



Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

Gruppo di Studio di Bioetica

Coordinatore:
Dr. Giuseppe R. Gristina

SOCIETA' ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

(SIAARTI)

PARERE UFFICIALE

RIGUARDO ALL'ISTITUZIONE DI SPECIALI UNITA' DI ACCOGLIENZA

PERMANENTE (SUAP) PER L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CEREBROLESI CRONICI

(C.412/08, DI VIRGILIO E C.1992/08, BINETTI)

Signor Presidente,

La Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) intende prima di tutto esprimere il proprio ringraziamento per l'invito a partecipare all'indagine conoscitiva promossa dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati da Lei presieduta in merito ai progetti di legge C. 412/08, Di Virgilio e C. 1992/08, Binetti riguardo all'istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei pazienti cerebrolesivi cronici (SUAP).

La SIAARTI ritiene pertanto doveroso fornire con il presente documento il proprio contributo.

Una breve analisi dell'attuale situazione è necessaria.

Una prima fondamentale considerazione è che i malati in stato vegetativo o in stato di minima coscienza non sono di per sé, istituzionalmente, malati di pertinenza rianimativa.

Al contrario, lo sono i malati affetti da patologie in grado di determinare acutamente e criticamente uno stato di coma (traumi, vasculopatie, dismetabolismi, arresto cardio-circolatorio con ipo/anossia cerebrale) che potrà eventualmente evolvere negli stati vegetativo o di minima coscienza.

A testimonianza di quanto sopra, la durata media del ricovero dei malati in stato di coma in Rianimazione risulta oggi ben inferiore al tempo necessario previsto dalla letteratura scientifica per definire le diagnosi di stato vegetativo o di stato di minima coscienza.

E' comunque possibile affermare che se probabilmente i malati in stato di coma all'ingresso in Rianimazione non sono in percentuale particolarmente elevata, essi certamente richiedono un'elevata intensità di cura con elevati carichi assistenziali.

E' quindi intanto possibile stabilire un "continuum" nella storia clinica di questi malati che parte da una patologia acuta che comporta un danno neurologico (da cui lo stato di coma) con l'esigenza di un ricovero in un centro ad alta intensità di cura – la Rianimazione – per arrivare ad una eventuale condizione di stato vegetativo o di minima coscienza, con una collocazione in un altro centro specializzato a minore intensità di cura.

Una seconda fondamentale considerazione attiene alle cause del coma che potrà, a sua volta, eventualmente evolvere in uno stato vegetativo o in uno stato di minima coscienza.

E' infatti, a nostro avviso, fondamentale distinguere i comi di natura post-traumatica da quelli che insorgono per altre cause, in particolare a seguito di vasculopatie (ictus ischemico o emorragico) o di arresto cardio-circolatorio.

Tale distinzione è rilevante poiché queste due popolazioni di malati si distinguono per alcuni elementi che hanno forti ricadute prognostiche ed assistenziali.

A. I pazienti in coma da cause non traumatiche

Questi malati sono di età più elevata ed hanno una più elevata mortalità ospedaliera. I sopravvissuti hanno una degenza più prolungata sia in Rianimazione che in ospedale ove proseguiranno i trattamenti. Pochi – i più giovani ed i meno gravi – possono essere dimessi a domicilio. Gli altri vengono avviati a strutture di riabilitazione o a terapie sub-intensive.

B. I pazienti in coma da cause traumatiche

Questi malati, al contrario dei primi, sono nettamente più giovani quindi con un'aspettativa di vita potenzialmente lunga.

La letteratura ci informa che ovunque nel mondo (ed anche nel nostro paese) la loro mortalità ospedaliera varia a seconda del tipo di organizzazione sia del sistema di emergenza (reti per il trauma) che della rete ospedaliera (presenza di centri specializzati: Trauma Center). Ovviamente laddove una tale organizzazione è presente, la mortalità è più bassa e minori sono le gravi invalidità. Queste considerazioni che derivano direttamente dall'esperienza clinica, fanno ritenere che una buona organizzazione del trattamento in fase acuta possa limitare

moltissimo non solo la mortalità, ma anche la gravità delle lesioni e la frequenza di casi di stato vegetativo.

Da quanto sopra esposto è possibile comprendere come le problematiche cliniche dei pazienti in stato di coma in Rianimazione si differenzino nettamente da quelle sollevate dagli stati vegetativi e di minima coscienza che prevedono figure e collocazioni assistenziali del tutto differenti dai rianimatori e dalle Rianimazioni.

CONSIDERAZIONI FINALI

Alla luce di quanto esposto, la SIAARTI ritiene opportune le seguenti considerazioni in merito alle Proposte di Legge 412/08 e 1992/08.

1. L'incidenza degli stati vegetativi e di minima coscienza può essere ridotta con misure preventive atte prima di tutto a migliorare qualità ed efficienza dell'assistenza in fase acuta delle patologie in grado di determinarne l'insorgenza. Le reti di emergenza per il trauma e l'ictus andrebbero a nostro avviso potenziate. La SIAARTI auspica, pur cosciente della grave situazione economica, che le proposte di Legge in esame possano rappresentare un elemento di tutela anche con l'obiettivo di aumentare le risorse disponibili per le Rianimazioni.
2. La prevenzione secondaria dei danni cerebrali gravi attraverso un'assistenza ottimale nella fase acuta e sub-acuta è ancora oggi secondo ogni evidenza scientifica, l'intervento più incisivo. La scarsità di risorse che oggi colpisce tutte le Rianimazioni e la mancanza di posti-letto sub-intensivi, può tradursi in un aumento del numero di lesioni cerebrali gravi in grado di esitare in stato vegetativo o di minima coscienza.
3. Occorre poi sottolineare che la definizione dei carichi assistenziali per pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza non possono essere prospettati come nei disegni di legge senza che ne sia specificato il contenuto. In tal senso appare altrettanto rilevante la questione della numerosità sia dei casi che del personale infermieristico e medico; mentre la prima fa riferimento a dati solo di alcune regioni, la seconda non viene mai definita in rapporto a funzioni, attività e compiti. Corre l'obbligo di segnalare ancora che essendo nei due progetti di legge i minuti di assistenza per paziente computati in 330, essi sembrano essere tratti dal contesto rianimativo, forse ritenendo che i pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza possano essere paragonabili ai pazienti di Rianimazione. Questo, come già sopra sottolineato, corrisponde ad una errore di valutazione. Rimane pertanto la necessità che la previsione relativa al numero dei posti-letto delle SUAP e alle risorse assistenziali dedicate sia rivista tenendo conto di quanto sopra rilevato.
4. E' comune esperienza clinica il problema che si crea nelle Rianimazioni quando pazienti affetti da patologie in grado di determinare uno stato di coma permangono in questi reparti – pur non necessitando più di assistenza intensiva – per mancanza di reparti sub-intensivi dove potrebbero trovare una più opportuna continuità di cura. A questo proposito è auspicio della SIAARTI che assieme all'istituzione delle SUAP sia sviluppato un piano di incentivazione dei posti-letto sub-intensivi in grado di accogliere tutti i pazienti con necessità assistenziali di grado intermedio liberando quindi risorse nelle Rianimazioni.

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

Il Presidente – Prof. Vito Aldo Peduto

Il Coordinatore Gruppo di Studio Bioetica – Dr. Giuseppe R. Gristina