

Così l'Italia deciderà chi curare prima

Polemiche sul nuovo piano pandemico

La bozza del ministero della Salute: se le risorse sono scarse, privilegiare i pazienti che traggono più beneficio

GRAZIA LONGO
ROMA

Meglio tardi che mai. È finalmente pronta la bozza del nuovo piano pandemico 2021-2023 che, sulla scorta dell'emergenza coronavirus sostituirà il piano influenzale datato 2006, poi aggiornato, ma di fatto rimasto identico rispetto alla sua formulazione originaria. E già non mancano le polemiche, soprattutto per la possibilità di privilegiare chi curare.

Tra le novità della bozza del nuovo piano strategico, che verrà poi sottoposta alle Regioni, ci sono la necessità di produrre velocemente mascherine e dispositivi di protezione individuale a livello nazionale

Il documento che riguarda il biennio 2021-2023 verrà ora sottoposto alle Regioni



I precedenti

1

Svizzera

In caso di sovrappienezza delle terapie intensive è prevista l'esclusione degli over 85. L'età scende a 75 anni in caso di altre patologie gravi.

2

Svezia

Già anziani che hanno più di 80 anni non sono considerati una priorità così come gli over 70 già malati.

3

Los Angeles

Agli operatori delle ambulanze è stato chiesto di non trasportare in ospedale pazienti che hanno possibilità molto basse di sopravvivere.

sia per medici e infermieri sia per i cittadini, la possibilità di realizzare in tempi brevi nuovi posti letto in terapia intensiva, l'esigenza di scorte nazionali di farmaci antivirali e di una formazione continua degli operatori sanitari.

Il testo della bozza, elaborato dal ministero della Salute, prevede inoltre esercitazioni, definizione della catena di comando e azioni di monitoraggio dell'attuazione. Preziose saranno un'anagrafe vaccinale nazionale, la predisposizione di piattaforme informatiche per il monitoraggio sei servizi sanitari,

una comunicazione costante tra le varie autorità.

Viene poi ribadito che è possibile scegliere chi curare per prima nel caso in cui mancano le risorse. «Quando la scarsità rende le risorse insufficienti rispetto alle necessità - si legge nel testo -, i principi di etica possono consentire di allocare risorse scarse in modo da fornire trattamenti necessari preferenzialmente a quei pazienti che hanno maggiori possibilità di trarne beneficio». Si precisa tuttavia che «non è consentito agire violando gli standard dell'etica e della deontologia ma può essere ne-

cessario per esempio privilegiare il principio di beneficiabilità rispetto all'autonomia, cui si attribuisce particolare importanza nella medicina clinica in condizioni ordinarie. Condizione necessaria affinché il diverso bilanciamento tra i valori nelle varie circostanze sia eticamente accettabile è mantenere la centralità della persona».

Nel documento, si sottolinea anche che «la preparazione a una pandemia influenzale è un processo continuo di pianificazione, esercitazioni, revisioni e traduzioni in azioni nazionali e regionali, dei

piani di risposta. Un piano pandemico è quindi un documento dinamico che viene implementato anche attraverso documenti, circolari, rapporti

Nel testo si evidenzia la necessità di produrre velocemente mascherine

tecniche». Il dilagare del Covid «conferma l'imprevedibilità di tali fenomeni e che bisogna essere il più preparati possibili ad attuare tutte le misure

per contenerli sul piano locale, nazionale e globale». Per questo è necessario disporre di «sistemi di preparazione che si basino su alcuni elementi comuni rispetto ai quali garantire la presenza diffusamente nel Paese ed altri più flessibili da modellare in funzione della specificità del patogeno che possa emergere».

Il piano pandemico dovrà pure definire le procedure per i trasferimenti e trasporti di emergenza, oltre al monitoraggio centralizzato dei posti letto e la distribuzione centralizzata dei pazienti.

Riferendosi quindi ai piani

regionali, nella bozza si osserva che questi «devono essere attuati dopo 120 giorni dall'approvazione del Piano nazionale e ogni anno va redatto lo stato di attuazione».

Tra le 140 pagine della bozza, stilata dal Dipartimento Prevenzione del ministero, è più volte rimarcata la necessità di una «formazione continua finalizzata al controllo delle infezioni respiratorie e non solo, in ambito ospedaliero e comunitario» con un'attiva collaborazione tra livello nazionale e servizi sanitari regionali. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GABRIELLA BUONO Responsabile di Anestesia e rianimazione al Mauriziano di Torino

“Mi è successo di dover scegliere seguo la scienza, non le emozioni”

L'INTERVISTA

LODOVICO POLETTI

«Nessun medico sceglie chi deve vivere e chi deve morire, e anche il decreto non dice di far questo. È, invece, una indicazione ad utilizzare le risorse nel modo migliore».

Vale a dire?

«Valutando se il ricovero in Rianimazione sarebbe, o meno, indicato».

E come si fa?

«Attraverso i triage clinici,

che stabiliscono con parametri ben chiari a tutti, e validi in tutto il mondo, se la Rianimazione è utile a salvare la vita a quella determinata persona».

E quindi che accade?

«Accade che se l'ingresso in rianimazione viene valutato inutile, o addirittura dannoso, viene evitato».

Gabriella Buono è la responsabile dell'emergenza Covid del reparto di Anestesia e rianimazione dell'ospedale Mauriziano. Una che vissuto la pandemia fin dal primo giorno. E che un anno fa condannò in modo duro le scelte di politica sanitaria de-

gli ultimi dieci anni. Oggi, un anno dopo, non ha dubbi: «Nessun medico, mai, sceglie su basi emotive».

E allora come sceglie?

«Lavorando sui parametri del triage. Che sono tre: le patologie pregresse, una scala di fragilità e il rischio morte. Dati validi in tutto il mondo che spiegano quanto un paziente rischi di morire nonostante il massimo della cura».

Lei ha mai scelto?

«Certamente».

Quanto le pesa dal punto di vista emotivo?

«In questi frangenti deve prevalere il medico, che agisce

GABRIELLA BUONO

RESPONSABILE COVID
OSPEDALE MAURIZIANO DI TORINO

Noi di mestiere salviamo le vite ma ci deve essere un margine anche minimo per farlo

secondo ciò che dice la scienza. Noi salviamo vite, purché ci sia un margine anche minimo per farlo. Se c'è andiamo avanti all'infinito. Usando tutte le risorse disponibili». **E quando questo margine**



non c'è?

«Si fanno scelte diverse. Che sono sempre condivise con altri medici, con i quali si è valutato il paziente. Se ci spiace? Ovvio. Ogni persona ha la sua storia, ha un suo percor-

so, ha affetti e speranze. Ma poi, come dicevo, deve prevalere il medico. Che fa ciò che va fatto».

Tutto questo è colpa del Covid?

«Guardi che si sceglieva anche prima della pandemia: in Rianimazione si andava, e si va tutt'ora, per un sacco di problemi. Soltanto che prima ti capitava di dover scegliere due o tre volte al mese. Oggi devi farlo anche trenta».

Parliamo di risorse. Le è mai capitato di avere solo un ventilatore disponibile e dover decidere a chi darlo?

«No, quello mai. E non soltanto qui, in questo ospedale. Ma anche negli altri ospedali del Piemonte nessuno collega si è mai trovato in questa situazione. I problemi sono altri».

Che cosa intende?

«Se il Covid tornerà a riempire gli ospedali, torneremo a non curare gli altri malati. E questo è preoccupante. Molto preoccupante».

© RIPRODUZIONE RISERVATA