

# LA PROPOSTA USA DI REVISIONE DEI CRITERI DI ALLOCAZIONE DEGLI ORGANI E IL "MODELLO" MEDICO DI RIFERIMENTO. LA COPERTA È CORTA!



## Dr.ssa Giordina Barbara Piccoli

SS Nefrologia ASOU San Luigi Gonzaga  
Università di Torino  
Torino  
e-mail: gbpiccoli@yahoo.it

Il trapianto renale ha fatto passi da gigante. Ma i pazienti invecchiano, sono sempre più numerosi e carichi di anni e di comorbidità. E gli organi non sono sufficienti. E non ci sono previsioni di un futuro più roseo. Anzi, ci sentiamo dire: i soldi stanno per finire, sono già finiti. Non c'è, quindi, da stupirsi che si parli di allocazione degli organi. Nel numero del 7 Aprile 2011 del *New England*, un editoriale si intitola: Rischio, prognosi e conseguenze "non volute" nell'allocazione dei reni. *Unintended*: preterintenzionale (1). In estrema sintesi, la proposta è quella di definire un profilo composito, costituito da

uno score di qualità dei candidati al trapianto e da uno score di qualità degli organi. Il meglio ai migliori, considerando come "meglio" i quintili superiori di entrambe le distribuzioni. Per il restante 80% di pazienti e reni, la proposta è di un'allocazione standard, con un ampio range di età (+/- 15 anni). Questa scelta, che ricorda i primi criteri di allocazione dei reni artificiali ai pazienti "migliori", giovani e sufficientemente benestanti e colti da affrontare una così impegnativa terapia, ripropone, in un contesto differente, limiti nati con la terapia dell'uremia. Viene da ricordare come le prime previsioni si fossero rivelate fallaci, considerando come la sopravvivenza maggiore si fosse registrata nei pazienti in dialisi domiciliare, inizialmente esclusi dal programma. L'editoriale commenta saggiamente come non sempre le previsioni statistiche siano poi attese e come un errore o un cambiamento demografico possano portare a risultati inquietanti e ammonisce contro i rischi del "mettere il carro davanti ai buoi". Fin qui, tutta tecnologia e buon senso.

Ma, come si leggeva 15 anni fa in un illuminato editoriale di *Lancet* "Who owns medical technology?", la tecnologia porta più dell'*hardware* e cambia i valori di una società (2). L'editoriale di Aprile offre spunti interessanti: il "cuore" della proposta, infatti, non è di favorire i più giovani, coloro che la malattia ha privato di più vita, ma di ridurre il numero dei reni "sprecati", ancora funzionanti al momento del decesso dei riceventi. Tuttavia, cita l'editoriale, uno degli effetti indesiderati di un'allocazione che favorisce i "migliori" potrebbe essere la riduzione delle donazioni da vivente, analogamente a quanto registrato, in età pediatrica, dopo l'applicazione di analogo criterio. L'editoriale è uno specchio interessante della società statunitense e genera domande.

Se scomponiamo il problema nei quattro punti classici della bioetica formale "beneficio, non maleficio, giustizia e autonomia" quale valore diamo alla giustizia e, di conseguenza, al nostro ruolo di medici (3, 4)? La proposta discussa è speculare alla politica di una lista d'urgenza, dedicata ai soggetti più fragili, che più difficilmente potrebbero trovare un organo compatibile, che rischiano a breve una prognosi infausta, salvo un trapianto riuscito. Sicuramente, si tratta di persone che non corrispondono al profilo del "candidato ideale". La proposta USA identifica una giustizia societaria, orientata alla risorsa (potremmo dire orientata all'organo), secondo la quale mezzi limitati vengono impiegati al fine di sottrarre più anni di dialisi alla società. La soluzione delle liste d'urgenza si basa su una giustizia individuale, orientata al paziente. Il guadagno di vita è maggiore quanto più compromesse sono le condizioni di base.

La morale che ci porta a scegliere una giustizia societaria o individuale è scelta di ognuno, così come la religione o il credo politico. Ma qui sta il punto: una scelta apparentemente tecnica, come quella dei criteri di allocazione, non definisce solo il contesto del nostro lavoro, definisce il nostro ruolo. Attenti contabili con risorse limitate o donchisciotteschi difensori dei più deboli?

Se migliaia di anni di medicina non hanno dato una risposta, non sarà certo un minieditoriale a suggerirla. Ma, in questo momento di rivisitazione dei nostri sistemi, un'attenzione alle ragioni etiche delle questioni tecniche è probabilmente, come citava l'editoriale di *Lancet*, un mezzo per "difendere il nostro ruolo di guaritori e maestri" (2).

**DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI:** L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hippen BE, Thistlethwaite JR Jr, Ross LF. Risk, prognosis, and unintended consequences in kidney allocation. *N Engl J Med* 2011; 364 (14): 1285-7.
2. [No authors listed]. Who owns medical technology? *Lancet* 1995; 345 (8958): 1125-6.
3. Azétsop J, Rennie S. Principlism, medical individualism, and health promotion in resource-poor countries: can autonomy-based bioethics promote social justice and population health? *Philos Ethics Humanit Med* 2010; 5: 1.
4. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *Med Humanit* 2003; 29 (2): 65-71.