

Risultati della consultazione pubblica sul documento SIAARTI-SIMLA “Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di COVID-19” (19 novembre - 10 dicembre 2020)

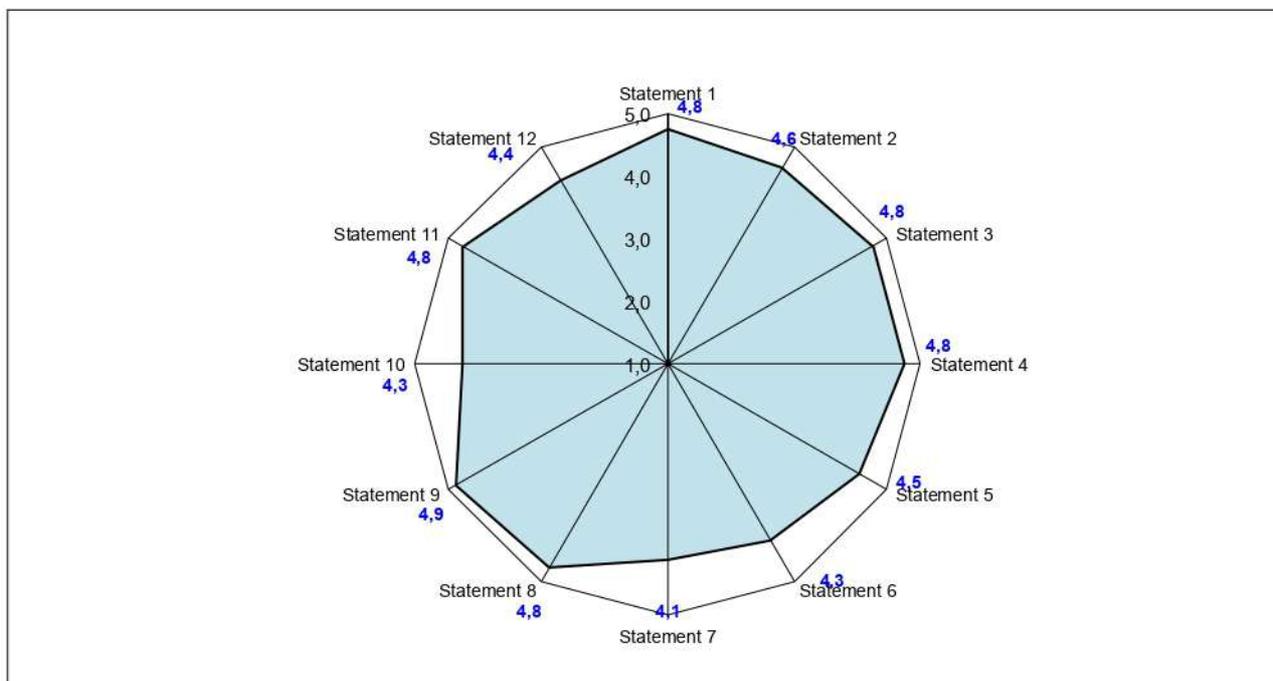
Stakeholder che hanno partecipato alla consultazione:

- ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica
- AUSL della Romagna
- Comitato Etico Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori- Milano
- Commissione Bioetica Valdese
- Consulta di Bioetica Onlus
- SIAN -Società Infermieri Area Nefrologica
- SICP-Società Italiana di Cure Palliative
- SIGG-Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- *FEDER.S.P.eV.

* non ha compilato il questionario in piattaforma ma ha inviato i propri commenti direttamente al gruppo di lavoro SIAARTI-SIMLA; pertanto, i giudizi da loro espressi non sono stati considerati nell'analisi statistica (vedi figura)

Grado di accordo espresso dagli stakeholder (punteggi medi) (N=8)

(1) “in completo disaccordo”, (2) “in disaccordo”, (3) “incerto”, (4) “d'accordo”, (5) “completamente d'accordo”



STATEMENT:

1. L'aumento della domanda di assistenza sanitaria (sui 3 livelli di ricovero: ordinario, semi-intensivo, intensivo), indotto da situazioni quali quelle determinate dalla pandemia, non fa venir meno la necessaria aderenza, nella tutela della salute, ai principi costituzionali e fondativi del Servizio Sanitario Nazionale, nonché ai principi deontologici e in particolare a quelli di universalità, uguaglianza (non discriminazione), solidarietà e autodeterminazione.

2. È responsabilità dell'organizzazione sanitaria, a ogni livello decisionale, adeguare la risposta sanitaria sul piano delle risorse logistiche, tecnologiche e umane per fronteggiare la crisi stessa.
3. In caso di sproporzione tra necessità e offerta di assistenza, devono essere predisposte localmente tutte le strategie organizzative mirate a fornire a ogni paziente il trattamento appropriato (aumento dei posti- letto sia ordinari sia intensivi, incremento/ridistribuzione delle risorse umane e tecnologiche, implementazione del sistema di trasferimento di pazienti tra strutture). I professionisti devono segnalare ai livelli istituzionali competenti le carenze che determinano l'impossibilità di porre in essere tali strategie.
4. Ad ogni livello di intensità di cura, nel caso di una saturazione delle risorse assistenziali tale da determinare l'impossibilità di garantire a tutti i pazienti il trattamento indicato, è necessario ricorrere al triage, piuttosto che ad un criterio cronologico (ordine di arrivo dei pazienti) o casuale (sorteggio).
5. La finalità del triage di terapia intensiva è, nel rispetto dei richiamati principi, garantire i trattamenti di supporto vitale al maggior numero possibile di pazienti che ne possano avere benefici.
6. Il triage deve basarsi su parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi. La valutazione, mirata a stratificare le probabilità di superare l'attuale condizione critica con il supporto delle cure intensive, dovrà procedere basandosi sulla valutazione globale di ogni singola persona malata attraverso i seguenti parametri: numero e tipo di comorbidità; stato funzionale pregresso e fragilità; gravità del quadro clinico attuale; presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/la paziente; la volontà del/la paziente riguardo alle cure intensive dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del triage.
7. L'età deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di cut-off predefiniti.
8. In caso di incapacità, deve essere verificata con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso disposizioni anticipate di trattamento o una pianificazione condivisa delle cure. A tutti i pazienti per i quali è prevedibile la futura necessità di cure intensive, dovrebbe essere proposta una pianificazione condivisa delle cure.
9. Tutti gli accessi alle cure devono essere sottoposti a quotidiana rivalutazione della sussistenza della indicazione clinica, degli obiettivi di cura e della proporzionalità.
10. I pazienti per i quali non sia possibile un percorso di cura intensivo devono ricevere i più indicati trattamenti di minore intensità.
11. Nel caso un/a paziente non risponda al trattamento o si complichino in modo severo, la decisione di interrompere le cure intensive (desistenza dai trattamenti futuri) e di rimodularle verso le cure palliative non deve essere posticipata.
12. Compatibilmente con le risorse umane disponibili, è necessario che le decisioni non siano demandate a una singola figura professionale, ma rappresentino il risultato di una valutazione collegiale del team medico-assistenziale, il quale si può avvalere, se necessario, anche di figure professionali esterne ("second opinion"). La decisione di porre una limitazione alle cure intensive deve essere adeguatamente motivata, comunicata e documentata nella cartella clinica.