

Dall'ospedale al territorio

La crisi dell'accesso alle cure, la distanza tra medico e paziente, tra prestazioni e bisogno di salute

“Mai fino ad ora, nel nostro paese, ci si era dovuti confrontare con una domanda di assistenza sanitaria tale da indurre rapidamente un esaurimento delle risorse necessarie per farvi fronte. Nei reparti di terapia intensiva, il dramma è stato non poter dare assistenza a tutte le persone malate”.

Covid-19 ha messo a dura prova i medici nelle difficili decisioni che implicavano un razionamento degli interventi sanitari. Qual è stata la risposta della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (Siaarti)?

Gli anestesisti-rianimatori hanno subito ripercussioni drammatiche da questo squilibrio tra richiesta di assistenza da parte dei pazienti e risorse realmente disponibili per aiutarli. La nostra società scientifica, la Siaarti, ha ricevuto dai colleghi impegnati nell'epicentro del contagio una richiesta di aiuto, poiché all'interno dei loro reparti erano costretti a compiere scelte da loro stessi definite tragiche. Così, abbiamo formulato le “Raccomandazioni di etica clinica”¹ perché le scelte potessero essere omogenee, eticamente appropriate e condivise, per essere accanto ai clinici e sollevarli dal forte disagio morale ed emozionale causato da quelle scelte. Nessuno dovrebbe mai trovarsi nella condizione di negare un trattamento a una persona per darlo a un'altra, perché è sufficiente per una sola. Il dramma etico di fronte al quale ci si è trovati è stato proprio questo. In ultimo, obiettivo del documento Siaarti è stato anche chiarire ai cittadini la natura del problema – quello che stava succedendo – e le soluzioni proposte attraverso le raccomandazioni: in sintesi quello che era oggettivamente possibile fare in quel contesto. Per un dovere di trasparenza e responsabilità nei confronti della popolazione.

Quali i principi etici alla base?

L'eccezionale scenario caratterizzato da uno squilibrio tra domanda e offerta di assistenza intensiva può richiedere oltre ai consueti criteri di accesso di appropriatezza clinica (tipo/gravità della malattia, compromissione di altri organi/apparati e grado di reversibilità, comorbidità) e di proporzionalità etica (consenso, dichiarazioni anticipate di trattamento, pianificazione condivisa), anche criteri ispirati a un principio condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione delle limitate risorse sanitarie. In una situazione di grave carenza di risorse sanitarie si deve puntare a garantire i trattamenti, nel nostro caso intensivi e sub-intensivi, ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la “maggior speranza di vita”. Questo comporta di non dover necessariamente seguire un criterio di accesso di tipo *first come, first served*. Ovviamente, l'applicazione di criteri di razionamento è giustificabile soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti è stato com-



Intervista a
Giuseppe Gristina
Medico
Società italiana
di anestesia analgesia
rianimazione
e terapia intensiva
Comitato etico

piuto ogni sforzo per aumentare la disponibilità di risorse e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento verso altri centri.

Sulla base di quali criteri un paziente ha maggior probabilità di successo?

Il criterio fondamentale per accedere ai trattamenti proposto dalle nostre raccomandazioni è stato quello della maggior speranza di vita. Nella situazione data, i malati che avevano la precedenza erano quelli con la maggiore probabilità di sopravvivere in futuro. Pertanto, d'importanza fondamentale sono state l'età e l'eventuale presenza di malattie collaterali. D'altronde, i dati dell'Istituto superiore di sani-

tà (Iss) riguardanti i 31.096 deceduti al 21 maggio¹ ci dicono che l'85 per cento di essi aveva più di 70 anni e che nell'81 per cento dei casi erano presenti due o tre comorbidità, confermando i dati evidenti fin dall'inizio dell'epidemia, ovvero che, con o senza trattamenti intensivi, la mortalità ha inciso maggiormente tra i pazienti più anziani e con comorbidità. I criteri adottati nelle raccomandazioni Siaarti non hanno fatto altro che tenere conto dell'andamento epidemiologico e demografico già noto.

Potevamo prevederlo?

Il fatto che covid-19 abbia avuto il maggior impatto tra le persone anziane e cronicamente



malate era prevedibile per due ragioni: primo, gli anziani con comorbilità sono per definizione malati “fragili” e quindi maggiormente esposti a qualsiasi rischio infettivologico; secondo, la prima grande statistica descrittiva, pubblicata già agli inizi di febbraio dal Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie³, ne dava ampia informazione. Una drammatica conferma è arrivata quando si è visto quali erano i centri nevralgici in termini di numero di contagi e decessi, ovvero le residenze sanitarie assistenziali (rsa). Una survey dell’Iss condotta tra il 25 marzo e il 14 aprile informa che nelle rsa lombarde, le più numerose in Italia (678) e con il maggior numero di anziani residenti (23.594), i deceduti positivi alla covid-19 sommati ai sintomatici era-

no 3045, pari al 45 per cento di tutti i deceduti nelle rsa italiane per la stessa causa⁴. Per di più, i pazienti stabilizzati sono stati inviati per la convalescenza dall’ospedale alle rsa, avendo ancora la possibilità di contagiare altre persone e stabilendo dei loop mortali tra ospedali e territorio. Molti pazienti delle rsa affetti da covid-19, in ospedale, non ci sono neppure arrivati.

Le scelte “di fondo” del sistema sanitario hanno avuto un ruolo?

Epidemia significa letteralmente “nel popolo”. Dunque, un’epidemia è un problema che riguarda nello stesso momento e nello stesso luogo tutta la società, perciò è primariamente un problema di sanità pubblica. Ecco perché combattere un’epidemia solo in ospedale, o nelle terapie intensive, è una scelta suicida. Ma la domanda da porsi è: poteva andare diversamente? Per rispondere bisogna fare un passo indietro e spiegare alcune cose.

In Italia, negli ultimi decenni, ma soprattutto dopo la regionalizzazione della sanità⁵, si sono generati sistemi sanitari differenti da regione a regione in grado di garantire un diverso livello di qualità dell’assistenza con forti sperequazioni. Questi diversi sistemi, in particolare al nord, si sono andati organizzando nella prospettiva di una economia liberista trasformandosi in una “industria medica” in progressiva privatizzazione⁶. Nel frattempo, la spesa sanitaria pro capite si andava riducendo fino a portare l’Italia al livello dei paesi dell’Europa orientale. In larga sintesi, si sono considerate “improduttive” molte voci che compongono la spesa sanitaria. Pian piano l’intero Servizio sanitario nazionale è stato trasformato in un apparato che ha, di fatto, sostituito il suo principale obiettivo istituzionale, cioè riconoscimento, intercettazione e soddisfacimento dei bisogni di salute della persona malata, con un sistema di “remunerazione a prestazioni”, cioè la produzione di attività cliniche di diagnosi e cura al prezzo più conveniente per il “produttore” e per il “compratore”. Questo processo di trasformazione ha provocato soprattutto in Lombardia, ma non solo, una costante marginalizzazione delle funzioni della medicina territoriale, incluse quelle di sorveglianza e prevenzione, proprie della sanità pubblica, concentrando l’assistenza negli ospedali o nei grandi centri sanitari trasformati appunto in produttori di prestazioni.

Cosa si intende per “bisogni di salute”?

L’Organizzazione mondiale della sanità identifica lo stato di salute con una condizione di benessere fisico, mentale e sociale. È facile comprendere quindi che a definire lo stato di salute di un individuo intervengano fattori ambientali e comportamentali, entrambi dipendenti a loro volta dal grado di sviluppo socio-economico dell’individuo stesso e della società in cui vive, dal grado di sviluppo dei servizi sanitari a disposizione e dalla loro organizzazione e visione complessiva. È chiaro allora che dire “soddisfare un bisogno di salute” significa individuare e trattare il problema “clinico”, ma anche inquadralo nel contesto che abbiamo descritto e che, a sua volta, fa riferimento a quella che chiamiamo più in generale “qualità della vita”. Quindi il problema “salute/malattia” diventa un problema più ampio. Dare una risposta a questo è molto più complesso che rispondere in termini di semplice prestazione.

Quali sono state le conseguenze?

Solo considerando questo modello organizzativo si comprende come sia stato possibile che non si siano ascoltati gli allarmi già lanciati dal Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie all’inizio di gennaio⁷, che non ci si sia premuniti in tempo dei presidi necessari a una corretta ed efficace attività di prevenzione del rischio di espansione incontrollata del contagio, che l’unica risposta con tutti i limiti tragicamente evidenziati dall’epidemia si sia fondata esclusivamente sugli ospedali senza elaborare una strategia articolata anche in presidi di territorio.

Così, quando tra la seconda metà di dicembre 2019 e i primi giorni del gennaio 2020, nelle città lombarde aumentano drammaticamente le diagnosi di polmonite interstiziale non vi è nessuna struttura epidemiologica in grado di raccogliere queste informazioni e lanciare l’allarme fino al 20 febbraio, quando un’anestesista dell’ospedale di Codogno pone diagnosi di polmonite interstiziale da coronavirus in un uomo di 38 anni, ufficializzando il primo caso italiano e l’inizio dell’epidemia. Da quel momento gli ospedali lombarde hanno costituito l’unico punto di riferimento per i pazienti covid-19 finendo per diventare paradossalmente essi stessi centri di diffusione del contagio^{8,9}. Di pari passo inizia il problema della riduzione fino all’esaurimento delle risorse intensive che ha tragicamente caratterizzato la situazione sanitaria in Lombardia e in altre regioni del nord Italia.

In sintesi, gli effetti dell’epidemia si sono amplificati a causa del modello organizzativo sanitario. Questo ha comportato inevitabilmente che un fenomeno riguardante orizzontalmente tutta la popolazione ha finito per essere combattuto in quello che uno stratega militare definirebbe “il campo di battaglia più sfavorevole”. Il rischio che questa epidemia si ripresenti è concreto, e se la strategia sarà ancora la stessa saremo di nuovo in crisi.

Un altro documento covid-19 pubblicato dalla Siaiarti è sulla comunicazione con i familiari e i pazienti¹⁰ quale “attività di cura”.

La Siaiarti e gli anestesisti-rianimatori italiani sono consapevoli dell’estrema importanza della comunicazione con pazienti e familiari nell’ambito dei processi di cura. Questa consapevolezza si è trasformata nel tempo in una riflessione che ha trovato spazio anche in precedenti documenti di raccomandazioni e in corsi dedicati. Durante questa epidemia la comunicazione è stata resa difficile dalla necessità di mantenere il distanziamento sociale tra pazienti e familiari e di indossare i dispositivi di protezione individuale che rendono la comunicazione, soprattutto non verbale, quasi impossibile. La conseguenza è stata in numerosissimi casi la comparsa di un drammatico disagio psichico, di ansia e paura sia nei pazienti che nei loro cari. Tutti abbiamo letto o ascoltato testimonianze di persone che venivano a sapere della morte del loro caro tardivamente e senza la possibilità di elaborare veramente il lutto attraverso l’accompagnamento alla morte e il conforto del dialogo. Anche gli operatori hanno riportato gravi forme di stress psichico per l’impossibilità a comunicare adeguatamente con i malati e i loro cari ma anche con le loro proprie famiglie. Anche a queste tragedie ci siamo sentiti in dovere di dare una risposta. ▣

1. Siaiarti. 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. 6 marzo 2020.
2. Epicentro – Iss. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all’infezione da sars-cov-2 in Italia.
3. China Cdc and prevention. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (covid-19) – China, 2020. China CDC Weekly 2020;2:113-22.
4. Epicentro – Iss. Survey nazionale sul contagio covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie.
5. Antonelli V. Regionalismo sanitario: verso una sanità a macchia di leopardo? Sanità24 - Il Sole 24 Ore, 13 febbraio 2019
6. Gimbe. Quarto rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. 11 giugno 2019.
7. Ecdpc. Rapid risk assessment: cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020. 17 gennaio 2020.
8. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, et al. At the epicenter of the covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. Nejm Catalyst, 1 aprile 2020.
9. Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda. Fromceo Lombardia, 6 aprile 2020.
10. Siaiarti, Aniarti, Sicip, Simeu. COMUNICoVID – Position paper. 18 aprile 2020.