Pagina: A15

Terapie intensive, niente «selezione»

Principi e novità nel documento sulle cure d'emergenza a pazienti Covid firmato da anestesisti e rianimatori insieme alla Federazione dei medici

ASSUNTINA MORRESI

iente più limiti di età per l'accesso alle Tera-pie Intensive (TI). Cambia passo la Siaarti - la So-cietà Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva - dopo che, all'insorgere della pandemia da Covid-19, agli inizi di marzo, aveva i-19, agu inizi di marzo, aveva i-potizzato che «può rendersi ne-cessario porre un limite di età all'ingresso in TI» qualora la nu-merosità dei malati che ne a-vesse bisogno fosse di gran lun-ga superiore alle risorse sanita-rie disponibili, a partire dai trat-tre disponibili, a partire dai trattamenti intensivi nelle strutture ospedaliere. In un recente documento, elaborato insieme alla Fnomceo - Federazione Naalla Fnomceo - Federazione Na-zionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri -dedicato allo stesso problema de del quale Avvenire ha dato conto), fra i criteri da seguire per l'allocazione delle risorse in sil'allocazione delle risorse in si-tuazione di emergenza sanita-ria come Covid-19 non com-paiono più le soglie di età. Ma per capire bene i termini di un cambiamento importante dob-biamo ripercorrere le tappe di questa discussione. Nel documento Siaarti del 6 marzo erano 15 le «Raccoman-dazioni di circa chinica per l'am-

dazioni di etica clinica per l'am-missione a trattamenti intensimissione a trattamenti intensi-vi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squi-librio tra necessità e risorse di-sponibili», un testo che affron-tava il dramma di come utiliz-zare le risorse sanitarie a dispo-sizione, nella consanyalezza sizione, nella consapevolezza che con il dilagare del contagio sarebbero presto diventate in-sufficienti. La terza raccomansufficienti. La terza raccoman-dazione era proprio l'ipotesi dell'età come criterio per am-mettere o meno i malati Covid-19 ai reparti di TI, respinta im-mediatamente dall'opinione pubblica italiana tutta, che in generale ha percepito la pro-posta come discriminatoria e stigmatizzante nei confronti degli anziani, con rare eccezio ni. D'altra parte i medesimi e-stensori del documento aveva-no avvertito la necessità di spie-gare il criterio adottato, puntualizzando che «non si tratta di compiere scelte meramente di valore». E mentre nei te di valore». E mentre nei maggiori quotidiani italiani campeggiavano titoli come «Dobbiamo scegliere chi curare e chi no. Come in ogni guerra» (Corriere della Sera, 9 marzo), i medici ospitati nele varie trasmissioni televisive negavano di essere costretti a fare scelle di quel tino fare scelte di quel tipo.

A livello internazionale, però, il documento Siaarti è stato spes documento Siaarti e stato spes-so considerato rappresentativo della comunità medica italia-na: le prese di distanza erano solo individuali, rilasciate in in-terviste e dichiarazioni di sin-goli. Il primo documento isti-tuzionale italiano che se ne è di-scostato è stato quello del Coscostato è stato quello del Comitato nazionale per la Bioeti-ca (Cnb) dell'8 aprile: «Covid-19: la decisione clinica in con-dizione di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergen-za pandemica"» - approvato con un solo voto contrario -, te-sto nel quale si afferma che «il Chb valuta il criterio clinico co-me il più adeguato punto di ri-ferimento per l'allocazione del-le risorse medesime; omi altro le risorse medesime: ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso la condizione e il ruolo sociale l'appartenenza etnica, la disa-bilità, la responsabilità rispet-to ai comportamenti che han-

Il lungo percorso di consapevolezza etica e clinica della professione medica davanti alla crisi sanitaria della pandemia dalle assai discusse

«Raccomandazioni» di marzo, passando per l'intervento del Comitato nazionale per la Bioetica

no indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato etica-

è ritenuto dal Comitato etica-mente inaccettabile». Il Cnb ha cioè espresso un no netto a ogni criterio che aprio-risticamente escludesse una ca-tegoria di persone dall'accesso ai trattamenti intensivi, come avverrebbe se si adottasse una soglia di età come criterio di scelta, extra-clinico, in questo caso. Nel documento del Cnb si suggeriscono invece le paro-le chiave «appropriatezza clini-

RIFORMA IN CANADA

«Morte assistita», sparisce

la terminalità della malattia

ca» e «attualità»: di ogni persoca» e «attualità»: di ogni perso-na va valutata la situazione cli-nica, in base alla quale stabilire chi ha maggiore possibilità di sopravvivenza, mentre l'età non è criterio di scelta ma uno degli elementi di valutazione. Si invita poi a considerare i pa-zienti «attuali», cio è quelli e-saminati personalmente dai saminati personalmente dai medici, sia se presenti in o-spedale che eventualmente rimandati a casa perché al momento meno gravi. La visione del Cnb, radical-mente differente da quella ini-ziale della Siaarti, riecheggia con chiarezza nel recente docon chiarezza nel recente do-cumento Fnomceo-Siaarti, ela-borato da una commissione paritetica delle due sigle medi-che, istituita su mandato della Fnomceo che era rappresenta-tadal suo presidente Filippo A-nelli. L'iniziativa per un nuovo documento sul tema è quindi da ascriversi alla Fnomceo, e va da ascriversi alla Fnomco, e va anche ricordato che Anelli par-tecipa ai lavori del Cnb tramite un suo delegato, che ne aveva condiviso il parere sul triage in emergenza pandemica. Interessante il duplice scopo del mandato per il documento F-nomceo-Siaarti «Avviare una ri-flessione in senso deontologico

flessione in senso deontologico sulle posizioni espresse dalla Siaarti e valutare quegli aspetti che possano portare a una mo-difica/integrazione del Codice deontologico sul tema delle scelte tragiche in occasione di catalita de contrologico sul tema delle scelte tragiche in occasione di episodi straordinari ed eccezio-nali» come Covid-19. Potrebbenalis come Covid-19. Potrebbe-ro quindi esserci aggiornamen-ti nel Codice deontologico, per precisare che in situazioni e-mergenziali e di squilibrio fra necessità e risorse disponibili si applicano criteri clinici - erigo-rosi espliciti; concorrenti e inrosi, espliciti, concorrenti e in tegrati, valutati sempre caso per caso, quali: la gravità del quadro clinico, le comorbilità, lo stato clinico, le comorbilità, lo stato funzionale pregresso...» - e non extraclinici come l'età («età bio-logica», nel testo, senza chiari-menti nel suo significato), che è un elemento di valutazione ma non può mai assumere carat-

tere prevalente». La tematica in discussione non La tematica in discussione non è nuova, e ovviamente Covid-19 l'ha fatta divampare: il con-fronto internazionale ha visto una pluralità di posizioni, gros-somodo riconducibili alle due del primo documento Siaarti e del Cho. In alcuni Stati ameri-cani, come New York, Alabama, Minnesota, Utah, Colorado, Tennessee e Oregon, si invitava a valutare il livello di abilità fia valutare il livello di abilità in-sica o intellettuale prima di ef-fettuare interventi salvavita, tanto che è dovuto intervenire l'Ufficio per i Diritti civili com-petente per escludere discrimi-nazioni. Sempre negli Usa l'U-niversità di Pittsburgh ha inse-rito nei criteri del triage l'aspetniversità di Pittsburgh ha inse-rito nei criteri del triage l'aspet-tativa di vita a breve termine: quella a lungo termine, secon-do alcuni studiosi, risente del-le diseguaglianze sociali, per-ché le persone povere e margi-nalizzate hanno un livello ba-se di salute piti basso di chi vi-ve agiatamente, e quindi i cri-teri di triage, che premiano le ve agiatamente, e quindi i cri-teri di triage che premiano le aspettative di vita a lunga sca-denza li vedrebbero svantag-giati. In Svezia il Karolinska In-stitutet ha individuato per l'ammissione alle TI fasce di età insieme a criteri pre-stabi-lit, ad esempio la compromis-sione significativa di uno o due organi andando quindi a staorgani, andando quindi a sta-bilire ancora una volta catego-

bilire ancora una volta catego-rie di persone escluse a priori dai trattamenti intensivi. Il Comitato di Bioetica spa-gnolo ha invece elaborato un documento in linea con quel-lo italiano, così come anche quello redatto dalle società scientifiche tedesche di ane-tessisti e injuntatori, annolostesisti e rianimatori, omolo-ghe della Siaarti.

gne della Siaarti. Sono prese di posizioni impor-tanti: i criteri seguiti per le scel-te dell'emergenza pandemica costituiranno inevitabilmente un precedente per le politiche del futuro.

I PUNTI FERMI DEI MEDICI CATTOLICI (AMCI)

«Ultimo letto» nodo insoluto

FILIPPO MARIA BOSCIA

a pandemia ci ha fatto scoprire più fragili, in

a pandemia ci ha fatto scoprire più fragili, in una società, governata da economia e sviluppo, che genera scarti, discriminazioni e diseguaglianze. Strutture sanitarie, asfittiche per inarrestabili diete dimagranti non sopportano il peso di sopraggiunte emergenze. Di qui discende il problema dell''ultimo letto'': è scandaloso che dopo mesi persista questo tragico dilemma. Considero apprezzabile il faticoso lavoro di stesura di un protocollo condiviso portato avanti da Fnomceo e Siaarti per un consenso sul bilanciamento di diritti e doveri: è un positivo dialogo tra medici che lavorano in situazioni difficili. Ma non basta. Chiediamo che la Federazione degli Ordini dei Medici faccia valere le proprie ragioni nelle sedi istituzionali, non chiami solamente i medici a esaltare una responsabilità già esercitata in scienza e coscienza, ed esprima a politica e società civile il disagio dei professionisti che lavorano in condizioni estreme. Spettano ai medici i lavorano in condizioni estreme. Spettano ai medici i criteri di selezione di cura, specie in condizioni eccecinettu seiezione di cuita, specie in trontazioni ecce-zionali, ma gli squilibri tra necessità e risorse vanno sanati da quel mondo politico che appare persino in-differente. Questa è un'emergenza soprattutto politi-ca e istituzionale, che tra contraddizioni e omissioni costringe i medici a trovare impossibili rimedi. I «criteri di selezione di cura», seppur solo nei casi di assoluta necessità, rappresentano una forzatura i-secentabile de deli ri il prisimenza di li Necono.

naccettabile e dagli sviluppi imprevedibili. Ne sono co-scienti anche i componenti della Commissione che scienti anche i componenti della Commissione che hanno avvertito un pericolo così imminente da scri-vere che «il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell'u-guaglianza dei valori di ogni essere umano». Reale è la preoccupazione in loro e in noi medic i cattolici che nei fatti avvenga il contrario. Noi medici Amci non accettiamo per nessuna ragione l'obiettivo, riportato in premessa nel testo Fnomceo-Siaarti, di modifiche dell'Cadice di deponalogia medica. Sono nomo oli piedel Codice di deontologia medica. Sono proprio gli esclusi dall'assistenza a richiedere un affinamento delscusi dall'assistenza a richiedere un attinamento del-le coscienze in ospedali e Rsa, nell'applicazione del-le cure palliative, nel sostegno delle famiglie. Una pos-sibilità sta nel riconvertire le opere assistenziali esi-stenti adattandole alle nuove necessità affinché nes-suno sia abbandonato da riaminazioni sature.

Presidente nazionale Associazione Medici Cattolici (Amci)

In Canada si punta a cambiare il «Bill C-14» del 2016, la legge che regola la morte medicalmente assistita, rendendo più facile l'accesso. Il testo - il «Bill C-7» - è stato approvato in linea di principio dalla Camera dei Comuni del Parlamento federale con 246 voti a favore, mentre quelli contrari, espressi dai conservatori, sono stati 78. L'emendamento prevede che venga eliminato il criterio sinora vigente della morte «ragionevolmente prevedibile», cioè la terminalità della malattia. La decisione fa seguito alla sentenza del 2019 nel Québec, che aveva abrogato questo criterio tra quelli per l'accesso alla morte medicalmente assistita, mentre i conservatori chiedevano che si esprimesse la Corte Suprema. La legge C-7, inoltre, eliminerebbe l'attesa di 10 giorni tra il via libera finale e l'attivazione della procedura, ridurrebbe da due a uno i testimoni necessari e toglierebbe il secondo atto di consenso. Ora il testo passa alla Commissione Giustizia. Sia C-14 (del 2016) sia C-7 sono modifiche al Codice penale. IL CONTRIBUTO ALLA GIORNATA NAZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE DELL'11 «Per noi l'hospice è...»: ecco il manifesto della Cei

ono i contenuti del nuovo documento «Una presenza per una speranza affidabile. L'identità dell'Hospice cattolico e di ispirazione cristiana», messo a punto dal-l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute con un lungo lavoro di équipe, il contributo che la Chiesa italiana offre alla Giornata nazionale per le Cure palliative, in programma l'11 novembre. Va-juri de la contra la considera in un manifesto (nella foto) in cui sono proposoti per slogan i spice cattolico e di ispirazione sono proposti per slogan i punti chiave del documento

punti chiave dei documento («per noi l'hospice è...»). Cos'è dunque un hospice nel-l'esperienza delle strutture i-spirate al Vangelo? Anzitutto «un luogo che apre alla spe-ranza, aiutando la persona ari-scoprire il senso stesso della vi-



ta, nella consapevolezza dell'i-neludibilità della morte». E' poi «il luogo delle cure palliative», nel quale si risponde «con una presenza amorevole accanto al morente ai bisogni fisici, psi-cologici, sociali e spirituali, così che la vita possa essere degna di essere vissuta fino all'ultimo istante». L'hospice cattolico è poi «un luogo che risponde ai bisogni spirituali e religiosi del paziente, accompagnando la persona nella ricerca di senso persona nella ricerca di senso e di significato della malattia, della sofferenza e della morte stessa». Nessun intento di e-sclusione: l'hospice cattolico infatti è un luogo che accoglie fedi diverse, nel rispetto della sfera spirituale e religiosa di ciascuno» mentre «si nende ciascuno» mentre «si prende ciascuno» mentre «si prende cura della famiglia accoglien-done i bisogni e le difficoltà senza pregiudizi e con rispet-to», Decisivo lo «stile di cura», che «restituisce dignità alla persona» in quanto «figlia di Dio». E come tale «degna di profondo rispetto».

LA PRESIDENTE NAZIONALE DEGLI ANESTESISTI E DEI RIANIMATORI

«Vanno sempre garantite cure appropriate anche quando le risorse sono scarse»

bbiamo proposto di adot-A tare criteri come in ambi-sottopone a stress inutili un paziente che non trarrà benefici da un inter-vento invasivo. Ma le cure palliative per noi sono un trattamento nobile, che comporta la presa in carico del pazientes. Flavia Petrini, presidente della Società italiana di anestesia, a-pariente in primirarione a termiti in tare criteri come in ambi della Società italiana di anestesia, a-nalgesia, rianimazione e terapia in-tensiva (Siaarti), spiega il documen-to elaborato con la Federazione na-zionale degli Ordini dei medici chi-rurghi e degli odontoiatri (Fnomeo), che indica come gestire le terapie in-tensive di fronte a emergenze sani-tarie: «Abbiamo ribadito l'impor-lanza di grantire cure appropriate tanza di garantire cure appropriate

sempre, anche in carenza di risorse». Cosa ha insegnato la pandemia ai ria-

mimatori?
Abbiamo capito quanto sia importante impegnarci nell'organizzazione e
quanto gli ospedali abbiano sempre
sottovalutato questa disciplina, nonostante le terapie intensive siano i reparti più costosi. Riusciamo ad aprire
nuovi posti letto in terapia intensiva
perché molt in aestesisti sono stati dirottati da altri reparti. Se chiudiamo le
sale operatoria como nella nyimo no. rotau da aintriparia. Se dinucianto e sale operatorie, come nella prima on-data, possiamo dare specialisti di te-rapia intensiva; se evitiamo di cancel-lare interventi chirurgici o chiudere gli ambulatori di terapia del dolore, è chiaro che facciamo fatica. Cosa cambia nel testo condiviso con Fnomeco rispetto al vostro di marzo?

Fnomceo rispetto al vostro di marzo? Ormai tutti sanno di che cosa stiamo



Flavia Petrini (Siaarti): la pandemia sta mostrando quanto gli ospedali abbiano sempre sottovalutato la nostra specializzazione

popolazione era impreparata a sentirsi dire che in un Pronto soccorso non c'era posto. La Siaarti fu rapida a proc era posto. La Siaarti u rapida a pro-durre documenti tecnici di assistenza e le raccomandazioni di marzo face-vano notare che l'ammissione ai trat-tamenti intensivi in condizioni di ec-cezionale squilibrio tra richiesta e ri-sorse disponibili doevva seguire crite-ri che vengono normalmente utilizza-ti nelle mazi emergenze (guerra terroti nelle maxi emergenze (guerra, terro-rismo, terremoto). Dicemmo che il porismo, terremoto). Dicemmo che il po-sto di terapia intensiva non va dato al primo che arriva ma a chi ha più pos-sibilità di essere rianimato: tra i criteri c'è anche l'età, ma non solo. Il docu-mento non piacque a Fnomceo, e su proposta del presidente Filippo Anelli fi navviato un tavolo parietro di esperi avviato un tavolo paritetico di esperti di scienza e bioetica: ora il documennon solo ai rianimatori, e stabilisce l'importanza di offrire cure anche quando c'è carenza di risorse. Tra i criteri c'è il «beneficio duraturo

Tra i criteri c'èll-beneficio duraturosnon si rischia di minare il rapporto di fiducia tra medico e paziente? Elo stesso discorso quando si valuta il rischio chirurgico: non si lesinano interventi in base all'età, ma nella chirurgia geriatrica si applicano punteggi, per cui tanto più è alta la fragilità tanto maggiore è la possibilità che il paziente non superi l'intervento. Insieme a paziente, chirurgo e familiari si sceglie il male minore. Così in condizioni di estrema criticità non si ricovera in terapia intensiva chi corre un rischio maggiore della soluzione che si può ottenere con cure palliative.

Copyright � Avvenire Novembre 5, 2020 9:14 am (GMT +1:00)