

CHIANDRETTI L., DRIGO P., VERLATO G., VIAFORA C. (a cura di), *Interventi al limite. Bioetica delle terapie intensive neonatali*, FRANCO ANGELI, Milano 2007.

Se il neonato pretermine è vitale, cosa fare? È il dibattuto dilemma che stiamo assistendo tra le corsie di neonatologia a partire dagli anni '60, da quando l'efficacia tecnologica ha scalzato la rigosità prettamente normativa della natura che discriminava, su basi socio-biologiche, l'esistenza del neonato.

Questo testo intitolato "Interventi al limite", nato come rielaborazione di contributi del Convegno "Oltre la tecnica: la rianimazione del neonato e del bambino, problemi etici e giuridici in Italia", tenutosi a Padova nel 2005, è un ottimo spunto di riflessione che contribuisce ad ampliare ed approfondire questa scottante tematica sollevando alcuni dubbi.

Gli autori affrontano poliedrica-

RECENSIONI

mente la portata del dibattito soffermandosi scrupolosamente su dati statistici e focalizzando l'attenzione sull'importanza di linee-guida, al fine di non scadere in una scelta individualista irrazionale, basata su falsi emotivismi che potrebbero sfociare in un accanimento terapeutico o, al contrario, in una forma di eutanasia attiva.

Nel 2006, il Nuffield Council on Bioethics pubblicava un documento che analizzava approfonditamente le problematiche etiche inerenti all'ambito neonatologico (p. 108).

Ciò che si evince nella lettura del documento è che a 25 settimane di gestazione il piccolo va rianimato (afferma che attualmente in Olanda è valida oltre le 25 settimane, pur dichiarando il Procollo di Groeningen i requisiti necessari per questa forma di eutanasia (p. 107)), sotto le 25, prosegue il documento inglese, è necessaria una "franca" discussione con i genitori (...). Sotto le 22 settimane, "nessun" neonato deve essere rianimato (situazione non contemplata in Giappone, dove il neonato anche a 22 settimane viene rianimato).

Sicuramente il miglioramento dei controlli prenatali, la regionalizzazione delle cure prenatali, l'uso di corticosteroidi per la maturazione polmonare e l'uso di surfattante, hanno contribuito enormemente ad abbassare la soglia pretermine di intervento.

Ciò non toglie che a livello nazionale come mondiale (vedi i due esempi poc'anzi citati: Olanda e Giappone), sussistano ideologie che

spesso spingono a comportamenti dubbi se non opposti. Ed è particolarmente notevole il fatto che l'art. 7 della L. 194 sull'IVG (p. 149) attualmente stia amplificando questa perplessità. Ricordiamo che se il feto ha possibilità di vita autonoma, l'interruzione può essere praticata solo nel caso in cui alla lettera a) dell'art. 6: la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna. Ma quale sia il grave pericolo di vita della donna è totalmente occultato. Di fatto si potrebbe negare la maternità anche per motivi prettamente socio-economici, ed ecco allora il bisogno di accoglienza di entrambi, sia della madre che del piccolo (un es. il Progetto Gemma).

Ma il problema potrebbe anche essere più tecnico. Lo "sviluppo incompiuto" necessita di supporti spesso invasivi (p. 147). La ventilazione meccanica potrebbe danneggiare le delicate strutture del polmone in formazione. La somministrazione di ossigeno potrebbe stimolare la proliferazione anormale di vasi sanguigni nella retina immatura che potrebbero portare fino alla cecità.

Nelle scelte da operare vanno sempre tenuti in mente 4 punti fondamentali (p. 149). A) non tutto ciò che è tecnicamente possibile è sempre lecito da esperire, proprio per gli effetti che la tecnica potrebbe produrre; b) bisogna pur sempre rispettare l'intrinseca dignità della persona; c) bisogna cercare di puntare ad una bioetica clinica che oltre alla deontologia, con-

RECENSIONI

templi il legame sociale tra personale medico e genitori con il piccolo paziente; nonché e) la tenuta in conto dell'inevitabile incertezza prognostica. A questi 4 punti gli autori del testo hanno controbattuto con una linea guida (p. 143) a tutt'oggi in vigore presso l'Ospedale pediatrico di Padova, come di seguito espressa. Si distingue in 4 parti: a) Indicazione sull'approccio da adottare in base all'età gestazionale; b) indicazioni in caso di malattia a prognosi infausta; c) comunicazione con i genitori; d) cure compassionevoli. Con riferimento al punto a) si indica che - fino a 22 settimane gestazionali, definite in base all'anamnesi e confermate dalla valutazione obiettiva del neonato, si propone di prestare cure compassionevoli, - a 23 settimane gestazionali compiute, nel caso di presenza di vitalità (battito cardiaco e/o presenza di movimenti e/o gasping) si propone l'intubazione immediata e l'assistenza respiratoria. Poi, se le condizioni migliorano in pochi minuti (ripresa del colorito, FC > 100/min) bisogna continuare la rianimazione, altrimenti ci si limita alle cure compassionevoli, - dalla 24 SG compiuta in poi, praticare intubazione immediata, assistenza ventilatoria e rianimazione cardiocircolatoria.

Al punto b) in caso di prognosi infausta, per il neonato pretermine si propone, dopo un iter diagnostico, di praticare le cure compassionevoli. Se il quadro non è completamente chiaro si consiglia di intraprendere le cure

intensive in sala parto e successivamente valutarne l'appropriatezza.

A questo punto, di fatto si apre un'altra tematica: la eventuale "sospensione" di cure (poco in uso in Italia rispetto al resto di Europa. (pp. 65-67)) se non la "inattivazione" delle medesime.

Gli autori annunciano che per i bioeticisti l'opzione di una scelta o l'altra, che conduce al medesimo risultato (p. 51), ossia alla morte del piccolo paziente, non crea distinzioni, pertanto l'astensione o la sospensione sarebbero la stessa cosa. In effetti, credo che vi sia una certa differenza tra l'agire ed il non agire. Molti medici, come ancora sostenuto dagli autori, pensano che la sospensione del trattamento sia più grave che l'astensione. Il problema a mio pare è capire l'"intenzionalità" con la quale si opera e non il semplice grado di "sollevamento" di coscienza dell'operatore sanitario. La finalità dell'azione, in questo ambito, è l'esplicitazione di un intento sicuramente positivo: si cerca di salvare il neonato, il risultato però è incerto: potrebbe non farcela. Il dubbio è ragionare su questo grado di incertezza ossia se il gioco vale la candela: tentare di salvare una vita. L'eventuale morte o interruzione volontaria (per evitare un accanimento: una cura sproporzionata al grado di sopportazione fisica del neonato), è la logica conseguenza di un intervento con un risultato negativo, pertanto l'effetto "morte" sarà successivo rispetto alla causa principale, quella di

RECENSIONI

tentare di dare la vita (duplice effetto). Anche perché in un quadro clinico neonatale, per poter intraprendere una cura, si dovrà sicuramente vedere prospettata la possibilità di un eventuale miglioramento altrimenti, presumo, l'intervento non sarebbe affatto iniziato.

In questo frangente vengono a scontrarsi due piani: quello ontologico esistenziale e quello tecnologico antientropico. Può l'essenza umana, e soprattutto se pretermine e ancor più se difettosa, essere contrastata da una scelta dettata unicamente da una realtà tecnico-cronologica (la quale non esclude un errore di valutazione temporale), o sarebbe più giusto guardare al nascituro da un punto di vista esclusivamente onto-biologico e/o epidemiologico, in cui la reale assenza/esistenza "mi dice" di quella vita, indipendentemente da ogni sorta di valutazione sussunta da "tabelle" gestazionali?

Questo non deve sicuramente condurre ad un accanimento terapeutico ma, penso, ad una presa in carico del piccolo paziente proporzionata alla "sua" reale condizione fisiologica.

Credo che il piano ontologico sia il supporto esistenziale dal quale dipartono le scelte di vita. È l'ombra dell'uomo, impossibile da elidere.

Stabilire aprioristicamente un termine entro il quale operare è distorcere il concetto stesso di questa visione assiologica. La limitazione "temporale" (22 settimane), con ricaduta ontologica condurrebbe, in tal senso, ad

una negazione dell'*ens* pre-termine che oltre a menomare il concetto di persona, priverebbe di significato anche il senso dello sviluppo tecnologico in ambito medico.

Pertanto è sempre più auspicabile un incontro dialettico tra i due piani, per un garantismo di vita aperto ad ogni individuo, anche se pretermine, il quale, proprio per la "sua" condizione e non per l'età gestazionale, forse potrebbe un giorno testimoniare che dal "limbo" di 22 settimane sia possibile uscirne illesi o comunque con danni psico-fisici che non contrastano con condotta di una vita degna di essere vissuta.

Paola Pierantozzi

Camillianum, n. 22 - 2008