

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»

Risposta del 25 maggio 2020 all'interpellanza presentata il 15 maggio 2020 da Matteo Pronzini e cofirmatarie per l'MPS-POP-Indipendenti

PRONZINI M. - Verso la metà di marzo qualcuno ha deciso che nessun ospite delle case anziani sarebbe più stato ricoverato in ospedale. Questa informazione è confermata da una presa di posizione di un responsabile sanitario pubblicata il 23 marzo 2020 sul "Corriere del Ticino", il quale diceva chiaramente che ci si assumeva la responsabilità di non caricare il sistema sanitario.

Il direttore dell'Ufficio anziani una settimana fa, ai microfoni della RSI, ha dichiarato che nelle case anziani oggi non c'è l'ossigeno. Non più ospedalizzare i casi positivi delle case per anziani vuol dire quindi che non è stato permesso loro di avere le stesse cure di chi era in ospedale.

Nel dibattito di oggi, più volte il Ministro De Rosa è intervenuto in difesa del personale ospedaliero, e io vi assicuro che nei miei interventi non voglio assolutamente mettere in discussione la qualità e l'impegno dei 4'600 impiegati del settore delle case anziani che hanno tutta la nostra solidarietà. Questo personale però non ha una formazione infermieristica e soprattutto non ha la formazione necessaria per lavorare nelle cure intense, se a questo aggiungiamo che non si dispone del materiale necessario per curare i pazienti non si può certo chieder loro di fare miracoli. A conferma di questo, abbiamo raccolto la testimonianza di una parente, la quale ha ricevuto una telefonata nella quale le si spiegava che da Bellinzona era giunto l'ordine di non più ricoverare i pazienti positivi delle case anziani. Questo è molto grave: fossi in voi, mi nasconderei anche io dietro al segreto d'ufficio.

DE ROSA R., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ -

Il Consiglio di Stato ritiene opportuno fornire alcune informazioni. All'inizio della crisi, sulla base di riflessioni etiche e in previsione di un rischio di ristrettezza di risorse disponibili che non poteva essere escluso a priori, sono stati discussi sia il documento dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM), sia altri documenti con particolare riferimento alla gravità del decorso della malattia e alla prognosi nelle persone particolarmente fragili e vulnerabili. Ciò imponeva un'anticipazione della crisi in termini di valutazione della capacità di discernimento e delle volontà (direttive anticipate) dei singoli ospiti, necessaria visto l'arrivo del virus. Va premesso che il Ticino, fortunatamente, non ha mai dovuto affrontare una situazione di insufficienti risorse o posti disponibili in cure intense e acuti, conosciute purtroppo in altre realtà, come in Cina, in Lombardia e in altre Nazioni a noi confinanti. Citando nuovamente lo scritto dell'Accademia svizzera delle scienze mediche, *«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»*. Un ricovero in terapia intensiva non permette sempre di migliorare la prognosi, soprattutto per la fragilità della persona. E qui faccio una parentesi perché mi sembra che si banalizzi troppo facilmente l'intubazione. Essere intubati in terapia intensiva per tre settimane non è una passeggiata per nessuno. Ricordo in tal senso il primo caso della Lombardia, un giovane maratoneta che ci ha messo settimane prima di riprendersi dopo essere stato intubato. Il COVID incide in modo pesante sul fisico e sulla mente, anche nelle persone sane e in forma. Dicevo quindi

che non sempre la prognosi permette un ricovero in terapia intensiva, per la fragilità della persona, l'aggressività delle cure e i trattamenti di lunga durata. Tutto ciò non permette ai pazienti fragili recuperi adeguati, e vengono classificati nell'ambito dell'accanimento terapeutico. A prescindere dalle volontà e dalle aspettative di un paziente è scorretto e inadeguato dal punto di vista medico offrire e applicare terapie così aggressive in persone fragili o vulnerabili. Di per sé, l'età da sola non è una discriminante, ma lo può diventare per anziani con prognosi molto limitate. Il resto delle terapie, prodigate in ospedale per quanto riguarda il COVID-19 non sono molto differenti da quanto viene fatto in una struttura per anziani: essenzialmente assistenza alla cura, terapie antibiotiche protettive, ossigeno (anche in case per anziani) e laddove necessario terapie palliative, che possono fare la differenza in termini di qualità di vita.

1. *Dal 9 marzo al 30 aprile quanti ospiti di case per anziani positivi al COVID sono stati ospedalizzati?*

In tutto sono stati ospedalizzati per COVID-19 38 pazienti in provenienza dalle case anziani.

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?*

Non si è mai vietato un ricovero in ospedale, né in terapie intensive. Si è semplicemente richiamato ad una valutazione medica approfondita del singolo residente e del singolo caso. La valutazione del ricovero in ospedale per queste persone particolarmente fragili e per una patologia che non offre a oggi alcuna terapia specifica, è effettuata sulla base della prognosi soppesando rischi e benefici.

4. *Il Consiglio di Stato è stato informato? Ha dato il suo consenso a questa decisione?*

Premesso che non è stato vietato, il consenso del Consiglio di Stato non è necessario per le decisioni circa la presa a carico nella medicina individuale.

5. *Per quale ragione non si è chiesto il consenso degli ospiti o dei loro parenti prima di prendere la decisione di non ospedalizzazione?*

Si veda l'introduzione in merito alla capacità di discernimento e direttive anticipate.

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?*

Come accennato nell'introduzione e ribadito nelle domande precedenti, il problema non è aver rinunciato a curarli per mancanza di posti, le decisioni era volte ad offrire agli anziani positivi degenti le migliori cure possibili in base alla prognosi e alla struttura che meglio poteva offrirle. Posso comunque confermare che da molti Cantoni, fra i quali i Grigioni, era stata data ampia disponibilità qualora il Ticino avesse dovuto avere bisogno di liberare posti in terapia intensiva e cure intense. Fortunatamente non è stato il caso. E solo tre pazienti sono stati spostati in altri Cantoni.

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?*

Nelle case per anziani ci sono medici e infermieri così come ci sono negli ospedali acuti. Anzi, spesso gli infermieri arrivano in casa anziani proprio dall'esperienza fatta negli ospedali acuti. È evidente che nei centri COVID dedicati ci sono in più degli specialisti in terapia intensiva e di pronto soccorso.

PRONZINI M. - Nella direttiva citata dal Ministro leggo: «*Equità: le risorse disponibili devono essere distribuite senza operare discriminazioni, ovvero senza disparità di trattamento ingiustificate legate a età, sesso, luogo di residenza*».

Vorrei inoltre ricordare al Ministro De Rosa che un conto è essere intubato e un conto è non avere a disposizione l'ossigeno. Lo Stato maggiore cantonale di condotta tutti i giorni nel suo bollettino diceva quanti pazienti erano risultati positivi, quanti erano ospedalizzati in reparto e quanti intubati. Questo è prova che c'è una differenza fra l'essere ricoverati all'ospedale o essere intubati.

Le cure date in casa per anziani, e questo lo dico perché ho parlato con diversi medici, sono diverse da quelle date in ospedale. Senza nulla togliere ovviamente all'ottimo lavoro svolto dal personale delle case per anziani. Mi riferisco alle strutture, perché le cure fatte in un reparto specializzato COVID sono nettamente diverse da quelle fatte in una casa per anziani. Altrimenti non si capirebbe perché gli ospedali sono stati rivoluzionati apposta per poter curare pazienti COVID.

Faccio notare che grazie alle vostre politiche nelle case anziani il 54% del personale è ausiliario o senza formazione.

La discussione forse oggi termina qui ma sarà ripresa a breve perché la differenza fra le cure in casa anziani e quelle dell'ospedale è come il giorno e la notte.

DE ROSA R., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Prendo atto di quanto detto. È sicuramente importante riuscire a formare più medici e personale infermieristico per il settore sociosanitario. Ricordo che nei primi mesi in cui ero in carica ho licenziato il messaggio sul sostegno della formazione dei giovani medici, medici di base e di famiglia. Sono convinto che da domani anche l'MPS-POP-Indipendenti sosterrà questo rapporto.

Insoddisfatto l'interpellante, l'atto parlamentare è dichiarato evaso.