- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Fri, 04 Jul 2025, 05:30:18

Recenti Prog Med 2020; 111: 184-185

La cura: una questione di merito?

SANDRO SPINSANTI[1]

[1]Istituto Giano, Roma.

Pervenuto su invito il 25 marzo 2020.

Riassunto. Un documento pubblicato dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) sta suscitando un animato dibattito, attraversato da profondi timori. Si tratta di raccomandazioni rivolte ai colleghi dai quali dipende se avviare o no a trattamenti intensivi i malati che ne hanno bisogno per sopravvivere. In concreto, il riferimento è ai malati ai quali l'epidemia di CoViD-19 ha compromesso le capacità respiratorie. Non abbiamo ancora chiari quali criteri positivi possano contribuire a prendere decisioni cliniche in contesti di risorse insufficienti che ci costringono a fare delle scelte.

The cure: a question of merit?

Summary. A position statement published by the Italian Society of Anesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI) is fostering a vibrant debate, crossed by deep fears. These are recommendations addressed to ICU doctors who must decide whether to implement intensive treatments for patients who need them to survive. Specifically, the reference is to the patients to whom the CoViD-19 epidemic has compromised respiratory capacity. We still do not have clear what positive criteria can help make clinical decisions in contexts of insufficient resources that force us to make choices.

Un documento pubblicato dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) sta suscitando un animato dibattito, attraversato da profondi timori. Si tratta di raccomandazioni rivolte ai colleghi dai quali dipende se avviare o no a trattamenti intensivi i malati che ne hanno bisogno per sopravvivere. In concreto, il riferimento è ai malati ai quali l'epidemia di CoViD-19 ha compromesso le capacità respiratorie. Le condizioni eccezionali nelle quali l'epidemia si sta sviluppando ci costringe a confrontarci con i limiti delle risorse disponibili. In termini crudi: la capacità delle rianimazioni sta raggiungendo il limite; una volta saturata, i medici dovranno decidere chi ammettere e chi escludere. Chi è destinato a sopravvivere?

In uno scenario di servizi sanitari privatizzati, diremmo cinicamente: la differenza tra i sommersi e i salvati la farà il mercato. Sopravviverà chi ha i mezzi e le coperture assicurative. Per fortuna, il servizio sanitario pubblico, a base universalistica, ci garantisce da questo incubo. Rimane però la necessità di un criterio per fare le scelte, quando la domanda eccede la disponibilità. Ci rifugeremo nel criterio dei "primi arrivati"? Anche questa ipotesi è inquietante. Qui si inseriscono i suggerimenti in questione rivolti ad anestesisti e rianimatori. Il criterio dei limiti di età ha evocato il fantasma dei vecchi automaticamente esclusi. La "massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone" ha fatto emergere, analogamente, il criterio di scelte fatte sulla base della quantità di vita, a scapito di altre valutazioni riferite alla persona.

La prospettiva della personalizzazione delle scelte evoca un antico problema: il medico è autorizzato a decidere chi merita di essere salvato? Il drammaturgo Bernard Shaw ha avuto il coraggio di portarlo a teatro, nel 1906, con *Il dilemma del dottore*[1]. Immagina che il protagonista abbia inventato una nuova cura per i malati di tisi. Ma ha una disponibilità limitata: non più di dieci posti. Una giovane signora gli chiede di prendere in cura suo marito, che è un artista famoso. La prima considerazione del dottore è brutale: "Non capita tutti i giorni di trovare una persona che meriti davvero di essere salvata. Dovrò far uscire un altro dall'ospedale; ma troverò sicuramente qualcuno peggiore di lui". Salvo poi ricredersi, considerando che la signora è più interessante per lui come vedova…

Ecco la peggiore delle insidie: far dipendere la scelta del medico dalla qualità morale – vera o supposta – della persona malata. Ciò è, fortunatamente, escluso dalla deontologia professionale dei medici. Non abbiamo con ciò messo a fuoco quali possano o debbano essere i criteri positivi in base ai quali prendere le decisioni cliniche nei contesti di risorse insufficienti che obbligano a operare delle scelte. Forse in questo ambito possiamo per il momento proclamare, negativamente, "ciò che non siamo, ciò che non vogliamo" (Eugenio Montale): non possiamo accettare che la cura sia legata al merito, stabilendo una gerarchia tra persone più o meno degne.

Tenendo stretto questo imprescindibile criterio deontologico, siamo costretti ad affacciarci, volenti o nolenti, nel territorio dell'etica. Oltre lo scenario delle scelte "corrette", qui ci domandiamo quali rispondono ai criteri etici di decisioni "buone" o "giuste". L'epidemia minaccia dalle fondamenta un edificio che, con grande fatica, da qualche tempo ci stavamo sforzando di costruire. All'alba del nuovo millennio un gruppo di professionisti e di studiosi, per iniziativa della European Federation of Internal Medicine e dell'American College of Physicians, ha proposto la "Carta della professionalità medica", pubblicata nel 2002 da *The Lancet*[2] e *Annals of Internal Medicine*. Innovando la tradizio-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.110 Fri, 04 Jul 2025, 05:30:18

ne secolare dell'etica medica, che faceva coincidere la buona medicina con quella che assicura il bene del paziente – deciso dal medico in scienza e coscienza – la Carta individuava tre criteri con i quali le decisioni mediche si dovevano misurare: fornire cure efficaci, secondo lo standard delle conoscenze mediche; rispettare il paziente come persona autonoma, tenendo in considerazione le sue scelte e le sue preferenze; garantire a tutti i cittadini uguali opportunità, con equità e senza discriminazioni. I tre criteri, sorretti rispettivamente dai princìpi di beneficità, autonomia e giustizia, dovevano essere tenuti in considerazione contemporaneamente. L'etica medica passava, dopo una riproposta costante durata secoli, da una a tre dimensioni.

Il movimento di Slow Medicine è riuscito a sintetizzare questo cambio di paradigma proponendo cure "sobrie – rispettose – giuste", ovvero: cure appropriate, sulla base dei migliori studi di efficacia; costruite mettendo insieme le indicazioni cliniche con la biografia della persona malata, e quindi sollecitando un suo consenso come espressione di consapevolezza; a tutti quelli che di cure hanno diritto e bisogno, senza privilegi. Ebbene, questa costruzione, insieme concettuale e pratica, minaccia di essere spazzata via dall'emergenza. Mancano le risorse (posti letto, ausili, farmaci, per non parlare di sufficiente numero di professionisti); di coinvolgimento del malato nelle scelte non si sente parlare, neppure nella forma estremamente riduttiva del consenso informato; l'equità si dilegua sotto la spinta del "triage". Certo, "à la guerre comme à la guerre"... Ma l'etica della cura in tempo di pace è diversa. E con l'auspicio del ritorno della normalità non possiamo che desiderare il ritorno a cure sobrie – rispettose – giuste.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Shaw GB. The doctor's dilemma. 1906. http://www.gutenberg.org/ebooks/5069
2. Project MP. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002; 359: 520-2.

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof. Sandro Spinsanti
Istituto Giano
Roma
E-mail: sandro.spinsanti@gmail.com