

Sul Commento del Prof. Maurizio Mori alle raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

Premesso

- *che trovi pregevole l'avvio di una discussione franca e aperta su temi così pressanti costituiti da problemi che cambiano, nel tempo e nella evoluzione delle risorse, e che riguardano tutti noi che non dobbiamo e non vogliamo lasciare alle sole responsabilità di chi -in prima linea- si trova a prendere decisioni fondamentali le scelte che dovranno lastricare il sentiero di una buona pratica medica;*
- *che la mia posizione si annoveri da sempre sul rispetto della dignità della vita e sul principio di un'autodeterminazione lontana anni luce dal concetto di vita come bene indisponibile;*
- *la situazione di oggi, con la pandemia da COVID19, ci presenta una condizione nella quale viene chiesta una scelta simile ma non uguale a quella già realizzata in altre circostanze di emergenza;*

"Il problema esiste e non si può far finta che non ci sia. È vero, spesso facciamo come se non ci fosse: ci vuole coraggio a fissare un problema tragico, e ci vuole generosità nel prendersi la briga di farne partecipe gli altri, colleghi in primis" sostiene Maurizio Mori. Credo che su questa valutazione non ci siano molti dubbi, almeno da parte di chi scrive.

Aggiungo che il rifiuto della Fnomceo delle raccomandazioni Siaarti con la motivazione che il codice di deontologia Fnomceo resta la guida è per me concettualmente ininfluenza in questa circostanza. Chi rifiuta una discussione circa problemi di vita stringenti come quelli proposti dalla tragica situazione corrente e pretende di riaffermare il verbo delle proprie convinzioni non merita i galloni di credibilità sul braccio destro né quelli di autorevolezza sul braccio sinistro. Gli restano quelli al petto, di una autorità che traballa insieme all'utilità degli ordini professionali.

Una codice guida non è un totem a cui rifarsi di fronte a una situazione di criticità emergenziale e ancorché alcuni di noi possano continuare a crederlo tale, nulla osta che il totem possa cambiare. E come se non che con argomenti che la Siaarti mette sul tavolo sollecitandone una discussione?

"Il Codice resta la nostra guida e Ippocrate il nostro Maestro", così la Fnomceo ha chiuso ogni discussione riporta Maurizio Mori.

Si verifica tuttavia sempre che, quando un sistema non si modifica spontaneamente dall'interno per acume, flessibilità e cognizione dei tempi che inesorabilmente passano, allora ...intervenga una autorità che lo fa d'impero, dall'esterno.

Una discussione non richiede permessi, richiede ragionevolezza e chi teme fughe in avanti da questa discussione teme l'evolversi delle condizioni di esercizio della professione medica che, fatalmente, le verranno- prima o poi- imposte dalla legge.

Ancorché io proponga scelte diverse da quelle della SIAARTI non mi sento di utilizzare parole di vacua pretestuosità quali quelle usate dal presidente Anelli quando ha annoverato le raccomandazioni Siaarti in un "grido di dolore" dato dalla contingenza, proclamando che "non si possa permettere che si verificino scenari quali quelli prospettati", come la costrizione a scelte dolorose che, ben lungi dall'essere il grido di dolore pretestuosamente invocato da Anelli, sono una - forse non sola possibile- coraggiosa assunzione di responsabilità nei confronti di una realtà che si è costretti a vivere in prima linea. La "dolorosa selezione dell'ordine di priorità" riconosciuta anche dai geriatri seppure, secondo loro, subordinandola non già a specifiche indicazioni ma a più generiche "bagaglio di professionalità, esperienze e umanità" del medico che decide secondo la propria sensibilità, non mi convincono. E spiegherò perché.

Resta il fatto che "Non possiamo permettere che si verificino gli scenari prospettati dalla Siaarti [...] Nessun medico deve essere costretto a una scelta così dolorosa" sia una affermazione pilatesca che il Presidente della Fnomceo fa in un contesto emergenziale dove il medico di prima linea si trova a gestire scelte di dolore e di vita. E con queste indicazioni si trova ancora una volta solo.

L'auspicio di evanescente calore umano del presidente Anelli non aiuta nessuno, se non chiarisce proposte alternative così come - da posizioni diverse- ha fatto Siaarti. La mia personale posizione è che una "dolorosa selezione dell'ordine di priorità" non possa e non debba essere presa dal medico in solitaria, discrezionale autonomia seppure "coinvolgendo sempre i parenti del paziente", bensì essa debba essere frutto di una precedente discussione tra tutti gli attori sociali.

Mentre quella visione medico centrica mi pare sfuocata quella della Siaarti è per contro puntigliosamente esplicita, diretta e di grande sollecitazione. Quest'ultimo obiettivo- va riconosciuto- viene da loro posto piuttosto bene.

Anche perché numerosi altri punti della vita del medico in prima linea sono lasciati in un limbo spesso di natura etica, talvolta di natura giuridica senza che il medico possa contare su di un mandato collettivo. Vale qui l'esempio dell'orribile norma che obbliga alla rianimazione del feto risultante da un aborto terapeutico che - nel nostro paese ma non in Francia o in Inghilterra dove si procede alla morte intrauterina precedente alla espulsione del feto mediante iniezione letale- porta a tentare, in caso di nascita con segni vitali, una rianimazione nella consapevolezza della loro prevalente inefficacia o talvolta di generazione di gravissimi danni. Senza contare il dolore immenso che questa procedura procura in chi già dolorosamente aveva fatto scelte difformi.

E' il caso della rincorsa affannosa alla riduzione dei tagli cesarei (TC) che sono stati prodotti con troppa facilità nel nostro paese giungendo a valori % sui parti preoccupanti, con derive latitudinali ancora più preoccupanti. Al grido di bassi tagli cesarei = bravi ostetrici si sono esasperate situazioni nelle quali da valori del 28% si è scesi- non si sa quanto per appropriatezza o vanità di alcuni medici- al 18% con gloria e plauso per chi ha ottenuto questo risultato. Omettendo - forse intenzionalmente - che quel passaggio aveva magari portato le gravi complicanze neonatali dal $3,4 \times 1000$ al $8,4 \times 1000$. Che su 2700 parti significano circa 10 bambini con paralisi cerebrale in più ogni anno per 270 cesarei in meno. Il fatto che l'obiettivo cesarei sia un must dei reparti di ostetricia, può altresì costituire un gold standard il portare i TC a queste percentuali unitamente ai costi umani, sociali ed economici di 10 bambini che andranno seguiti per la vita per gli esiti della propria tragedia? E chi deve dare indicazioni di merito: l'azienda, il medico o la collettività attraverso indicazioni di indirizzo con una griglia di comportamenti all'interno dei quali entrambi, medico e direttore di azienda dovrebbero muoversi?

E infine le varie circostanze con le quali si dovrebbe - ma non si può- procedere a interventi di sterilizzazione mediante chiusura delle tube....anche qui la legge lascia nel limbo del " non si può, ma nessuno ti condanna" fino a quando non si incontra chi usa pedissequamente la legge e ti condannerà . Anche qui lo stesso limbo.

Ecco, potrei continuare

Nel caso odierno del Covid19 abbiamo una popolazione di persone che hanno un rischio di morte che va dallo 0,5% in età giovane, al 8% in età anziana fino al 15% negli ottantenni. La discrezionalità del medico nel non utilizzare il principio "First Come, First Treated" e di riservare le poche risorse a chi è a migliore prognosi non mi convince. Trovo infatti eroico che un vecchio dia la propria vita per un giovane, in qualunque circostanza si determini una scelta alternativa tra i due. Trovo meno scontato che l'atto di scelta venga fatto di default da uno stato, le sue leggi e la sua etica sociale. Trovo assurdo che a farlo sia un medico lasciato solo in questa decisione! Io credo che avendo a 85 anni 15% di possibilità di morire e 85% di vivere io debba essere preso in carico in ordine di arrivo alla struttura di accoglienza. Peraltro, in via subordinata, a 80 anni ho versato contributi per la salute collettiva durante un'intera vita di lavoro e devo trovarmi non già per scelta ma per costrizione a non beneficiarne nella mia circostanza di bisogno. Non per mancanza di risorse utili ma per una diversa loro destinazione. No, non lo accetto. Senza considerare altri contributi sociali - di non minor conto che un anziano ha dato alla sua collettività. Penso al reduce di guerra che ha dato tanto e viene retroposto in ragione della sua anagrafe. Penso ai 72 kg di mio padre partiti per l'Africa con una divisa del nostro esercito e ai 42 kg che sono tornati indietro, combattendo da El Alamein a ritroso per questo paese. Un bel ringraziamento avergli negato un respiratore perché i suoi pochi anni valgono meno dei molti più anni di un candidato che viene dopo di lui. Penso a tutti coloro che con i loro sacrifici hanno cresciuto i figli nel rispetto delle leggi, nell'assunzione del principio di solidarietà che ci vede oggi più che mai- onde di uno stesso mare. A costoro diciamo non sei appropriato per utilizzare questa scarsa risorsa?

Accolgo quindi la stimolazione della Siaarti, al dibattito franco e aperto puntualizzando, nel merito, senza svicolare. La trasparenza che dovrebbe alimentare la fiducia che sta alla base del rapporto paziente-medico non può prescindere da quella comunità che pensa che l'età di un anziano e le sue fragilità non siano meno dotate di dignità e considerazione sociale rispetto ad un giovane solo perché gravate da una attesa di vita inferiore.

Raccolgo con interesse e ammirazione quanto riportato da Mori su uguaglianza e disuguaglianza che conclude: "Detto con altre parole: come è ingiusto trattare in modo diverso gli uguali, così è altrettanto ingiusto trattare allo stesso modo i disuguali (diversi)." Perché.... nella mia lettura il modo "diverso" di trattare i diseguali non è attraverso la sottrazione di risorse (respiratori) ma semmai con l'aggiunta delle stesse. Perché alla

fragilità del diverso io attribuisco un valore straordinario che si traduce in attenzione e attribuzione di risorse aggiuntive.

Sono altresì affascinato dalla discettazione che Egli fa sulla uguaglianza e diseguaglianza ma rimango dell'idea che nessuna personalizzazione delle cure possa vedere me ottantenne essere privato, pur essendo diseguale da un giovane ma pur sempre bisognoso quod vita, di un respiratore per dedicarlo a un altro a me diseguale -perché giovane- e che ha 10% di probabilità in meno di morire. Trattare in modo diverso i diseguali non significa - nella mia accezione- sottrarre un respiratore vitale a me per darlo a chi viene dopo di me, ma è più giovane. A meno che questo non costituisca un mio gesto volontario.

Diversi sono i casi di Eluana e di DJ Fabo dove accanimento terapeutico, principio di autodeterminazione, dignità della vita e cura eccessiva, sproporzionata e irragionevole inquadrano situazioni diverse. Dove talvolta il prolungamento della vita stessa appare immorale. Non questo caso, dove non è messa in discussione la garanzia di una buona qualità della vita stessa. Né peraltro si può invocare qui l'appropriatezza delle cure in nome e per conto di una età anagrafica diversa con prognosi partita per 30 e 80 anni laddove in entrambi i casi si muove nella direzione del rispetto di una volontà- quella di vivere- con l'unico strumento in quel momento condizionante: la messa a disposizione di un ventilatore.

*Se la nuova indicazione che si vuole cercare si vorrà inquadrare nella **appropriatezza** va qui ben chiarito che dovrà poggiare su evidenze scientifiche in primis che ci dimostrino, con buona portata di evidenza, che:*

- a) l'impiego di un ventilatore a chi viene dopo di me ed è più giovane di me serva per migliorare di X volte l'outcome di sopravvivenza del beneficiario dell'impiego del respiratore;*
- b) l'outcome di sopravvivenza andrà peraltro calcolato non già vecchi versus giovani ma giovani versus "first come, first treated";*

Appurata questa evidenza e quantificata la valutazione multidimensionale dell'apprezzamento di una vita vissuta over65 anni (perché più spesso afflitta da malattie croniche) versus quella di un 30enne (meno afflitta e più lunga) l'appropriatezza dell'impiego del ventilatore non è automatica né valutabile dal corpo scientifico per quanto attiene ai valori che ciascuno nella nostra comunità attribuisce a quegli spazi di vita, alle relazioni fin li assunte, all'investimento affettivo fatto ecc.

In altre parole l'evidenza di un guadagno di attesa di vita/uomo potrà essere dimostrata dal corpo medico scientifico ma l'appropriatezza della scelta di rifiutare un ventilatore a chi lo chiede sulla base di quella evidenza non è materia di una oligarchia tecnocratica, bensì bene di riflessione collettiva.

*Il nuovo scenario creato dall'epidemia da Coronavirus (Covid 19), ci segnala, secondo Siaarti, "un enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive". Dove potrebbero rivelarsi "necessari criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio **il più possibile condiviso** di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate".*

*Il giusto bilanciamento tra giustizia distributiva e allocazione delle risorse scarse deve essere accolto dalla comunità non solo attraverso la compilazione di un consenso informato ma con quella di un più innovativo esaustivo consenso sociale informato, che, credo, corrisponda alla sollecitazione Siaarti. In questo momento escludo che questo accordo più largo possibile includa solo quella che su ho citato diventare una oligarchia tecnocratica, ma deve invece essere metabolizzata e accolta dalla comunità sociale. E per il momento- finché questo consenso non si sarà ottenuto- nelle situazioni di emergenza come queste dovrà valere il principio **first come first treated**. Assunto che un paese dovrà cercare di mettere in campo piani e risorse utili ad affrontare con coerenza queste emergenze in un futuro futuribile.*

Carlo Bulletti

