta una causa di MD che compromette alle radici l'impegno professionale.

La pratica dell'eutanasia (che spesso, in medicina veterinaria, non viene adeguatamente distinta dalla soppressione eseguita per motivi diversi rispetto all'interesse puro del paziente), in particolare con gli animali da compagnia, rappresenta una fonte importante di MD, dato che espone il medico veterinario ad una serie di conflitti etici legati, da una parte agli interessi del paziente e, dall'altra, alla rottura del legame affettivo e alla perdita di quello che sempre più viene considerato un *componente* del nucleo familiare [31]. Vi sono, a questo proposito, diversi aspetti in comune tra le difficoltà nella gestione del rapporto con il proprietario che chiede di non interrompere gli interventi terapeutici, determinando spesso una condizione di accanimento terapeutico, e le difficoltà in campo umano nella gestione del rapporto con i familiari nei casi legati alle condizioni terminali [9; 32; 33].

In generale, anche in medicina umana questi conflitti etici hanno una grande importanza sia per i medici sia per le figure assistenziali, ma nell'ambito della medicina veterinaria assumono caratteristiche peculiari, dovute in primo luogo alla liceità, tradizionalmente accettata in ambito animale rispetto all'ambito umano, dell'atto eutanascico e alla complessità e varietà delle modalità di relazione tra l'animale e il proprietario [28]. La relazione tra l'animale d'affezione e il proprietario, infatti, oscilla tra i due poli, da una parte, come si è accennato, dell'attaccamento estremo, con la conseguente difficoltà, da parte del proprietario, di accettare l'opzione eutanascica, dall'altra dell'opportunismo, con la richiesta di praticare l'eutanasia sugli animali d'affezione per *convenienza*, quando siano

venuti meno l'interesse o la disponibilità pratica di accudire l'animale [21].⁴ Gli studi mostrano che l'eutanasia di convenienza è una importante fonte di MD per la professione veterinaria [34; 35]. Anche la soppressione per motivi non legati all'interesse diretto del paziente animale, spesso definita in maniera ingannevole *eutanasia* – come nel caso degli animali da laboratorio – può rappresentare una fonte importante di MD per il medico veterinario.

Alcuni studi svolti attraverso questionari somministrati a medici veterinari che lavorano con gli animali da affezione hanno determinato che una percentuale importante del campione considerato trova difficile e causa di MD comunicare al proprietario dell'animale la prognosi infausta, praticare l'eutanasia e gestire l'angoscia del proprietario nel momento della rottura definitiva della relazione con il proprio animale [28]. Quel che soprattutto segna la differenza rispetto all'ambito della medicina umana, in questo caso, sembra essere la dinamica sociale legata al lutto e alla perdita: mentre in ambito umano esiste il riconoscimento sociale esplicito, attraverso forme rituali codificate, in merito al lutto e alla perdita, nell'ambito del rapporto con un animale questa ritualità è ancora molto diversa. Il senso di isolamento e solitudine in cui spesso il proprietario si trova determina un peso aggiuntivo per il medico ve-

⁴ Oggi l'eutanasia di convenienza, nelle sue forme più evidenti, è sempre più oggetto di condanna penale, a seconda dei Paesi (in Italia, ad esempio, è penalmente perseguibile), ma permane la difficoltà, da parte dei medici veterinari, di gestire le forme meno evidenti, in cui le diverse dinamiche che interessano il proprietario e l'animale e le loro reciproche condizioni di vita sono spesso in conflitto.

terinario, che si trova a dover gestire queste dinamiche senza strumenti psicologici adeguati, che non hanno fatto parte della sua formazione.

In generale, la relazione con il cliente è una delle fonti principali di disagio morale per chi lavora con gli animali, dal cliente allevatore a coloro che gestiscono gli animali da sperimentazione, al cliente di un animale da affezione in difficoltà finanziarie che chiede comunque di intervenire o che non accetta la perdita e richiede l'accanimento terapeutico. Le analogie con l'ambito umano, in cui la relazione non è tanto con il cliente, quanto con il contesto familiare e con le figure di accudimento, raramente sono state investigate [32]. La professione veterinaria, tuttavia, proprio in virtù della molteplicità di categorie entro cui si inserisce il paziente animale, si trova a dover gestire modalità relazionali con i clienti tra loro estremamente diverse, a seconda che lavori con gli animali da sperimentazione, con gli animali da allevamento, con gli animali selvatici e così via. Questo evidenzia non solo la complessità dell'esercizio professionale nell'ambito della medicina veterinaria, ma anche la molteplicità di fonti di MD. E, forse, può contribuire a spiegare perché l'esposizione al rischio di suicidio, legata alla peculiare complessità delle esperienze di violazione dell'integrità professionale e sul senso di isolamento che tende ad accompagnare queste esperienze, sia così importante in questa professione. Di fatto, il legame tra MD e maggiore esposizione al rischio di suicidio nella professione veterinaria non è ancora stato adeguatamente indagato e dovrebbe per questo essere oggetto di ricerche specifiche, dato che, ad oggi, rimane

una evidenza solo statistica, che non indaga le cause del fenomeno se non in termini probabilistici.

3.1. Dal *moral distress* al *burnout* in medicina veterinaria

Anche il *burnout* rientra tra i disturbi che vengono sperimentati da chi si occupa di animali, come esito perlopiù dell'esperienza prolungata del MD. Il *burnout* è caratterizzato da esaurimento emotivo, de-personalizzazione e, col tempo, una ridotta realizzazione lavorativa [36]. Sino all'esito più estremo, il suicidio appunto.

Secondo gli studi in merito, la chiave per comprendere il *burnout*, rispetto al MD, è data dalla reiterazione del contatto con il disagio emozionale e dal coinvolgimento empatico che questo contatto inevitabilmente comporta. Già Jameton aveva proposto implicitamente questa distinzione, descrivendo il MD attraverso due componenti: il distress iniziale e il distress di reazione [37]. Il distress iniziale si riferisce alla fase acuta, determinata dal contatto con la dinamica che genera il conflitto morale, mentre quando la fase acuta è terminata, rimane la reazione interiore di distress, che Epstein e Hamric chiamano residuo morale – *moral residue* – [38] e che tende ad accumularsi. Accumulandosi, il residuo morale tende ad influenzare a sua volta l'intensità del distress iniziale in una successiva fase acuta determinata dal contatto con una nuova situazione di disagio morale. Epstein e Hamric propongono, a questo proposito, di applicare un modello di analisi "effetto crescendo" – *crescendo effect* –, che è in

grado di spiegare il legame tra MD e burnout [38]. L'effetto crescendo, infatti, è duplice e si basa sulla presenza del residuo morale: ogniqualvolta viene sperimentata una nuova situazione di MD, questa viene vissuta in modo sempre più intenso e frustrante a causa del crescendo del residuo morale. L'effetto crescendo porta con sé un progressivo esaurimento emozionale, che è una misura tipica del burnout, cui tende a corrispondere più facilmente l'intenzione di abbandonare la posizione lavorativa [36].

Sono poche, ad oggi, le analisi di questo tipo nell'ambito della professione veterinaria, in grado di evidenziare le dinamiche e il legame tra MD e burnout [39; 40]. Pure in merito a quest'ultima tipologia di disagio tuttavia, chi si occupa di animali per professione è da considerare *a rischio* al pari delle altre professioni e necessita di tutela e di monitoraggio sotto il profilo psico-emotivo e non solo sanitario. Il riconoscimento e la prevenzione, sia del MD sia del burnout, divengono, anche per la professione medico veterinaria, un aspetto cruciale. Il mancato riconoscimento, sino a tempi recentissimi, dell'incidenza di queste tipologie di disagio in questo ambito professionale si è accompagnata ad una quasi totale assenza di azioni preventive.

La prevenzione, anche per questa professione, come in ambito umano, dovrà attuarsi attraverso la valutazione programmata e preventiva, ma soprattutto dovrà promuovere lo sviluppo di strategie e competenze specifiche.

4. Le strategie e le competenze per far fronte al *moral distress*: dalla medicina umana alla medicina veterinaria

Il riconoscimento è il primo passo fondamentale per far fronte al MD, così come al burnout. Nell'ambito della medicina umana, le strategie previste individuano tutte nel riconoscimento – *moral sensitivity* – il punto da cui partire, condividendo poi attraverso il dialogo, in primo luogo con i colleghi, l'esperienza di disagio e definendola in maniera chiara. Sono stati approntati anche alcuni servizi di consulenza [38; 41], attivati specificamente in merito al MD. Si tratta di servizi simili ai servizi di consulenza etica nell'ambito dei comitati per la consulenza clinica, tuttavia l'oggetto della consulenza non sono i conflitti etici, bensì lo stato di MD che può essere manifestato da una o più persone appartenenti all'equipe di lavoro. Anche se vi possono esseri casi di sovrapposizione e coincidenza, in generale la discussione dei casi etici è differente dalla consulenza in merito al MD e questa distinzione è importante per evitare il verificarsi di situazioni in cui il servizio di consulenza, concentrandosi sulla dinamica del conflitto etico, non sia in grado di rilevare la situazione di MD, che può intervenire anche in assenza di un particolare caso di conflitto etico [42; 43].

Anche in medicina veterinaria vengono indicati nel riconoscimento e poi nel dialogo con i colleghi i primi passi per far fronte al MD [23]. Nell'ambito, tuttavia, di una professione che opera tradizionalmente in contesto individuale, anche il dialogo con i colleghi può non essere facile e i servizi di consulenza sono ancora poco diffusi [23; 26; 44]. Gli step più importanti, ad ogni

modo, sono quelli di promuovere la familiarità con i sintomi del MD, in modo da poterli riconoscere e comunicare ai colleghi ed eventualmente ai servizi locali e nazionali di assistenza [23; 45]. Per parte loro, le istituzioni, le aziende e in genere i luoghi di lavoro devono promuovere un'indagine il più possibile sistematica delle cause e delle condizioni che possono determinare il disagio, in modo da intervenire per modificare le dinamiche in atto. A questo scopo, nell'ambito della medicina umana sono stati progressivamente messi a punto anche alcuni strumenti di misurazione, come la MDS – *moral distress scale* – originariamente presentata da Corley e colleghi [46] e successivamente modificata in diversi studi [47; 48]. La MDS misura, attraverso un certo numero di domande, la frequenza e l'intensità del MD mediante alcune dimensioni, tra cui il senso di impotenza che avverte chi è colpito da questo disagio professionale.

Il senso di impotenza misurato dal MDS e che viene sperimentato dal personale sanitario che si trova nella condizione di non poter fare ciò che riterrebbe moralmente appropriato (per via di ostacoli che si possono presentare a diversi livelli, da parte dei familiari, o dell'equipe di lavoro, o anche a livello istituzionale), trova un preciso corrispettivo nel senso di impotenza che il medico veterinario sperimenta nella relazione con il cliente, che sia il proprietario di un animale da compagnia, o il titolare di un'azienda di allevamento o di un laboratorio di sperimentazione e così via. Anche i tre principali fattori in grado di generare MD, posti da Corley e colleghi alla base del MDS, che sono legati, il primo alla responsabilità individuale in con-

trasto con il margine di autonomia permesso dalla situazione, il secondo alla reale possibilità di agire in accordo con il *best interest* del paziente, e il terzo al rischio di non riuscire a soddisfare le aspettative del paziente, trovano un preciso corrispettivo nella relazione triadica sperimentata dal medico veterinario.

In medicina veterinaria, tuttavia, una scala di misurazione del MD (per quanto è dato evincere ad oggi dalla letteratura scientifica), non è ancora stata messa a punto, così come non sono stati promossi molti studi sistematici, rendendo difficile quantificare il fenomeno e comprendere adeguatamente i fattori di rischio [26]. Misurare il MD rappresenta un passaggio decisivo per mettere a punto strategie efficaci per ridurre l'incidenza e migliorare la soddisfazione lavorativa di una professione così a rischio come quella del medico veterinario.

Tra le strategie suggerite in ambito umano per far fronte al MD, le *4A's to Rise Above Moral Distress*, messe a punto ancora nei primi anni del 2000 dal Gruppo di lavoro Etico dell'*American Association of Critical Care Nurses* [49] hanno contribuito a sottolineare l'importanza di avviare una discussione aperta quando sia stata riconosciuta una situazione di MD. Le 4A raccomandano infatti un processo in cui il primo passo è quello di chiedere – *ask* – direttamente a se stessi se il disagio che viene percepito dipende da una situazione di MD e, in caso affermativo, di procedere direttamente ad esplicitarlo – *affirm* – con i colleghi, ed eventualmente con le istituzioni o con l'azienda, in modo da poterlo valutare – *assess* – e poter mettere in atto – *act* – opportune misure per eliminarlo o dimi-

nuirne l'incidenza, preservando così la propria integrità professionale.

Pure per la professione veterinaria le 4A possono rappresentare una strategia efficace per affrontare le situazioni di disagio morale, anche se si tratta di venire meno alle aspettative del cliente: tra le modalità d'azione infatti – *act* –, diviene particolarmente importante imparare a dichiarare apertamente – *speak up* – quando qualcosa può compromettere la sicurezza del paziente ed è contrario al proprio operato professionale [50]. Lo *speaking up* è stato suggerito pure per i medici veterinari quando si trovino a dover difendere il benessere del proprio paziente anche contro le indicazioni del cliente [51]. Di fatto, il timore, sia in ambito umano, sia nell'ambito della medicina veterinaria, di non soddisfare le aspettative dei familiari, del cliente, dell'azienda, delle istituzioni, rappresenta una delle fonti più importanti di MD, destinata nel tempo, attraverso l'effetto crescendo, a deteriorare la propria immagine di sé e la propria autonomia e ad acuire il senso di violazione e di isolamento che accompagna il percorso dal MD al burnout.

In generale, le situazioni che danno luogo al MD sono complesse e le dinamiche coinvolte possono essere molto differenti, ma sono tutte accomunate da difficoltà comunicative, con i colleghi, con i familiari, con il cliente, con l'azienda. Migliorare le proprie competenze comunicative fa così parte integrante delle azioni per far fronte al MD, sia in ambito umano sia nell'ambito del lavoro con gli animali, dato che, assieme all'acquisizione di una precisa competenza etica, permette di lavorare sulle 'cause' del disagio e non solo sulle conseguenze.

L'acquisizione di una competenza etica,

la capacità cioè di *pensare eticamente*, rispondendo adeguatamente alle sollecitazioni morali è considerata oggi un aspetto essenziale nell'esercizio della professione medica e assistenziale in ambito umano. Di fatto, attraverso un percorso in qualche modo simile a quello avvenuto nel contesto della bioetica medica, anche nell'ambito della medicina veterinaria l'*etica medica veterinaria* si è venuta progressivamente definendo nei suoi contenuti come ambito disciplinare specifico e progressivamente oggetto di insegnamento nell'ambito dei corsi di laurea in medicina veterinaria [52]. L'associazione tra le difficoltà elicitate dai conflitti etici e l'insorgenza del MD non è provata, ma sappiamo che i conflitti etici che nascono nelle dinamiche del rapporto triadico con il cliente ed il paziente possono essere una fonte importante di stress. In ragione, così, della frequenza con cui anche la professione veterinaria, come le professioni sanitarie, è esposta al conflitto etico, l'acquisizione di specifiche competenze nel ragionamento etico può contribuire ad abbassare l'incidenza dei fattori di stress.

L'acquisizione di competenze etiche, oltre ad aiutare nel processo decisionale, comporta lo sviluppo delle qualità umane e professionali [53; 54], contribuendo nel suo insieme a migliorare il *clima etico* nell'ambiente di lavoro, un altro fattore oltremodo importante nel determinare le situazioni di MD [55]. Anche i tratti della personalità hanno una influenza rilevante sul clima etico [56], ma sappiamo che l'acquisizione di competenze etiche è un fattore determinante. Nel contesto sanitario umano, il clima etico è stato definito come l'insieme delle percezioni individuali,

nell'ambito di una organizzazione, che è in grado di influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti e di servire da riferimento per il comportamento individuale ed è stato misurato attraverso delle scale che considerano diverse dimensioni [57]. Van den Bulcke e colleghi hanno di recente messo a punto una scala di valutazione – *Ethical Decision-Making Climate Questionnaire* – [58] che rivisita la scala messa a punto alla fine degli anni Novanta in ambito infermieristico, la *Olsen Hospital Ethical Climate Survey* [57] ed è in grado di misurare specificamente alcuni aspetti del clima etico che sono collegati al MD e al burnout, secondo il modello presentato da Dzung e colleghi [59]. È importante che strumenti di questo tipo vengano utilizzati anche nel contesto della professione veterinaria per valutare il clima etico dell'ambiente di lavoro, pur dovendo tenere conto della specifica varietà dei contesti, e la relazione tra questo e il MD, il burnout e le ricadute per i pazienti e i clienti.

Anche l'insegnamento delle tecniche di comunicazione si sta via via sviluppando nell'ambito delle scuole di medicina veterinaria [60], insistendo sull'importanza di impostare in maniera corretta la comunicazione con il cliente, attraverso l'esplicitazione di tutte le informazioni rilevanti (e l'utilizzo del modello di consenso informato) e adeguando la relazione comunicativa anche qui, come in medicina umana, al modello dell'alleanza terapeutica e non del paternalismo medico [61-63]. Non vi sono molte ricerche in merito all'efficacia di una buona comunicazione nel ridurre l'incidenza del MD in medicina veterinaria, tuttavia il suggerimento di condividere con il cliente tutte le informazioni rilevanti e di parlare

apertamente, come si è detto, in presenza di conflitti etici o preoccupazioni per il benessere del paziente, è stato visto essere di beneficio nell'ambito della medicina umana [64].

In generale, se le strategie di gestione, come le 4A, o gli strumenti di misurazione, come la MDS, possono aiutare a far fronte alle conseguenze dell'insorgenza del MD, è oltremodo importante lavorare anche sulle cause, sia a livello individuale, attraverso l'approfondimento delle competenze etiche e comunicative, sia a livello aziendale e istituzionale, migliorando la qualità etica dell'ambiente lavorativo, soprattutto nell'ambito di una professione, come quella veterinaria, che tradizionalmente ha mancato di approfondire questi temi.

5. Conclusione

Come è stato sottolineato nei diversi studi in merito, il MD comporta la percezione che i propri valori e i propri obblighi morali siano stati violati. Questa violazione, che contraddistingue nel profondo il MD e lo distingue da altre forme di disagio, non è destinata a diminuire da sé, attraverso l'esposizione a nuovi casi nel corso dell'esercizio professionale, bensì, mediante l'*effetto crescendo*, è destinata ad aumentare col tempo e ad avere anche gravi ripercussioni sulla vita lavorativa delle professioni mediche e assistenziali.

L'esplorazione svolta in queste pagine mostra che l'incidenza di questo disagio nell'ambito dell'esercizio della professione veterinaria è ancora decisamente sottovalutata e che andrebbero meglio indagate le conseguenze ad esempio, come si è detto,

sulla PMR – *proportional mortality ratio* –. Sappiamo che il MD (e il burnout che ne consegue) è ampiamente diffuso anche in questo ambito professionale, ma spesso non viene percepito e identificato come tale [26]. Gli studi recenti sottolineano l'importanza di ricorrere a strategie di riconoscimento e di prevenzione, ma il processo è ancora molto lontano dall'aver raggiunto il livello di consapevolezza (se pur migliorabile) delle tradizionali professioni di aiuto. Le cause non sono ancora state indagate in modo rigoroso in questo ambito e pochi sono gli studi sul suo impatto sulla vita professionale.

In analogia con l'ambito umano, è necessario approfondire gli studi per misurare il MD, o per valutare l'effetto crescendo e il clima etico, e per sviluppare strategie per diminuirne l'incidenza. Data la vasta letteratura presente nel contesto sanitario umano, l'adattamento degli strumenti e delle strategie già proposti in quest'ambito rappresenta la strategia più immediata per la professione veterinaria. E gli studi devono essere focalizzati sia a livello individuale, insistendo sulle modalità di riconoscimento e sullo sviluppo della resilienza e del *moral courage* [65; 66], sia a livello istituzionale, prevedendo la costituzione di comitati etici dedicati e di specifici servizi di consulenza [44]. Anche la partecipazione a gruppi di supporto, come nel contesto sanitario in medicina umana, può essere di grande aiuto e per questo viene raccomandato anche in medicina veterinaria [67]. Di fatto, la cosa più importante è che venga affrontato in maniera sistematica lo studio di questo disagio professionale anche nell'ambito della medicina veterinaria, considerando che si tratta di un importante fattore di rischio per

la salute mentale e la qualità della vita lavorativa di una professione che è ad alto rischio di suicidio.

References

- [1] Rollin BE. An Introduction to Veterinary Medical Ethics: Theory and Cases. III ed. Ames, IA, USA: Iowa State University Press; 2006.
- [2] Coghlan S. Strong Patient Advocacy and the Fundamental Ethical Role of Veterinarians. *Journal of Agricultural and environmental Ethics* 2018; 31: 349-367.
- [3] Rollin BE. The use and abuse of Aesculapian authority in veterinary medicine. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2002; 220 (8): 1144-1149.
- [4] Bartram DJ, Baldwin DS. Veterinary surgeons and suicide: influences, opportunities and research directions. *Veterinary Record* 2008; 162: 36-40.
- [5] Tomasi SE, Fechter-Leggett ED, Edwards NT, Reddish AD, Corsby AE, Nett RJ. Suicide among veterinarians in the United States from 1979 through 2015. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2019; 254 (1): 104-112.
- [6] Platt B, Hawton K, Simkin S, Mellanby RJ. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. *Occupational Medicine* 2010; 60: 436-446.
- [7] Nett RJ, Witte TK, Holzbauer SM, Elchos BL, Campagnolo ER, Musgrave KJ, Carter KK, Kurkjian KM, Vanicek CF, O'Leary DR, Pride KR, Funk RH. Risk factors for suicide, attitudes toward mental illness, and practice-related stressors among US veterinarians. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2015; 247 (8): 945-955.
- [8] Williams D, Jewell J. Family-centred veterinary medicine: learning from human pediatric care. *The Veterinary Record* 2012; 170: 79-80.
- [9] Parks Mockus S, Winter L, Santana AJ, Parker B, Diamond JJ, Rose M, Myers RE. Family factors in end-of-life decision-making: Family conflict and proxy relationship. *Journal of Palliative Medicine* 2011; 14 (2): 179-184.
- [10] De Mori B. Cosa è la Bioetica Animale. Roma: Carocci; 2007.

- [11] Pollo S. *Umani e animali: questioni di etica*. Roma: Carocci; 2016.
- [12] Low P, Panksepp J, Reiss D, Edelman D, Van Swinderen B, Low P, Koch C. The Cambridge Declaration on Consciousness. 7 July 2012. University of Cambridge.
- [13] Jameton A. *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1984.
- [14] Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum* 1988; 23 (1): 16-29.
- [15] Campbell SU, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *American Journal of Bioethics* 2016; 16 (12): 2-9.
- [16] McCarthy J, Monteverde S. The standard account of moral distress and why we should keep it. *HEC Forum* 2018; 30: 319-328.
- [17] Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* 2019; 26 (3): 646-662.
- [18] Figley CR, Roop RG. *Compassion Fatigue in the Animal-Care Community*. Washington: Humane Society Press; 2006.
- [19] Cohen SP. Compassion Fatigue and the Veterinary Health Team. *Veterinary Clinics of North America-Small Animal Practice* 2007; 37 (1): 123-134.
- [20] Boyle DA. Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing* 2015; 45 (7): 48-51.
- [21] Rollin BE. Euthanasia, moral stress, and chronic illness in veterinary medicine. *Veterinary Clinics of North America-Small Animal Practice* 2011; 41: 651-659.
- [22] Kahler SC. Moral stress the top trigger in veterinarians' compassion fatigue: veterinary social worker suggests redefining veterinarians' ethical responsibility. *Journal of American Veterinary Medical Association* 2015; 246 (1): 16-18.
- [23] Fawcett A, Mullan S. Managing moral distress in practice. *In Practice* 2018; 40: 34-36.
- [24] Batchelor CEM, McKeegan DEF. Survey of the frequency and perceived stressfulness of ethical dilemmas encountered in UK veterinary practice. *Veterinary Record* 2012; 170: 19-22.
- [25] Hartnack S, Springer S, Pittavino M, Grimm H. Attitudes of Austrian veterinarians towards euthanasia in small animal practice: Impacts of age and gender on views on euthanasia. *BMC Veterinary Research* 2016; 12 (26): 1-14.
- [26] Moses L, Malowney MJ, Boyd JW. Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: a survey of North American veterinarians. *Journal of Veterinary Internal Medicine* 2018; 32: 2115-2122.
- [27] Armitage-Chan E, Maddison J, May SA. What is the veterinary professional identity? Preliminary findings from web-based continuing professional development in veterinary professionalism. *Veterinary Record* 2016; 178 (318).
- [28] Christiansen SB, Kristensen AT, Lassen J, Sandøe P. Veterinarians' role in clients' decision-making regarding seriously ill companion animal patients. *Acta Veterinaria Scandinavica* 2016; 58 (830): 1-14.
- [29] Yeates J. Response and responsibility: an analysis of veterinary ethical conflicts. *Veterinary Journal* 2009; 182: 3-6.
- [30] Devitt C, Kelly P, Blake M, Hanlon A, More SJ. Dilemmas experienced by government veterinarians when responding professionally to farm animal welfare incidents in Ireland. *Veterinary Record Open* 2014; 1: e000003.
- [31] Stark C, Dougall N. Effect of attitudes to euthanasia on vets' suicide risk. *Veterinary Record* 2012; 171: 172-173.
- [32] Rosoff PM. Licensing surrogate decision-makers. *HEC Forum* 2017; 29 (2):145-169.
- [33] Clark JD, Dudzinski DM. The culture of dysthanasia: Attempting CPR in terminally ill children. *Pediatrics* 2013; 131: 572-580.
- [34] Yeates JW, Main DCJ. Veterinary opinions on refusing euthanasia: justifications and philosophical frameworks. *Veterinary Record* 2011; 168 (10): 263.
- [35] Coghlan S. Euthanasing treatable patients. *In Practice* 2017; 39 (4): 190-191.
- [36] Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care* 2015; 24: 412-420.
- [37] Jameton A. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatology and Women's Health Nursing* 1993; 4: 542-551.
- [38] Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics* 2009; 20 (4): 330-342.
- [39] Hatch PH, Winefield HR, Christie BA, Lievaart JJ. Workplace stress, mental health and bur-

- nout of veterinarians in Australia. *Australian Veterinary Journal* 2011; 89 (11): 460-468.
- [40] Kipperman BS, Kass PH, Rishniw M. Factors that influence small animal veterinarians' opinions and actions regarding cost of care and effects of economic limitations on patient care and outcome and professional career satisfaction and burnout. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2017; 250 (7): 785-794.
- [41] Hamric AB, Epstein EG. A health system wide moral distress consultation service: Development and evaluation. *HEC Forum* 2017; 29 (2): 127-143.
- [42] Hamric AB, Davis W, Childress MD. Moral distress in health-care providers: what is it and what can we do about it? *Pharos of Alpha Omega Alpha Honor Society* 2006; 69: 16-23.
- [43] Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics bioethics. *Bioethics* 2015; 29 (2): 91-97.
- [44] Rosoff PM, Moga J, Keene B, Adin C, Fogle C, Ruderman R, Hopkinso H, Weyhrauch C. Resolving Ethical Dilemmas in a Tertiary Care Veterinary Specialty Hospital: Adaptation of the Human Clinical Consultation Committee Model. *The American Journal of Bioethics* 2018; 18 (2): 41-53.
- [45] American Association of Critical Care Nurses (AACN). AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments. Aliso Viejo, California: AACN; 2005.
- [46] Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33 (2): 250-256.
- [47] Badolamenti S, Fida R, Biagioli V, Caruso R, Zaghini F, Sili A. Modified Moral Distress Scale (MDS-11): Validation Study Among Italian Nurses. *Professioni Infermieristiche* 2017; 70 (4): 240-250.
- [48] Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing Understanding of Moral Distress. *The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals, AJOB Empirical Bioethics* 2019; 10 (2): 113-124.
- [49] AACN Ethics work Group. 4A's to rise above moral distress toolkit. Aliso Viejo, California: AACN; 2006.
- [50] Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 61.
- [51] Hernandez E, Fawcett A, Brouwer E, Rau J, Turner PV. Speaking Up: Veterinary Ethical Responsibilities and Animal Welfare Issues in Everyday Practice. *Animals* 2018; 8 (15): 1-22.
- [52] Magalhães-Sant'Ana M, Olsson IAS, Sandoe P, Millar K. How ethics is taught by European veterinary faculties: A review of published literature and web resources. In: Casabona CMR, San Epifanio LE, Cirión AE (Eds). *Global Food Security: Ethical and Legal Challenges*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2010: 441-446.
- [53] Magalhães-Sant'Ana M, Lassen J, Millar KM, Sandøe P, Olsson IAS. Examining Why Ethics is Taught to Veterinary Students: A Qualitative Study of Veterinary Educators' Perspectives. *Journal of Veterinary Medical Education* 2014; 41: 350-357.
- [54] Verrinder JM, Ostini R, Phillips CJC. Differences in moral judgment on animal and human ethics issues between university students in animal-related, human medical and arts programs. *PLoS ONE* 2016; 11.
- [55] Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. *Nursing Ethics* 2019; 26 (2): 327-345.
- [56] Crane MF, Phillips JK, Karin E. Trait perfectionism strengthens the negative effects of moral stressors occurring in veterinary practice. *Australian Veterinary Journal* 2015; 93: 354-360.
- [57] Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *The journal of nursing scholarship* 1998; 30: 345-349.
- [58] Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, et al. Ethical decision making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ Quality and Safety* 2018; 10: 1-9.
- [59] Dzenge E, Curtis JR. Understanding ethical climate, moral distress and burnout: a novel tool and a conceptual framework. *BMJ Quality and Safety* 2018; 27: 766-770.
- [60] Mossop L, Gray C, Blaxter A, Gardiner A, MacEachern K, Watson P, Whittlestone K, Robbé I. Communication skills training: what the vet schools are doing. *Veterinary Record* 2015; 176 (5): 114-117.
- [61] Shaw J, Adams C, Bonnett B. What can veterinarians learn from studies of physician-patient

- communication about veterinarian-client patient communication? *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2004; 224: 676-684.
- [62] Yeates JW, Main DC. The ethics of influencing clients. *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2010; 237 (3): 263-267.
- [63] Ashall V, Millar KM, Hobson-West P. Informed Consent in Veterinary Medicine: Ethical Implications for the Profession and the Animal 'Patient'. *Food Ethics* 2018; 1 (3): 247-258.
- [64] Epstein EG, Delgado S. Understanding and Addressing Moral Distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 2010; 15 (3): 1-12.
- [65] Stutzer K, Bylone M. Building moral resilience. *Critical Care Nurse* 2018; 38 (1): 77-79.
- [66] Sadooghiasl A, Parvizy S, Ebadi A. Concept analysis of moral courage in nursing: a hybrid model. *Nursing Ethics* 2018; 25 (1): 6-19.
- [67] Blum NR. Professional development groups help physicians; why not veterinarians? *Journal of the American Veterinary Medical Association* 2018; 253 (6): 704-708.