

INTERPELLANZA

Case anziani e ospedalizzazioni: “Un paio d’ore dopo il medico della casa anziani mi ha richiamato per informarmi che nel frattempo dall’Amministrazione cantonale era giunto l’ordine alle case anziani di non più ricoverare nessuno in ospedale”

del 15 maggio 2020

Quanto riportato nel titolo di questa nostra interpellanza è una delle tante testimonianze da noi raccolte da parte di parenti di persone, nel frattempo decedute, ospitate nelle case anziani di questo Cantone.

Da questi racconti emerge che a partire da metà marzo si sarebbe data l’indicazione di non più ospedalizzare nessuno degli ospiti delle case anziani positivi al COVID. Un’ipotesi che parrebbe venir confermata dal direttore sanitario degli Istituti Sociali di Lugano in un articolo pubblicato dal Corriere del Ticino lo scorso 23 aprile 2020:

“Con gli altri colleghi, direttori sanitari, in accordo con l’Ufficio del medico cantonale (UMC) e con i rappresentanti della Società dei medici geriatri, abbiamo subito discusso su come gestire i nostri ospiti che sarebbero risultati positivi al SARS-CoV-2. Allo scopo di evitare, per quanto possibile, ricoveri in ospedali o cliniche, ci siamo presi la responsabilità di occuparcene nelle strutture di appartenenza, seguendo i suggerimenti forniti puntualmente dall’UMC tramite l’Associazione dei direttori di case anziani (ADI-CASI) e partecipando a numerosi e regolari incontri utili a condividere le nostre esperienze”.

Se queste affermazioni dovessero essere la conferma di un atteggiamento diverso da quello ufficialmente dichiarato (la protezione ad ogni costo della persone vulnerabili), saremmo di fronte a un modo di procedere che ci pare non conforme alle direttive della Società svizzera di medicina intensiva SSMI aggiornate al 24 marzo 2020 (*Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*) che recitano:

2. Principi etici fondamentali

I quattro classici principi medico-etici (beneficenza, non maleficenza, rispetto dell’autonomia e giustizia) sono determinanti anche in caso di scarsità di risorse. È importante chiarire preliminarmente la volontà del paziente riguardo ai trattamenti d’urgenza e di terapia intensiva, soprattutto se la persona rientra in una categoria a rischio. Le scarse risorse a disposizione non devono in alcun caso essere utilizzate per curare un paziente che non desidera essere assistito.

Se le risorse non sono sufficienti per curare tutti i pazienti in maniera ottimale, occorre applicare questi principi fondamentali in base alle seguenti regole di preferenza:

Equità: le risorse disponibili devono essere distribuite senza operare discriminazioni, ovvero senza disparità di trattamento ingiustificate legate a età, sesso, luogo di residenza (I posti letto liberi in terapia intensiva devono essere notificati tramite la piattaforma nazionale), nazionalità, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa o invalidità cronica. La procedura di allocazione deve essere equa, obiettivamente motivata e trasparente. Rispettando il principio di equità nella suddetta procedura, si evita soprattutto di prendere decisioni arbitrarie.

3. Criteri per il triage (ricovero e permanenza) nel reparto di terapia intensiva e nei reparti di Intermediate Care in caso di scarsità di risorse

Fintanto che le risorse disponibili sono sufficienti, i pazienti che necessitano di un trattamento di medicina intensiva vengono ricoverati e curati secondo criteri convenzionali. Gli interventi che richiedono un impegno particolarmente elevato in termini di risorse

andrebbero eseguiti solo nei casi in cui la loro utilità sia chiaramente comprovata. Il ricorso all'ECMO8 andrebbe evitato per i pazienti affetti da Covid-19.9 In casi motivati e dopo aver attentamente soppesato le risorse necessarie in termini di personale, si può comunque decidere di effettuare tale trattamento.

E importante chiarire anticipatamente la volontà dei pazienti, se essi sono in grado di esprimerla, rispetto all'eventualità di complicanze (stato di rianimazione ed entità della terapia

intensiva). Se si rinuncia a provvedimenti di medicina intensiva, si devono garantire cure palliative adeguate.

Se a causa di un totale sovraccarico del reparto specializzato si rende necessario respingere pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, il criterio determinante a livello di triage e la prognosi a breve termine: vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, ma la cui prognosi sarebbe sfavorevole se non ricevessero il trattamento in questione; in altri termini, la precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva.

L'età in se e per se non è un criterio decisionale applicabile, in quanto attribuisce agli anziani un valore inferiore rispetto ai giovani e viola in tal modo il principio costituzionale del divieto di discriminazione. Essa, tuttavia, viene considerata indirettamente nell'ambito del criterio principale «prognosi a breve termine», in quanto gli anziani presentano più frequentemente situazioni di comorbidità. Nelle persone affette da Covid-19, peraltro, l'età rappresenta un fattore di rischio a livello di mortalità, occorre quindi tenerne conto.

Dalle diverse testimonianze da noi raccolte i parenti degli ospiti, ed ancora meno gli ospiti delle case anziani, sono stati consultati e coinvolti nella decisione di non procedere all'ospedalizzazione. Anzi, in diversi casi in cui i parenti hanno chiesto di procedere all'ospedalizzazione si è sempre dato una risposta vaga e sfuggente, quando non addirittura si è semplicemente detto che ciò non sarebbe avvenuto. E questo, così pare, indipendentemente da una valutazione oggettiva della opportunità o meno dell'ospedalizzazione.

Bisogna inoltre aggiungere che secondo il medico cantonale Giorgio Merlani in Ticino non vi è mai stata, durante la pandemia, un'insufficienza di risorse e dunque il problema di un triage non sembrerebbe essersi mai posto:

“Né il medico cantonale accetta le illusioni circa un'insufficiente ospedalizzazione degli anziani pur di non sovraccaricare le strutture sanitarie. Quelle strutture non sono mai arrivate a saturazione, il nostro tasso di ospedalizzazione non appare diverso da quello della Romandia. In nessun caso - tranne quelli nei quali si sarebbe sfociati apertamente nell'accanimento terapeutico- si è dovuto rinunciare alla cura in ospedale”.

(LaRegione 12 maggio 2020)

Alla luce di queste considerazioni chiediamo al Consiglio di Stato:

1. Dal 9 marzo al 30 aprile quanti ospiti di case per anziani positivi al COVID sono stati ospedalizzati?
2. Se, come afferma il medico cantonale, le strutture ospedaliere acute durante la pandemia non sono arrivate a saturazione per quale motivo si è deciso, come pare affermare il direttore sanitario degli Istituti Sociali di Lugano e confermare numerose testimonianze raccolte, di vietare l'ospedalizzazione degli anziani positivi degenti nelle case per anziani?
3. Chi ha preso questa decisione e sulla base di quale disposizione legale?
4. Il Consiglio di Stato è stato informato? Ha dato il suo consenso a questa decisione?
5. Per quale ragione non si è chiesto il consenso degli ospiti o dei loro parenti prima di prendere la decisione di non ospedalizzazione?

6. Considerato che i letti in terapia intensiva devono essere coordinati a livello nazionale perché non si è pensato di trasferire parte dei malati COVID ospedalizzati nel resto della Svizzera così da avere maggiori capacità per ospedalizzare gli anziani positivi degenti in case anziani?
7. Per la cura degli anziani positivi degenti in case per anziani si è fatto capo a personale con formazione pari a quella operante negli ospedali COVID della Carità e Moncucco? Se no, perché non si è impiegato personale con la stessa formazione, e chi lo ha deciso?

Per MPS-POP-Indipendenti
Matteo Pronzini
Arigoni Zürcher - Lepori Sergi