

1

RESPONSABILITÀ MEDICA

Diritto e pratica clinica

IN QUESTO NUMERO

- L'irrisolta questione delle infezioni nosocomiali, di Roberto Pucella
- Riflessioni (e proposte) sulla responsabilità sanitaria, di Salvatore Aleo
- Scomponibilità del consenso e frazionabilità del trattamento sanitario, di Marco Azzalini
- I decreti attuativi della legge Gelli e i livelli minimi assicurativi, di Italo Partenza e Danilo Ariagno
- Il ruolo del medico nell'allocazione delle risorse sanitarie, di Davide Battisti

Gennaio-Marzo 2023

Rivista trimestrale diretta da Roberto Pucella



Pacini
Giuridica

RESPONSABILITÀ MEDICA

Diritto e pratica clinica

Direzione

R. Pucella

Coordinatori

B. Checchini

M. Foglia

Redazione

F. Cerea

M.G. Peluso – S. Corso – S. Rossi

Comitato dei Garanti

G. Alpa – M. Andenas – A. Belvedere – F.D. Busnelli – G. Calabresi – S. Grundmann – H. Micklitz
S. Patti – C. Peruselli – P. Zatti

Dialoghi Diritto-Medicina

L. Busatta

Comitato editoriale

E. Al Mureden – S. Aleo – A. Aprile – S. Canestrari – G. Di Rosa – L. Gaudino – G. Giaimo – L. Orsi
I. Partenza – T. Pasquino – M. Piccinni – C. Scognamiglio – S. Troiano – A. Venchiarutti – V. Zagonel
P. Ziviz

Comitato Scientifico per la Valutazione

M. Azzalini – M. Capecchi – F. Carabellese – D. Castronuovo – R. Cecchi – C. Chessa – L. Cornacchia –
G. D'Amico – N. De Luca – R. De Matteis – C. Del Bo – V. Di Gregorio – F. Dinacci – G. Facci
M. Faccioli – C. Faralli – Ar. Fusaro – R. Giorgetti – M. Graziadei – M. Grondona – M. Mantovani
A. Melchionda – S. Monticelli – M. Montisci – A. Oliva – L. Olivero – M. Paladini – V. Pescatore
B. Pezzini – A. Pisu – P. Sammarco – R. Senigaglia – G. Stella – F. Toriello – A.P. Ugas

Norme di autodisciplina

1. La valutazione dei contributi inviati a Responsabilità Medica per la pubblicazione, sia su iniziativa degli Autori, sia in quanto richiesti dal Comitato editoriale, è affidata ad un membro del Comitato Scientifico per la valutazione scelto per rotazione all'interno di liste per area tematica formate in base alle indicazioni di settore fatte da ciascun componente del Comitato e disposte in ordine casuale.
2. Il contributo è avviato al valutatore senza notizia dell'identità dell'autore.
3. L'identità dei valutatori è coperta da anonimato. In ciascun fascicolo della Rivista è pubblicato in ordine alfabetico l'elenco dei valutatori che hanno collaborato alla revisione del fascicolo.
4. In caso di pareri contrastanti la Direzione assume la responsabilità della decisione.
5. Ove dalle valutazioni emerga un giudizio positivo condizionato a revisione o modifica del contributo, la Direzione promuove la pubblicazione solo a seguito dell'adeguamento del saggio assumendosi la responsabilità della verifica.

I contributi del presente fascicolo sono stati valutati da:

M. Azzalini – M. Capecchi – L. Cornacchia – C. Del Bo – F. Dinacci – G. Facci – B. Pezzini
P. Sammarco – F. Toriello



Con gli auspici dell'Associazione Civilisti Italiani

INDICE

Saggi e pareri

SALVATORE ALEO, <i>Riflessioni (e proposte) sulla responsabilità sanitaria</i>	5
MARCO AZZALINI, <i>Scomponibilità del consenso e frazionabilità del trattamento sanitario: questioni in materia di “intesa selettiva” nella relazione di cura</i>	33
ROBERTO PUCCELLA, <i>L'irrisolta questione delle infezioni nosocomiali</i>	47
DAVIDE BATTISTI, <i>Il ruolo del medico nell'allocazione delle risorse sanitarie</i>	59
MONICA GIGOLA, <i>Evoluzione tecnologica e tutela della riservatezza dei dati sanitari</i>	71

Giurisprudenza

CORTE COST., 9 febbraio 2023, n. 14, con nota di commento di FRANCESCA ZANOVELLO, <i>Ragionevole e non sproporzionato l'obbligo vaccinale per il personale sanitario in tempo di pandemia</i>	87
TRIB. VENEZIA, 13 gennaio 2022, con nota di commento di MARCO CHIRONI, <i>La “contagiosità” del regime probatorio nei giudizi per i danni da perdita del rapporto parentale</i>	97
TRIB. VENEZIA, 4 luglio 2022, con nota di commento di PAOLA MERLI, <i>Il paziente consumatore... di protesì: prognosi riservata per la responsabilità sanitaria da impianto di prodotto difettoso</i>	107

Dialogo medici-giuristi

ITALO PARTENZA, DANILO ARIAGNO, <i>I decreti attuativi della legge Gelli e i livelli minimi assicurativi: una opportunità da cogliere?</i>	113
--	-----

Osservatorio medico-legale

FABIO CEMBRANI, MARIANO CINGOLANI, MARZIA MARIA FEDE, PIERGIORGIO FEDELI, <i>Riforma Cartabia, nuovo regime di perseguibilità delle lesioni personali e suo impatto sull'obbligo del referto</i>	127
--	-----

Il ruolo del medico nell'allocazione delle risorse sanitarie

Davide Battisti

Ricercatore e Consulente, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

SOMMARIO: 1. Contesto. – 2. Oltre alla valutazione dei criteri allocativi. – 3. Il medico come doppio agente e il fenomeno del *bedside rationing*. – 4. Alcune critiche al modello del doppio agente e al *bedside rationing*. – 5. La specificità della scelta allocativa. – 6. Quale ruolo per il medico nelle scelte allocative? – 7. Conclusioni.

ABSTRACT:

La strutturale scarsità di risorse in sanità solleva importanti questioni bioetiche e biogiuridiche riguardanti l'allocazione delle risorse, tra cui quella relativa alla scelta di *chi* dovrebbe prendere tali decisioni. Questo lavoro intende valutare se la figura deputata a decidere come allocare le risorse nel contesto micro-allocativo debba essere il medico curante. Affrontare questo tema è essenziale per determinare eventuali profili di responsabilità morale o giuridica del medico nel contesto dell'allocazione di risorse sanitarie scarse sia in condizioni ordinarie sia in quelle emergenziali. L'articolo è strutturato come segue: in primo luogo, si discuterà la prospettiva del medico come doppio agente, secondo cui il medico dovrebbe bilanciare il dovere nei confronti del suo paziente con quello nei confronti degli altri pazienti e, più in generale, della società. Si sosterrà che tale prospettiva si propone di giustificare il fenomeno del *bedside rationing*, tipologia di allocazione effettuata dal medico al letto del paziente. Dopo aver discusso alcune criticità di tale concezione, si proporrà una critica basata sul principio di giustizia. Si definiranno quindi quali sono i requisiti necessari per una scelta allocativa equa e legittima e da ciò si riconoscerà che la specificità della scelta allocativa rende problematica l'attribuzione di un ruolo decisionale diretto al medico curante quando emerge la necessità di razionare delle risorse sanitarie nel contesto micro-allocativo. Ciò conduce a un rifiuto della figura del medico come doppio agente e del *bedside rationing*, anche se si osserverà

che ciò non impedisce un coinvolgimento del medico nel processo che conduce alla definizione dei criteri e dei metodi allocativi.

The structural scarcity of healthcare resources raises important bioethical issues regarding their allocation, such as who should make such decisions. This paper evaluates whether or not physicians should be responsible for deciding how to allocate healthcare resources in the micro-allocation context. Addressing this issue is essential for determining the moral or legal responsibility of physicians when allocating scarce healthcare resources in both ordinary and emergency conditions. The paper is structured as follows: First, I discuss the perspective of the physician as a double agent, balancing their duty to their patient with that towards other patients and society. This perspective aims to justify bedside rationing by physicians. After discussing some critical issues with this conception, I propose a critique based of the principle of justice. I then define the necessary requirements for a fair and legitimate allocation choice in healthcare and argue that the specificity of such a choice makes it morally problematic to attribute a direct decision-making role to the treating physician when rationing healthcare resources in the micro-allocation context. This leads to a rejection of the conception of the physician as a double agent and bedside rationing, although I observe that this does not preclude the physician from some involvement in the process of defining allocation criteria and methods.

1. Contesto

Il primo comma dell'articolo 32 della Costituzione italiana indica la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. L'effettiva attuazione di questo diritto è stata garantita dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avvenuta con la legge n. 833 del 1978. La nascita del SSN porta con sé un'inevitabile tensione tra il diritto alla salute di ogni cittadino e la necessità di allocare delle risorse che sono strutturalmente scarse. Se da un lato le possibilità di cura aumentano sempre di più, dall'altro aumentano anche i costi; al contempo le risorse economiche destinate alla sanità tendono a rimanere stabili, o ad aumentare in misura non proporzionale. A questo si aggiunge che con l'invecchiamento della popolazione aumenteranno le persone per cui il SSN dovrà impiegare più risorse, ovvero le persone in età più avanzata che, generalmente, presentano maggiori problemi di salute: ciò pone delle sfide cruciali alla possibilità di garantire a tutti le stesse possibilità di cura senza minare la sostenibilità del sistema sanitario stesso.

L'istituzione del SSN, quindi, porta con sé la necessità di effettuare scelte allocative per stabilire le priorità tra gli obiettivi terapeutici. Tale problema non può essere evitato destinando più finanziamenti al SSN e promuovendo un efficientamento del sistema per cui a parità di prestazione l'obiettivo è quello di impiegare meno risorse, per esempio, acquistando il farmaco X, egualmente efficace rispetto al farmaco Y ma al contempo meno costoso. Sebbene siano auspicabili un maggior investimento nella sanità pubblica e una maggiore razionalizzazione dei costi, si deve riconoscere che dedicare troppe risorse alla sanità potrebbe condurre a carenze in altri ambiti altrettanto importanti. Quando si discute di risorse per la sanità, si deve considerare non solo quanto denaro impegnare in questo ambito, ma anche quanto investire nell'istruzione, nel sistema pensionistico, nei sussidi di disoccupazione, nella difesa militare, nella pubblica sicurezza, ecc. (Daniels e Sabin, 2008). Per queste ragioni il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 Cost. non può che essere inteso come un diritto finanziariamente condizionato e non come un diritto assoluto,

immune da ogni forma di compressione. Anche la Corte costituzionale in diversi pronunciamenti ha valutato il diritto alla salute in questi termini (Corte cost., 28.7.1993, n. 355; Corte cost., 17.7.1998, n. 267; Corte cost., 20.11.2000, n. 509; Corte cost., 27.7.2011, n. 248).

Se le risorse sono strutturalmente scarse e si rende necessaria una certa forma di allocazione, ogni scelta in questo senso non può essere affrontata soltanto attraverso gli strumenti dell'economia sanitaria. Occorre riconoscere che in tale ambito emergono anche profonde questioni etiche che devono essere esplicitate e discusse attraverso gli strumenti della bioetica e del biodiritto, dal momento che optare per una decisione allocativa anziché un'altra significa, in primo luogo, abbracciare i valori che informano tale decisione, i quali possono essere diversi e talvolta in conflitto. Per esempio, alcune scelte allocative potrebbero promuovere una maggiore uguaglianza nelle *chance* di trattamento, altre potrebbero invece promuovere una massimizzazione dei benefici per il maggior numero di pazienti, altre ancora potrebbero dare una certa priorità a chi versa in condizioni peggiori e così via. In altre parole, per affrontare il tema dell'allocazione delle risorse in ambito sanitario è necessario promuovere una riflessione in seno a uno dei fondamentali principi della bioetica, ovvero quello di giustizia, il quale si occupa di valutare come tali risorse sanitarie dovrebbero essere distribuite in modo appropriato (Beauchamp e Childress, 2019).

La discussione sull'allocazione delle risorse in sanità in questo senso non è certo un fatto nuovo per la bioetica¹ anche se questo non si può dire per il dibattito pubblico. Ciò è comprensibile se si considera che tali questioni sono state spesso percepite dai cittadini come un vero e proprio tabù (Gonzato, 2022; Breyer, 2012; Bhatia, 2020). Di recente il fenomeno allocativo è però tragicamente divenuto oggetto di discussione pubblica durante la pandemia da Covid-19, soprattutto durante la prima ondata, in cui, a causa di un eleva-

¹ Per una ricostruzione del dibattito si veda BOGNAR, HIROSE, *The ethics of health care rationing*, London, 2022.

tissimo numero di pazienti che necessitavano di cure intensive – e qui ci si riferisce non soltanto ai ventilatori, ma anche ai posti letto e al personale altamente qualificato – gli operatori sanitari hanno dovuto operare decisioni tragiche, decidendo letteralmente a chi dare una *chance* di vita e a chi no.

In questa direzione si ricordano due documenti paradigmatici, ovvero le *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili* redatto dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI, 2020) e *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"* redatto dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB, 2020). Questi documenti si sono principalmente concentrati sull'individuazione dei criteri allocativi per operare le decisioni tragiche e hanno prodotto un'accesa discussione sul tema, la quale si inserisce nel contesto della "medicina delle catastrofi" (Del Bò, 2021; Battisti *et al.*, 2021; Craxì *et al.*, 2020; Orfali, 2020). Inoltre, aspetto non meno importante, questi documenti hanno anche offerto un'utile fotografia di come il dibattito italiano intende il complicato rapporto tra medicina e questioni allocative di cui si parlerà nelle sezioni successive.

2. Oltre alla valutazione dei criteri allocativi

Oltre alla discussione riguardante i criteri allocativi, le decisioni tragiche durante il Covid-19 hanno fatto emergere anche altre questioni eticamente rilevanti². Tra queste vi è certamente quella inerente alla responsabilità del medico per ciò che concerne l'esito di tali decisioni tragiche (Camporesi e Mori, 2020). In questa prospettiva, ci si è chiesti anche se il medico potesse essere considerato responsabile dal punto di vista giuridico nei

confronti di chi (o dei congiunti di chi) non abbia potuto beneficiare delle prestazioni sanitarie. Al riguardo, Roberto Pucella ha sostenuto su questa Rivista che la ragione per la quale dovrebbe essere esclusa una responsabilità del medico non risiede tanto nell'esistenza di una raccomandazione che lo consente e ne delinea i criteri, quanto piuttosto nella circostanza che la prestazione del sanitario risulta complessivamente impossibile, perché non gli è consentito erogare il servizio a tutti coloro che ne hanno bisogno e, nel senso che si è detto in precedenza, diritto (Pucella, 2020).

Il quesito giuridico inerente alla responsabilità nel contesto allocativo non può però essere affrontato senza considerare una questione preliminare e concettuale, la quale deve essere analizzata in termini bioetici prima ancora che giuridici: quale ruolo dovrebbe avere il medico nelle scelte allocative? In altre parole, valutare se debba essere il medico curante a dover scegliere come allocare le risorse scarse in alcune circostanze è un elemento imprescindibile per determinare eventuali profili di responsabilità morale o giuridica nel contesto dell'allocazione di risorse sanitarie scarse in termini sia ordinari sia emergenziali.

Alla luce di ciò, questo lavoro intende proporre una riflessione che affronti tale questione. Nello specifico, l'articolo è strutturato come segue: in primo luogo, si discuterà la prospettiva del medico come doppio agente, la quale si propone di giustificare il fenomeno del cosiddetto *bedside rationing*. Dopo aver presentato alcune critiche a tale concezione, si proporrà un'ulteriore critica sulla base del principio di giustizia. Si definiranno quindi quali sono i requisiti necessari per una scelta allocativa equa e legittima e da ciò si sosterrà che la specificità della scelta allocativa rende problematica l'attribuzione di un ruolo decisionale diretto al medico curante quando emerge la necessità di razionare delle risorse sanitarie. Ciò conduce a un rifiuto della figura del medico come doppio agente e a considerare il fenomeno del *bedside rationing* moralmente problematico, anche se ciò non impedisce di configurare un coinvolgimento del medico nel processo che conduce alla definizione dei criteri e dei metodi allocativi. La riflessione che qui si propone considererà soltanto le scelte di tipo micro-allocativo, in cui si

² Per una analisi di alcune di tali questioni, si veda BATTISTI, PICOZZI, *Deciding the criteria is not enough: moral issues to consider for a fair allocation of scarce ICU resources*, in *Philosophies*, 2022, 92.

inscrivono anche le decisioni tragiche in terapia intensiva durante il contesto emergenziale presentate nella sezione precedente. Le questioni etiche relative all'allocazione delle risorse sanitarie, e quindi anche il dibattito sul ruolo e sui doveri del medico in tale contesto, possono infatti emergere sia a livello macro-allocativo – livello in cui si stabiliscono le priorità tra diversi scopi sanitari, o all'interno dei medesimi scopi – sia a livello micro-allocativo, in cui si devono stabilire le priorità al letto del malato, definendo i criteri per scegliere quali pazienti trattare prima, o quali trattare e quali lasciare privi di trattamento. Sebbene nel contesto macro-allocativo le decisioni relative all'allocazione delle risorse non sembrano avere a che fare direttamente con il medico, come si vedrà, ciò è più controverso in relazione al contesto micro-allocativo.

3. Il medico come doppio agente e il fenomeno del *bedside rationing*

Una delle più influenti prospettive bioetiche contemporanee riguardo al ruolo del medico nel contesto allocativo afferma la centralità del clinico in tali decisioni. Egli non dovrebbe occuparsi soltanto della cura dei propri pazienti, ma dovrebbe anche preoccuparsi che le sue scelte terapeutiche non siano in contrasto con il principio di giustizia, trascendendo quindi dal vincolo duale della relazione medico-paziente. In altri termini, il medico non avrebbe soltanto un dovere di agire nell'interesse del paziente, ma vi sarebbero anche dei vincoli nei confronti degli altri pazienti e, più in generale, della società (Callahan, 1990). Tale concezione è ben catturata da un concetto introdotto da Marciall Angell, secondo cui l'incremento dei costi in sanità richiederebbe al medico di agire come un *double agent*, un doppio agente (Angell, 1993). In questa direzione, l'influente *Physician Charter on Professionalism*, redatta congiuntamente dall'*American Board of Internal Medicine Foundation* e dall'*European Federation of Internal Medicine*, afferma proprio che i medici devono promuovere il miglior interesse dei pazienti assicurando contemporaneamente che le risorse sanitarie siano distribuite equamente nella società (ABIM, 2004).

Questa prospettiva sembra proporre simultaneamente due obblighi morali in potenziale conflitto (Tilburt, 2014). Sebbene, in molte circostanze, l'azione giusta e vantaggiosa per gli interessi della società risulti in linea con il miglior interesse del singolo paziente, come si è visto in precedenza esistono altre occasioni in cui questi interessi confliggono. Il medico sarebbe perciò chiamato a bilanciare questi obblighi contrapposti, valutando la sua relazione con tutti i pazienti, compresi quelli futuri, alla stregua della sua relazione con il singolo paziente attuale (Brennan e Lee, 2004).

La concezione del medico che qui emerge si propone di giustificare il fenomeno del *bedside rationing*, definito come la sospensione, la non somministrazione o la non raccomandazione di un trattamento utile o benefico – per esempio un farmaco o un intervento chirurgico – a un paziente da parte del medico per ragioni legate alla sostenibilità del sistema sanitario o agli interessi di altri pazienti (Ubel e Goold, 1997). Sebbene in letteratura vengano proposte delle definizioni più ampie di *bedside rationing*, in cui rientrano situazioni in cui il trattamento non viene garantito per promuovere degli interessi finanziari di un'organizzazione privata³, qui lo si intende come una pratica che mira a soddisfare gli interessi del sistema sanitario al fine di garantire cure adeguate ad altri pazienti.

Il fenomeno del *bedside rationing* è particolarmente diffuso nella pratica clinica. Uno studio del 2006 stimava che il 56,3% dei medici europei, inclusi quelli italiani, praticava il razionamento al letto del paziente (Hurst *et al.*, 2006). Nella stessa direzione uno studio più recente condotto su medici internisti e specializzandi in medicina internista olandesi ha riportato che il 64% degli intervistati affermava di aver prescritto un trattamento più economico mentre era disponibile un'alternativa più efficace, ma più costosa (de Ruijter *et al.*, 2021). In Italia non risulta siano stati condotti altri studi sistematici e specifici per analizzare il *bedside rationing* il che evidenzia la necessità di ulteriori ricerche empiriche in questa direzione

³ Si pensi al sistema sanitario statunitense.

al fine di mappare tale fenomeno; nondimeno è possibile avanzare l'ipotesi che esso sia comunque ancora diffuso. Al riguardo, richiamando i documenti della SIAARTI e del CNB, è possibile osservare che se da una parte entrambi affermano che la responsabilità della scelta tragica in terapia intensiva debba avvenire in un'ottica di condivisione delle responsabilità, dall'altra vi è comunque implicita l'idea che il medico debba svolgere un ruolo centrale nella decisione allocativa (Battisti, Picozzi, *Deciding the criteria is not enough: moral issues to consider for a fair allocation of scarce ICU resources*, in *Philosophies*, 2022, 92); ciò sembra in linea con una certa legittimazione del razionamento al letto del paziente da parte del medico.

Tale razionamento può avvenire in modo *esplicito*, quando l'operatore sanitario coinvolge il paziente dichiarando il carattere allocativo della propria decisione, o in modo *implicito*, quando tali informazioni non vengono fornite al paziente⁴. Il razionamento implicito può avvenire in diverse circostanze: per esempio, è comune trasferire un paziente fuori dal reparto di terapia intensiva quando potrebbe ancora trarre qualche piccolo beneficio dal monitoraggio continuo; così facendo si soddisfano le esigenze dei pazienti più gravi a fronte di un numero finito di posti letto. Molti medici razionano regolarmente il proprio tempo, dovendo decidere quali pazienti visitare per primi e quanto tempo dedicare a ciascuno di essi (Scheunemann e White, 2011). Si noti inoltre che il razionamento implicito può avvenire in termini *consapevoli*, quando il medico è conscio che la scelta che sta operando è informata da alcuni valori di carattere allocativo – in questa prospettiva potremmo utilizzare l'espressione *razionamento nascosto* (de Ruijter *et al.*, 2021) – o *inconsapevole*, quando il medico non riconosce che sta ope-

rando una scelta allocativa. Questo avviene, per esempio, quando un trattamento per il paziente viene giudicato dal medico "futile" non tanto per l'impossibilità che quel trattamento soddisfi l'interesse del paziente, ma per altre ragioni che nascondono dei giudizi valoriali impliciti (Eijkholt *et al.*, 2021). Si pensi al caso in cui il medico decide di non raccomandare un'ulteriore linea di chemioterapia a un paziente oncologico, il quale avrebbe potuto beneficiare di tale trattamento, poiché lo reputa futile per motivi che non sono riconducibili solamente al miglior interesse del paziente. Uno studio qualitativo di Eliana Close e colleghi suggerisce che la vaghezza del concetto di trattamento futile e la mancanza di accettazione sociale dell'allocazione delle risorse sanitarie conduce molti medici a operare sia consapevolmente sia inconsapevolmente il bedside rationing con il pretesto della futilità dei trattamenti (Close *et al.*, 2019). In altre parole, il concetto di trattamento futile potrebbe fungere da maschera per il razionamento al letto del paziente. È piuttosto difficile valutare la frequenza del razionamento implicito inconsapevole poiché gli studi empirici che analizzano il fenomeno del *bedside rationing* si basano su questionari di autovalutazione (*self-reporting studies*); in questa prospettiva, se i medici non riconoscono che alcune decisioni che hanno preso sono state informate da aspetti valoriali impliciti dovuti alla sostenibilità del sistema, tali scelte non verranno poi riportate nei questionari (de Ruijter *et al.*, 2021).

4. Alcune critiche al modello del doppio agente e al *bedside rationing*

Sono state avanzate diverse critiche al fenomeno del *bedside rationing* e alla concezione del medico come doppio agente che lo giustifica. In primo luogo, secondo Angell, la visione del medico "allocatore" si baserebbe sul presupposto che le risorse del sistema sanitario sono effettivamente scarse quando, in realtà, non sarebbe così dal momento che il sistema sanitario sarebbe profondamente inefficiente (Angell, 1993). In questa sede non si intende sviluppare ulteriormente questa critica, la quale dovrebbe essere affrontata anche con stru-

⁴ Alcuni autori tendono a considerare le espressioni *bedside rationing* e *implicit rationing* sovrapponibili poiché generalmente il razionamento al letto del paziente non verrebbe esplicitato (BREYER, *Implicit versus explicit rationing of health services*, in *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2012, 652–59. In questo lavoro si riconosce tuttavia una differenza tra le due pratiche.

menti diversi da quelli della riflessione bioetica. Nella prima sezione si sono fornite alcune ragioni per considerare le risorse in sanità strutturalmente scarse e per sottolineare come una miglior razionalizzazione del sistema non rende evitabile una certa forma di allocazione. Muovendosi in questo orizzonte, tale critica perde efficacia: ciò che è importante valutare non è tanto se l'allocazione sia necessaria o meno, quanto se il medico debba giocare un ruolo attivo nelle scelte micro-allocative che inevitabilmente si pongono.

Una seconda e più efficace critica, invece, ritiene che quanto riportato dalla *Physician Charter on Professionalism* neghi la priorità del benessere del singolo paziente sugli interessi della società (Pellegrino, 1994), tesi peraltro supportata anche dalla Dichiarazione di Ginevra, la quale afferma che la salute e la vita dei pazienti devono essere le prime preoccupazioni del medico (Schafer, 2001). Si noti che tale prospettiva non nega – come invece sostiene la critica precedente – che vi sia la necessità di un razionamento delle risorse, ma afferma che il medico non dovrebbe essere colui che prende queste decisioni; in altre parole, il razionamento di per sé non sarebbe un atto immorale che dovrebbe essere evitato, ma da ciò non segue che esso debba competere al medico (Wyller, 2017). La condotta del medico, infatti, non può essere considerata moralmente problematica se non è possibile fornire delle cure ottimali ai suoi pazienti per scelte allocative fatte a monte. Ma se un medico negasse deliberatamente un'assistenza ottimale a un paziente, sulla base del fatto che la giudica conveniente per la società, allora l'obbligo del medico verso il suo paziente sarebbe subordinato al suo obbligo verso la società (Schafer, 2001). In altri termini, i sostenitori di tale critica contestano alla concezione del doppio agente che tra gli scopi del medico possa esserci anche quello di allocare delle risorse al capezzale. In questo senso Jacqueline Glover parla di una contrapposizione tra la concezione "sistemica" del medico – quella del doppio agente – e la concezione "individualista" del medico che trova la sua giustificazione nel carattere duale della relazione medico-paziente (Glover, 2019). Attribuire il compito allocativo al medico minerebbe quindi il presupposto che caratterizza tale

relazione; accanto a questo argomento, si può rilevare un ulteriore aspetto critico legato alla relazione medico-paziente che però necessiterebbe di una validazione di tipo empirico: il fatto che sia il medico a prendere la decisione allocativa potrebbe minare la fiducia che il paziente ripone nel medico, in quanto quest'ultimo saprebbe che le raccomandazioni e le prescrizioni fornitegli dal medico potrebbero non essere davvero nel suo miglior interesse.

Una terza critica ritiene invece che il *bedside rationing* nella sua specifica forma implicita sarebbe in contrasto con il principio di autonomia del paziente (Lauridsen, Norup e Rossel, 2007). Tale contrasto è cristallizzato dal fatto che questa forma di razionamento violerebbe il consenso informato che, secondo Joshua Cohen, prevede due diritti del paziente: il primo è negativo ed è quello di rifiutare trattamenti sanitari; il secondo è positivo ed è quello di partecipare al processo decisionale sulla propria salute (Cohen, 2000). Ciò implica che l'incontro tra medico e paziente debba procedere come un dialogo, dove il medico fornisce informazioni sui possibili trattamenti, mentre il paziente fornisce informazioni sulle sue preferenze (Lauridsen, Norup e Rossel, 2007). La non comunicazione da parte del medico degli aspetti allocativi che lo spingono a raccomandare o a prescrivere dei trattamenti che sono sub-ottimali nei confronti del paziente non permetterebbe a quest'ultimo di essere coinvolto a pieno titolo nel processo decisionale in merito alla propria condizione clinica.

Sebbene queste due critiche possano apparire piuttosto convincenti, esse non colgono un cruciale aspetto critico della concezione del medico come doppio agente, il quale è rilevante proprio per la riflessione che qui propone: nella prossima sezione si sosterrà che abbracciare tale concezione è in netto contrasto con i requisiti per un'allocazione equa e legittima. Per formulare tale critica è però necessario specificare ciò che rende una scelta allocativa equa e legittima nell'ambito sanitario.

5. La specificità della scelta allocativa

Qualsiasi decisione allocativa delle risorse sanitarie prevede che vi siano delle persone che ne beneficiano, i vincitori, e altri che invece non ne beneficiano, i perdenti; tuttavia, sia i perdenti sia i vincitori hanno, nel nostro ordinamento, un diritto alla salute; essi si trovano in preliminare uguaglianza nei confronti dell'accesso alle cure sanitarie, proprio alla luce dell'articolo 32 della Costituzione⁵. Tale idea di uguaglianza stabilisce una *presunzione* in favore di una distribuzione uguale, ma non esclude la possibilità di una distribuzione diseguale. Essa deve però essere giustificata sulla base di ragioni generali, imparziali e accettabili da tutti. Un'equa allocazione dovrebbe quindi, in primo luogo, rispettare il principio formale secondo cui andrebbero trattati in modo simile casi simili e in modo diverso casi differenti (Aristotele, 2000 [IV secolo a.C.]).

In secondo luogo, le decisioni allocative che fissano i limiti delle risorse sanitarie e le relative motivazioni dovrebbero essere pubbliche, trasparenti e impugnabili per tutte quelle persone su cui quelle decisioni allocative pretendono di avere autorità (Daniels e Sabin, 1997). Non è infatti possibile accettare di sottostare a una scelta allocativa se questa non è pubblica e trasparente, o non è pubblica e trasparente la regola in base alla quale viene presa; la necessità di trasparenza non ha quindi a che fare soltanto con il principio di autonomia e con il consenso informato – come si è visto nella terza critica della sezione precedente

– ma anche con le istanze proprie del principio di giustizia.

Tali vincoli formali alle scelte allocative nell'ambito sanitario non sono però sufficienti per garantire decisioni eque e legittime, poiché pur rispettando tali vincoli è ragionevole aspettarsi che in un contesto pluralista i cittadini possano essere in disaccordo su ciò che costituisce un'equa allocazione delle risorse per soddisfare bisogni sanitari, ovvero sui valori da promuovere attraverso le scelte allocative. Per esempio, ci potrebbe essere un disaccordo sui principi distributivi generali che dovrebbero guidare tali scelte o, in alternativa, anche assumendo un ragionevole accordo su questi ultimi, ci potrebbe essere discordanza su come essi dovrebbero essere concretamente implementati nel processo decisionale nella pratica clinica⁶. Al riguardo, si osservi che le differenze che si osservano tra le raccomandazioni SIAARTI e il parere CNB sono la riprova di questo disaccordo. A questo punto si deve riconoscere che non è possibile risolvere tale disaccordo valoriale garantendo la possibilità a ognuno di decidere secondo la propria concezione del bene quale criterio allocativo è più appropriato, poiché le scelte allocative hanno a che fare con le istanze di giustizia, le quali cercano proprio di trovare delle regole che debbano valere per tutti quando più persone competono per la stessa risorsa.

Alla luce di ciò, il problema dell'equa allocazione diventa un problema di giustizia procedurale. In accordo con Norman Daniels e James Sabin è comunque possibile trovare una procedura che la maggior parte delle persone può accettare come

⁵ Si noti che in questo caso non si stanno fornendo buone ragioni del perché è appropriato che uno Stato riconosca ai suoi cittadini una certa forma di diritto alle cure sanitarie. Per fare ciò si dovrebbe fare appello a quelle teorie della giustizia in ambito sanitario che giustificano tale diritto. In questa direzione, Norman Daniels estende la prospettiva di John Rawls, considerando come l'accesso alle cure sanitarie sia una condizione necessaria per garantire un'equa eguaglianza di opportunità (DANIELS, *Studies in philosophy and health policy: just health care*, Cambridge, 1985, 2009). Se l'appello all'articolo 32 appare quindi filosoficamente insufficiente, partire da tale articolo è tuttavia sufficiente per affermare che il diritto alla salute sia elargito rispettando alcuni vincoli di giustizia di cui si discute in questa sezione.

⁶ Si noti che il disaccordo che si incontra nella definizione dei criteri allocativi non è necessariamente di tipo valoriale. Infatti, potrebbe darsi che emerga un disaccordo riguardo a quale metodologia utilizzare per promuovere determinati principi o criteri distributivi o per rendere più efficiente il sistema. Questo è il caso del pronto soccorso in Italia: si rileva infatti che nel territorio nazionali vengono implementati metodi di triage differenti. In questi contesti, il disaccordo verterebbe su come realizzare meglio gli obiettivi valoriali che si sono definiti e non tanto sui principi distributivi da promuovere. Tale disaccordo è differente da quello di carattere valoriale che si discute in questo lavoro poiché per dirimerlo sarebbe sufficiente avere ulteriori evidenze di tipo empirico.

equa e legittima per identificare i criteri allocativi. Pertanto, questa procedura determina ciò che conta come risultato equo e legittimo (Daniels e Sabin, 2008). Non è intenzione di chi scrive fornire una approfondita discussione su come dovrebbe essere istituita tale procedura decisionali e quali soggetti dovrebbero essere coinvolti⁷; nondimeno, in questa sede si riconosce che affinché un processo decisionale sia legittimo ed equo esso dovrebbe favorire una deliberazione approfondita sui fatti, sulle ragioni e sui principi che sono rilevanti per dirimere la controversia morale su di essi e, pertanto, i criteri allocativi individuati da tale procedura dovrebbero rispettare i requisiti formali derivanti dalla preliminare uguaglianza dei cittadini di fronte all'articolo 32 Cost. In questo modo, le ragioni a supporto dei criteri allocativi individuati potrebbero essere considerate giustificabili a tutti coloro che devono sottostare a quella decisione. Tale prospettiva procedurale affonda le sue radici nella tradizione del contratto sociale, secondo cui le persone convivono pacificamente sulla base di un accordo intersoggettivo che stabilisce regole morali e politiche di comportamento all'interno della società. Ciò significa anche che un processo equo e legittimo deve consentire una certa forma di deliberazione pubblica e di controllo democratico delle decisioni allocative (Daniels e Sabin, 2008; 1997). Calando queste riflessioni nell'ambito sanitario, si noti che affermare quanto detto sopra non significa che le singole scelte allocative che si incontrano nella pratica clinica debbano passare per un processo decisionale di questo tipo: ciò sarebbe implausibile soprattutto per quanto riguarda molte decisioni micro-allocative. Tali considerazioni conducono invece alla necessità di individuare a monte i criteri allocativi e le loro metodologie di implementazione attraverso una procedura equa

e legittima che condurrà alla redazione diversi protocolli allocativi a seconda del contesto in cui le questioni di giustizia distributiva si pongono al livello micro-allocativo. Tali protocolli offriranno poi una guida al clinico, il quale dovrà recepire le scelte valoriali e metodologiche individuate e operare nel migliore interesse del suo paziente all'interno di tali vincoli.

Alla luce di ciò, appare evidente che il medico non possa farsi carico di decidere come allocare le risorse e che il *bedside rationing* sia quindi una pratica problematica non solo per le considerazioni presentate nella sezione precedente, ma anche per ragioni che si basano sul principio di giustizia. Il *bedside rationing* implica che sia legittimo per il medico effettuare scelte allocative sulla base dei propri valori, non considerando che ci potrebbe essere un disaccordo in merito ad alcune decisioni allocative. Questi valori non sarebbero stati decisi in un processo di deliberazione pubblica. In altre parole, le scelte del medico nel contesto del *bedside rationing* sarebbero arbitrarie e pertanto non legittime.

Inoltre, in assenza di protocolli definiti sulla base della procedura delineata sopra, a parità di condizioni, due pazienti potrebbero essere trattati in modo dissimile poiché sono stati presi in carico da due operatori sanitari differenti, i quali hanno preso delle decisioni sulla base di criteri allocativi differenti e questo sarebbe in contrasto con il principio di uguaglianza formale. Ciò è ancora più evidente se si considera che studi empirici hanno riportato che i medici che operano il *bedside rationing* tendono a preferire criteri diversi. Per esempio, in uno studio qualitativo effettuato da Strech e colleghi, i medici intervistati hanno riportato di utilizzare o preferire criteri allocativi diversi, come, l'efficacia in termini di costi, l'efficacia basata sull'evidenza, l'uguaglianza, l'equità, la necessità o le risorse finanziarie individuali del paziente. Alcuni partecipanti hanno anche espresso preferenze per criteri che sono moralmente controversi come il criterio dell'età o del contributo sociale (Strech, Synofzik e Marckmann, 2008). In aggiunta, queste decisioni potrebbero essere anche influenzate da *bias* cognitivi o fattori emotivi: uno studio condotto da Emil Persson e colleghi ha fatto emergere una sensibile discrepanza tra le

⁷ Daniels e Sabin propongono un approccio denominato *accountability for reasonableness* per valutare se le procedure allocative sono eque e legittime (DANIELS, SABIN, *Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers*, in *Philosophy & Public Affairs*, 1997, 303-50; DANIELS, SABIN, *Setting Limits Fairly*, New York, 2002, 2008).

scelte allocative che medici compirebbero al letto del paziente e quelle che invece compirebbero, a parità di condizioni, nell'istituzione di policy. In altre parole, il contesto allocativo è in grado di influenzare la decisione del medico. Questo fenomeno è chiamato *bedside effect* (Persson *et al.*, 2018). In questo senso, ciò potrebbe condurre a considerare moralmente rilevanti fattori che in realtà non lo sono⁸.

È poi possibile rilevare una mancanza di pubblicità nel *bedside rationing*, soprattutto se si considera il razionamento implicito. L'assenza di trasparenza nei criteri e nelle ragioni per cui i criteri sono stati adottati pone l'allocazione effettuata dal medico in contrasto con i requisiti formali della giustizia allocativa, rendendo il razionamento implicito generalmente inaccettabile (Daniels e Sabin, 2008; Fleck, 2012). Infine, l'emergenza del razionamento implicito rinforza le critiche secondo cui il *bedside rationing* sarebbe in contrasto con il principio di uguaglianza formale poiché è più probabile che le scelte implicite possano essere arbitrarie e discriminatorie, basate su etnia, genere, colore della pelle, ecc. (Rosoff, 2017).

6. Quale ruolo per il medico nelle scelte allocative?

Alla luce delle considerazioni presentate nella sezione precedente, il ruolo del medico nel contesto micro-allocativo appare fortemente limitato rispetto a quanto suggerito dalla concezione del doppio agente. Infatti, al medico non dovrebbe essere più richiesto di prendere decisioni sulla base di considerazioni legate al principio di

giustizia; piuttosto, dovrebbe essergli richiesto di agire nel miglior interesse del proprio paziente nei limiti imposti dai criteri allocativi pubblici e imparziali, i quali sono legittimati da una procedura che prevede una certa forma di deliberazione pubblica e con cui tali criteri allocativi sono stati raggiunti. Ma da tale conclusione non deve seguire necessariamente che l'unico interesse del medico debba essere il solo benessere del suo paziente. Infatti, le richieste della *Physician Charter on Professionalism* menzionata in precedenza possono comunque trovare applicazione se il ruolo del medico si definisse a seconda dell'ambito in cui opera. In accordo con Jon Tilburt, si può infatti riconoscere che all'interno della professione, i singoli medici possono occupare più ruoli, tra cui fornitore di cure, amministratore, funzionario della sanità pubblica, educatore medico, decisore politico e altri in sfere sovrapposte (Tilburt, 2014). Ciascuno di questi diversi ambiti in cui il medico può operare comporta un insieme distinto di obblighi specifici. Tilburt fa riferimento alla cosiddetta "moralità di ruolo" che gestisce gli obblighi concorrenti – curare il paziente e agire nell'interesse della società – non attraverso un bilanciamento, bensì delineando in quali contesti tali obblighi si applicano (Tilburt, 2014). In questo modo, il medico dovrebbe agire nel solo interesse del paziente quando si trova nel contesto clinico, mentre dovrebbe agire nell'interesse di un'equa distribuzione delle risorse sanitarie, partecipando alla procedura decisionale che conduce alla definizione dei protocolli allocativi⁹.

⁸ In questa prospettiva alcuni autori discutono le implicazioni per un'equa eguaglianza di risorse della tendenza dei medici intensivisti di considerare moralmente diverse le pratiche di non iniziare e di sospendere i trattamenti sanitari (BATTISTI, PICOZZI, *Deciding the criteria is not enough: moral issues to consider for a fair allocation of scarce ICU resources*, in *Philosophies*, 2022, 92; WILKINSON, BUTCHERINE, SAVULESCU, *Withdrawal Aversion and the Equivalence Test*, in *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 2019, 21-28).

WILKINSON, DOMINIC, E JULIAN SAVULESCU, *A Costly Separation between Withdrawing and Withholding Treatment in Intensive Care*, in *Bioethics*, 2014, 127-37).

⁹ Glover riporta altri obblighi del medico nel contesto allocativo che qui menziono senza tuttavia approfondire: a) i medici non dovrebbero agire per interesse personale quando prescrivono trattamenti (e.g., operazioni chirurgiche, farmaci, test diagnostici, ecc.) ai propri pazienti; b) i medici dovrebbero includere i costi nelle discussioni sul consenso informato; c) i medici dovrebbero essere coinvolti nella promozione della ricerca di dati affidabili per supportare le decisioni di allocazione; d) i medici dovrebbero essere coinvolti non solo nel processo di decisione dei criteri ma nella promozione del dialogo pubblico sulle priorità dell'assistenza sanitaria (GLOVER, *The Role of Physicians in the Allocation of Health Care: Is Some Justice Better than None?*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2019, 1-31).

A tale proposta di limitazione del ruolo del medico nel contesto allocativo potrebbero essere avanzate critiche basate su un argomento di tipo pragmatico, secondo cui il *bedside rationing* sarebbe inevitabile; sarebbe, in altri termini, impossibile prevedere delle indicazioni a monte formalizzate in protocolli allocativi – e giustificati da una procedura equa e legittima – che eviterebbero al medico di compiere scelte allocative al capezzale con una certa forma di discrezionalità riguardo ai criteri utilizzati. Ma anche ammettendo tale eventualità, ciò non deve impedire al SSN di compiere passi positivi verso l'istituzione di procedure decisionali per la definizione di protocolli allocativi per molte delle scelte allocative che oggi vengono quotidianamente lasciate in capo al medico (Ubel e Arnold, 1995). Il risultato che si raggiungerebbe sarebbe certamente imperfetto, ma comunque migliore rispetto a un diffuso razionamento al capezzale da parte del medico curante nelle condizioni sopra discusse. Inoltre, l'inevitabilità del *bedside rationing* richiede che i medici siano formati per valutare tali decisioni sia sotto il profilo dell'analisi costo-efficacia, sia da un punto di vista etico-valoriale al fine di evitare quanto più possibile le debolezze esplicitate nelle sezioni di tale modello (Cooke, 2010). Quello della formazione dei clinici è un aspetto che ancora oggi è largamente trascurato dai programmi di formazione medica universitaria e post-universitaria.

7. Conclusioni

La definizione del ruolo del medico nel contesto allocativo è un tema complesso che non può essere esaurito con quanto discusso. In questo lavoro si è cercato di offrire buone ragioni per affermare che il ruolo del medico non sia quello di prendere decisioni nel contesto micro-allocativo; il medico dovrebbe limitarsi a fornire il miglior trattamento possibile per il suo paziente, vincolato da scelte allocative sulla base di criteri pubblici e imparziali i quali sono giustificati e legittimati da protocolli allocativi, prodotti da una procedura decisionale a monte che prevede una certa forma di deliberazione pubblica. Si è inoltre sostenuto che affermare ciò non significa negare che il medico incontri dei doveri nei confronti

della società o nei confronti della sostenibilità del sistema; essi, tuttavia, si dovrebbero adempiere partecipando alla redazione dei protocolli allocativi e non bilanciandoli con quelli che il medico ha nei confronti del proprio paziente durante la pratica clinica.

Tali conclusioni hanno certamente delle implicazioni rilevanti per la questione che ha sollecitato tale riflessione, ovvero quella inerente alla definizione della responsabilità giuridica del medico nel contesto allocativo. Non era compito di questo lavoro fornire una riflessione approfondita sul tema. Ci si limita però ad osservare che fintanto che si stabiliscono dei protocolli allocativi equi e legittimi a monte della singola scelta allocativa, non sarà possibile attribuire una responsabilità a colui che opera quelle scelte poiché – data la specificità di tali scelte – esse sono vincolate dalle indicazioni riportate dal protocollo allocativo stesso. In questa prospettiva, il medico non dovrebbe essere considerato responsabile non tanto per l'impossibilità di elargire il trattamento (in linea di principio il trattamento avrebbe potuto essere elargito a fronte di una scelta allocativa diversa e il familiare potrebbe comunque chiedere ragione di quella scelta), bensì perché la scelta non dovrebbe essere in capo al medico. È chiaro che tale considerazione delinea una mancata attribuzione di responsabilità per le scelte allocative in linea teorica. Nella pratica, in cui il fenomeno del *bedside rationing* è ancora presente, le considerazioni riguardo alla responsabilità giuridica del medico potrebbero essere differenti.

Bibliografia

- ABIM Foundation. 2004. *Medical professionalism in the new millennium: A physician charter*. Consultabile su <https://abimfoundation.org/what-we-do/physician-charter> (ultimo accesso 07/04/2023).
- Angell M. 1993. «*The Doctor as Double Agent*», in *Kennedy Institute of Ethics Journal* 3 (3): 279-86.
- Aristotele. 2000. *L'etica Nicomachea*. A cura di Caludio Mazzarelli.
- Battisti D., Marelli L., Picozzi M., Reichlin M., e Sanchini V. 2021. *L'allocazione delle risorse sanitarie durante la pandemia da Covid-19: un'ana-*

- lisi comparativa dei documenti della SIAARTI e del CNB, in *Notizie di Politeia*, 37 (141): 25-44.
- Battisti D., Picozzi M. 2022. *Deciding the Criteria Is Not Enough: Moral Issues to Consider for a Fair Allocation of Scarce ICU Resources*, in *Philosophies*, 7 (5): 92.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. 2019, in *Principles of biomedical ethics*. 8^a ed. Cary, NC: Oxford University Press.
- Bhatia N. 2020. *We Need to Talk about Rationing: The Need to Normalize Discussion about Healthcare Rationing in a Post COVID-19 Era*, in *Journal of Bioethical Inquiry* 17 (4): 731-35.
- Bognar G., Hirose I. 2022. *The ethics of health care rationing*. London: Routledge.
- Brennan T.A, Lee T.H. 2004. «Allergic to Generics», in *Annals of Internal Medicine* 141 (2): 126-30.
- Breyer F. 2012. «Implicit versus explicit rationing of health services», in *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (5): 652-59.
- Callahan D. 1990. *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*. New York: Simon & Schuster.
- Camporesi S, Mori M. 2020. *Ethicists, Doctors and Triage Decisions: Who Should Decide? And on What Basis?*, in *Journal of Medical Ethics* 47 (12): e18-e18.
- Close E., White B.P., Willmott L, et al. 2019. *Doctors' perceptions of how resource limitations relate to futility in end-of-life decision making: a qualitative analysis*, in *Journal of Medical Ethics* 45 (6): 373-379.
- Cohen J. 2000. «Patient Autonomy and Social Fairness», in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees* 9 (3): 391-99.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2020), «Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del 'triage in emergenza pandemica'». http://bioetica.governo.it/media/3997/p136_2020_COVID-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf/.
- Cooke M. 2010. «Cost Consciousness in Patient Care--What Is Medical Education's Responsibility?», in *The New England Journal of Medicine* 362 (14): 1253-55.
- Craxì L., Vergano M., Savulescu J., Wilkinson D. 2020. «Rationing in a Pandemic: Lessons from Italy», in *Asian Bioethics Review* 12 (3): 325-30.
- Daniels N. 1985. *Studies in philosophy and health policy: Just health care*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Daniels N. 2009. *Just health*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Daniels N., Sabin JE. 1997. «Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers», in *Philosophy & Public Affairs* 26 (4): 303-50.
- Daniels N., Sabin JE. 2008. *Setting Limits Fairly*. 2^a ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Del Bò C. 2021. *Covid-19 e Criteri di Ammissione alla Terapia Intensiva. Uno Sguardo Filosofico sulle Raccomandazioni Siaarti*, in *Not. Polit* 141: 11-24.
- Eijkholt M., Broekman M., Balak N., Mathiesen T. EANS Ethico-legal committee. 2021. «Three Pitfalls of Accountable Healthcare Rationing», in *Journal of Medical Ethics* 47 (12): e22-e22.
- Fleck L. 2012. *Just caring: in defense of the role of rational democratic deliberation in health care rationing and priority-setting. Rationing Health Care: Hard Choices and Unavoidable Trade-Offs*. Antwerp: Maklu Press.
- Glover J. 2019. *The Role of Physicians in the Allocation of Health Care: Is Some Justice Better than None?*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal* 29 (1): 1-31.
- Gonzato O. 2022. *Bedside Rationing in Cancer Care: Patient Advocate Perspective*, in *Clinical Ethics* 17 (4): 358-62.
- Hurst S.A., Slowther A-M, Forde R., Pegoraro R., Reiter-Theil S., Perrier A., Garrett-Mayer E., Danis M. 2006. *Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe*, in *Journal of General Internal Medicine* 21 (11): 1138-43.
- Lauridsen S.M.R, Norup M.S, Rossel P.J.H. 2007. *The Secret Art of Managing Healthcare Expenses: Investigating Implicit Rationing and Autonomy in Public Healthcare Systems*, in *Journal of Medical Ethics* 33 (12): 704-7.
- Orfali K. 2020. *What Triage Issues Reveal: Ethics in the COVID-19 Pandemic in Italy and France*, in *Journal of Bioethical Inquiry* 17 (4): 675-79.

- Pellegrino E.D. 1994. *Allocation of Resources at the Bedside: The Intersections of Economics, Law, and Ethics*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Johns Hopkins University Press.
- Persson E., Andersson D., Back L., Davidson T., Johannisson E., Tinghög G. 2018. «Discrepancy between Health Care Rationing at the Bedside and Policy Level», in *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 38 (7): 881-87.
- Pucella R. 2020. *Scelte tragiche e dilemmi giuridici ai tempi della pandemia*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 36(3 sd): 24-31.
- Rosoff P.M. 2017. *Who Should Ration?*, in *AMA Journal of Ethics* 19 (2): 164-73.
- Ruijter U.W de, Lingsma H.F, Bax W.A, Legemaate J. 2021. *Hidden Bedside Rationing in the Netherlands: A Cross-Sectional Survey among Physicians in Internal Medicine*, in *BMC Health Services Research* 21 (1): 233.
- Schafer A. 2001. *Bedside Rationing by Physicians: The Case Against*. HealthcarePapers. Longwoods Publishing.
- Scheunemann L.P, White D.B. 2011. *The Ethics and Reality of Rationing in Medicine*. Chest 140 (6): 1625-32.
- Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. 2020. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>.
- Strech D., Synofzik M., Marckmann G. 2008. *How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies*, in *The Journal of Medicine and Philosophy* 33 (1): 80-99.
- Tilburt J.C. 2014. *Addressing Dual Agency: Getting Specific about the Expectations of Professionalism*, in *The American Journal of Bioethics: AJOB* 14 (9): 29-36.
- Ubel P.A., Arnold R.M. 1995. *The Unbearable Rightness of Bedside Rationing. Physician Duties in a Climate of Cost Containment*, in *Archives of Internal Medicine* 155 (17): 1837-42.
- Ubel P.A., Goold S. 1997. «Recognizing bedside rationing: clear cases and tough calls», in *Ann Intern Med* 126 (1): 74-80.
- Wilkinson D., Butcherine E., Savulescu J. 2019. *Withdrawal Aversion and the Equivalence Test*, in *The American Journal of Bioethics: AJOB* 19 (3): 21-28.
- Wilkinson D., Savulescu J. 2014. *A Costly Separation between Withdrawing and Withholding Treatment in Intensive Care*, in *Bioethics* 28 (3): 127-37.
- Wyller V.B. 2017. *The Bedside Rationing Paradigm and the Shortcomings of Modernist Ethics*, in *Clinical Ethics* 12 (2): 70-75.