



NO GRAZIE

Lettera di informazione periodica

Esce ogni mese (o quasi); contiene le notizie più significative pubblicate anche sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 80 – Aprile 2020

COVID-19

Questa lettera di Aprile 2020 è atipica. Il coronavirus ci obbliga a occuparci di lui. Su tutti i mezzi di comunicazione, riviste mediche comprese, non si parla d'altro. Eppure c'è anche tutto il resto. Come i servizi sanitari si devono occupare anche di malattie croniche, tumori, gravidanze e parti, così noi dovremmo continuare a occuparci di conflitti di interessi (CdI) e delle loro conseguenze. Lo faremo quanto prima, appena riusciremo a racimolare nuove informazioni, magari proprio sui CdI relazionati a COVID-19. Non è immaginabile che non ce ne siano. Le speranze e le delusioni legate agli annunci di possibili effetti di alcuni farmaci hanno fatto salire o scendere le quotazioni di borsa delle ditte produttrici.

Segue a pag. 2

Indice

1a. Il documento della RSS su attività fisica in tempo di COVID-19	2
1b. Considerazioni a supporto del documento Coronavirus e attività motoria	5
2. Chi deve vivere e chi no	7
3. Le scelte tragiche di questi tempi	8
4. Il processo decisionale per le cure intensive ai tempi del COVID-19	8
5. Il triage dei pazienti critici COVID-19, l'esempio della Francia	9
6. Tanti i soldi delle donazioni, ma mancano i macchinari	10
7. Campagna “La nostra salute non è in vendita”	10



Tutto il materiale originale dei NoGrazie è disponibile secondo la licenza Creative Commons 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/>), e può essere liberamente riprodotto citando la fonte; materiali di diversa provenienza (citazioni, traduzioni o riproduzioni di testi o immagini appartenenti a terze persone) non vi sono compresi e l'autorizzazione alla riproduzione va richiesta ai rispettivi proprietari.

COVID-19

Segue da pag. 1

Lo stesso dicasi per i test diagnostici, virologici e sierologici, e per i dispositivi di protezione individuale. E se la borsa si muove, volete che non si muovano i potenti uffici di relazioni pubbliche, e di marketing, di Big Pharma? Con la (già vista) acquiescenza o complicità di molti decisori politici e sanitari. Ma torniamo alla lettera atipica. Ci occupiamo sostanzialmente di due temi. Prima di un dibattito interno ai NoGrazie iscritti alla mailing list, talmente interessante da meritare di farcelo allargare anche ai nostri lettori. Poi di bioetica, perché l'emergenza COVID-19 obbliga a scelte che hanno implicazioni etiche, oltre che politiche, sanitarie e organizzative. Nella lettera di Marzo 2020 avevamo commentato le *"Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"* della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Ora leggete questa citazione, tratta dalla Deliberazione XI/3018 del 30/03/2020 della Regione Lombardia, su proposta dell'assessore Gallera: *"Nel caso di ... età avanzata (>75 anni) e presenza di situazione di precedente fragilità nonché presenza di più comorbidità, è opportuno che le cure vengano prestate presso la stessa struttura (RSA; ndr) per evitare ulteriori rischi di peggioramento dovuti al trasporto e all'attesa in Pronto Soccorso. A tali ospiti occorre misurare la saturazione periferica di ossigeno, secondo le indicazioni allegate. Nel caso di bassa saturazione somministrare ossigenoterapia."* Della serie: come togliere le castagne dal fuoco agli specialisti della SIAARTI.

PS Ci scusiamo per non essere riusciti a dare spazio nella lettera precedente alla Campagna "La nostra salute non è in vendita", pur aderendovi. A parziale e tardivo rattoppo, pubblichiamo in questa lettera un paio di comunicati stampa della stessa.

Segue a pag. 2

1a. Il documento della RSS su attività fisica in tempo di COVID-19

Il 16 Aprile 2020 è stato reso pubblico il documento della Rete Sostenibilità e Salute (RSS), rete di cui i NoGrazie fanno parte, dal titolo "Iniziamo a ragionare su esercizio fisico, attività all'aperto e coronavirus".¹ Se lo scaricate e lo leggete fino alla fine, noterete che manca la firma dei NoGrazie (ma anche di altre associazioni appartenenti alla RSS); segno di una travagliata, seppure ricca e stimolante, discussione tra gli iscritti al nostro gruppo Google, oltre che delle controversie che il documento suscita per la sua stessa natura. La decisione di non aderire l'ho presa da solo, nonostante io fossi tra i favorevoli alla firma. Potrei aver sbagliato e potrebbe essere giusto modificare la mia decisione con un'adesione tardiva, sempre possibile. Per questa ragione, ritengo giusto rendere esplicite le basi, che ammetto essere traballanti, della mia decisione. Lo faccio in questa lettera periodica, che raggiunge un maggior numero di persone, allargato ai NoGrazie che non desiderano essere iscritti al gruppo Google, ma anche a lettori interessati pur senza appartenere ai NoGrazie. Una delle nostre caratteristiche è la trasparenza, per cui non abbiamo timore di mettere in piazza i nostri dubbi e le nostre discussioni interne: non c'è nulla da nascondere. Se chi leggerà questa lettera dovesse esprimersi, giustificando il suo parere, contro la mia decisione, credo che la potremo cambiare.

Il documento della RSS è stato diffuso all'interno della rete in due versioni. I contenuti erano simili, ma la prima bozza era in forma di appello (chiediamo che ...), mentre la seconda, come si deduce dal titolo, era un invito rivolto al pubblico, che dovrebbe comprendere anche i decisori, a iniziare a ragionare sul tema. In totale, 38 NoGrazie hanno espresso il loro parere, alcuni solo sulla prima versione, altri solo sulla seconda, molti su entrambe. Tra coloro che avevano dato parere negativo alla prima versione, 4 hanno cambiato idea sulla seconda: 2 dando parere positivo, 2 esprimendosi

¹ <https://www.sostenibilitaesalute.org/iniziamo-a-raionare-su-esercizio-fisico-attivita-allaperto-e-coronavirus/>

per l'astensione. Alla fine, ci sono stati 25 pareri a favore, 2 astensioni e 11 contrari. Mi soffermerò su questi ultimi perché sono quelli che hanno influenzato la mia decisione. Quelle che seguono sono, testualmente, le loro argomentazioni.

GP (astenuto sulla seconda versione)

La mia paura è che quando concedi qualcosa la gente si prenda di più della concessione fatta. ... Un minimo rallentamento in questa fase sarebbe percepito da molti come un liberi tutti. ... In ogni caso penso che i problemi siano ben altri e devo dire in tutta sincerità che un documento di due pagine per fare jogging al parco con una ventina di associazioni che lo firmano sembra la montagna che ha partorito un topolino.

VF (favorevole alla seconda versione)

Questo non ha niente a che vedere con un documento a favore dell'attività fisica e della prevenzione primaria che trovo eccellente, solo fuori luogo in questo momento. Non so dove lavoriate, ma chiunque di voi lavori in un Ospedale, magari lombardo, vivendo giornalmente gli intubati, i morti, gli scampati, prenderebbe volentieri a calci in culo qualsiasi jogger, magari a torto ma del tutto comprensibilmente credo. Lasciatevi dire che non è proprio il momento. ... Per questo ho 'sbottato' perché mi è sembrato tutto futile e fuori luogo anche se ben argomentato; farlo passare come un interesse primario del nostro Gruppo mi è parso una forzatura che ancora non condivido. ... Si rischia, per quanto il documento sia prudente, di venire travisati e di far passare un messaggio di 'via libera' generalizzato

MC

Per la poca fiducia nelle persone, molte, troppe ancora fintamente inconsapevoli, per l'impossibilità di prevedere i futuri comportamenti del virus e per le ferite ancora aperte che mi porto dietro come sanitaria e cittadina, mi dispiace ma non mi sento di firmare questo documento.

FS

Non vedo l'urgenza di esprimersi per l'attività fisica pubblica. Chi va a correre in strade deserte, le trova deserte perché tutti gli altri stanno a casa. Purtroppo per aderire a questo modello bisognerebbe che il vissuto della comunità fosse di forte adesione allo Stato, purtroppo la nostra cultura è più orientata a vedere lo Stato come un nemico che come un aiuto in un paese civile. Quindi cerchiamo sotterfugi per disattendere alle norme. Certo che tutti sanno che l'attività fisica allunga la vita ma forse non in questi mesi. Non vedo la fretta di dare messaggi contraddittori.

SJ

Pur condividendo le considerazioni sul beneficio dell'attività fisica, ritengo non prudente ancora chiedere di ridurre i divieti. O meglio, sarei per riaprire i parchi se fossi certa di una cospicua attività di vigilanza per limitare gli assembramenti. Non perché ami lo stato di polizia, ma perché credo che il livello di responsabilità degli italiani si sia dimostrato discreto ma non ancora tale da fidarsene al 100%. Mi spiace dirlo, ma vedo che all'estero invece (almeno in alcuni stati del Nord) i cittadini sono più responsabili. Lo so per certo della Svizzera. E nonostante ciò, proprio in Svezia, il cui autocontrollo è stato molto enfatizzato, pare che il Governo sia pronto a emanare addirittura lo stato di emergenza per controllare la pandemia. L'unica eccezione che farei sarebbe per i bambini, perché mi importa assai poco che i fanatici runner non corrano per un po', mentre sono molto partecipe dello stress di tenersi sempre i bimbi in casa.

EC

Non è il momento di "distinguersi". ... Un'emergenza del genere richiede, senza nessun dubbio, il distanziamento sociale per evitare che altri si ritrovino in queste condizioni. Al distanziamento sociale non si possono fare sconti.

CR

Valutate tutte le motivazioni a favore e contrarie, penso che queste ultime siano prevalenti e particolarmente l'impatto sulla scarsa capacità delle persone a mantenere il distanziamento. Penso inoltre che a beneficiare sarebbero soprattutto i più giovani, mentre le persone anziane non avrebbero che scarso giovamento. Non ci sarebbero accompagnatori, palestre o corsi in piscina frequentati da molti ultra65enni. In compenso, con queste belle giornate, da noi tutti si riverserebbero al mare, come è già successo prima delle sanzioni.

EB

1. A questo punto dovrebbe essere chiaro a tutti che solo il mantenimento di strategie radicali di contenimento e sorveglianza attiva, sia pur tardive e parziali, potrebbe consentire ai paesi occidentali di superare questa prima, drammatica fase pandemica e di organizzare per tempo il sistema sanitario nazionale (purtroppo indebolito da scelte irresponsabili a vantaggio della sanità privata negli ultimi decenni), dotandolo di corridoi alternativi e aree sanitarie dedicate al triage e all'isolamento prolungato dei casi e dei loro contatti, assolutamente necessarie nel caso di un possibile (e forse perfino probabile) ritorno del virus nei mesi autunnali. Ogni deroga prematura a queste regole rischierebbe di vanificare lo sforzo fatto fin qui e persino il sacrificio di centinaia di medici e operatori sanitari, evitabile e quindi colpevole. Inoltre, ogni scelta di progressiva normalizzazione della vita sociale ed economica dovrà essere ispirata a criteri di gradualità, progressività e necessità, privilegiando le esigenze psicofisiche dei soggetti più fragili, come anziani, bambini e disabili. Una prematura deroga alle rigide regole del lockdown a vantaggio dei soggetti più forti e in salute sarebbe assolutamente pericolosa e forviante. Sulla base di quanto detto fin qui reputo questa proposta pericolosa perché potenzialmente in grado di incrinare la già non granitica determinazione della popolazione italiana a osservare e mantenere le regole di massima cautela e prevenzione dei contagi. Inoltre, reputo tale richiesta totalmente estranea ai valori, agli obiettivi e alle regole del nostro gruppo di cui ho fatto parte fin dalla prima riunione a Roma 15 anni fa e che, fino a prova contraria, dovrebbe piuttosto, in questo momento, richiedere il rafforzamento del sistema sanitario nazionale pubblico e una disamina critica approfondita delle responsabilità di lungo periodo e recenti per il dramma vissuto da tanti nostri amici e colleghi.

2. Il lockdown da parte del governo è stato tardivo e comunque ha impedito che la crescita esponenziale dei primi giorni continuasse e che i morti fossero a questo punto 100mila. Non ha potuto impedire la morte dei colleghi e dovrà essere ancora mantenuto senza tentennamenti, per far capire che l'emergenza è tutt'altro che risolta. E soprattutto per preparare gli italiani ai prossimi mesi che dovranno essere finalmente dedicati al rafforzamento del sistema sanitario, a creare consapevolezza dei rischi che corriamo, alla protezione degli operatori sanitari e alla preparazione a un eventuale ritorno del virus in autunno, visto che è difficile pensare che si sia già determinata una condizione di immunità collettiva stabile e sufficiente a scongiurare questa drammatica eventualità. A mio parere questo dovrebbe essere il messaggio da parte di tutti noi. ...Ho deciso di non interloquire più a proposito del documento precedente (ho scritto quello che penso e non credo valga la pena entrare in ulteriori dettagli). Mi sento però in dovere di replicare alle nuove riflessioni, che trovo pericolose, ribadendo che il buon senso e cognizioni di medicina/epidemiologia usuali non valgono di fronte ad un virus pandemico a RNA (quasispecies/con alto tasso mutazionale) che: ha fatto 8 mutazioni chiave in pochi mesi nella sequenza master (nei soli domini codificanti per la spike-protein) per adattarsi alla nuova specie; è in piena evoluzione adattativa, che potrebbe portarlo a diventare ancora più contagioso e virulento da qui ad autunno; non si sa se possa indurre una immunità stabile (nel caso del suo antecessore SARS-CoV si è calcolato che l'immunità rimaneva per pochi mesi); certamente non avrà potuto indurla a livello di popolazione in questo periodo di lockdown. ...Per tutte queste ragioni, sarebbe una follia esporre giovani e bambini: non solo perché comunque rischierebbero molto (in specie in alcune fasce di età), ma perché sarebbe il modo più sicuro per far entrare il virus nelle famiglie. Queste modalità di "ritorno alla normalità" non sono percorribili. (vedere anche: <https://it.businessinsider.com/ernesto-burgio-2-0-3-cose-che-so-su-questa-pandemia-quando->

[riaprire-dove-ci-si-contagia-gli-errori-da-non-rifare/](#)

Dato che c'era una scadenza prossima e inderogabile per aderire al documento RSS, dato che il voto dei NoGrazie non è stato “bulgaro”, e dato il rispetto che porto sempre a chi la pensa diversamente da me, ho deciso di non mettere la nostra firma al documento. Anche perché c'è sempre tempo per farlo, dovessimo cambiare idea.

Adriano Cattaneo

1b. Considerazioni a supporto del documento Coronavirus e attività motoria

Il dibattito nei NoGrazie (e nella RSS) è una grande occasione di crescita culturale e scientifica. Ho condiviso con Adriano Cattaneo la possibilità di proseguirlo, discutendo in modo costruttivo i punti di dissenso espressi, rispettando le emozioni di tutti, ma facendo appello ad argomenti ove possibile supportati da dati ed elementi razionali, certo che i NoGrazie siano sensibili anche a questi.

“È problema di poco conto, futile”

Le informazioni basate sui dati non lo confermano. Il Rapporto ISS 18/9 2018 calcola in modo documentato 88.200 morti all'anno in Italia per insufficiente attività fisica.² Ciò equivale a circa 14.700 morti ogni due mesi, con i livelli medi di attività motoria del 2018. È ovvio che in due mesi di restrizioni il livello medio di attività motoria si sia ridotto, quindi i 14.700 morti (NB: i morti sono sempre punta dell'iceberg di tanti altri che si ammalano cronicamente e sviluppano disabilità) sono una stima per difetto di quanto ascrivibile nel bimestre a un'insufficiente attività motoria. Istituzioni e Sanità dovrebbero invece incentivare l'attività motoria con impegno proporzionale al suo rendimento rispetto ad altre iniziative di sanità pubblica con rendimenti attesi inferiori di 2-3 ordini di grandezza. Scienza ed esperienza mostrano che i danni dell'inattività si instaurano in modo rapido. Il forzato confinamento a casa danneggia in particolare la salute dei più deboli: anziani, individui con demenza o ritardo mentale, disabili, bambini. Inoltre, specie in spazi angusti, può danneggiare anche la salute mentale e indurre atti di violenza, soprattutto nei confronti di donne, bambini, anziani non autosufficienti.

“Ci sono questioni ben più importanti di cui occuparsi”

Certo, non è l'unica questione meritevole, ma assumiamo il punto di vista della salute delle persone: su quali determinanti di maggior peso ciascuno può agire, anche nel corso di un lockdown per epidemia?

A) evitare o almeno ridurre possibili cariche infettanti;

B) rafforzare le difese dell'organismo, in grado di evitare che cariche infettanti producano malattia, o che la malattia abbia un decorso grave.

Le istituzioni hanno battuto solo sul punto A): misure di igiene e polizia sanitaria, doverose (distanziamento fisico) o talora meno, e spesso senza spiegarne bene il senso. Quasi mai si è fatta educazione sul punto B), che si può articolare in cinque misure maggiori:

1) attuare modelli salutari competenti di alimentazione, oltre a evitare l'obesità;

2) non fumare, o cogliere l'occasione per provare/farsi aiutare a smettere;

3) fare adeguata attività motoria, nel rispetto del distanziamento fisico;

4) non riempirsi di farmaci non necessari (a partire da tante terapie “preventive” e alcune “profilassi”), e se possibile concordare con il proprio medico quali ridurre o togliere;

5) scegliere consumi e comportamenti ecologicamente sostenibili, e contrastare l'[inquinamento, che](#)

² http://old.iss.it/binary/publ/cont/18_9_web_rev.pdf

[sembra avere tanta parte](#) anche nella progressione del danno da COVID-19.³

L'attività motoria salutare, all'aperto e alla luce solare, è uno dei 5 determinanti per la salute e la resilienza della comunità, un dovere civile non meno che un diritto, la cui difesa si associa anche alla richiesta di togliere alcune [restrizioni irragionevoli](#).⁴ Affrontiamo presto anche altri determinanti di salute, ma non svalutiamo il primo passo che si è riusciti a fare.

“Di fronte al dramma di morti, malati in terapia intensiva, medici e infermieri che rischiano e perdono la vita tutto passa in secondo piano”

È una posizione emotivamente comprensibile, ma sarebbe razionale solo se chi fa attività motoria smettesse per questo di “occuparsi delle terapie intensive”. Invece, nel rispetto del 5% di persone in prima linea (sanitari, chi produce dispositivi, ecc.), il restante 95% fa la propria parte anche facendo in modo responsabile e con impegno attività motoria, perché riduce il proprio rischio di contrarre malattie infettive, di svilupparle in forma grave, i rischi per i familiari e il carico assistenziale e degli ospedali, riservando risorse a chi ne ha più bisogno.

“Non è prudente ridurre i divieti”

Purtroppo alcune restrizioni non hanno plausibilità biologica e scientifica. Il distanziamento sociale è importante ma le proposte del documento RSS non mirano ad allentare restrizioni, ma a renderle più coerenti con le attuali conoscenze scientifiche.

L'OMS riconosce oggi per il SARS-CoV-2 queste possibili vie di trasmissione: anzitutto le goccioline respiratorie di maggior diametro (>5-10 µm), quando si è a stretto contatto con chi ha sintomi respiratori; in subordine il contatto con superfici contaminate nell'ambiente circostante la persona infetta. L'inalazione di aerosol di diametro minore è riconosciuta possibile fonte di trasmissione solo in procedure mediche che generano molto aerosol: broncoscopie, intubazioni ecc. Un contagio all'aperto di un pedone accostato inavvertitamente da un altro da cui non abbia saputo scansarsi è contrario a tutte le attuali conoscenze.

Antonio Clavenna (Capo Unità Farmacologia – Dipartimento Salute Pubblica IRCCS Mario Negri) ricorda la definizione del Ministero della Salute (e internazionale) di contatto di un malato di COVID-19, da rintracciare e mettere in quarantena: «*contatto diretto faccia a faccia o in ambiente chiuso, a distanza <2 m e di durata ≥15'»*... “eppure si emettono ordinanze per l'uso di mascherine ogni volta che si esce, quindi anche all'aperto, o anche se in auto da soli”.

I provvedimenti adottati dalle istituzioni non dovrebbero essere centrati solo sull'ubbidienza a regole mal spiegate (che poi ciascuno “interpreta”, non di rado in modo irrazionale) e su controlli e sanzioni più o meno severe per farle rispettare. Occorre anzitutto un'ampia campagna di informazione, che spieghi quanto si sa sulle vie di trasmissione del virus (non basta respirare per strada per ammalarsi!) e le ragioni che giustificano le norme. Ciò anche per evitare che disinformazione e paura alimentino comportamenti intimidatori e violenti, come aggressioni verbali e fisiche verso chi pedala o fa jogging mantenendo le distanze di sicurezza. A livello internazionale, la maggior parte dei Paesi vieta assembramenti e invita a una distanza di almeno 1-2 metri tra persone, ma raccomanda attività all'aperto da soli o con chi condivide l'abitazione.

Si garantisce che non ci saranno abusi? Garanzie assolute no, ma che ci sia un bilancio complessivo favorevole tra rischi e benefici sì. Ed è quanto in genere si chiede anche ai nostri interventi sanitari.

³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054502v1>

⁴ https://www.ansa.it/valledaosta/notizie/2020/04/21/coronavirus-magistrati-aosta-passeggiate-non-sono-illeciti_57cfbed6-37c8-48b9-939f-208bb03fced.html

“Paura che la gente si prenda di più... poca fiducia nelle persone... cerchiamo sotterfugi per disattendere le norme... scarsa capacità di tenere il distanziamento...”

In situazioni di emergenza come questa pandemia occorre far affidamento sulla responsabilità di persone ben informate, non solo su rigidi provvedimenti dell'autorità. Bisogna educare e spiegare ciò che conta davvero e sanzionare chi compie atti irresponsabili, invece di adottare misure autoritarie fondate sulla paura di sanzioni anziché sul rispetto delle persone, facendo regredire il senso critico dei cittadini con rischi di derive autoritarie. Quando si dissociano i fini dai mezzi per raggiungerli, si rischiano effetti paradossali, come l'uso delle forze dell'ordine con elicotteri e droni per catturare camminatori solitari su sentieri nei boschi o spiagge deserte, con foto sui giornali di vittime mortificate e agenti compiaciuti. Non va compromessa la fiducia verso le istituzioni, abbiamo un bisogno assoluto del coinvolgimento attivo di tutti. Chi non dà fiducia alle persone, quando ne avrà bisogno sarà ripagato allo stesso modo. Inoltre, più che le forze di polizia, proprio la pressione sociale di una comunità responsabilizzata, empowered e resa consapevole di ciò che conta davvero è lo strumento di dissuasione più efficace e capillare verso minoranze non responsabili.

“Dedicare i prossimi mesi a rafforzare il sistema sanitario, creare consapevolezza dei rischi che corriamo, proteggere gli operatori sanitari e preparare il sistema a un eventuale ritorno del virus in autunno”

Certo, questa è una delle priorità, e se fosse stata implementata per tempo avrebbe evitato tanti drammi. È una visione corretta su punti nodali, per chi ha quelle competenze specifiche e titolo a intervenire (decisori, manager, dirigenti sanitari). Ma non è l'unica priorità, e la maggior parte dei cittadini non può incidere su certe scelte di organizzazione sanitaria. Per prepararsi a un possibile ritorno in autunno, di questo o di qualsiasi altro patogeno futuro, oltre alle fondamentali [misure di sanità pubblica](#) ai vari livelli per evitare o ridurre possibili cariche infettanti, occorrono anche altre strategie di sanità pubblica per rafforzare salute e difese degli individui e della comunità. Molti si concentrano solo sul lavoro di chi lotta con estrema dedizione in ospedali e rianimazioni, ma è importante anche studiare la grande maggioranza di guariti rimasti asintomatici, o con malattie lievi o di moderata entità, per comprendere in fretta i fattori che li hanno preservati da esiti gravi, e proporli con ampio supporto a tutti, proprio in vista di possibili ritorni epidemici.

Alberto Donzelli, 22 aprile 2020

2. Chi deve vivere e chi no

Angelo Stefanini, 27 Marzo 2020

L'andamento del trend dei contagi da Covid-19 e soprattutto dei pazienti critici con assoluto bisogno di cure intensive ha messo in primo piano la questione del razionamento dell'assistenza sanitaria. Il problema è esploso in tutta la sua gravità con l'uscita del documento della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) pubblicato il 6 marzo scorso, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*.⁵ Alcuni titoli di giornali riflettono il turbamento prodotto nel mondo medico e nella popolazione in generale: “*Se finiscono i posti letto, in terapia intensiva pazienti più giovani e con più speranze di vita*”;⁶ “*Se finiscono i posti letto li dobbiamo dare solo a chi ne ha veramente bisogno*”.⁷ La risposta della

⁵ <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

⁶ <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/coronavirus-la-societa-di-anestesia-se-finiscono-posti-letto-in-terapia-intensiva-pazienti-piu-giovani-e-con-piu-speranze-di-vita/>

⁷ <https://www.la7.it/otto-e-mezzo/video/coronavirus-flavia-petrini-siaarti-documenti-su-terapia-intensiva-se-finiscono-i-posti-letto-li-10-03-2020-312493>

Federazione nazionale degli ordini dei medici (FNOMCeO) non si è fatta attendere: “*La nostra guida, ..., resta il Codice di Deontologia medica. E il Codice parla chiaro: per noi tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni*”. “[I]l medico ... non deve essere costretto a ergersi a giudice”.⁸ Anche la [LIDU](#), Lega internazionale dei diritti dell’uomo, della sezione della Toscana dava un giudizio critico: “*Come LIDU TOSCANA siamo contrari a questo documento e affermiamo inoltre che il criterio deve essere invece la gravità delle persone*”.⁹

Continua a leggere: <https://comune-info.net/chi-deve-vivere-e-chi-no/>

3. Le scelte tragiche di questi tempi

Sandro Spinsanti, 30 Marzo 2020

La vita impone delle scelte. Alcune sono tragiche. Una delle più celebri è quella raccontata dal film La scelta di Sophie, di Alan Pakula (1982). La protagonista in un campo di sterminio è forzata da un ufficiale nazista sadico a scegliere quale salvare e quale mandare a morte tra i suoi due figli. La sua vita ne sarà distrutta per sempre. Lo scenario di scelte tragiche si presenta anche in medicina. Proprio con questo titolo: Scelte tragiche, ha fatto epoca una riflessione proposta dal giurista italo-americano Guido Calabresi. Apparso nell’edizione originale nel 1978, ha suscitato un vivacissimo dibattito. Il contesto era quello della bioetica delle origini, chiamata a dare indicazioni a una medicina clinica confrontata con risorse insufficienti per far fronte a tutte le domande. Non si trattava né di guerre, né di epidemie, ma di un numero eccessivo di cittadini che necessitavano di strumentazioni cliniche per sopravvivere. Qui si affacciava l’incubo delle scelte: a chi assicurare la dialisi, tra i tantissimi nefropatici? Con quale criterio riservare all’uno o all’altro cardiopatico il cuore da trapiantare? In questo contesto sociale erano sorti, come novità per aiutare nell’inusuale complessità delle scelte, i comitati etici per la clinica. Su di loro e sui loro criteri per arrivare alle decisioni si è riversata molta ostilità da parte di alcuni partecipanti al dibattito. Sono stati accusati di arrogarsi delle prerogative che non competevano loro; si è cercato di squalificarli con l’etichetta di “tribunali di Dio”, che decidevano al posto suo chi doveva vivere e chi morire...

Continua a leggere: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/le-scelte-tragiche...>

4. Il processo decisionale per le cure intensive ai tempi del COVID-19

La tradizionale contrapposizione fra paternalismo medico e comunicazione veritiera al paziente viene completamente sovvertita nell’emergenza Covid-19 in quanto entra in gioco la necessità percepita dal personale sanitario maggiormente coinvolto di rendere nota ai cittadini tutti la scarsità di risorse disponibili per fronteggiare i casi più gravi. A tale dichiarata e dimostrata scarsità consegue la necessità di compiere scelte e stabilire criteri più adeguati al tempo di guerra che a quello di pace opulenta a cui ci siamo inopportunamente abituati.

Si tratta di un limite raramente percepito nel nostro contesto occidentale in cui prevale il convincimento che la medicina e la scienza siano onnipotenti, che la tecnologia possa salvare con modalità da deus ex machina, in modo indipendente dalla collaborazione del cittadino, e che le decisioni siano assunte sulla base di dati certi che nell’attuale emergenza ancora non ci sono.

⁸ <https://www.sanitainformazione.it/lavoro/coronavirus-la-societa-di-anestesia-se-finiscono-posti-letto-in-terapia-intensiva-pazienti-piu-giovani-e-con-piu-speranze-di-vita/>

⁹ <https://www.okmugello.it/news/attualita/918824/firenze-e-provincia-diritto-alla-vita-e-alla-salute-ai-tempi-del-covid19-dibattito-sullaccesso-alle-rianimazioni>

L'autodeterminazione nelle scelte della salute è il frutto, non sempre maturo, di un travagliato dibattito nazionale e internazionale ma anche questa prerogativa assume contorni differenti nel corso della pandemia in cui le scelte o l'interesse personale possono entrare in contrasto con il bene della società.

Gli articoli su questo tema che troviamo sulle riviste mediche possono non avere il merito di chiarire il lessico di base indispensabile a intendersi su queste questioni, per cui, desiderando un approfondimento del linguaggio e dei concetti di fondo su cui un dibattito possa fondarsi, l'attenzione è stata richiamata dall'articolo di Ludovica de Panfilis, Silvia Tanzi e Massimo Costantini comparso per la rivista Biodiritto, dal titolo "Il processo decisionale per le cure intensive in situazioni di emergenza: l'etica medica e le cure palliative ai tempi del Covid-19".¹⁰ Se ne propone la lettura attraverso il link sottoriportato perché ha il pregio di ampliare l'orizzonte, favorendo la considerazione di varie prospettive, riconoscendo il disagio del muoversi in un contesto finora mai immaginato.

<https://www.biodiritto.org/Online-First-BLJ/Online-First-BLJ-2-20-Instant-Forum-Diritto-diritti-ed-emergenza-ai-tempi-del-Coronavirus>

Cosa ci resterà di questi giorni, di questi drammi, dei pensieri che ci hanno accompagnato o del disagio che non ci ha dato requie? Probabilmente offrire una bussola ai nostri disarmati ragionamenti può renderli più rigorosi e di qualche utilità futura.

Mariolina Congedo

5. Il triage dei pazienti critici COVID-19, l'esempio della Francia

In una lettera di fine febbraio, a due settimane dal primo decesso per COVID-19, il ministro della sanità francese sollecitava il CCNE (vedi box) perché definisse i problemi inerenti all'accoglienza di pazienti critici. Il ministro sottolineava come la lotta contro il virus è un problema di tutti, non solo dei professionisti della salute. L'autonomia di ciascuno significa libertà con gli altri e non contro di essi, la solidarietà consiste nel permettere al numero più grande di persone di esercitare in pieno la propria autonomia. Per questo tutte le misure di costrizione sono decisioni politiche che devono tenere conto sia del parere degli esperti sia del contributo della società civile.

La Francia è stata il primo paese a creare, nel 1983, un Comitato etico consultivo nazionale (CCNE) per le scienze umane e la sanità. Lo scopo principale è affrontare le sfide etiche poste dal progresso della conoscenza scientifica (procreazione assistita, sperimentazioni sull'uomo, etc) e stimolare riflessioni in seno alla società.

A metà marzo, il CCNE ha prodotto un documento dal titolo "Problemi etici nell'accesso alla rianimazione del paziente critico in corso di pandemia COVID-19".¹¹ Presentato come un supporto alle decisioni, il documento propone di raccogliere un lista di elementi oggettivi da considerare attentamente (e non un semplice punteggio calcolato attraverso una combinazione di criteri). I punti principali sono:

- la volontà del paziente (o di chi per lui) circa il passaggio a trattamento intensivo;
- l'età clinica del paziente (età anagrafica, comorbidità, stato cognitivo, scale di fragilità e autonomia, stato nutrizionale);

¹⁰ <https://www.biodiritto.org/Online-First-BLJ/Online-First-BLJ-2-20-Instant-Forum-Diritto-diritti-ed-emergenza-ai-tempi-del-Coronavirus>

¹¹ <http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/Comite-d-ethique-16-03-20.pdf>

- la stima della gravità dell'infezione;

con rivalutazione del paziente, una volta ammesso alle cure intensive, sulla persistenza delle condizioni di scelta. Per procedere nell'albero decisionale (e di rivalutazione), si ricorre a un comitato pluridisciplinare che comprende, oltre ai rianimatori e paramedici, un geriatra e un medico di base di volta in volta scelti per garantire una scelta collegiale.

Il documento è stato fatto pervenire ai soli giornalisti di Le Monde, che ne ha dato notizia il 18 marzo.¹² Non ci nascondiamo dietro a un dito – ha dichiarato al giornale Bernard Guidet, primario di terapia intensiva all'ospedale Saint-Antoine di Parigi – si tratta di un vero e proprio triage, la questione va posta con franchezza. Operare una scelta in caso di posti limitati, vuol dire salvare più vite possibile. Bisogna tener conto che, una volta presa la decisione di intubare il paziente, il letto di rianimazione rimarrà occupato per un periodo fino a 3 settimane.

Non è la prima volta che si assiste in Francia a un numero elevato di ricoveri, soprattutto di anziani. Era già capitato con l'ondata di caldo nell'estate 2003; migliaia di persone si affollarono ai Pronto Soccorso con sintomi da colpo di calore e ci si dovette organizzare in sole 48 ore, ricorda il primario di un servizio d'urgenza parigino. Nel 2013, la Società Francese di Medicina d'Urgenza aveva redatto allo scopo linee guida per un triage dei pazienti in fase critica.¹³ Lo stesso Guidet è stato intervistato dal BMJ.¹⁴ Ognuna delle 13 regioni francesi, ha dichiarato, avrà una unità di supporto etico decisionale, formata da gruppi pluridisciplinari di esperti del settore, ma anche da laici (associazioni di pazienti, rappresentanti della società civile). Questo team provvederà anche a un supporto psicologico rivolto ai medici rianimatori. Dopo il triage, il paziente potrà essere ammesso alle cure intensive oppure avviato a cure palliative o trattamenti che non prevedono l'intubazione. Accanto al paziente morente verrà ammessa la presenza di un familiare, con tutte le precauzioni del caso. Durante le 2-3 settimane di cure intensive il paziente verrà rivalutato ogni 48 ore per stabilire se si debba proseguire o meno con le manovre rianimatorie.

Giovanni Peronato

6. Tanti i soldi delle donazioni, ma mancano i macchinari

Intervista a Mario Tavola, primario della terapia intensiva di Lecco. Strutture e personale erano già ridotti all'osso. Sbagliato applicare la logica del mercato alla sanità. Andrea Capocci, Il Manifesto, 28 Marzo 2020.

Leggi l'articolo qui: <https://ilmanifesto.it/tanti-i-soldi-delle-donazioni-ma-mancano-i-macchinari/>

7. Campagna “La nostra salute non è in vendita”

16 marzo 2020: Investire nella salute per tutte e tutti: “Diffondere la solidarietà, non il virus”.

Oggi più che mai è urgente agire. L'epidemia di COVID-19 ci mostra l'importanza di un'azione coordinata, non solo nei nostri propri sistemi di sanità locali, ma anche a livello nazionale e internazionale. Quello di cui abbiamo bisogno ora, è un sistema di sanità solido e solidale per tutte e tutti e di una coordinazione che oltrepassa le frontiere nazionali, grazie a un'azione efficace su scala

¹² https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/03/18/coronavirus-les-hopitaux-se-preparent-a-la-priorisation-de-l-acces-aux-soins-en-cas-de-saturation-des-services_6033474_1651302.html?utm_medium=Social&utm_source=Twitter

¹³ https://www.sfmj.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

¹⁴ <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1291>

europea e mondiale.

Garantire la salute pubblica significa che dobbiamo vigilare affinché i più vulnerabili tra di noi possano avere accesso a tutte le misure sanitarie necessarie. La ripartizione iniqua delle risorse compromette la nostra capacità di controllare il virus ci conduce a delle sofferenze e a dei decessi inutili, oggi e domani.

Questa crisi è solo la punta dell'iceberg. Da molti anni, i sistemi sanitari degli stati membri europei subiscono forti attacchi, per via di privatizzazioni, commercializzazioni, sottofinanziamenti e regionalizzazioni, imposti dall'Unione Europea attraverso misure di austerità nel settore della spesa per la sanità. Ciò ha indebolito la capacità dei sistemi sanitari di coordinare le campagne preventive su larga scala e ha limitato la loro capacità di sviluppare dei servizi di cura in situazioni di crisi, erodendo la fiducia del pubblico nel sistema sanitario nel suo complesso.

Per queste ragioni, la Rete europea,¹⁵ il People's Health Movement,¹⁶ EPSU,¹⁷ Alter Summit,¹⁸ e Medact,¹⁹ chiedono ai nostri decisori politici locali, nazionali europei e mondiali di intraprendere un'azione immediata per proteggere la nostra salute pubblica.

La crisi a cui assistiamo oggi illustra per cosa ci battiamo ogni 7 aprile, Giornata europea di azione contro la commercializzazione della salute e della protezione sociale e Giornata dei popoli per la salute: un sistema di salute forte, solidale e accessibile a tutte e a tutti.

Questo 7 aprile e a seguire, che sia con azioni in strada, nei nostri ospedali o in altri stabilimenti di cura, attraverso le reti sociali o la stampa, noi chiediamo immediatamente ai nostri decisori di prendere le misure necessarie perché il nostro sistema sanitario e i nostri lavoratori della salute siano capaci di rispondere ai bisogni della popolazione grazie a un sistema sanitario universale forte che sia protetto dalle logiche lucrative e dagli appetiti delle società commerciali.

Il 7 aprile, per il quinto anno consecutivo, organizziamo delle azioni decentralizzate in tutta Europa in occasione della Giornata europea di azione contro la commercializzazione della salute e la Giornata della salute dei cittadini del mondo.

Abbiamo deciso di annullare tutti i raduni e azioni con contatto fisico. Chiamiamo ogni cittadino a manifestare il suo sostegno al nostro appello "diffondere la solidarietà e non il virus" con un'azione "lenzuolo bianco" il 7 aprile:

1. Appendi un lenzuolo bianco con il tuo messaggio in un posto visibile
2. Scatta delle foto
3. Condividile sui social network con l'hashtag #health4all.

23.03.2020: Medicine per la salute di tutti, non per il profitto di pochi

Le industrie farmaceutiche private e le ricerche da esse promosse, lungi dal favorire l'innovazione, perseguono obiettivi di profitto e non di salute pubblica, tanto è vero che non si occupano di settori di ricerca fondamentali, ma di resa economica incerta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha condannato i tagli degli investimenti per la ricerca sui farmaci contro i batteri resistenti agli antibiotici, che ogni anno causano decine di migliaia di morti.

L'esperienza di farmaci cosiddetti innovativi, come lo Zolgensma, brevettato da Novartis, divenuto famoso come il farmaco più caro del mondo, o il farmaco per l'epatite C brevettato da Gilead e

¹⁵ Rete europea contro la commercializzazione e la privatizzazione della salute e della protezione sociale <http://europe-health-network.net/>

¹⁶ People's Health Movement Europe <https://phmovement.org/>

¹⁷ European Public Service Union (EPSU) <https://www.epsu.org/>

¹⁸ Alter Summit www.altersummit.eu

¹⁹ Medact. Contatto: Sarah Melsens, Coordinatrice della Rete europea contro la commercializzazione e la privatizzazione della salute e della protezione sociale Tel. +32 499 42 44 48 europeanhealthnetwork@gmail.com

venduto a un prezzo 400 volte il costo di produzione, dimostra quanto le aziende rincorrono il profitto. Le procedure per l'autorizzazione all'immissione sul mercato europeo dei farmaci sono insoddisfacenti e tendono a favorire interessi commerciali a scapito di valutazioni serie sull'efficacia e la sicurezza. Le ricerche mostrano che solo il 10% dei nuovi farmaci commercializzati in Europa presentano autentici vantaggi rispetto ai prodotti già disponibili.

Di fatto i cittadini pagano le medicine due volte, la prima volta finanziando la ricerca pubblica effettuata dai centri di ricerca ospedalieri e universitari, la seconda volta acquistando i farmaci dalle aziende che hanno ottenuto il brevetto usufruendo dei risultati delle ricerche pubbliche.

La Rete Europea contro la privatizzazione e la commercializzazione della Salute e della protezione sociale e il Movimento Popolare Europeo per la Salute sottolineano che farmaci efficaci e sicuri devono essere disponibili gratuitamente per i cittadini senza pagamenti di tasca propria e devono essere pagati a un prezzo equo dai sistemi sanitari nazionali.

A questo scopo la Rete e il Movimento Popolare Europeo chiedono alle istituzioni europee e agli stati nazionali di cambiare le regole alla base del funzionamento dell'Agenzia Europea del Farmaco e delle rispettive agenzie nazionali secondo le indicazioni seguenti:

- Devono essere resi pubblici e disponibili a verifiche indipendenti tutti i dati alla base dell'approvazione dei farmaci. Il segreto industriale non deve essere invocato per tenere le informazioni confidenziali quando è in gioco la salute pubblica.
- Il disegno degli studi clinici necessari per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza deve essere di superiorità anziché di non-inferiorità come spesso attualmente avviene, per evitare l'introduzione di prodotti che non sono innovativi rispetto a quelli analoghi già presenti, ma che servono solo a incrementare la spesa farmaceutica e i profitti delle multinazionali.
- Gli studi clinici richiesti a sostegno della richiesta di approvazione attualmente sono realizzati dalle aziende titolari della richiesta. Abbiamo bisogno di studi effettuati da agenzie indipendenti senza fini di lucro, prive di connessioni con le aziende interessate alle autorizzazioni, finanziati da investimenti pubblici.

Gli stati nazionali devono adottare una strategia aggressiva per negoziare i prezzi dei nuovi farmaci. Se le industrie insistono per fissare prezzi indebitamente elevati, il brevetto può e deve essere revocato.

Infine chiediamo che vengano messi in campo i finanziamenti necessari per la ricerca pubblica, in modo da creare un settore di ricerca e di produzione per i farmaci coordinato e diretto da finalità sociali.

Il 7 aprile, giornata mondiale della salute, azioni decentrate sono in programma in tutta Europa. Per il quinto anno consecutivo, la Rete Europea fa appello ai cittadini, agli operatori sanitari, alle associazioni di riunirsi in occasione della Giornata Europea contro la commercializzazione della Salute.

La pandemia di Covid 19 ci obbliga a annullare tutte le azioni e le riunioni che prevedano contatti fisici. Chiediamo a tutti i cittadini di manifestare "diffondendo la solidarietà, non il virus." Come? Attraverso un'azione "lenzuolo bianco" il 7 aprile:

- Appendi un lenzuolo bianco con il tuo messaggio in un posto visibile
- Scatta delle foto
- Condividi sui social network con l'hashtag #health4all
- Inviata ai tuoi leader politici.

Rete Europea contro la privatizzazione e la commercializzazione della salute e della protezione sociale, <http://europehealth-network.net/> Tel. +32 499 42 44 48 europeanhealthnetwork@gmail.com
Movimento Popolare Europeo per la Salute <https://phmovement.org/> - ana@phmovement.org