

Desistenza terapeutica

I due pilastri del rapporto medico-paziente, consenso informato e legittimo rifiuto delle cure; l'assurdità di non voler considerare l'alimentazione artificiale un trattamento medico; la piccola rivoluzione che sta interessando tanti reparti di rianimazione, in via di apertura verso l'esterno. Intervista a Davide Mazzon.

Davide Mazzon è Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione e del Dipartimento Chirurgico dell'Ospedale di Belluno. Ha coordinato la Commissione di Bioetica della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva ed è membro del Comitato per la Bioetica della Regione Veneto.

Oggi medici e sanitari hanno a disposizione mezzi e conoscenze sempre più sofisticati, dall'altra parte però si trovano ad aver a che fare con cittadini-pazienti che vogliono condividere e partecipare alle scelte sanitarie che li riguardano.

Si tratta di uno scenario inedito rispetto al passato, che poggia su due pilastri fondamentali. Il primo è l'informazione e il consenso all'atto medico. Io parlo di una "camera di compensazione" fra due autonomie, quella del medico e quella della persona malata, in cui va ricercata la condivisione delle scelte, che non possono essere imposte né dal medico alla persona malata né dalla persona malata al medico. Io sono profondamente contrario al fatto che il medico debba sottostare a richieste bizzarre e non suffragate da evidenze scientifiche. Altrettanto sono contrario al fatto che il servizio sanitario debba erogare cure di cui non è comprovata l'efficacia scientifica (penso al caso Di Bella). Una scelta quindi che non può essere imposta né dal medico al paziente, né dal paziente al medico, ma soprattutto non può essere imposta da autorità morali esterne né tantomeno da leggi dello stato. Il secondo pilastro, strettamente correlato al primo, è che il dovere medico di intervenire trova un limite invalicabile nel rifiuto di cure espresso dalla persona malata, rifiuto che deve essere libero, informato, consapevole.

L'unica eccezione, abbastanza frequente nel campo dell'emergenza-urgenza, è quella della necessità di erogare cure a persone di cui non sono note le volontà e di cui non è nota la patologia, ma che si trovano in pericolo di vita. In questi casi sarà nel prosieguo dell'evoluzione clinica che si dovranno recepire le volontà del paziente e adottare dei criteri di appropriatezza clinica.

Questi due pilastri, che sono ben consolidati all'interno del nostro sistema legislativo, giuridico e di deontologia medico-infermieristica ci permettono oggi di affermare che nel nostro paese il diritto all'autodeterminazione, il diritto cioè a decidere per sé in coerenza col proprio piano di vita, rappresenta il nucleo centrale del concetto stesso di "dignità umana".

Oggi tuttavia si chiama in causa questo termine sia per esprimere una forte carica di rispetto per l'autonomia e i diritti della persona, sia per sostenere la pretesa di un controllo sulla persona in nome di valori che si vogliono imporre agli individui. Dignità è pertanto una parola su cui oggi forse sarebbe il caso di fare chiarezza ogni qualvolta la usiamo. Per me dignità significa capacità di decidere per sé e riconoscimento di questo diritto.

Possiamo dire che negli ultimi vent'anni nel nostro paese è avvenuta una sorta di evoluzione silenziosa che ha permesso di dare una piena legittimazione alla supremazia della volontà della persona in ambito sanitario. Questa evoluzione ha trovato una tangibile esemplificazione nella conclusione delle vicende, dolorose, di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro. Quest'ultima, purtroppo, si è conclusa dal punto di vista della vicenda umana, ma si sta aprendo con inquietanti scenari su quello giudiziario, con l'incredibile accusa di omicidio per quanti, sulla base di una sentenza definitiva, hanno consentito che Eluana fosse lasciata morire in pace, come lei avrebbe voluto.

Anch'io, come moltissimi cittadini, mi aspettavo che la prosecuzione di questo processo di riconoscimento del principio di autodeterminazione fosse una legge assolutamente civile sulla fine della vita, con la possibilità di far sentire la voce della persona malata dopo la perdita della capacità di esprimersi e anche di tutelare il medico che la rispetta.

Purtroppo invece quello a cui stiamo assistendo, pressoché impotenti, come operatori sanitari e come società civile, è che il parlamento sta discutendo un disegno di legge che sembra proprio fatto apposta per negare quei diritti che sono scolpiti nella nostra costituzione, in primis il diritto a poter rifiutare le cure.

Lei e altri colleghi avete accusato il disegno di legge Calabrò di essere portatore di contenuti antiscientifici e antideontologici e di limitare fortemente il diritto all'intangibilità del corpo...

Questo ddl inserisce nel testo della legge il termine "indisponibilità della vita". A me risulta che nel nostro paese né il suicidio, né il tentato suicidio siano vietati per legge. E' allora evidente che questa parola è stata inserita per mettere una sorta di suggello ideologico al ddl. Sono invece profondamente convinto che nel nostro ordinamento sia espresso il principio della "inviolabilità" della propria vita da parte di altri, e il principio di "indisponibilità" da parte di ciascuno nei confronti della vita altrui, il che è qualcosa di ben diverso.

Inoltre in questo disegno di legge si afferma che il testamento biologico non è vincolante per il medico, per cui le direttive anticipate diventano "dichiarazioni" anticipate ossia un orientamento che qualsiasi medico può tranquillamente non prendere in considerazione. Il fatto che non siano vincolanti dal punto di vista giuridico le svuota completamente di qualsiasi significato; burocratizzare poi eccessivamente la procedura con cui esprimere il proprio testamento biologico e doverlo rinnovare ogni tre anni, pone ulteriori difficoltà alla diffusione di questa pratica.

Il fatto infine che a fronte di un conflitto fra il fiduciario ed il medico si chiami in causa una commissione che dev'essere composta da almeno cinque membri, di cui un neurologo, un neurofisiologo e un neuroradiologo, mi fa pensare che siamo molto lontani dalla conoscenza operativa di quello che sono i nostri ospedali, visto che queste figure professionali si trovano solo in strutture di riferimento regionali.

Come non bastasse, questo decreto trasforma la nutrizione artificiale in un "sostegno vitale", da fornire obbligatoriamente al malato, e la fa uscire dal novero dei "trattamenti sanitari" che secondo l'articolo 32 della costituzione chiunque di noi può rifiutare.

Allora è assolutamente sorprendente che i medici parlamentari e i medici non parlamentari che si sono alternati alla ribalta mediatica in questi mesi abbiano supinamente accettato il punto di vista del Vaticano (che in occasione della vicenda di Terry Schiavo ha modificato alcune indicazioni magisteriali, definendo la nutrizione artificiale un atto sempre dovuto) rinunciando a sostenere quanto la letteratura scientifica e le società scientifiche di tutto il mondo unanimemente sostengono, e cioè che la nutrizione artificiale è un trattamento sanitario medico-infermieristico a tutti gli effetti. Potrei dilungarmi nello spiegare perché, ma basti ricordare che la sua prescrizione è di competenza medica, la scelta della modalità di somministrazione è di competenza medica, la scelta della miscela da somministrare è di competenza medica, il follow-up, cioè il monitoraggio nel tempo del paziente nutrito artificialmente richiede precise competenze per interpretare i dati di laboratorio e per prevenire quelle complicanze (settiche, metaboliche, trombo-emboliche e idroelettrolitiche) che possono insorgere in un paziente nutrito artificialmente. Non a caso alcune regioni, come la Regione Veneto, hanno stabilito attraverso una delibera che la nutrizione artificiale dev'essere gestita da un team che comprende un medico, un infermiere, un farmacista e un dietista, non certo un'équipe di cuochi o di esperti in arte culinaria!

La stessa argomentazione per cui ciò che può essere gestito in autonomia a casa dei familiari non è terapia medica, non regge perché oggi sono numerosi i pazienti che vengono sottoposti a ventilazione meccanica ed a emodialisi domiciliare. Il fatto che i familiari e il paziente stesso vengano addestrati all'impiego di questi trattamenti non significa che questi ultimi non siano trattamenti sanitari. C'è un altro aspetto che rende questo decreto particolarmente criticabile dal

punto di vista giuridico, ed è il fatto che crea una differenza fra colui che non è in grado di provvedere a se stesso e a cui l'alimentazione va sempre somministrata anche ingozzandolo se non vuole, e la persona che è in grado di provvedere a se stesso, che può fermare le mani di chi vuole nutrirlo forzatamente.

Per concludere, trovo sconcertante che intorno a questa tematica in parlamento si discuta a partire da un approccio di tipo ideologico e non di tipo scientifico. Chi deve decidere se la nutrizione artificiale è terapia o non è terapia? Chi deve decidere se il trapianto è terapia o non è terapia? Chi la pratica e chi la somministra avendo acquisito le conoscenze e l'esperienza per farlo, quindi essendo competente, oppure chi non sa distinguere un flacone di integratori da un barattolo di cibo per gatti?

Chi oggi deve essere interpellato, la società scientifica o il parlamentare, per decidere se un'azione è un trattamento sanitario oppure no? Io credo che la risposta sia ovvia.

Questo sconcerto si tramuta in grande preoccupazione se insieme a questa vicenda, che riguarda la nutrizione artificiale, noi andiamo a rivedere alcuni altri pronunciamenti istituzionali che sono avvenuti anche in altri ambiti e in cui c'è una divaricazione tra il punto di vista di organismi istituzionali e quello di società scientifiche.

Il caso forse più eclatante di pronunciamento istituzionale, che è in rotta di collisione con le evidenze scientifiche sull'argomento, è un documento del Consiglio Superiore di Sanità che sostiene che l'età gestazionale non è un parametro affidabile per valutare il grado di prematurità fetale, e che pertanto nell'incertezza è necessario garantire sempre, ai nati pretermine, ogni manovra rianimatoria, anche qualora essi non abbiano alcuna probabilità di sopravvivenza o quando su di essi, insieme alle bassissime probabilità di sopravvivenza, pesino delle severe e multiple disabilità. Ecco, le conclusioni di questo documento del Consiglio Superiore di Sanità ed i presupposti su cui si basano sono in contrasto con quindici linee guida di altrettante società di neonatologia, con le raccomandazioni di due società scientifiche internazionali; su questo documento si sono espressi in modo assolutamente critico i consigli direttivi di tre società scientifiche italiane, e cioè l'Italian Resuscitation Council, la Società di anestesia e rianimazione neonatale pediatrica, il Club italiano di anestesia ostetrica, nonché 138 operatori sanitari di area critica che su questo hanno inviato una lettera aperta al ministero e agli assessori regionali.

In Italia la parola eutanasia è spesso usata impropriamente. In particolare lei sostiene che non ha più senso parlare di “eutanasia passiva”. Può spiegare?

Nel nostro paese la parola eutanasia è un termine ad ombrello sotto il quale vengono fatte ricadere tutte le modalità non naturali del morire, dall'eutanasia in senso stretto, come la definisce la riflessione bioetica a livello internazionale (ovvero somministrazione intenzionale di una sostanza letale a una persona che lo chiede), fino alla sospensione dei trattamenti che configurano una irragionevole ostinazione in assenza di prospettive di sopravvivenza -che con l'eutanasia nulla ha a che fare.

Quando parliamo di divieto di eutanasia oggi in realtà parliamo del divieto di soppressione intenzionale della vita umana (questione su cui peraltro alcuni paesi civilissimi hanno legiferato, rendendola legittima in alcune situazioni particolari, strettamente controllate).

Molto spesso, nel nostro paese invece si fa confusione tra la cosiddetta “eutanasia passiva” e la desistenza da trattamenti che si configurano come un inutile prolungamento dell'agonia. Questo accade perché noi ci ostiniamo ad usare una terminologia che è scomparsa dal linguaggio bioetico internazionale che parla esclusivamente di eutanasia nel senso già esplicito. Ora, perché è anacronistico parlare di “eutanasia passiva”? Perché, grazie ai progressi della medicina, sono profondamente mutate le modalità del morire. La morte è molto meno improvvisa, imprevista e improcrastinabile di vent'anni fa: oggi la morte è generalmente preceduta da un intenso iter diagnostico-terapeutico, avviene quasi sempre in età avanzata, in un contesto in cui è possibile prevedere l'evoluzione della malattia che poi si concluderà con la morte. Pertanto il momento della morte è in qualche modo gestibile e manipolabile dalla medicina con l'insistenza nell'incrementare

trattamenti potenzialmente utili oppure con la desistenza dall'incrementare trattamenti che hanno un rapporto tra rischi e benefici che diventa nettamente sfavorevole per il paziente.

Insomma, la morte non è più un evento puntuale, ma è sempre più un processo. Ecco, a fronte di questo cambiamento della modalità del morire oggi non ha proprio alcun senso dire che la morte del soggetto può essere "provocata" dal fatto che noi ci asteniamo da un trattamento. Semmai è vero il contrario, e cioè che la durata della vita del soggetto malato viene consistentemente prolungata da processi medici, che però, una volta che inizia il processo finale della malattia, il processo agonico, devono essere limitati a quei trattamenti che comportano un miglioramento della "qualità" della vita. E non ostinarsi a cercare solo un prolungamento della "quantità" della vita.

Queste riflessioni nel nostro paese tardano a consolidarsi, tant'è che i medici stessi non hanno le idee chiare, e questo provoca il rischio che alcuni sanitari, nel timore di fare eutanasia passiva, praticino l'accanimento terapeutico.

Accanimento terapeutico è un'altra parola sulla quale lei esprime forti perplessità.

L'accanimento terapeutico, a mio avviso, è un concetto assolutamente residuale, non è né etico, né giuridico, non è oggettivabile, tant'è che ognuno ne fa un po' l'uso che vuole. Al punto tale che, a fronte del divieto di praticarlo, espresso nel codice deontologico, non è infrequente nei nostri ospedali che alcuni pazienti decedano travolti da un "eccesso di cure" inutili. Certo è che non ha nessun senso parlare di accanimento terapeutico di fronte a una persona che può esprimere la propria volontà. Il ministro Turco secondo me sbagliò quando chiese al Consiglio Superiore di Sanità un parere sulla ventilazione meccanica nel caso di Piergiorgio Welby, perché lui era perfettamente consapevole e quel trattamento semplicemente non lo voleva. Insomma, era un preciso rifiuto di cure che una persona consapevole legittimamente esprimeva. L'accanimento terapeutico non c'entrava nulla.

Quello di accanimento terapeutico è un concetto che potrebbe avere una sua applicazione residuale per quei pazienti incoscienti che noi trattiamo nelle terapie intensive, di cui non sono note le volontà pregresse rispetto ai trattamenti intensivi che stiamo applicando. In questi casi i criteri etici del migliore interesse del paziente e del giudizio sostitutivo (cioè della ricostruzione della volontà pregressa o presunta del paziente tramite i familiari o un fiduciario) è a tutt'oggi un'ottima guida nel bilanciare quello che è il criterio di appropriatezza clinica (e cioè la possibilità di applicare dei trattamenti che possano essere coronati da un miglioramento fino a una ripresa del paziente) e il criterio di appropriatezza etica, cioè quello di fare veramente l'interesse del paziente, nel rispetto delle sue volontà.

In questa particolare condizione la domanda che io sempre mi pongo è: il livello più alto di qualità della vita che possiamo fornire con il massimo impegno terapeutico è al di sopra o al di sotto della soglia minima di qualità della vita che quella determinata persona giudica degna per lui di essere vissuta? Si tratta di un bilanciamento fra le possibilità che noi possiamo fornire in quel determinato contesto clinico e la sostenibilità da parte della persona malata degli esiti che questo può comportare.

Mi sembra che in quest'ambito funzioni meglio il concetto di "desistenza terapeutica" che ci permette di superare sia questa accezione estesa del termine eutanasia anche a situazioni che di eutanasiche non hanno nulla, sia di liberarci da questo ossimoro -accanimento terapeutico- peraltro in uso solo in Italia, che unisce l'abbaiare dei cani furiosi con l'atto benevolo della cura.

Ora desistenza significa "desistere" da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato giunto alla fase terminale. Significa "lasciar morire" il paziente, permettere al processo del morire che la medicina aveva cercato di interrompere o rallentare, di riprendere il suo corso, nel momento in cui si è constatato il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto. Una cosa ben diversa dal "dargli la morte" (che è il significato della parola eutanasia in senso stretto).

Non è superfluo ricordare, comunque, che nell'attuare la desistenza terapeutica i medici non abbandonano mai il paziente e si impegnano anzi ad alleviarne le sofferenze con le cure palliative.

In questa fase deve intervenire una presa in carico globale dei bisogni della persona malata e della sua famiglia.

Oggi i reparti di rianimazione sono in via di trasformazione. Può raccontare?

Parto da un dato. In base a un recente studio del Gruppo Italiano per la valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (Giviti), condotto prendendo in esame 84 reparti e 3.800 pazienti deceduti nel 2005, risulta che il tasso di mortalità in questi reparti è intorno al 15% circa, quindi più basso di quanto generalmente si creda. In questi casi, tragici, l'attenzione si sposta su un accurato controllo del sintomo dolore, del sintomo angoscia di morte, cercando di farsi carico anche delle sofferenze della famiglia, pur in un ambiente ad alta tecnologicizzazione e potenzialmente a bassa umanizzazione di cure. In particolare, in molte terapie intensive italiane si sta allentando quella sorta di barriera, di isolamento che vedeva la rianimazione, la terapia intensiva come un reparto blindato in cui i pazienti venivano visti dal di fuori, attraverso vetrate, come i pesci in un acquario. Oggi c'è più flessibilità negli orari, i familiari possono entrare più volte nel corso della giornata e non ci sono preclusioni di carattere infettivologico nel far accedere familiari al capezzale dei loro congiunti malati e anche a toccarli fisicamente se lo desiderano.

Mi dilungo sui familiari perché solo il 14% dei pazienti che arrivano in terapia intensiva sono coscienti al momento dell'ammissione, quindi il versante della relazione per noi più impegnativo è quello con i familiari. Gli operatori delle terapie intensive ormai sono consapevoli che la relazione comporta una professionalità almeno analoga a quella richiesta nell'erogazione di cure e prestazioni sanitarie. Particolare attenzione va prestata all'informazione rispetto alle cure, ma anche all'ascolto dei familiari e alla gestione delle emozioni che accompagnano questa delicatissima fase della vita di una famiglia.

Nonostante la crescente sensibilità da parte degli operatori nell'umanizzare questi reparti restano oggettive difficoltà tecniche perché le rianimazioni sono cantieri aperti in numerose ore della giornata, sia per quanto riguarda il trattamento dei pazienti, di cui va tutelata la privacy, sia per l'organizzazione del lavoro, per cui si spostano letti e carrelli e c'è un grande trambusto; parliamo infine di strutture architettoniche nate nel momento in cui le rianimazioni erano considerate strutture da isolare e blindare, all'interno delle quali oggi è difficile ragionare in termini di una maggiore apertura verso l'esterno.

Il fatto che si registri un aumento degli anziani nelle terapie intensive come va interpretato?

E' normale che a fronte di un aumento dell'età media (oggi la speranza di vita è di 79 anni per un uomo e 85 per la donna) anche i reparti di terapia intensiva vedano un aumento dell'età media nei loro ricoveri.

Le terapie intensive oggi ricoverano tre tipologie di pazienti: pazienti affetti da patologie acute, in cui tutti i mezzi possono essere utilizzati in quanto è altamente probabile la sopravvivenza, perché siamo di fronte a organismi integri, che possono sopportare anche terapie con pesanti effetti collaterali. Il caso tipico è il giovane traumatizzato pieno di fratture, oppure la persona di quarant'anni con una polmonite grave che richiede un trattamento di tipo rianimatorio.

Poi c'è una seconda categoria, che è quella dei pazienti anziani affetti da pluripatologia, o patologia cronica, nel cui contesto si verifica un atto acuto: l'ennesima riacutizzazione di bronchite o polmonite in un paziente con insufficienza respiratoria cronica, la polmonite nel cardiopatico avanzato, il paziente dializzato che ha una complicanza di carattere generale... Sono pazienti in cui il trattamento intensivo va valutato in merito alle probabilità di successo (che sono molto inferiori a quelle del giovane traumatizzato), ma anche in relazione al peggioramento della qualità di vita che può comportare il superamento di questo episodio acuto. Con questi pazienti, ripeto, dobbiamo chiederci -caso per caso e possibilmente insieme a loro- se il più alto livello di qualità della vita che possiamo ottenere con il massimo impegno è al di sopra o al di sotto di quello che loro ritengono accettabile e giusto per sé.

Infine, c'è una terza categoria e sono i pazienti che entrano in rianimazione con una scarsa

probabilità di sopravvivenza già in partenza, patologie cerebrali devastanti, oppure stati di setticemia avanzata. Sono quei pazienti per i quali ad un certo punto dell'evoluzione clinica si può porre il problema della desistenza terapeutica. Con questi -di nuovo: caso per caso- ci si deve chiedere se, una volta espressa tutta la nostra potenzialità terapeutica, in assenza di risultati, e in presenza di una situazione in cui il paziente si sta avviando verso un processo di terminalità, non sia il caso di desistere, di lasciarlo andare, facendo quello che la medicina dovrebbe fare e che molto spesso non fa: arrendersi di fronte ai propri insuccessi.

Perché l'alleanza che si stabilisce con il malato nel momento in cui lo si prende in carico non può sempre tradursi in una vittoria, può anche comportare per il medico l'accettazione della sconfitta e per il malato la consapevolezza che la medicina non può più giovargli se non per quanto riguarda l'aspetto di tipo palliativo.

In questi casi, quando prende forza l'ipotesi di sospendere la terapia, come si fa a comunicare e condividere coi familiari una decisione così dolorosa?

Bisogna tenere a mente che nelle rianimazioni quello a cui si assiste è un processo, di cui i familiari vanno informati con continuità, trasparenza e con coerenza. Se la comunicazione è basata sui principi della gradualità, della veridicità e della coerenza, e se noi sappiamo bilanciare quel distacco (che una figura di sostegno psicologico deve avere) con una sincera partecipazione umana, io credo che le probabilità per il fraintendimento, l'incomprensione o addirittura il conflitto siano assolutamente minime.

Io svolgo questo mestiere ormai da 27 anni e devo dire che non ho mai avuto conflitti insanabili sulle questioni di fine vita con le famiglie. Certo, bisogna lavorare in un certo modo. Nel nostro reparto, ad esempio, abbiamo approntato un manuale operativo che è frutto di un percorso comune, condiviso, con tutti i medici e gli infermieri. In questo c'è una parte dedicata proprio alle modalità con cui gestire il processo di comunicazione.

La nostra società scientifica poi, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, a partire dal 1999 si è data una commissione di bioetica (che io ho avuto l'onore di coordinare insieme al dottor Luciano Orsi e che ora è coordinata dal dottor Giuseppe Gristina).

Nel 2003 la commissione ha elaborato un primo documento intitolato "Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva", in cui si stabiliscono principi generali, e un secondo documento nel 2006 di "Raccomandazioni per l'approccio al malato morente in terapia intensiva" che affronta proprio le questioni relative alle modalità pratiche con cui gestire la limitazione di trattamenti specifici in terapia intensiva: rianimazione cardio-polmonare, emodialisi, ventilazione meccanica, ecc.

Io credo che oggi dobbiamo essere da una parte fieri delle nostre possibilità di cura e dall'altra capaci di rassegnarci. La medicina che vogliamo, e che la collettività ci chiede di erogare, è una medicina di massa, fatta per grandi numeri, quindi con elevati volumi di attività, in cui dobbiamo fornire numerose prestazioni di qualità nel periodo di tempo più breve per poterle erogare al maggior numero di persone. Questo scenario richiede un crescente impegno per acquisire una professionalità anche nella gestione di quegli aspetti che non sono prettamente tecnici ma che riguardano i rapporti fra persone che stabiliscono una relazione di cura.

Quando si parla di rianimazione si sente spesso sollevare il dilemma dei posti-letto limitati, casomai occupati da pazienti anziani, e arriva il diciottenne con un grave trauma da incidente. Cosa succede?

E' una questione malposta. Nessun malato deve entrare in rianimazione esclusivamente per morire in rianimazione. In rianimazione non possono esserci posti letto occupati in modo improprio. Anche un approccio palliativo complesso può essere avviato in rianimazione, ma poi il malato deve andare in un reparto di più bassa intensità di cure.

Questo da una parte. Dall'altra è necessario un ripensamento sull'utilizzo di quei posti letto che non vengono usati per trattamenti intensivi, ma per "monitoraggi intensivi", specialmente per la gestione

del periodo post-operatorio. Io credo che anche su questo noi dobbiamo professionalizzarci. Nel senso che se la collettività ci affida preziose risorse noi dobbiamo cercare di utilizzarle al meglio. Io sono arrivato a Belluno nel 2001, nel 2002 la rianimazione aveva undici posti letto e aveva fatto 621 ricoveri, nel 2003 abbiamo ridotto la nostra dotazione di due posti letto ma ne abbiamo creato due destinati esclusivamente al monitoraggio post-operatorio e funzionanti dalle 8 alle 20 all'interno del gruppo operatorio.

Bene, l'anno scorso, nel 2008 in quei nove posti letto abbiamo avuto 450 malati, di cui solo il 10% erano monitoraggi post-operatori, gli altri erano malati "tosti", da trattamento intensivo, e negli altri due posti letto (quelli destinati al monitoraggio post-operatorio) abbiamo avuto 500 malati, il che vuol dire che abbiamo eliminato un 20% di ricoveri per così dire "bed and breakfast" in rianimazione, ma globalmente abbiamo aumentato di circa 5-6 volte il numero di pazienti che a intervento concluso hanno potuto usufruire di un decorso post-operatorio sicuro. Senza dover mai trasferire nessuno in altri ospedali né rinviare interventi chirurgici per mancanza di posti letto in area intensiva.

Questo per dire che dobbiamo lavorare seriamente anche sul piano organizzativo per far sì che le terapie intensive non ricoverino né malati così gravi per cui non c'è più niente da fare, né così poco gravi da non potersene avvalere.