



BIOETICA & INFANZIA 2 | Rianimare o non rianimare?

BAMBINI PREMATURI NÈ ACCANIMENTO, NÈ PREGIUDIZI

di Carlo Valerio Bellieni*

Nel 2006 si discuteva in Italia sulla rianimazione dei bambini appena nati: chi rianimare, chi no, e su quali basi. Veniva proposto un criterio, già in atto presso altri paesi, di basarsi sull'età gestazionale, cioè su quanto era prematuro il bambino. In pratica questi criteri indicano che se il bambino nasceva prima di 23 settimane di gestazione non è consigliato rianimare, se nasce tra le 23 e 24 si può rianimare ma in certi casi anche no, e se nasceva almeno dopo 25 si doveva rianimare. Il Comitato Nazionale di Bioetica non reputò questo approccio eticamente accettabile: per i bambini nati di età gestazionale molto bassa le chance di farcela sono basse ma non assenti.

Ribadi inoltre il CNB che la medicina fa progressi anno per anno e quello che è inutile oggi, domani forse non lo sarà e che certo molti dei bambini di 23 o 24 settimane moriranno, ma noi non abbiamo alla nascita strumenti per sapere quali saranno. Ribadi il parere negativo verso un'eventuale sospensione delle cure a causa della disabilità del bambino e che addirittura alla nascita non abbiamo strumenti validi per fare una prognosi di certezza; ribadi il concetto che ci si deve astenere dall'accanimento terapeutico.

Oggi questi giudizi, che avevano sollevato alcuni dubbi e velate polemiche, hanno trovato buona compagnia.

In primo luogo è da poco uscito un articolo [1] in cui 40 influenti pediatri di tutte le parti del mondo contestano le linee guida canadesi basate proprio sulla rianimazione basata sul conto delle settimane.

Poi John Lantos, eminente bioeticista dell'American Academy of Pediatrics pubblica con altri studiosi dell'università del Kansas delle linee-guida [2] con i principi che qui trascrivo: "(1) accettare che esiste una zona grigia in cui le decisioni non sono né bianche né nere; (2) non mettere troppo l'accento sull'età gestazionale (3) morire non è generalmente nell'interesse del paziente (4) la disabilità non significa per forza scarsa qualità di vita; (5) solo perché il treno è partito non significa che non si possa arrestare [riferito alla possibilità di fermare le cure, v. dopo, NdR]; [...] (9) la statistica può essere confusa e può confondere; (10) non abbandonare mai i genitori". Spiega inoltre che moltissimi dei nati tra 22 e 25 settimane di gestazione avranno serie malattie, ma alcune di queste saranno gravemente debilitanti, altre no e non è corretto mettere tutte insieme nel computo dei rischi senza fare i giusti distinguo, o sospendere le cure perché il bambino avrà con alta probabilità una disabilità.

Ma ancora più interessante è un paio di articoli che vengono dai neonatologi americani [3] e Spagnoli [4] che mostrano che la sopravvivenza nei nati estremamente prematuri va migliorando, pur rimanendo bassa. Certo la sopravvivenza quando il bambino è molto immaturo ha un alto rischio di essere legata a disabilità; per questo facciamo due osservazioni basandoci sempre su quanto pubblicato in ambito scientifico: la prima è che, come spiega il succitato lavoro di Lantos [2], se una volta rianimato il bambino si vede che gli sforzi per tenerlo in vita sono inutili, vanno interrotti, quindi non si deve indulgere nell'accanimento terapeutico, così come si devono arginare le cure se queste sono realmente insopportabili per il bambino. La seconda è che non si può interrompere le cure perché il bambino è disabile: ritrovare una malattia o un danno cerebrale non implica che si debba per questo sospendere le cure in assenza di una situazione di sofferenza documentata e insuperabile; anche questo concetto trova autorevole supporto: la Carta dei diritti del Bambino Prematuro della Unione Europea delle Società di Perinatologia e Neonatologia (UENPS) [5].

Vale la pena ricordare alcuni dei tanti studi di Annie Janvier [6,7] che ha mostrato esserci uno strano pregiudizio in base al quale i criteri per scegliere se rianimare o non rianimare un neonato sono diversi da quelli per rianimare un adulto, pur con la stessa prognosi cioè con lo stesso rischio di non farcela o di avere poi delle disabilità. La Janvier ha ben dimostrato che molti medici in Paesi americani sono portati a rianimare con meno frequenza il bambino appena nato. Bisogna stare attenti a capire bene (e per questo abbiamo strumenti di valutazione utili) che non si sospendano le cure per altro motivo che non sia l'interesse del bambino.



* Neonatologo
Ospedale Le Scotte, Siena
Consigliere Nazionale Ass. Scienza & Vita

**BIBLIOGRAFIA**

1. Janvier A, Barrington KJ, Aziz K, Bancalari E, Batton D, Bellieni C, Bensouda B, Blanco C, Cheung PY, Cohn F, Daboval T, Davis P, Dempsey E, Dupont-Thibodeau A, Ferretti E, Farlow B, Fontana M, Fortin-Pellerin E, Goldberg A, Hansen TW, Haward M, Kovacs L, Lapointe A, Lantos J, Morley C, Moussa A, Musante G, Nadeau S, O'Donnell CP, Orfali K, Payot A, Ryan CA, Sant'anna G, Saugstad OD, Sayeed S, Stokes TA, Verhagen E. CPS position statement for prenatal counselling before a premature birth: Simple rules for complicated decisions. *Paediatr Child Health*. 2014 Jan;19(1):22-4
2. Bajwa SS, Kaur J, Bajwa SK, Kaur G, Singh A, Parmar SS, Kapoor V. Designing, managing and improving the operative and intensive care in polytrauma. *J Emerg Trauma Shock*. 2011 Oct;4(4):494-500.
3. Brunkhorst J, Weiner J, Lantos J. Infants of borderline viability: the ethics of delivery room care. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2014 Oct;19(5):290-5
4. García-Muñoz Rodrigo F, García-Alix Pérez A, García Hernández JA, Figueras Aloy J; Grupo SEN1500. [Morbidity and mortality in newborns at the limit of viability in Spain: a population-based study]. *An Pediatr (Barc)*. 2014 Jun;80(6):348-56.
5. Guimaraes H, Sanchez-Luna M, Bellieni CV, Buonocore G; Union of European Neonatal and Perinatal Societies. Ethical charter of Union of European Neonatal and Perinatal Societies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Jun;24(6):855-8
6. Salmeen K, Janvier A, Sayeed SA, Drey EA, Lantos J, Partridge JC. Perspectives on anticipated quality-of-life and recommendations for neonatal intensive care: a survey of neonatal providers. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Sep 18:1-6.
7. Janvier A, Lantos J; POST Investigators. Ethics and etiquette in neonatal intensive care. *JAMA Pediatr*. 2014 Sep;168(9):857-8