

# Testo elaborato dal gruppo di lavoro “XYZ”

---

*Siamo alla “Selezione negativa per i vecchi”, con la piattaforma “ROUSSEAU”!*

*di Stefano Biasioli – 24 novembre 2020*

*Abbiamo letto con attenzione il testo elaborato da un gruppo di lavoro “misto” che fa seguito alle ben note “raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione ai trattamenti intensivi e per la loro sospensione”, pubblicato dalla SIAARTI il 6/3/20.*

*Lo commentiamo, con amarezza.*

## **GRUPPO di LAVORO**

*Era costituito da 7 soggetti + 2 coordinatori: di questi, 5 anestesisti, 1 medico legale, un avvocato, un soggetto DIMEC di Bologna (medico? chirurgo?), un soggetto della U. Cattolica (con competenze non note a Noi).*

## **OSSERVAZIONI:**

*Chi ha scelto i componenti di questo gruppo? Perché non sono presenti altre figure mediche comunemente coinvolte nell'emergenza? Nefrologi, Infettivologi, Pneumologi, Cardiologi interventisti, Cardiochirurghi, Neurochirurghi?*

*L'emergenza non tocca solo gli anestesisti-rianimatori, soprattutto in tempi di COVID.*

*Esempio classico: oggi, in Veneto, 320 posti letto di rianimazione (su 840) sono occupati dal Covid, ma negli ospedali Veneti ci sono altri 3000 pazienti COVID e 8.000 ricoverati non COVID.*

*E, allora?*

## **PREMESSA del DOCUMENTO**

*È la solita... “...Cosa fare in caso di completa saturazione ?” (pag.3)*

*Saturazione? Dei posti letto in rianimazione o anche dei posti emergenziali in pneumologia, nel reparto di malattie infettive, nelle altre strutture con attività di emergenza?*

*Il documento è “frutto di una riflessione allargata”...*

## **OBIETTIVI del DOCUMENTO (pag.4)**

*“offrire ai professionisti uno strumento idoneo alle scelte...nel caso si verificasse uno squilibrio tra domanda di assistenza sanitaria e risorse disponibili...”.*

*Domanda: dov'erano costoro quando i sindacati medici (anni post 2003 e post 2011) denunciavano i tagli micidiali alla sanità, in tema di organici, posti letto (di rianimazione e non) e di risorse ?*

*Quanti IMA (infartuati), quanti cancerosi, quanti BPCO sono morti per carenze assistenziali? Quanta gente non è stata curata in modo adeguato per carenze strutturali e di specialisti ?*

*Ah, solo il COVID ha mosso le coscienze...*

## **PRINCIPI ETICI e GIURIDICI**



Associazione di Promozione Sociale - Salviamo le Pensioni - Sede legale: Via Francia 21/C – 37135 VERONA

Sede sociale operativa in Via Chiavichetta, 42 – 37047 San Bonifacio – VR

e-mail: [info@aps-leonida.com](mailto:info@aps-leonida.com) - [pensioni@aps-leonida.com](mailto:pensioni@aps-leonida.com) - [leonidapensioni@gmail.com](mailto:leonidapensioni@gmail.com) - [leonidapensioni@pec.it](mailto:leonidapensioni@pec.it)

È il consueto elenco de: Diritto alla salute (art.32 Costituzione); Principio di uguaglianza (art.3 Costituz); Doveri di solidarietà (art.2 Costituz), Universalità e equità (art.1 legge 833/1978); Autodeterminazione ( art.32 Costituz); Duty to care , to guide, to safe-guard (Guida internazionale al COVID, 29/10/20.....con che valore, per l'Italia ?).

## **METODOLOGIA**

Il 9/07/20 l'ISS ha invitato i presidenti della SIAARTI e della SIMLA (Soc. It. Med. Legale e delle Assicuraz) a redigere una BOZZA di DOCUMENTO per la ...*“definizione dei criteri di triage in emergenza pandemica, da attuare in caso di completa saturazione delle assistenze sanitarie disponibili”*... (pag.5)

**OSSERVAZIONE:** identica a quella precedente.

Inoltre, **TRIAGE DOVÈ ?** In Rianimazione o già nei Pronto Soccorso?

**PANEL di ESPERTI:** è stato costituito il 20/07/20, con esperti scelti (da chi? con che criteri?), utilizzando il metodo di analisi PESTEL (deciso da chi?). Costoro hanno iniziato a lavorare il 29/07/20, utilizzando il metodo di analisi SWOT ed individuando 5 aree di interessi: etica, giuridica, organizzativa, gestionale dei pazienti in ingresso, gestionale dei pazienti durante il ricovero.

**QUESITI:** gli esperti hanno elaborato 5 quesiti: principi della scelta, limiti giuridici, responsabilità, modalità operativa, modalità di approccio (pag.7).

**SONO STATI INDIVIDUATI 12 STATMENTS (!) con un accordo su quasi tutti.**

### **1) Principi e responsabilità:**

**responsabilità dell'organizzazione sanitaria; strategie organizzative locali; necessità dei professionisti di segnalare le carenze.**

**Domanda:** ma la gestione della sanità non è forse una **competenza regionale**? Il referente ultimo è il Presidente della Regione o il Direttore Generale dell'ASL? Com'è la catena di comando ?

Come dato di fatto, le pagine 9-10 del documento sono piene di **ovvietà** (senza risolvere i quesiti posti- sopra- da Noi) !

### **2) TRIAGE**

**Il triage, come criterio “di selezione dei pazienti” va preferito al criterio cronologico (pag.10).**

**Il triage deve basarsi su dati oggettivi e condivisi: comorbilità (numero e tipo); stato funzionale (pregresso e fragilità); gravità del quadro clinico attuale; presumibile impatto della terapia intensiva (e qui ricompare l'età); la volontà del paziente (pregressa o attuale).**

***“I criteri del triage non hanno una gerarchia pre-definita... si può utilizzare l'Indice di Charlson, il Clinical Frailty scale, il punteggio di mortalità 4 c...”***

Peccato ! Peccato che costoro non conoscano l'Indice di Elixauer (ben più completo di quello di Charlson) e nemmeno quello SBC (automatizzato e frutto di un progetto finalizzato della Regione Veneto, anno 2009)...

Tuttavia, tali indici *“...hanno solo un valore di semplice orientamento...perchè ci si deve basare su parametri definiti e il più possibile obiettivi...(quali, di grazia?)...l'età di per sé non è un criterio sufficiente (pag.11) ma ...a parità delle altre condizioni (?) ...può avere un ruolo nella valutazione globale della persona.....”*.

**Commento: anime candide !!!**

**In un Paese dove il Parlamento non è stato in grado di emanare una legge sul fine-vita e sulla dignità della persona non autonoma**, qui si vorrebbe normare. Volontà pregressa del paziente (che può essere in condizione di non poterla cambiare), volontà dei parenti (con che diritto, soprattutto in tempi COVID, con rapporti difficili tra familiari e curanti ?).

**RIVALUTAZIONE e MODULAZIONE delle CURE (pag.13)**

**La rivalutazione dovrebbe essere quotidiana; qualora *“non sia possibile un percorso di cure intensivo...i pazienti DEVONO RICEVERE I PIU' INDICATI TRATTAMENTI di MINORE INTENSITÀ ...senza posticipare tale decisione...”***

**Commento: trattamenti palliativi...! e da assumere subito...!**

**Immaginate: notti, fine settimane, festività ....sarà il medico di turno a scegliere le cure palliative e a scrivere in cartella la relativa decisione, motivandola?**

**Con una marea di studi legali, fuori dalla porta dell'ospedale, che lo attendono per denunciarlo, a nome dei familiari...**

**QUINDI l'auspicio di (pag.14) (.... *“la decisione va assunta dal team medico-assistenziale...”*) è destinato a RIMANERE sulla CARTA dando spazio a quanto sopra scritto...**

**APPLICABILITÀ (pag.15): il triage e i criteri esposti nel documento ... *“SONO APPLICABILI DAL MOMENTO IN CUI SI MANIFESTA L'INSUFFICIENZA di RISORSE ASSISTENZIALI...”***

**CHE FINE HA FATTO IL DOCUMENTO ?**

**È stato inviato al CNEC-ISS in data 11/11/2020 e diventa oggetto di *“una consultazione pubblica da parte dei professionisti sanitari, cittadini, stakeholder”*. !!!**

**Insomma, siamo arrivati al ROUSSEAU SANITARIO !**

**No, non ci posso credere !**

*Stefano Biasioli*

***Non mi sono laureato per favorire queste schifezze ! Anche se «giustificate» da 3 tabelle e da 81 lavori scientifici (di cui, certo, il comitato suddetto ha letto tutte le oltre 456 facciate (!), molte delle quali sono sul web (quindi non passate al vaglio dei «revisori») o «online ahead of print» !***