

*LA PANDEMIA E IL DILEMMA PER L'ETICA
QUANDO LE RISORSE SONO LIMITATE: CHI CURARE?*

*Laura Palazzani**

**** 22 marzo 2020 ****

La questione della distribuzione delle risorse sanitarie non è certo un tema nuovo in bioetica. Da tempo l'etica medica si è posta il problema a diversi livelli ed in diversi ambiti.

È un problema di 'macro-distribuzione' delle risorse, ossia di decisioni nel contesto delle politiche sanitarie in senso lato (quanto investire nella sanità e in quali settori prioritariamente, rispetto ad altri investimenti). Tali decisioni assumono una specifica declinazione nei diversi Paesi del mondo, nei differenti contesti politici, economici e sociali. Ed è anche un problema di 'micro-distribuzione', ossia di decisioni che le strutture sanitarie e i medici devono prendere quando le risorse sono limitate rispetto alla quantità delle richieste dei pazienti.

Di qui l'emergere di un problema, al centro del dibattito bioetico: come distribuire le risorse scarse?¹ In una situazione ideale di disponibilità sufficiente di risorse per tutti, il problema non sussiste: ma la realtà ci mostra, in modo inesorabile, la inevitabilità del problema. Si pensi agli scenari di medicina di guerra e di medicina delle catastrofi; all'accesso per coloro che sono in attesa di organi da trapiantare; alla definizione di priorità nella gestione 'quotidiana' del pronto soccorso, dei ricoveri, dell'uso di farmaci o di tecnologie costose.

Oggi, la pandemia COVID-19 ci rende evidente, in modo drammatico e urgente, l'esistenza del problema. Da un lato la crescita rapida ed esponenziale della infezione (l'alta percentuale di pazienti che necessitano ricoveri, accesso e permanenza anche prolungata nei reparti di terapie intensive con uso di ventilazione assistita), dall'altro il limite delle risorse (numero di posti letto, disponibilità di farmaci e tecnologie, presenza di personale medico ed infermieristico), fanno emergere l'allarmante e drammatica possibilità di tali scelte.

Si stanno facendo tutti gli sforzi possibili per ampliare le risorse distribuibili per evitare di trovarsi di fronte alla tragica decisione di chi curare e non curare: aumentando i posti letto in

*Ordinario di filosofia del diritto presso l'Università Lumsa di Roma; vicepresidente vicario del Comitato Nazionale per la Bioetica. Mail: palazzani@lumsa.it. Il contributo è stato accettato per la pubblicazione nell'ambito della call *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*, su BioLaw Journal – Rivista di BioDritto.

¹ Cfr. su questo tema anche i documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Etica, sistema sanitario e risorse* (1998) e *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001).

terapia intensiva, trasformando e allestendo nuovi reparti, trasferendo pazienti in altre strutture, comprando le tecnologie necessarie, incrementando il personale, predisponendo nuove strutture, sollecitando i cittadini ad essere responsabili nei loro comportamenti per evitare di ammalarsi e di trasmettere il contagio.

Ma se e quando ci si trova di fronte alla scelta di chi includere e di chi escludere dal ricovero, dall'accesso alla terapia intensiva o alla ventilazione, si può scegliere? E su che basi si sceglie? Queste le domande inquietanti che emergono.

È inaccettabile la 'lotteria casuale' o sorteggio come criterio per risolvere un dilemma distributivo: anche se, a volte, a fronte della impossibilità di decidere, sembrerebbe essere l'unica soluzione possibile². Il problema dell'allocazione delle risorse in sanità è destinato a restare inevitabilmente aperto: il compito della bioetica al riguardo non è quello di risolverlo, ma solo di indicare e giustificare i criteri etici di riferimento su un piano inevitabilmente astratto rispetto alla concretezza della drammaticità di chi si trova in prima linea.

Si registra un accordo sul fatto che la distribuzione debba essere "giusta", secondo il significato condiviso di giustizia come "non danneggiare l'altro" e "dare a ciascuno il suo". Ma, nell'ambito della discussione pluralista esistono modi diversi di concepire sul piano teorico la giustizia e di applicarla sul piano concreto. E queste teorie si stanno riaffacciando nella discussione oggi, con maggiore o minore intensità, o con diverse formulazioni.

La teoria del libertarismo, a partire da una antropologia individualista,³ interpreta la giustizia come tutela dell'autodeterminazione: "non danneggiare" assume il significato di non impedire, ostacolare o restringere la libertà dell'altro; "dare a ciascuno il suo" assume il significato di attribuire ad ogni individuo risorse secondo la sua volontà, i meriti, le capacità, il contributo che fornisce, la libera iniziativa. In questa prospettiva le diseguaglianze sono inevitabili, e sono considerate risultato di una "sfortuna", ma non di "ingiustizia". La società non è tenuta a riparare i danni, non essendoci un "obbligo diretto" di aiutare i bisognosi, in quanto il bisogno degli altri non deve condizionare la libertà individuale.

² Il racconto "La lotteria di Babilonia" di J.L. Borges parla di una società in cui benefici e oneri sono distribuiti da una lotteria periodica: la stravaganza del racconto risulta dal fatto che la selezione casuale non tiene conto dell'operato, del merito, delle competenze, del bisogno o di altro. Ma solo del caso che appare iniquo. Solo in alcuni casi di dilemmi irrisolvibili, ove quale sia la scelta razionale non risulta giustificabile, il criterio della sorte e della lotteria può apparire l'unico 'giusto' (cfr. D. Dickenson, *Is Efficiency Ethical? Resource Issues in Health Care*, in B. Almond (ed.), *Introducing Applied Ethics*, Blackwell, Oxford 1995).

³ M. Charlesworth, *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Donzelli, Roma 1996, p. 92; H.T. Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999, p. 391 e ss.

In questa prospettiva, non esiste una titolarità giuridica da parte dell'individuo alla cura e all'assistenza sanitaria nel libero mercato dell'assistenza privata: i diritti di autonomia degli individui prevalgono sui doveri sociali di beneficenza⁴. Nelle scelte di selezione dei pazienti si tende a preferire il giovane rispetto all'anziano, il ricco rispetto al povero, l'individuo che riveste importanti cariche sociali rispetto al disoccupato, chi è più autonomo rispetto a chi lo è meno o non lo è più. Si tratta di un approccio economicistico, secondo il quale la selezione dei pazienti per il trattamento avviene in base alla libera scelta individuale e alla capacità di pagare. Questa teoria ancora presente sul piano del dibattito teorico, non è scarsamente menzionata nell'ambito della discussione sulla pandemia COVID-19, e anche i sistemi sanitari dei Paesi ispirati a tale modello hanno cercato e stanno cercando soluzioni di tutela della salute pubblica, a causa delle inevitabili diseguaglianze che comporta sul piano socio-economico⁵.

Una teoria che è invece al centro della discussione bioetica anche in relazione alla pandemia COVID-19 è la visione utilitarista⁶. Tale visione, basandosi sul calcolo costi/benefici per ottenere il maggior beneficio per il maggior numero, ritiene che le scelte selettive siano giustificate quando realizzano il maggior risultato collettivo espresso dalla formula “*quality adjusted life years*” (QALY), ossia numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per il maggior numero di individui. La assegnazione delle risorse limitate in termini di accesso alle cure è ritenuta giusta quando raggiunge, a parità di spesa, il miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla convenienza ed efficienza, dunque numero di pazienti che sopravvivono, anni di vita da vivere, con qualità. Nella scelta selettiva del paziente da curare ed assistere si privilegia chi ha maggior probabilità di tornare ad una vita proiettata nel futuro di buona qualità con costi contenuti.

In questa prospettiva il diritto all'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria è riconosciuto solo a chi ha una vita “degnata” di essere vissuta in rapporto al raggiungimento o raggiungibilità di un

⁴ *Ibidem*, p. 426.

⁵ Per certi aspetti la proposta politica basata sulla ‘*herd immunity*’ (o immunità di gregge) segue questo approccio, che tende a privilegiare la esposizione ai rischi delle persone più vulnerabili con l'obiettivo di immunizzare la comunità (grazie a coloro si salvano dalla patologia), con benefici complessivi e costi in termini economici più contenuti. Si tratta di un approccio economicista criticato sul piano scientifico, dato che non è provato e condiviso dagli scienziati, con possibili (prevedibili) conseguenze negative per gli individui a livello nazionale ed internazionale, e con inevitabile aumento delle diseguaglianze.

⁶ P. Singer, *Etica pratica*, Liguori, Napoli 1991; J. Harris, *The Value of Life*, Routledge, London, 1985.

prevedibile numero di anni di vita da vivere e un certo standard di qualità della vita⁷. È comunque un diritto debole, subordinato alla massimizzazione dell'utile complessivo e potrebbe non permettere l'accesso all'assistenza sanitaria ai gruppi sociali deboli della società, con la conseguente emarginazione di anziani, persone con disabilità, indigenti. È in questo contesto che è emerso il dibattito sul c.d. "ageismo" (*ageism*), ossia discriminazione in base all'età: l'approccio utilitarista è un approccio che inevitabilmente, in modo esplicito o implicito, correla il massimo beneficio ottenibile con il privilegio delle persone più giovani rispetto alle persone più anziane, che hanno meno aspettativa di vita (in termini di numero di anni da vivere oltre che di livello presumibile di qualità) e peraltro hanno già vissuto anni di vita.

Tale discussione è recentemente riemersa con riferimento al documento di Siaarti *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio* (13 marzo 2020). Si tratta di un documento che esprime, nella drammaticità oggi della situazione italiana, alcuni criteri per gli operatori che si trovano costretti a fare delle scelte selettive, con l'intento di sollevarli dalla gravosa responsabilità di scelte. Nel contesto di un documento apprezzabile per la linearità argomentativa e il sostegno agli operatori, emergono alcuni elementi che, seppur non esplicitamente utilitaristi, presentano alcuni elementi interpretabili in questa logica. In particolare in due passaggi. Il primo riguarda il "non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo *"first come, first served"*⁸: in altri termini il documento sembra ammettere la possibilità di non fare accedere un paziente 'attuale' lasciando aperta la possibilità di cura di un successivo paziente 'futuro' che potrebbe avere migliore prognosi. Il secondo passaggio riguarda la possibilità di "porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva", al fine di consentire l'accesso "a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone". Va riconosciuto che primario rimane il principio della "probabilità di sopravvivenza", ma a parità di condizioni il criterio anagrafico viene

⁷ Questo approccio, bilanciato con un richiamo all'equità, anche in WHO, *Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks*, 2016: "total number of lives saved, the total number of life years saved, or the total number of quality-adjusted life years saved".

⁸ Sulla linea di Siaarti, il gruppo di lavoro di bioetica della Società spagnola di medicina Intensiva, Critica e Unità Coronarie e il cui contenuto è stato concordato con la Società spagnola di medicina interna (Semi): «Ammettere un ingresso può significare negarne uno a un'altra persona che potrebbe beneficiarne di più, quindi è necessario evitare il criterio dell'accesso in base agli arrivi».

introdotto (numero di anni di vita salvata)⁹. In un altro punto il documento afferma: “la presenza di comorbidità e lo status funzionale devono essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica”, sembrerebbe riportare il criterio anagrafico come primario, a cui si aggiunge il criterio clinico e prognostico. La ragione che giustifica questa scelta nel documento è spiegata con riferimento al fatto che le stesse risorse potrebbero essere usate per un tempo più breve per un paziente meno grave risparmiando rispetto all'uso per pazienti anziani e fragili. Si tratta di un approccio che, pur nella comprensibilità della situazione drammatica di ‘eccezionalità’ di oggi, rischiano di introdurre nella prassi ‘ordinaria’ criteri d'impostazione utilitarista. Su questa linea anche in Spagna la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). *Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19*.

I criteri della visione utilitarista sono suscettibili di una obiezione di fondo: si tratta di criteri che negano il significato autentico di giustizia, che riconosce la dignità di ogni uomo in quanto uomo senza distinzioni estrinseche tra vite con dignità o senza dignità, tra vite con più o meno dignità, in base a condizioni di vita di qualità, numero di anni da vivere, produttività. I criteri utilitaristici, analogamente a quelli della visione libertaria (seppur basata su teoria e argomenti diversi) si pongono in contrasto con i diritti umani fondamentali, tra cui il diritto alla tutela della salute, espresso nelle costituzioni e nelle normative internazionali, oltre che nei codici deontologici¹⁰. Si tratta di criteri non compatibili con il diritto fondamentale alla salute. Si pensi al sistema sanitario inglese, ad esempio, National Institute for Health and Care Excellence, in cui gli indici econometrici, come il QALY, definiscono a priori quali sono i trattamenti erogabili dal servizio sanitario o al sistema sanitario statunitense.

⁹ Questo elemento è emerso nelle dichiarazioni di Lorenzo d'Avack, Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha affermato: "Non dobbiamo dimenticare che il punto di riferimento deve restare la carta costituzionale, che riconosce lo stesso diritto per tutti i cittadini a ricevere le cure necessarie alla tutela della salute" (ansa, 13 marzo 2020).

¹⁰ In Italia, la Costituzione afferma all'art. 32: “La salute è un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” e la legge 833/1978 ha istituito un Servizio sanitario di tipo universalistico; il Codice di deontologia medica (2014) l'art. 6, comma 2, stabilisce l'uso ottimale delle risorse con la garanzia dell'efficacia, della sicurezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari, evitando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure. Tra le normative internazionali si ricorda: ONU, *Dichiarazione universale dei diritti umani*, 1948, art. 25; *Carta dei diritti fondamentali* dell'Unione Europea, 2000, art. 35 che sottolineano equità e non discriminazione. Per una critica ai modelli libertari e utilitaristi cfr. C. Petrini, *Triage in Public Health Emergencies: Ethical Issues*, “Internal Emergencies Medicine”, 2010, 5, pp. 137-144.

Peraltro il criterio QALY è suscettibile di ulteriori obiezioni sul piano scientifico e filosofico: la incertezza e difficoltà a calcolare la predizione probabilistica del numero di anni di vita da vivere; la soggettività del modo di intendere e vivere la qualità di vita (non proiettabile su altri); la variabilità individuale rispetto alla ‘media’ generalizzata riferita a gruppi di individui (ad esempio, usare l’età come criterio di selezione, non considera la variabilità fisiologica individuale delle singole persone, che prescinde dall’età).

Considerati i limiti delle teorie libertaria e utilitarista, quale è il modello teorico maggiormente in linea con il diritto fondamentale alla salute individuale?

Un percorso è tracciato dal documento della Belgian Society of Intensive care medicine *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice* (2020), che afferma: “nonostante l’età avanzata sia associata a peggiori esiti in COVID-19, l’età isolatamente non può essere usata per decisioni di triage, ma dovrebbe essere integrata con altri parametri”; “molti pazienti di COVID-19 sono anziani, ma l’età in sé non è un buon criterio per decidere sulla sproporzionalità delle cure. Le priorità dovrebbero essere decise sulla base della urgenza medica. In caso di urgenza medica comparabile, il principio “first come first serve”, e il criterio “random” sono i più utili e equi”. Si tratta dell’approccio egualitario che, sulla base della uguaglianza di tutti gli esseri umani, opta nel caso di limitato accesso alle risorse per il principio di urgenza successivo (*first come first served*) e in caso di pazienti contestuali al sorteggio, dunque alla casualità ritenuta più “giusta” di qualsiasi possibile scelta che potrebbe risultare discriminatoria.

Su questa linea anche il documento *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice* dell’Hastings Center (17 marzo 2020), che richiama la rilevanza dei comitati di etica clinica a sostegno delle decisioni complesse, e richiama il principio di uguaglianza ed equità nella distribuzione di risorse scarse.

È una teoria che riprende l’egualitarismo di J. Rawls¹¹ dell’ipotesi fittizia di una “posizione originaria” dietro un “velo di ignoranza”, ossia se ognuno di noi ignorasse chi è (quale è la sua età, la sua condizione personale e sociale) non potrebbe che accogliere il criterio di giustizia nella distribuzione come criterio “più giusto”, quello che si basa su urgenza clinica o sorteggio

¹¹ J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982; Id., *La giustizia come equità (saggi 1951-1969)*, Liguori, Napoli 1995; N. Daniels, *Health Care Needs and Distributive Justice*, “Philosophy and Public Affairs”, 1981, 10, pp. 146-179.

Il sorteggio è suscettibile di critica, perché si espone al rischio di uno spreco di risorse che, essendo scarse, devono essere usate in modo almeno presumibilmente efficace. Ma la teoria egualitaria si basa sul riconoscimento ad ogni individuo di una pari o equa opportunità di accesso.

La teorizzazione della uguaglianza e parità di accesso è anche sostenuta da altre teorie, con argomenti diversi. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, sulla base della teorizzazione del “principlism”, ritengono che esiste un diritto ad un “minimo decente di cure” e che l’assistenza sanitaria rappresenta un aspetto della tutela sociale contro minacce esterne dalle quali l’individuo non può proteggersi da solo, come nel caso della pandemia¹². Questa posizione è anche condivisa dalla teoria personalista che riconosce il primato ontologico della dignità della persona umana¹³, dalla teoria comunitaria¹⁴ che giustifica il dovere di solidarietà, come obbligo di prendersi cura dei cittadini e soprattutto di quelli più deboli e dalla teoria della virtù¹⁵, che pone al centro la responsabilità deontologica del medico nei confronti di chi è più bisognoso.

Se esaminiamo il problema della selezione dei pazienti per l’accesso alle cure alla ricerca del criterio etico compatibile con il rispetto della dignità e giustizia, l’unico criterio consiste nella valutazione medica oggettiva, caso per caso, della condizione clinica, dell’urgenza, della gravità, della eventuale presenza di altre malattie e della presumibile efficacia prognostica del trattamento in termini di probabile guarigione, secondo i criteri di proporzionalità ed appropriatezza¹⁶. Qualsiasi deviazione da questa logica introduce elementi arbitrari di discriminazione.

Il criterio dell’età o della preferenza della vita meno vissuta e aperta al futuro rispetto alla vita più vissuta, della qualità di vita probabile, della disponibilità finanziaria, del ruolo sociale, della dipendenza, della capacità o efficienza produttiva, del costo sociale, della responsabilità rispetto alla patologia contratta, della nazionalità, dell’etnia, sono criteri che, se applicati, stabiliscono

¹² T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica* (1994⁴), Le Lettere, Firenze 1999; J.F. Childress, *Priorities in Biomedical Ethics*, Westminster Press, Philadelphia 1981.

¹³ E. Sgreccia, A.G. Spagnolo (a cura di), *Etica e distribuzione delle risorse sanitarie*, Vita e Pensiero, Milano 1996.

¹⁴ E.J. Emanuel, *Justice and Managed Care. Four Principles for the Just Allocation of Health Care Resources*, “Hastings Center Report”, 2000, 30 (3), pp. 8-16.

¹⁵ E.D. Pellegrino, *Rationing Health Care: Inherent Conflicts within the Concept of Justice*, in W.D. Bondeson, J.W. Jones (edd.), *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2002, pp. 1-18.

¹⁶ Come in generale nella prassi clinica, la sproporzione ossia la ostinazione irragionevole dei trattamenti (da ritenersi inefficaci, futili e gravosi) non è eticamente giustificabile.

arbitrariamente disuguaglianze tra gli individui umani. È questa la posizione espressa dal Comité Consultative National d'Etique nel recente documento *Enjeux éthiques face à une pandémie*, 13 marzo 2020¹⁷. Su questa posizione un recente pronunciamento della Commissione Unesco dei Paesi latino americani e dei Caraibi¹⁸ e l'imminente pubblicazione di uno *Statement* sull'argomento del Comitato internazionale di Bioetica dell'Unesco. Il Nuffield Council on Bioethics nel documento *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic* (2020), pur soffermandosi in prevalenza su questioni di politica sociale, ribadisce la necessità di un criterio 'imparziale' per la microdistribuzione che riconosca un uguale valore morale ad ognuno (*equal moral worth*). Il Comitato sammarinese di Bioetica ha ribadito per COVID-19 un principio espresso nel documento *Bioetica delle catastrofi* (2017) della "priorità dei trattamenti (...) deve essere calcolata sulla base di una corretta applicazione del triage, nel rispetto di ogni vita umana, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'appartenenza sociale o etnica, dall'abilità".

L'uguaglianza degli esseri umani come valore fondamentale giustifica la distribuzione solo sulla base dell'equità, ossia considerando i bisogni concreti dell'individuo, nelle circostanze. Il punto di partenza è il riconoscimento 'di principio' che tutti devono essere curati. Se 'di fatto' le circostanze (quali la scarsità di risorse) costringono inevitabilmente a non potere curare tutti, ma a curare alcuni e non altri, il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali (non mediche), ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive (mediche), ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente. È evidente che le risorse scarse non possono essere usate male e sprecate, ma devono essere efficaci, ossia usate per salvare vite umane. Ma non bisogna dimenticare che al centro vanno posti i bisogni di ogni persona malata. Nel caso della pandemia, va anche ricordato che tale criterio va applicato per tutti i pazienti: la selezione non deve portare ad un trattamento differenziato tra malati di infezione e malati di altre patologie, essendo eticamente dovuta la vigilanza sulla continuità della presa in cura degli altri pazienti. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane o disabili, le persone povere, non devono essere emarginate da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza

¹⁷ Il documento riprende principi enunciati nel documento precedente *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale*, 2009.

¹⁸ La Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO scrive: "La Redbioética manifiesta además su preocupación respecto a los criterios que se adopten cuando los recursos no sean suficientes y reclama que estén regidos por estándares médico científicos y particularmente éticos, en todos los casos, evitando toda forma de discriminación o selección que limite el acceso de algunos individuos en favor de otros".

sociale.

Questo non significa comunque trattare ‘ad ogni costo’ o attuare pratiche di accanimento clinico, che devono essere sempre doverosamente sospese quando sproporzionate, inefficaci e gravose, così come va rispettata la autonomia del paziente di rifiuto o rinuncia a trattamenti, se se ne verifica la consapevolezza e la piena informazione delle conseguenze. Nella misura in cui la ventilazione (o il tempo della ventilazione) risultasse inefficace o sproporzionato

All’etica rimane un compito, che può apparire astratto, quello di giustificare e richiamare gli operatori sanitari ai valori nelle loro azioni, valori che vanno interpretati e applicati nei contesti concreti, al ‘letto del malato’. È in questa fase che i medici dovrebbero poter consultare Comitati di etica clinica, per un confronto e sostegno nelle proprie scelte, spesso complesse al punto da essere veri e propri ‘dilemmi’, sembrando qualsiasi scelta possibile sbagliata. A volte i tempi non consentono la consultazione oppure non esistono tali comitati nelle strutture, e i medici rimangono soli nelle decisioni che devono prendere. È un dramma che bisognerebbe evitare: su questo convergono tutte le teorie etiche.