

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE
ANNO XX
NUMERO 3 | 2020
TRIMESTRALE



COVID
O NON COVID

La specialistica
ambulatoriale
rimane la

Cenerentola

DEL SSN

network

medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
Telefono 06.594461 Fax 06.59446228

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Progetto grafico e impaginazione

Edizioni Health Communication, Roma

Editore

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma
Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it



Pubblicità

Edizioni Health Communication, Roma
Telefono 0331.074259

Edizioni Health Communication

Edizioni e servizi di interesse sanitario



Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza: "Medical Network"
garantisce la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto della
legge 675/96

Chiuso in redazione
nel mese di dicembre 2020

Essere speranza per dare speranza

Care colleghe e cari colleghi

si sta per chiudere un anno a dir poco terribile. Questo virus ha invaso ogni aspetto della nostra vita affettiva, sociale, lavorativa e l'ha stravolto in modo inimmaginabile. Ognuno di noi ha delle immagini, dei ricordi, dei drammi personali legati a questo periodo e li porterà sempre con sé.

Il settimanale *Time* ha messo in copertina il 2020, definendolo "l'anno peggiore di sempre" e l'ha sbarrato con una croce.

Un anno maledetto, da cancellare, che però a noi italiani qualcosa ce l'ha voluta ricordare: l'importanza della sanità pubblica e l'eccellenza di chi vi ci lavora. Una sanità, la nostra, che per decenni è stata cannibalizzata da classi politiche miopi e incapaci di visione al punto da ridurre anno dopo anno i finanziamenti al Ssn destinati al personale e a garantire un minimo di cure.

Fino a quando un giorno dalla Cina è arrivata la tempesta perfetta, un virus, e il mondo come l'abbiamo conosciuto di colpo è andato in frantumi. Niente è stato più come prima e chissà quando tornerà ad esserlo.

Nel nostro Paese dopo una prima fase in cui tutto sommato il sistema ha retto, la seconda ondata ci ha travolto in modo drammatico perché ci siamo fatti trovare colpevolmente impreparati.

E così il triste bilancio dice che in Italia abbiamo registrato finora, alla vigilia di Natale, quasi due milioni di contagi, circa 70mila vittime e poco meno di trecento medici morti con migliaia di sanitari contagiati.

Con questo quadro è difficile trovare una speranza, eppure c'è. La speranza siamo noi. I medici del Servizio sanitario nazionale, noi specialisti ambulatoriali che ogni giorno ci prendiamo cura dei malati dando loro speranza, diventando noi stessi speranza. E da qui dobbiamo ripartire consapevoli che questo è il nostro lavoro.

Tra poco comincerà la campagna vaccinale Covid-19 e verremo chiamati ad un ulteriore sforzo se però saremo consapevoli del nostro ruolo e della centralità della nostra azione di medici potremmo fare in modo che quest'incubo inizi finalmente a svanire.

Questo è il mio auspicio per il prossimo anno: essere speranza per dare speranza.

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

SPECIALISTICA AMBULATORIALE/1

Una volta finita

l'emergenza, siamo sicuri che non ricadremo di nuovo in quella superficialità che ha caratterizzato negli ultimi anni la gestione della medicina territoriale specialistica e della sicurezza dei suoi operatori?

Emergenze passate e presenti e ritorno alla normalità

Alcune settimane addietro su *Quotidiano Sanità* è stata pubblicata una mia lettera al Direttore con il titolo "Covid o non covid, la specialistica ambulatoriale rimane la 'Cenerentola del Ssn'". Sebbene sia stata letta da numerosi tra di noi, oggi voglio portarla, attraverso la nostra rivista, ulteriormente alla conoscenza di tutti i nostri iscritti insieme ad altre considerazioni.

Nella lettera esprimevo alcune mie riflessioni relativamente alle preoccupazioni dei colleghi campani, ma ho poi avuto conferma che si tratta di preoccupazioni presenti in tutto il Paese, sul fatto che, dopo il momento topico della emergenza sanitaria, si possa rischiare di ricadere di nuovo in quella superficialità che ha caratterizzato negli ultimi anni la gestione della medicina territoriale specialistica e della sicurezza dei suoi operatori.

Ho voluto ricordare per l'ennesima volta che, a parte i numerosi specialisti ambulatoriali che hanno affrontato in prima linea le attività negli ospedali Covid e non nel periodo dell'emergenza sanitaria, in quasi tut-

Luigi Sodano
Direttore Scuola
Formazione
Sindacale SUMAI
Assoprof

te le regioni, gli ambulatori territoriali specialistici hanno continuato a operare perché accanto ai contagiati e deceduti a causa del coronavirus, hanno continuato ad esserci migliaia di pazienti sofferenti di patologie acute e croniche che certamente non potevano essere trascurate in attesa che finisse la pandemia.

Come ho avuto modo di scrivere in un recente articolo, alle visite ambulatoriali specialistiche a priorità urgente e breve a cui gli specialisti territoriali non si sono sottratti e alle prestazioni domiciliari che andavano salvaguardate per non accentuare la gravità delle condizioni dei pazienti sofferenti delle pluripatologie croniche, si sono spesso affiancati altri servizi avviati spontaneamente dagli stessi specialisti quali il controllo telefonico dei cittadini prenotati per le visite ambulatoriali, utilizzato per verificare lo stato di salute del paziente prenotato e valutare la necessità o meno di farlo accedere comunque all'ambulatorio specialistico o rimandarlo, in accordo con il medico di medicina generale di fiducia, ad un mo-

mento successivo. Anche per le visite specialistiche domiciliari per i tanti pazienti cronici non deambulanti è stato in numerosi ambulatori attivato un triage telefonico utile, in questi casi, non solo per confermare o meno la necessità della visita, consigliare o modificare terapie a pazienti abituali, ma anche per valutare lo stato di salute del paziente in rapporto ad eventuali sintomi Covid-19. Quindi in maniera quasi naturale, sebbene legate alla emergenza, sono state anticipate una serie di attività che il recente Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Ambulatoriale Interna, prevede per il futuro quali lo *smart working*, le attività di supporto e consulenza con il teleconsulto e la telemedicina.

E veniamo alla sicurezza, nelle fasi iniziali della emergenza non è stato assolutamente facile procurarsi gli adeguati dispositivi di protezione individuale che sono stati assicurati solo successivamente e, comunque, con



Ora diventa imperativo un progressivo ritorno alla normalità anche perché l'OMS sottolinea i preoccupanti i effetti dell'interruzione, totale o parziale, dei servizi sanitari durante l'emergenza Covid

non poche difficoltà. Ora diventa imperativo un progressivo ritorno alla normalità anche perché dalla stessa OMS arrivano dati preoccupanti sugli effetti dell'interruzione, totale o parziale che sia stata, dei servizi sanitari durante l'emergenza Covid, interruzione che potrebbe comportare consistenti aumenti della mortalità per alcuni tipi di neoplasie, oltre che conseguenze legate al venir meno del monitoraggio di patologie croniche quali il diabete e l'ipertensione, per non parlare delle notizie di una sospensione consistente delle campagne vaccinali soprattutto nell'infanzia. In questa prospettiva di ritorno alla normalità nel campo sanitario gli ambulatoriali, attraverso le loro rappresentanze, hanno tutto il diritto di pretendere dagli organi politici che gestiscono la sanità nazionale e locale una maggiore attenzione a tutta la medicina territoriale in generale, ma con partico-

lare impegno verso quella specialistica distrettuale da troppi anni completamente abbandonata e che invece va attrezzata per essere nelle condizioni di affrontare la ripresa ordinaria delle attività territoriali che coesisteranno con la gestione del Covid-19. È stato riconosciuto da tutti che la mancanza di attenzione alla sanità territoriale in generale ha drammaticamente influenzato negativamente l'andamento della pandemia ed è ora di investire anche approfittando delle risorse che ci dovrebbero venire dalla Unione Europea. Naturalmente per rendere sicura l'attività sanitaria sia per gli operatori che per gli stessi cittadini non si potrà prescindere da protocolli di sicurezza che partano dalla sanificazione costante dei locali, alla fornitura continua e non occasionale dei dispositivi di protezione individuale (DPI), alla fornitura di camici monouso, o perlomeno di camici puliti, quotidiana

e garantita e certamente non occasionale e da assicurare anche per le attività domiciliari che rappresentano una tipicità della medicina specialistica territoriale. Infine, sarà necessario prevedere un adeguato incremento del personale infermieristico da affiancare agli specialisti non solo nell'attività clinica ma anche per l'accoglienza dei pazienti, nonché ammodernare tecnologicamente e strutturalmente i presidi specialistici territoriali. Basta considerare la Specialistica territoriale come la Cenerentola della Sanità in quanto depauperata, sottofinanziata, sottostimata nelle sue capacità di affrontare le patologie sia acute che croniche, laddove invece è ricca di risorse umane e professionali pronte a riprendere appieno la propria "mission", ma anche ricca di quelle specialità che si dovranno per forza utilizzare nella prevenzione, nelle campagne vaccinali, nei controlli della sicurezza dei luoghi di lavoro, di salute e delle scuole necessari per evitare nuove diffusioni epidemiche.

Francesco Buoninconti
Segretario
Regionale SUMAI
Assoprof Campania

Gabriele Peperoni
Vice Presidente
Nazionale SUMAI
Assoprof

Siglato il nuovo Air per la specialistica ambulatoriale

In attesa del via libera dalla Giunta regionale, l'Accordo, s'inscrive nel processo di revisione e potenziamento della rete sanitaria territoriale campana a partire dalla riorganizzazione distrettuale della specialistica ambulatoriale

Quest'estate, per la precisione il 5 agosto, a distanza di ben 19 anni dal primo accordo integrativo regionale, si è giunti alla firma del nuovo accordo con gli specialisti ambulatoriali, al momento in attesa del via libera dalla Giunta regionale della Campania. L'Accordo regionale (AIR) si inserisce nel processo di revisione e potenziamento della rete sanitaria territoriale campana.

In realtà già nel 2008 era stato sottoscritto un Accordo tra il SUMAI e la Regione, tuttavia sull'iter di quell'Accordo si ebbero le prime avvisaglie dello scontro tra Assessorato alla Sanità campana e il Ministero della Salute in quanto il Direttore Generale dell'epoca bocciò ben quattordici dei trenta articoli di cui era composto, svuotandolo completamente di ogni funzione. Di lì a poco la sanità campana sarebbe stata commissariata finendo nel gruppo delle Regioni "cagnaglia".

Finalmente nel dicembre 2019 il Consiglio dei Ministri ha sancito la fine del commissariamento, anche se per un altro anno il MEF guarderà con attenzione i conti della regione, per cui si sono potute riprendere le trattative tra parte pubblica e il SUMAI regionale, la cui delegazione era formata dai sottoscritti, **Francesco Buoninconti**, **Gabriele Peperoni** e dalla Segretaria di Salerno, **Daniela**

È ribadita la partecipazione degli Specialisti ai processi di presa in carico dei pazienti nell'ambito di attività legate ad emergenze sanitarie e il loro fondamentale ruolo nei processi decisionali di diagnosi e cura dei pazienti affetti da Sars-COV2

”

Postiglione. Nei giorni conclusivi della trattativa ha preso parte alla discussione anche il Presidente del Comitato Regionale per la Specialistica, il collega **Ferdinando Ferrara**. Ovviamente era costante la condivisione dell'articolato con tutte le segreterie provinciali e con **Luigi Sodano**, nonché con **Filippo Cantone** per quanto riguardava le altre professionalità. Un'ulteriore accelerazione alla trattativa è stata data dalla firma del nuovo ACN, per cui anche i funzionari regionali hanno condiviso con noi l'esigenza di approvare l'accordo integrativo al più presto.

Ma quali sono i punti salienti del nuovo accordo?

L'AIR prevede, in linea con l'Accordo Collettivo Nazionale, innanzitutto una riorganizzazione distrettuale della specialistica ambulatoriale che con la costituzione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) assicura una concreta presa in carico del paziente attraverso l'utilizzo di specifici percorsi diagnostici e terapeutici (PDTA) e il potenziamento delle attività di cure domiciliari.

Particolare attenzione viene rivolta ai pazienti affetti da più patologie croniche (fino al 92% della popolazione anziana) che necessitano di interventi polispecialistici e alla possibilità di utilizzare la piattaforma regionale dedicata alle attività di tele-





consulto, televisita e teleassistenza. Inoltre l'AIR contiene una novità importante per gli specialisti campani in quanto è autorizzata, in linea con l'attuazione di specifici percorsi assistenziali, la prescrizione farmaceutica, tramite Piano Terapeutico Informatizzato e ricetta SSN dematerializzata, anche di farmaci biologici e/o biosimilari per cui sarà garantita l'informatizzazione degli ambulatori per la condivisione dei dati clinici del paziente con i MMG e gli altri specialisti nell'ambito della gestione di percorsi di cura.

È ribadita la partecipazione degli Specialisti ai processi di presa in carico dei pazienti nell'ambito di attività legate ad emergenze sanitarie e il loro fondamentale ruolo nei processi decisionali di diagnosi e cura dei pazienti affetti da Sars-COV2.

Il personale convenzionato che presta servizio presso il Dipartimento di Prevenzione - Servizio di Igiene e Medicina del lavoro e quello dell'Area di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare eseguono attività di vigilanza ai fini della sicurezza dei luoghi di lavoro ai sensi delle norme vigenti. In tale contesto è riconosciuto dall'AIR possono trovarsi ad operare quali Ufficiali di Polizia Giudiziaria ai sensi del tuttora vigente art. 3 Legge 283/1962.

Con l'entrata in vigore dell'AIR, le

Aziende dove operano specialisti, medici veterinari e professionisti, individuano entro 90 giorni, d'intesa con le OO.SS maggiormente rappresentative, gli obiettivi prioritari che intendono perseguire, tra quelli previsti dal presente AIR tenendo conto delle proprie esigenze e specificità.

Nella polizza Kasco vengono compresi anche i danni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso, da e per, la sede dell'ambulatorio sia che il servizio venga prestato in comune diverso da quello di residenza, sia nello stesso comune, se lo specialista svolge attività domiciliare. I docenti specialisti e gli animatori di formazione per la loro attività, ricevono un compenso commisurato all'impegno e comunque non superiore a: • € 250,00 per la preparazione del pacchetto didattico quale rimborso spese forfettario; • € 120,00 per lo svolgimento del pacchetto didattico per ogni seminario. Allo specialista inoltre è consentito svolgere il proprio aggiornamento anche in FAD e Webinar.

Vengono individuate come disagiate, per favorire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, oltre le isole, i Serd e gli istituti penitenziari della regione. Si demanda agli accordi aziendali l'individuazione di ulteriori sedi disagiate, preventivamente autorizzate dalla Regione.

L'AIR prevede, in linea con l'ACN una riorganizzazione e distrettuale della specialistica ambulatoriale che con la costituzione delle AFT assicura una concreta presa in carico del paziente attraverso l'utilizzo dei PDTA e il potenziamento delle attività di cure domiciliari



Restano confermate le sedi disagiate già individuate nel precedente AIR. Il compenso orario di cui agli art. 43, per gli specialisti ambulatoriali e art. 44 per le altre professionalità, del vigente ACN, viene maggiorato del 30%. L'accordo prevede anche un potenziamento aziendale delle azioni di verifica e controllo delle attività veterinarie e il riconoscimento dal 01.01.2019 anche ai veterinari della quota variabile ai sensi dell'art 43 dell'ACN 2020.

Sono inoltre più adeguatamente chiariti alcuni punti che riguardano i procedimenti disciplinari, il diritto all'informazione e tutela della salute e viene istituita una commissione unica di garanzia per le violenze morali sul lavoro compreso il mobbing.

Il percorso fatto in questi anni è stato irto di difficoltà nondimeno il punto di arrivo è stato ampiamente soddisfacente, sia in termini normativi che economici, tuttavia non va sottovalutato l'impegno che ulteriormente dovrà essere profuso per avviare le trattative per gli Accordi Attuativi aziendali e giungere alla loro definizione nel più breve tempo possibile. Un impegno che con la compattezza della segreteria e l'appoggio degli iscritti siamo sicuri verrà realizzato nel più breve tempo possibile nonostante la situazione sanitaria che stiamo vivendo a causa della pandemia.

SPECIALISTI CONVENZIONATI INPS



Aperto il tavolo con il ministero del Lavoro per scrivere Acn

Un'occasione importante che dovrà portare a compimento un obiettivo fortemente voluto dal Sumai per far uscire questi medici, già in servizio, dalla precarizzazione lavorativa attraverso il loro affidamento di incarichi a tempo indeterminato

Dalla redazione

Il SUMAI Assoprof insieme ad altre OoSs ha partecipato all'avvio del tavolo col ministero del Lavoro per la formulazione del primo accordo collettivo nazionale dei medici specialisti convenzionati dell'INPS così come previsto dalle disposizioni della legge di Bilancio 2020.

Nel corso dell'incontro sono state affrontate le problematiche dell'atto di indirizzo che dovrà portare, a breve, questo è l'auspicio, al vero tavolo contrattuale per definire i criteri di assegnazione e la disciplina degli incarichi a 35 ore per gli 820 medici previsti. “La stipula dell'Accordo Collettivo Nazionale tra l'Istituto di previdenza e le Organizzazioni Sindacali per il personale medico addetto alle attività medico-legali in materia previdenzia-

le e assistenziale INPS – ha spiegato Antonio Magi, segretario generale SUMAI Assoprof – è un'occasione importante che dovrà portare a compimento un obiettivo fortemente voluto dal Sumai per far uscire questi medici, già in servizio, dalla precarizzazione lavorativa attraverso il loro affidamento di incarichi a tempo indeterminato”.

“Ho suggerito – prosegue Magi che ha guidato la delegazione sindacale composta anche da Francesca Tassi, Federico Cattani e Giorgio Lodolini – di applicare ed estendere ai medici Inps la stessa prassi, utilizzata da anni presso l'Inail, per il reclutamento dei medici specialisti di cui ha bisogno. Ovviamente con le opportune integrazioni specifiche dell'Ente. In que-

sto modo si potranno stabilizzare colleghi precari da 12 anni che hanno diritto ad un Accordo Unico Nazionale come tutti gli altri medici operanti nel Servizio Sanitario Nazionale e presso l'INAIL. L'attività di questi medici è altamente delicata e complessa in quanto gestisce enormi risorse per lo Stato e i cittadini.

“Gli obiettivi del Sumai – ha concluso Magi – sono finalizzati a garantire:

- un reclutamento rapido dei medici specialisti attualmente in servizio;
- professionalità certificata dei medici reclutati e selezionati anche alla luce delle complessità;
- organizzazione gestionale in considerazione delle criticità generate dalla vigente Pandemia COVID – 19”.

Per gli specialisti ambulatoriali in attività domiciliare

Nell'attuale quadro di circolazione endemica del virus è necessario prevedere per i medici il massimo livello di protezione con gli adeguati dispositivi, protocolli di sicurezza e una continua attività di testing



Gli operatori sanitari sono stati e sono tuttora la categoria professionale più esposta all'infezione da SARS-CoV-2. Il 13 Febbraio scorso è stato pubblicato su *Lancet* "Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection" (1).

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri ha reso noto che sono oltre 250 i medici deceduti a tutt'oggi per COVID-19 mentre da inizio emergenza, al 30 giugno, risultano in Italia circa 29.500 operatori sanitari contagiati (12,3% dei contagi nazionali totali) e il dato ha registrato un progressivo incremento (2).

Purtroppo l'incompleta disponibilità di dati analitici relativi alla distribuzione regionale, al contesto assisten-

Renato Obrizzo
Segretario SUMAI
Assoprof Piemonte

ziale e al ruolo/qualifica professionale degli operatori sanitari contagiati ancora non consente di mettere in atto le opportune strategie preventive a tutela degli operatori.

L'OMS considera non frequente l'infezione da nuovo coronavirus prima che si sviluppino sintomi, seppure siano numerose le osservazioni di trasmissione del contagio avvenute nei giorni precedenti la comparsa di sintomi. Sappiamo inoltre che il periodo di incubazione varia tra 2 e 12 giorni e 14 giorni rappresentano il limite massimo di precauzione ad oggi adottato.

Il 3 giugno 2020 Horan e Topol hanno pubblicato sugli *Annals of Internal Medicine* una *revisione* (3) che sintetizza le migliori evidenze disponibili

sull'infezione asintomatica da SARS-CoV-2. Dall'analisi dei dati di 16 coorti, tra cui quella italiana di Vo', emergono le seguenti conclusioni:

1. **Circa il 40-45%** delle persone infette da SARS-CoV-2 risultano senza sintomi, suggerendo un elevato potenziale del virus di diffondersi nella popolazione in maniera silenziosa ed estesa. Considerato che nelle varie coorti non è sempre possibile distinguere gli asintomatici dai pre-sintomatici, i ricercatori riportano in maniera conservativa che gli infetti che non sviluppano alcun sintomo sono almeno il 30%.
2. **I soggetti asintomatici** possono trasmettere il virus per un periodo prolungato, verosimilmente anche

- maggiore di 14 giorni.
3. **Diversi studi**, tra cui uno condotto in Lombardia, dimostrano che soggetti asintomatici e sintomatici hanno una carica virale simile che non coincide con la trasmissibilità del virus, ancora non adeguatamente studiata.
 4. **L'assenza di sintomi** non equivale ad assenza di lesioni: infatti, nelle 2 coorti che hanno sottoposto alla

TAC i soggetti inclusi (Diamond Princess, Corea del Sud), sono state rilevate negli asintomatici anomalie polmonari subcliniche di incerto significato che richiedono ulteriori studi.

5. **A causa dell'elevato** rischio di diffusione silente da parte di soggetti asintomatici, è indispensabile estendere le strategie di *testing* alle persone senza sintomi.

Da queste evidenze emerge la necessità di presidiare con estrema attenzione tutte quelle attività sanitarie potenzialmente esposte al rischio di contagio anche nei casi di pazienti asintomatici, soprattutto in considerazione dell'attuale ripresa in Italia della curva dei contagi associata purtroppo a una ingiustificata progressiva riduzione di attenzione da parte della popolazione.

Raccomandazioni generali

Per l'assistenza dei pazienti COVID-19 positivi sono definiti precisi percorsi di sicurezza e formazione specifica per gli operatori.

Le seguenti raccomandazioni, adattate dal recente documento *"Prevenzione e mitigazione del rischio di trasmissione del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di assistenza"*(4) dell'OMCeO e Politecnico di Torino, sono rivolte alle strutture aziendali responsabili della gestione degli specialisti ambulatoriali interni per le attività eseguite presso il domicilio dei pazienti che non sono stati *definiti formalmente negativi* al COVID-19 e per i quali è richiesto a tutt'oggi il maggior numero di interventi a domicilio.

1 Le richieste, ai sensi dell'Art 32 ACN vigente, di visite specialistiche domiciliari saranno preventivamente valutate e le visite effettuate solo ed esclusivamente su appuntamento, dopo triage telefonico dei pazienti, familiari o caregiver da parte dello specialista.

2 Per gli spostamenti dello specialista è da privilegiare l'utilizzo di un mezzo di trasporto aziendale (Art. 32, comma 9) sottoposto a opportuna procedura di sanificazione al termine di ogni utilizzo.

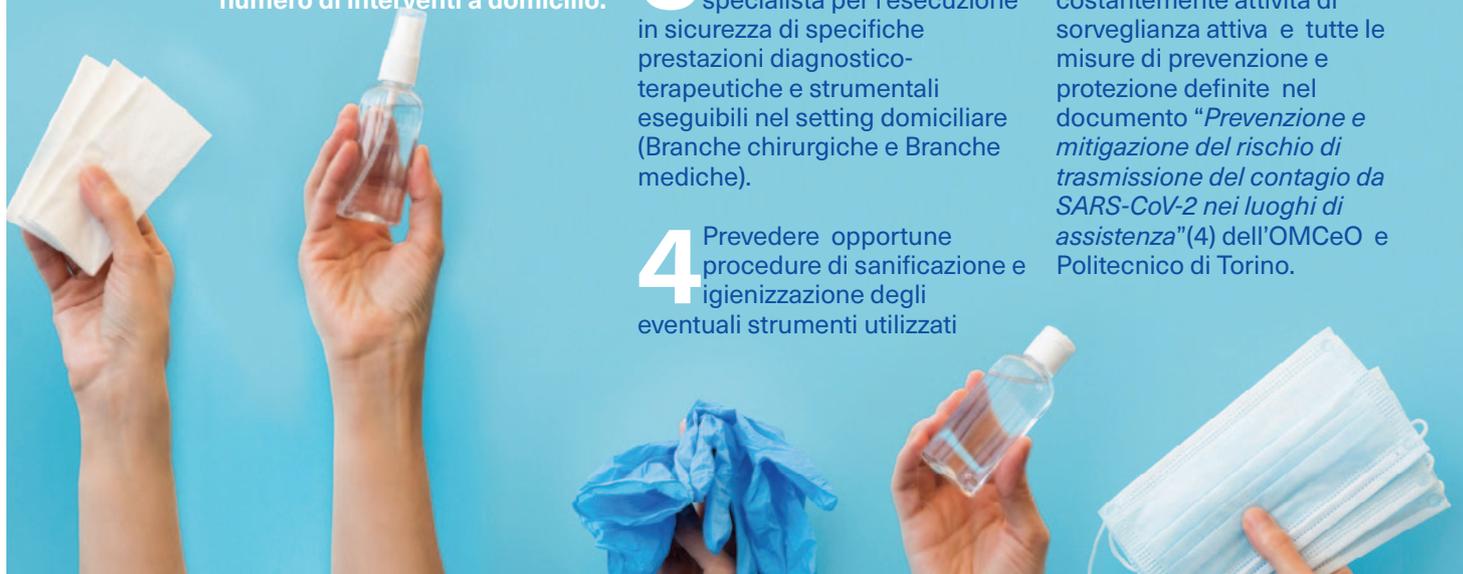
3 Prevedere l'attivazione di equipe infermiere-specialista per l'esecuzione in sicurezza di specifiche prestazioni diagnostico-terapeutiche e strumentali eseguibili nel setting domiciliare (Branche chirurgiche e Branche mediche).

4 Prevedere opportune procedure di sanificazione e igienizzazione degli eventuali strumenti utilizzati

durante tutte le attività domiciliari specialistiche evitando così il rientro nel presidio sanitario di riferimento.

5 Incentivare e promuovere l'utilizzo di strumenti alternativi messi a disposizione dalla *telemedicina* (5) (ad es. video chiamate, ...) per i pazienti presi in carico.

Per le attività presso le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), strutture che nella fase di emergenza hanno evidenziato numerose criticità e che recentemente sono state sedi di nuovi focolai, si ritiene indispensabile, per la sicurezza di pazienti e operatori, garantire costantemente attività di sorveglianza attiva e tutte le misure di prevenzione e protezione definite nel documento *"Prevenzione e mitigazione del rischio di trasmissione del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di assistenza"*(4) dell'OMCeO e Politecnico di Torino.



“ L'assenza di sintomi non equivale ad assenza di lesioni: sono state rilevate negli asintomatici anomalie polmonari subcliniche di incerto significato

Tabella 1 Contenimento della probabilità di contagio nel corso di una visita domiciliare specialistica

Attore	Misure di prevenzione	Misure di protezione e DPI
Specialista ambulatoriale interno	Sanificare strumentazione e dispositivi utilizzati al termine di ogni visita	Mascherina FFP2 Guanti monouso da cambiare ad ogni visita
	Igienizzare le mani all'inizio e al termine di ogni visita	Camice monouso Visor/occhiali di protezione
	Privilegiare forme di comunicazione non in presenza con gli assistiti o familiari o caregiver	Nb: L'attivazione dell'equipe infermiere-specialista e l'utilizzo di DPI idonei saranno definiti in base alle specifiche attività richieste a domicilio (vedi le procedure o manovre a rischio di aerosolizzazione per le quali dovranno essere garantiti dispositivi di alta protezione con il relativo addestramento all'uso: mascherina FFP3; guanti monouso, camice impermeabile o in alternativa tute, visor/occhiali di protezione).
Paziente/caregiver	Avvisare il referente aziendale del servizio e gli operatori in caso di febbre maggiore di 37,5° Igienizzare le mani all'arrivo del personale sanitario Rispettare il distanziamento sociale di più di un metro (laddove possibile) Prevedere una opportuna areazione degli ambienti	Mascherina chirurgica

“ Il periodo di incubazione varia tra 2 e 12 giorni e 14 giorni rappresenta no il limite massimo di precauzione ad oggi adottato

Misure di prevenzione e protezione

Tutti gli attori coinvolti nelle attività specialistiche domiciliari devono indossare DPI idonei e mettere in atto le misure di prevenzione e protezione raccomandate (Tabella 1).

Conclusioni

Nell'attuale quadro di circolazione endemica del virus per la specificità dell'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali anche nel setting domiciliare bisogna prevedere il massimo livello di protezione con gli adeguati dispositivi, protocolli di sicurezza e una continua attività di testing.

Bibliografia

1. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection, *Lancet* 3 February 2020.
2. ISS dashboard web 25.6.2020; *Fondazione GIMBE comunicato* 2 2020.
3. Prevalence of Asymptomatic of SARS-CoV-2 infection, *Annals of Internal Medicine*, 3 June 2020.
4. Prevenzione e mitigazione del rischio di trasmissione del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di assistenza? *OMCeO Torino e Politecnico di Torino*, Giugno 2020.
5. DGR n. 6-1613 del 3/7/2020, Regione Piemonte.
6. F. Aiello et al. Coronavirus disease 2019 (SARS-CoV-2) and colonization of ocular tissues and secretions: a systematic review. *Eye* 2020-5-18
7. Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia di Covid-19; *Comitato Tecnico Scientifico per l'emergenza epidemiologica*, Ministero della Salute; 15 Maggio 2020.
8. Piano strategico per la gestione del paziente ORL durante il periodo di transizione a seguito della pandemia Covid-19, *SIO e ChCF* 2 Maggio 2020.

Il Piano emergenziale del Veneto in accordo con i Mmg

Prevenzione, diagnostica, assistenza sanitaria territoriale e sistemi informativi questi i principali strumenti messi in atto per contrastare un'eventuale situazione di peggioramento dell'andamento dell'epidemia



Antonio Ildo Fania
Coordinatore Area
Medicina Generale
SUMAI Assoprof

L'emergenza da SARS-CoV-2 conferma la necessità di rafforzare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad una eventuale situazione di peggioramento dell'andamento dell'epidemia, anche in considerazione dello scenario epidemiologico internazionale, dell'insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio regionale e quindi della possibile ripresa della crescita della curva epidemica in inverno. Il suddetto documento intende rafforzare la rete assistenziale all'attuale scenario pandemico, prevedendo interventi specifici con riferimento a:

- **dipartimenti di prevenzione** per le attività di sanità pubblica finalizzata alla prevenzione, al monitoraggio e al contenimento delle diffusione dell'epidemia;
- **capacità diagnostica** della rete dei laboratori di microbiologia anche con l'integrazione di nuovi test

disponibili sul mercato;

- **assistenza sanitaria territoriale** per la presa in carico a domicilio;
- **rete dell'emergenza/urgenza** (118 e Pronto Soccorso);
- **assistenza ospedaliera** per i casi più gravi che richiedono assistenza in terapia intensiva, sub-intensiva o in malattie infettive;
- **sistemi informativi regionali** e di biosorveglianza per il monitoraggio dell'epidemia.

Non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, pertanto, si ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicità.

DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Rafforzamento dell'organizzazione per emergenze di sanità pubblica

identificato nominalmente il personale attivabile-un Gruppo Operativo a Risposta Rapida per ogni Distretto. **Prosecuzione attività di contact tracing** a seguito di tutti i casi confermati da parte dei SISP. Rafforzamento collaborazione tra SISP e MMG/PLS e USCA.

Intensificazione del piano regionale di screening:

- centri accoglienza migranti
- pullman da Bulgaria e Romania
- lavoratori stagionali del settore agricolo
- ulteriori gruppi target su valutazione dell'ULSS.

Sistema di allerta precoce integrato con lo screening per identificare precocemente aree di possibili circolazione virale

- Progetto nazionale di sorveglianza SARS-COV-2 nelle acque reflue.

Campagna vaccinale anti-influenzale:

- inizio campagna anticipato ad ottobre
- collaborazione con MMG/PLS/USCA
- coperture in "tempo reale"
- importanza per la diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza
- sorveglianza virologica per Influenza e per Sars-Cov-2.

Campagna vaccinale anti-pneumococcica:

- completamento campagna vaccinale pneumococcica per RSA
- offerta gratuita per i nati dal 1943
- collaborazione con MMG e USCA.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Potenziamento Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) con coinvolgimento diretto nelle campagne vaccinali (es. antinfluenzale e antipneumococcica) - kit per il monitoraggio dei pazienti (es. termometro a distanza) per attività di telemedicina, a supporto degli Specialisti Ambula-

toriali Interni nella refertazione a distanza.

Centrale Operativa Territoriale (COT):

- Estensione orari di attività dalle 7:00 alle 21:00 per 7 giorni su 7.
- Attivazione di un numero telefonico dedicato agli operatori sanitari sia territoriali che ospedalieri per informazioni e supporto
- specialisti infettivologi a supporto dei medici territoriali.

Infermiere di famiglia:

- Introduzione progressiva della figura dell'infermiere di famiglia:
 - collaborerà con i MMG anche a domicilio-priorità alle zone geografiche periferiche o in cui non siano già presenti medicine di gruppo integrate-standard di 8 infermieri ogni 50.000 assistiti, equivalenti a circa 1 infermiere ogni 4 MMG.

Team multi professionali: lavoro fondato su team multiprofessionali costituiti da MMG, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri, Fisioterapisti ed altri operatori socio-sanitari in connessione funzionale con professionisti ospedalieri e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione-completamento entro il 2021 della rete delle forme associative della medicina generale- geriatria territoriale per la gestione dei soggetti anziani fragili-fisioterapia domiciliare per attività riabilitative pazienti COVID-19-teleriabilitazione per triage e follow-up o monitoraggio da remoto.

SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI:

Potenziamento del Sistema di biosorveglianza regionale con Integrazione tra dati COVID-19 e flussi informativi sanitari regionali nel rispetto delle norme sulla privacy, che permettono di identificare e intervenire precocemente. Rafforzamento e prosecuzione del monitoraggio in essere.

Telemedicina (DGR n. 589/2020)- Supporto informatico e tecnologico per garantire le cure favorendo la permanenza a domicilio ottimizzando anche il ruolo dello specialista ambulatoriale interno nella refertazione a distanza.

Al via i test “fai da te” per l’individuazione rapida del Covid-19

È stato lo stesso Presidente Zaia, nel corso di una conferenza stampa, a testare in prima persona l’efficacia di questi nuovi kit per l’auto-sorveglianza. Il passaggio cruciale sarà la validazione da parte dell’Istituto superiore di Sanità. Superato questo step, i kit formato domestico saranno pronti per la vendita nelle farmacie



Antonio Ildo Fania

I mini-tamponi, simili ai kit per la gravidanza, sono già in fase di studio nella regione. A partire dal 16 Novembre, sono arrivati nei magazzini della sanità veneta i primi 5.000 kit per l’auto-somministrazione. Il governatore veneto Luca Zaia ha mostrato in diretta Facebook, eseguendolo su sé stesso, il nuovo test diagnostico ‘fai da te’ per il Covid-19. “È molto semplice” ha detto ai giornalisti, aprendo il kit con la ‘saponetta’, la provetta con il reagente, e il tamponcino, da inserire nelle fosse nasali, con 5 piccoli movimenti. Tra operazione e risultato del test, ha impiegato poco più di 2 minuti di tempo. “Il vero tema - ha spiegato Zaia - è quello della bio-sorveglianza. Se poi questi prodotti diventeranno di larga diffusione ognuno riuscirà a farsi il test, e anche la tracciabilità se ne andrà un po’ scemando: ognuno con il test deciderà se mettersi in isolamento, se andare dal medico o altro. Tutto si basa sul senso civico. La sperimentazione si potrà fare con velocità, nel tempo di 3-4 settimane al massimo. Su questo progetto si sta già lavorando da almeno tre mesi. Abbiamo seguito - ha aggiunto il presidente del Veneto - la realizzazione di questo tamponcino ‘fai da te’, grande

come un *cotton fioc*, che poi ha un suo reagente, con la solita ‘saponetta’. Abbiamo già iniziato la prova in doppio con tampone molecolare sui pazienti. Dà già risultati incoraggianti, adesso si tratterà di fare la sperimentazione. I pazienti ci sono e abbiamo la massa critica per farla», ha concluso il governatore.

Oltre che a Treviso saranno interessate altre 4 Microbiologie regionali.

La sperimentazione avviene “in doppio”: ogni esame eseguito con il ‘fai da te’ viene infatti verificato sul soggetto con il classico tampone molecolare. Il passaggio cruciale sarà la validazione da parte dell’Istituto superiore di Sanità (Iss). Superato questo step, i kit formato domestico saranno pronti per la vendita nelle farmacie. Il procedimento potrebbe essere una rivoluzione nei processi di screening. “Si tratta di un test che cambierà la vita degli operatori sanitari, ma anche dei cittadini” ha detto Roberto Rigoli, microbiologo dell’Ospedale di Treviso e coordinatore del progetto. “L’Iss ha una specifica sezione per la validazione dei test rapidi.

Vengono valutati molti parametri, non solo quelli relativi alla specificità e sensibilità del test, ma anche la chiarezza nell’esecuzione, il fatto che non mostrino aspetti di nocività, e altri ancora. Finora hanno mostrato una grande affidabilità, oltre il 90% di sensibilità e specificità”. Quanto costeranno e quando saranno disponibili? “Meno di 3 euro” ha risposto il microbiologo. Mentre per i tempi legati alla disponibilità Luca Zaia ha accolto con soddisfazione le parole di Ranieri Guerra, direttore aggiunto dell’Oms, quando ha confermato la possibilità di avere in tempi brevi nelle farmacie i test in auto-somministrazione. “Bene - ha commentato polemico il Presidente -, quando lo dicevamo noi ci davano degli sprovveduti. Adesso che lo dice l’Oms spero che qualcuno ci prenda sul serio”. Il Veneto è un passo avanti su questa strada, avendo pronta la piattaforma informatica per raccogliere i dati di chi userà l’auto-test: l’app di bio-sorveglianza ‘Zero Covid Veneto’ - da qualche giorno ha avuto il via libera per la privacy dal Consiglio regionale - sulla quale i ‘positivi’ dovranno caricare gli esiti dei test per comunicarli alle autorità sanitarie.

Gli specialisti ambulatoriali sul territorio



A cura di
Francesco Ventura
Segretario Sumai
Ravenna

Pietro Procopio
Segretario Sumai
Emilia Romagna

L'11 marzo del 2020, con l'inizio del lockdown, vengono sospese le visite specialistiche ambulatoriali ordinarie. In Emilia Romagna ci sono zone fortemente contagiate come Piacenza e Rimini, e zone a scarso contagio come Ferrara. Nel mezzo province come Ravenna, Forlì-Cesena, Parma, Modena e Reggio Emilia con contagi inizialmente contenuti ma progressivamente crescenti. L'organizzazione sanitaria in tali frangenti di grande incertezza e confusione rispetto a situazioni completamente nuove ed inedite risulta determinante fin da subito per il contrasto alla pandemia. Qui ci limiteremo a descrivere il ruolo, la funzione e l'azione degli specialisti ambulatoriali in questo particolarissimo contesto.

Il ruolo del Sumai

Il SUMAI Assoprof, già a marzo, sigla un verbale d'intesa con la Regione che dà mandato alle Aziende di consentire variazioni di sede e di orari in relazione all'emergenza, offrendo di fatto agli specialisti flessibilità operativa in relazione allo svilupparsi di situazioni ed eventi assolutamente non prevedibili.

Sempre nello stesso verbale d'intesa si dà allo specialista la possibilità, su base volontaria, di dare il proprio contributo a tutte quelle attività ex-



L'organizzazione sanitaria è determinante da subito per il contrasto alla pandemia. Qui ci limiteremo a descrivere il ruolo, la funzione e l'azione degli specialisti ambulatoriali in questo contesto

trabranca utili al contrasto del Covid. A questo punto ciascuna azienda si organizza secondo il grado di emergenza e le disponibilità delle risorse umane in campo.

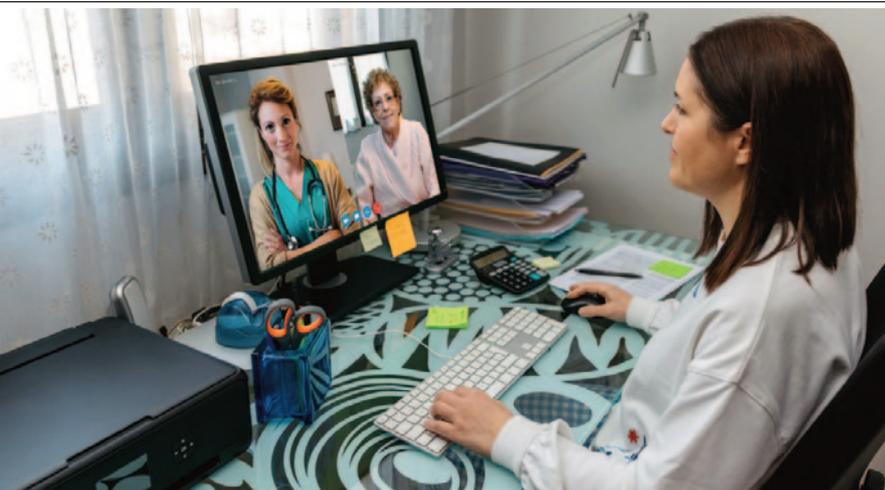
In Ausl Romagna si costituisce una sorta di Unità di Crisi formata dal Direttore dell'U.O. dei convenzionati per il coordinamento complessivo operativo e burocratico delle azioni dei convenzionati, dal Referente aziendale per la specialistica con funzioni di organizzate egli accessi domiciliari degli specialisti (Usca, tamponi a domicilio, tamponi drive) nonché da due responsabili di branca con

funzioni di coordinamento, l'uno dei rapporti con il dipartimento di sanità pubblica per gestire la sorveglianza epidemiologica e l'altro per la gestione degli screening sierologici.

Questo gruppo tiene quotidianamente i contatti con i singoli responsabili di branca per il monitoraggio delle attività degli specialisti alla luce del blocco delle visite ordinarie.

Il contributo degli specialisti ambulatoriali in Azienda

Su 250 specialisti ambulatoriali in Azienda, ben 102 davano la propria disponibilità ad azioni anticovid. Di questi 102 più del 50% è entrato in turni di 6/8 ore giornaliere per la sorveglianza dei pazienti contagiati e per lo screening epidemiologico, che di fatto ha impedito il collasso del Dipartimento di Sanità pubblica visto l'enorme volume di lavoro di quei mesi (marzo, aprile e maggio). Gli altri hanno presidiato gli ambulatori



per lo screening sierologico, consentendo a vaste fasce della popolazione di eseguire i test. Altri specialisti hanno dato una mano ai servizi domiciliari per eseguire i tamponi a domicilio, i tamponi drive ed i tamponi nelle CRA, qualcuno ha persino fatto le notti nei reparti Covid. Infine altri specialisti hanno supportato unità operative ospedaliere in carenza di personale come cardiologia, reumatologia, medicina con attività di reparto, limitatamente ai periodi critici. Gli altri 150 specialisti che non hanno svolto le attività extrabranca fin qui descritte hanno avuto un ruolo es-

senziale di medicina telefonica per quegli utenti che non potevano eseguire visite ordinarie. In pratica lo specialista prendeva in mano il suo piano di lavoro giornaliero e raggiungeva telefonicamente il paziente, presentandosi e chiedendo la disponibilità alla valutazione telefonica. Se il paziente accettava si procedeva alla raccolta dei dati anamnestici ed alla valutazione degli esami in suo possesso (tramite mail e Whatsapp). Alla fine si redigeva un referto che prevedeva la presa in carico del paziente, con accesso nel breve se ritenuto urgente o con prenotazione in autogestione da parte del medico in data concordata col paziente. Questa iniziativa ha riscosso fin da subito il gradimento dei pazienti che si sono sentiti ugualmente seguiti nonostante il blocco delle visite ordinarie, ma ha anche consentito agli specialisti di non maturare alcun debito orario perché tale attività viene naturalmente computata come impegno clinico a tutti gli effetti. Il 18 maggio si riaprivano le visite ordinarie e gradualmente si iniziava il recupero dei so-



Gli specialisti ambulatoriali hanno dato un contributo spesso decisivo durante la emergenza Covid e ciò è stato riconosciuto dalla Regione in primis

Conclusioni

Il SUMAI, con un altro opportuno verbale d'intesa con la Regione destinava agli specialisti il recupero dei pazienti sospesi attraverso un coinvolgimento, sempre su base volontaria, degli stessi per un numero di ore di 5/10 settimanali da effettuarsi in regime di similalpi (libera professione di Azienda). Per le attività Covid si conveniva di liquidare nel mese di settembre agli specialisti che si sono resi disponibili la somma forfettaria di mille euro per i titolari con numero di ore da sedici in su e si 500 euro per quelli titolari fino a 15 ore. Tenendo presente che a tutt'oggi la situazione è in piena evoluzione e non può dirsi certamente archiviata, sembrano evidenziarsi alcuni elementi meritevoli di un commento.

- Gli specialisti ambulatoriali hanno dato un contributo spesso decisivo durante la emergenza Covid e ciò è stato riconosciuto dalla Regione in primis;
- Alcune situazioni sperimentate proprio per necessità si sono rivelate invece talmente positive da ipotizzare in impiego diffuso, come la telemedicina;
- La presa in carico del paziente sempre più necessaria ed improcrastinabile fa ipotizzare una rivisitazione delle tempistiche prestazionali, che vanno aumentate proprio per consentire una gestione non limitata alla mera prestazione. Dobbiamo adoperarci per cogliere le nuove opportunità di miglioramento che possono nascere anche dalla prova durissima che tutti stiamo affrontando.

Genitori, bambini e mascherine: istruzioni per l'uso

Anche i più piccoli, dai sei anni in su, devono portare i dispositivi di protezione. Questo significa che i genitori devono far tenere la mascherina ai propri figli. Quali le criticità e quali piccole strategie possono essere usate in questa situazione



Il Dpcm sulla Fase 2 ha previsto l'obbligatorietà di mascherine per i soggetti dai sei anni in su in tutte le situazioni in cui non si può garantire il mantenimento della distanza di sicurezza. Per i bambini dai 2 ai 6 anni è preferenziale l'utilizzo delle mascherine nelle medesime situazioni. Al di sotto dei 2 anni non è possibile far indossare le mascherine ai bambini. Attualmente è prevista l'obbligatorietà della mascherina in tutto il territorio italiano.

Dinanzi a tali direttive tanti genitori si preoccupano di come far tenere la mascherina ai propri bambini. Proviamo così a capire insieme quali possono essere le criticità a cui vanno incontro i genitori e quali piccole strategie possono essere usate per adattarsi a questa situazione.

Come farò a convincere mio figlio a mettere la mascherina?

Sappiamo che è importante dire la verità ai più piccoli seppur in modo rassicurante e consono alla loro età. Come fare?

I bambini tra i 3 ed i 6 anni, comunicano e apprendono maggiormente attraverso il gioco. Per questo sarebbe importante prepararli all'utilizzo della mascherina giocando con loro in casa ed usando tanta fantasia.

Con il gioco il bambino acquisisce fiducia esercitandosi in una situazione non nota, ha la sensazione di avere potere e controllo su quanto accade, impara regole sociali, empatizza con i personaggi, esplora comportamenti non ancora messi in atto.

È proprio attraverso il gioco che il bambino può avvicinarsi alle nuove norme sociali. Winnicott, ad esempio, ha scritto che "l'esperienza culturale comincia con il vivere in modo creativo, ciò che in primo luogo si manifesta nel gioco".

Si potrebbe, dunque, sfidare il bambino a tenerla il più a lungo possibile

Bisogna dare ai bambini il tempo di avvicinarsi e far amicizia con queste nuove abitudini. Un po' come quando i bambini molto piccoli devono imparare a tenere gli occhiali



Figura 1
Cristiano Ronaldo,
foto del profilo ufficiale
Instagram

per vedere chi resiste più tempo. Oppure si potrebbero creare piccole mascherine per bambole, soldatini, animali o altri giocattoli che i bambini utilizzano. Si possono inventare canzoncine su come indossare la mascherina, così come sui passaggi da fare per lavarsi bene le mani, altra importante misura di prevenzione della diffusione del virus.

È anche possibile cucire insieme ai bambini le mascherine, scegliendo delle stoffe colorate o con fantasie a loro gradite. L'OMS ha infatti sdoganato l'uso delle mascherine fatte in casa, suggerendo di usare un telo di cotone doppio e di lavarle bene dopo ogni utilizzo. A questo proposito ricordiamo che le misure corrette per i bimbi sono 15x25 centimetri.

Un'altra piccola strategia, soprattutto per i più piccini, è l'utilizzo del racconto. La narrazione fantastica permette di dire la verità ai bambini con un linguaggio comprensibile e rassicurante. Si possono inventare storie che abbiano per protagonista la mascherina oppure un bambino e la sua amica mascherina, in questo modo si aiuterebbe il piccolo ad identificarsi col personaggio della storia e ad accettare la mascherina con più facilità. È importante tuttavia fare attenzione a non distorcere troppo la realtà.

I bambini più grandi, dai 7/8 anni in poi, sono invece più sensibili ai modelli di riferimento, può trattarsi di attori, cantanti o calciatori. In questo caso può essere utile cercare sui social foto e/o video pubblicati da questi in cui si attengono al rispetto delle norme di sicurezza.

Con i bambini di questa fascia di età è anche importante lavorare sulla consapevolezza di quanto sta accadendo. Il bambino ha maggiori risorse cognitive per comprendere la necessità delle disposizioni a cui dobbiamo attenerci, per cui sarà possibile provare a capire insieme, anche fa-

cendo delle ricerche, cos'è un virus, come si diffonde, come si combatte. Per tutti i bambini, indipendentemente dall'età, ci sono due parole chiave: imitazione e costanza. I genitori sono i primissimi modelli di riferimento, sarà importante per i bambini osservarli indossare la mascherina, tenerla per tutto il tempo necessario e utilizzarla con costanza.

Come tengo a bada la voglia del bambino di sfilarsi la mascherina?

Bisogna tener conto del fatto che la mascherina è oggettivamente fastidiosa e che la bella stagione sta per arrivare, per questo motivo sarebbe necessario limitare il tempo di permanenza dei bambini in quei luoghi o situazioni che necessitano obbligatoriamente del suo utilizzo. Questo richiede sicuramente una maggiore organizzazione e ancora limitazioni sia per i bambini che per i genitori. È ancora il tempo della prudenza!

Se non vuole metterla devo insistere?

Un elemento indispensabile è il tempo. Bisogna dare ai bambini il tempo di avvicinarsi e "far amicizia" con queste nuove abitudini. Un po' come quando i bambini molto piccoli devono imparare a tenere gli occhiali. Per questo è necessario prepararli. I cambiamenti alla vita quotidiana continuano ad esserci ma non per forza devono essere invasivi. Sicuramente bisogna agire con prudenza ma anche con tranquillità.

Non rimproverare, dunque, il bambino se non vuole tenere la mascherina o se si mette le dita in bocca o si strofina gli occhi. Se vogliamo la sua collaborazione non è questa la strada da percorrere. Come abbiamo già detto i bambini tendono ad imitare, sia i più grandi che i coetanei, per cui è importante passare il messaggio: non la devi mettere solo tu!

Quanto tempo può tenerla?

Il principio da seguire è quello di portare il meno possibile i bambini in ambienti chiusi, solo se è indispensabile e per il minor tempo possibile. Inoltre mamma e papà possono dividersi, per cui nelle varie commissioni uno dei due può restare fuori con il bambino. All'aria aperta i bambini non devono tenerla, se si mantengono le distanze di sicurezza. La paura, lecita, se non gestita e contenuta potrebbe divenire il terreno fertile per lo sviluppo di fobie.

Riuscirà a giocare normalmente con gli altri bambini?

Ultimo aspetto da non sottovalutare è la straordinaria flessibilità dei bambini, nonché la loro resilienza. In molte occasioni dimostrano di essere capaci di adattarsi meglio degli adulti. Bisogna quindi stare attenti a riconoscere quelle che sono ansie e preoccupazioni dovute soprattutto alla fatica dell'essere genitori ai tempi del Covid-19, e a non sottovalutare la grande capacità dei bambini di stupire gli adulti!

Ricordiamo che l'uso della mascherina, anche per i più piccoli, è un gesto altruistico, se tutti la usano si avrà l'effetto di diminuire il rischio per tutti. Ciò però non vuol dire che ci si possa sentire al sicuro, è fondamentale il distanziamento sociale ed il lavaggio accurato e frequente delle mani.

La sfida più difficile resta sempre coniugare teoria e realtà per non perdere di vista il bambino che si ha di fronte. Compito degli adulti è ascoltarlo, accogliere i suoi bisogni ed accompagnarli verso un migliore adattamento all'attuale situazione, senza obblighi né costrizioni, al fine tutelare lui e gli altri.



È attraverso il gioco che il bambino può avvicinarsi alle nuove norme sociali. L'esperienza culturale comincia con il vivere in modo creativo, ciò che in primo luogo si manifesta nel gioco

PSORIASI

L'albendazolo regola negativamente la proliferazione dei cheratinociti

Il seguente studio mostra che l'albendazolo blocca reversibilmente la crescita dei cheratinociti esercitando un effetto terapeutico in un modello sperimentale di psoriasi

A cura di
Davide Di Fusco^{1,2},
Carmine Stolfi¹,
Antonio Di Grazia¹,
Vincenzo Dinallo¹,
Federica Laudisi¹,
Irene Marafini¹,
Alfredo Colantoni¹,
Ivan Monteleone¹,
Giovanni Monteleone¹

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
² Specialista ambulatoriale ASL Roma 5, Ospedale San Giovanni Evangelista, Tivoli, Roma

INTRODUZIONE

La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica della pelle che colpisce circa il 2-3% della popolazione mondiale. Le lesioni tipiche di questa patologia sono la comparsa di placche squamose ben delimitate di tipo eritematoso che possono coinvolgere qualsiasi parte della pelle, più frequentemente le superfici flessorie degli arti oltre che i palmi delle mani e le piante dei piedi ed il cuoio capelluto. Le lesioni psoriasiche si presentano a livello istologico come zone di iper-proliferazione, caratterizzate da un accelerato turnover epidermico, un'incompleta maturazione dei cheratinociti con i nuclei ben visibili nello strato corneo (paracheratosi), maggiore angiogenesi e infiltrazione dermica di cellule infiammatorie, come macrofagi, cellule dendritiche, cellule T e neutrofili.

Precedenti studi scientifici su modelli

murini di psoriasi hanno dimostrato che difetti primari nei cheratinociti sono sufficienti a promuovere un'iper-proliferazione epidermica e lo sviluppo di reazioni immuno-infiammatorie simili a quelle osservate in corso di psoriasi.

Poiché lo sviluppo di nuovi farmaci è un processo molto lungo e costoso, in questi ultimi anni sta prendendo sempre più piede il cosiddetto "riposizionamento dei farmaci" (Drug Repositioning), ovvero la possibilità di utilizzare farmaci già approvati, per curare malattie diverse da quelle per cui erano stati sviluppati.

L'albendazolo è un farmaco antiparassitario ad ampio spettro, attivo contro la maggior parte delle parassitosi intestinali sostenute da cestodi e nematodi. Gli effetti biologici mediati dall'albendazolo si basano principalmente sull'alterazione di alcuni meccanismi indispensabili per la so-

pravvivenza del parassita tra cui la polimerizzazione della tubulina e il blocco dell'utilizzo del glucosio da parte del parassita stesso.

Sulla base di queste osservazioni abbiamo ipotizzato che l'albendazolo potesse regolare anche la proliferazione/attivazione dei cheratinociti ed esercitare degli effetti anti-proliferativi nella psoriasi.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la capacità terapeutica dell'albendazolo nel ridurre le lesioni psoriasiche in un modello murino di malattia e di identificare i meccanismi con cui tale farmaco interferisce con la proliferazione dei cheratinociti.

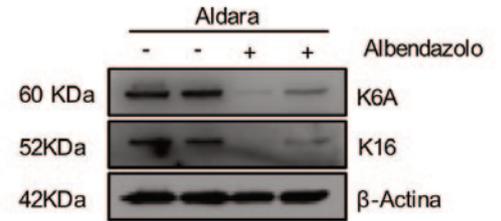
RISULTATI

Nel nostro modello murino di psoriasi indotto dalla crema Aldara, quattro applicazioni topiche quotidiane di albendazolo hanno portato ad una ri-

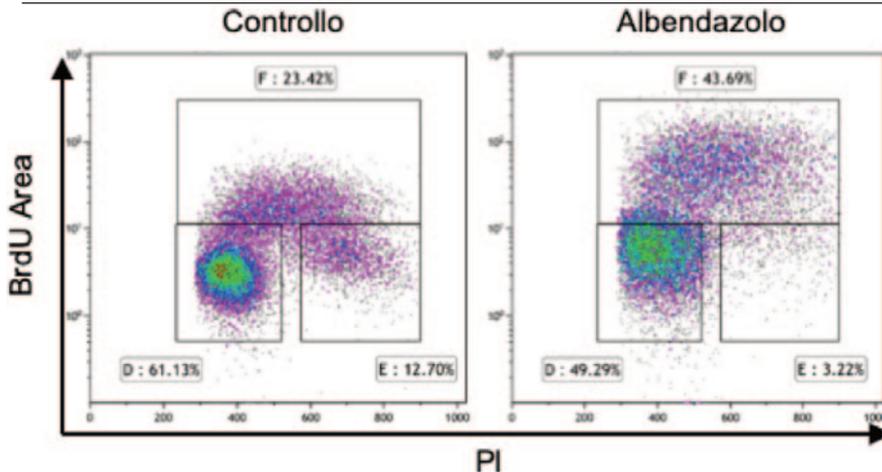
“ Poiché lo sviluppo di nuovi farmaci è un processo molto lungo e costoso, in questi ultimi anni sta prendendo sempre più piede il cosiddetto “riposizionamento dei farmaci” ovvero la possibilità di utilizzare farmaci già approvati, per curare malattie diverse da quelle per cui erano stati sviluppati



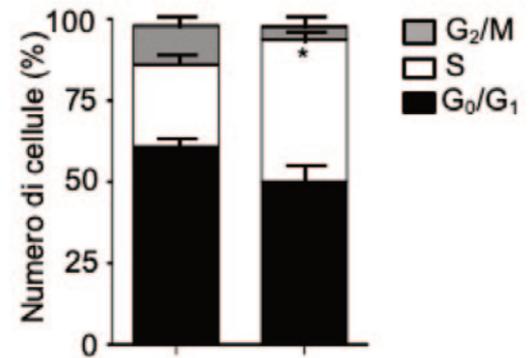
Colorazione con ematossilina/eosina della pelle murina dopo 4 giorni di trattamento con la crema Aldara in presenza/assenza di albendazolo (sinistra).



Pannelli rappresentativi di Western blot raffiguranti l'espressione delle citocheratine (K) 6 e 16



Grafici rappresentativi di analisi del ciclo cellulare dei cheratinociti umani (HaCaT) trattati in presenza/assenza di albendazolo per 24h.



duzione significativa dello spessore epidermico, una diminuzione del numero di cheratinociti proliferanti e ad una ridotta espressione delle citocheratine (K) 6 e 16, marcatori di differenziazione e proliferazione epidermica.

Inoltre abbiamo osservato una riduzione dell'infiltrato immuno-infiammatorio nel derma con una ridotta espressione del TNF, IL-6, IL-17, CCL17 e CXCL2.

Successivamente abbiamo condotto esperimenti mediante l'utilizzo di una linea di cheratinociti umani immortalizzati non tumorali denominata HaCaT. Anche in questo caso il trattamento dei cheratinociti con l'albendazolo riduceva l'espressione di K6 e K16 e inibiva reversibilmente la crescita cellulare, promuovendo l'accumulo delle cellule nella fase S del ciclo cellulare.

Abbiamo notato che questo fenome-

no era accompagnato da una down-regolazione di CDC25A, una fosfatasi che regola la progressione del ciclo cellulare attraverso la fase S e dall'iper-fosforilazione di eIF2 da parte della chinasi PKR, un inibitore selettivo della traduzione di CDC25A. Abbiamo così replicato questi risultati anche *in vivo* ed osservato che nei topi trattati con l'Aldara, l'albendazolo era in grado di attivare PKR, promuovere l'iper-fosforilazione di eIF2 e la conseguente riduzione dell'espressione di CDC25A. In conclusione questi risultati mostrano per la prima volta che l'albendazolo blocca reversibilmente la crescita dei cheratinociti esercitando un effetto terapeutico in un modello sperimentale di psoriasi.

Di Fusco D et al., *Clinical Science* 2020

**Gianfranco
Scotto di Frega**
Medico
Pneumologo
Specialista
Ambulatoriale
ASL NA2 Nord,
Distretto 35



Le interstiziopatie polmonari

Il ruolo della specialistica ambulatoriale

In era Covid-19 è fondamentale la creazione di una rete Ospedale-Territorio. Il ruolo della SAI è cruciale per diagnosticare precocemente le malattie interstiziali polmonari

Le interstiziopatie polmonari sono patologie infiltrative diffuse del polmone e da sempre hanno rappresentato la controparte meno frequente delle classiche malattie respiratorie di più ampio riscontro nella popolazione generale, quali Asma e BPCO. La principale e sostanziale differenza consiste innanzitutto nel fatto che le interstiziopatie polmonari danno luogo ad un quadro spirometrico tipicamente restrittivo, a differenza di asma e BPCO nelle quali si evidenzia

alla spirometria un'ostruzione bronchiale.

Tale immediata differenza, che sembrerebbe naturale, specie pensando agli attuali progressi delle conoscenze in campo medico, fino a pochi anni fa ha rappresentato ancora uno scoglio da superare nella diagnostica territoriale. Difatti, come confermato anche da lavori scientifici su riviste autorevoli (1), spesso nella medicina di "prima linea" vi è un ritardo diagnostico di almeno un anno di queste



patologie e molti pazienti affetti da interstiziopatia vengono inizialmente identificati (e trattati) come malattia ostruttiva polmonare.

Il dato in effetti sorprende, ma non troppo: queste malattie e, purtroppo, chi ne è affetto, pagano il ritardo di anni di superficialità gestionale (i celebri binomi ancora troppo spesso presenti: fumo = BPCO e allergia = Asma) e di un'organizzazione troppo centrata sugli Ospedali, che ancora oggi fanno da "Centri Prescrittori" dei pochi farmaci utilizzabili ma spesso non riuscendo a gestire fino in fondo le problematiche connesse anche all'utilizzo reale di questi farmaci una volta che il paziente ha lasciato la Struttura Ospedaliera. Lasciare tutta la diagnostica e la terapia all'Ambulatorio Ospedaliero (ritenendolo un problema "troppo arduo" da gestire per il Territorio) ha reso negli anni estremamente complicato per i pazienti affetti da tali malattie arrivare ad un corretto e compiuto inquadramento diagnostico; oggi un paziente con dispnea e storia di fumo viene molto più frequentemente inquadrato come "possibile BPCO" piuttosto



Oggi un paziente con dispnea e storia di fumo viene molto più frequentemente e inquadrato come "possibile BPCO" piuttosto che come "possibile interstiziopatia polmonare" perché erroneamente ritenuta "troppo rara" per essere possibile

che come "possibile interstiziopatia polmonare" (perché erroneamente ritenuta "troppo rara" per essere possibile) e pertanto l'invio del paziente ad un "Centro di Riferimento" ospedaliero diventa difficile se non si amplia la conoscenza e la consapevolezza di queste malattie a livello territoriale.

Il risultato di queste riflessioni è che la medicina territoriale negli anni ha perso di vista queste problematiche, concentrandosi sulle più diffuse malattie polmonari ostruttive e fumo-correlate, mentre è proprio dalla Specialistica Ambulatoriale che si può e si deve partire con il processo diagnostico di questi pazienti.

Infatti tra le tante malattie interstiziali polmonari, oltre a quelle secondarie a malattie autoimmuni (CTD-ILDs) – la cui diagnosi è cruciale nell'ottica di una adeguata terapia di concerto con lo Specialista Reumatologo – o ad esposizioni professionali (Asbestosi), figurano alcune a prognosi peggiore quali la Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF), la cui diagnosi precoce è fondamentale per poter avviare tempestivamente il trat-

tamento adeguato – sia pure attraverso i Centri Ospedalieri – sebbene siano disponibili solo 2 farmaci che agiscono nel rallentare la progressione. Si pensi, dunque, ad un paziente con interstiziopatia polmonare inquadrato come malattia polmonare ostruttiva: oltre alle conseguenze cliniche, è facile immaginare anche l'aggravio di costi sul SSN per farmaci incongrui oltre che per i possibili e frequenti ricoveri per insufficienza respiratoria acuta in una situazione già resa difficile dal periodo legato al COVID-19.

Anche in quest'ottica, il ruolo delle interstiziopatie polmonari prende sempre maggiore forza nella diagnostica territoriale in quanto è presumibile che molti pazienti che hanno contratto la malattia da SARS Cov-2 possano avere una residua fibrosi cronica come esito del danno polmonare. Appare quindi di fondamentale importanza la creazione di una vera e propria rete tra Ospedale e Territorio; la Specialistica Ambulatoriale si appresta ad un ruolo cruciale in tal senso in quanto in era COVID è sempre più importante diagnosticare precocemente già sul territorio le malattie interstiziali polmonari, al fine di individuare il tipo di fibrosi (e ciò è possibile mediante la TAC torace ad alta risoluzione, esame ormai diffusamente disponibile all'accesso sul territorio) e sperando in una futura possibilità di inviare il paziente già studiato a livello ambulatoriale direttamente al Centro Prescrittore mediante una connessione diretta, al fine di iniziare la terapia idonea quando ritenuto necessario, con la possibilità di seguire successivamente presso gli Ambulatori Territoriali il paziente già in trattamento.

European Respiratory Journal 2016; 48:PA861. Diagnostic delay and misdiagnosis in interstitial lung disease (ILD) at primary health care level. K.K. Mujeeb Rahman, J.K. Samaria.

a cura di
Giorgio Visca¹
**Maria Teresa
Ambrosini**²
Matteo Buono³
Massimo Bratta⁴
Gruppo di lavoro SIFOP
su Cure Palliative-
COVID19

- 1 Direttore nazionale settore Cure Palliative SIFOP, S.S.UOCP, Hospice di Lanzo T.se ASL TO4
- 2 Spec. Amb. Int., S.C. Cure palliative ASL Città di Torino
- 3 Resp. Hospice e Unità di Degenza COVID P.T.A., Torremaggiore ASL FG
- 4 Spec. Amb. Int., Hospice e Unità di Degenza COVID P.T.A. Torremaggiore, Hospice PTA San Marco in Lamis ASL FG



Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

Introduzione di contesto: la pandemia

L'esperienza già vissuta nel corso della cosiddetta “prima ondata” dell'attuale pandemia da SARS-CoV2 ha purtroppo reso evidente l'importanza delle cure palliative [1, 2] e la necessità di attivare urgenti programmi in tal senso [3] per evitare di trascurare le sofferenze delle vittime “nella fretta di salvare vite”, come già sottolineato dall'OMS in occasione di precedenti emergenze sanitarie. [4] Il numero di decessi in Italia dall'inizio della pandemia all'11 novembre 2020 è stato di 41.737, con un'età media di 80 aa mediana di 82 anni,

per il 57,5% di sesso maschile. Di questi solo 472 (1,1%) aveva un'età inferiore ai 50 aa, con un tasso medio di letalità pari al 0,8% tra 50 e 59, del 3,77% tra 60 e 69, del 12,62% tra 70 e 79, del 21,84% tra 80 e 89, e del 24,95% per gli ultranovantenni [5]. Questi numeri risultano verosimilmente sottostimati non essendo tutti i casi di COVID-19 confermati o registrati [6]. Per questi pazienti, nonostante l'accesso alle cure palliative sia in Italia garantito dalla Legge 38 del 15 marzo 2010, non è talvolta stato possibile attivare un adeguato percorso di palliazione nel corso dell'attuale emer-

genza, anche per l'importante pressione assistenziale a cui è stato sottoposto il servizio sanitario e la parziale carenza di specifici indirizzi e supporti rivolti agli operatori sanitari per la gestione palliativa dei pazienti terminali per COVID-19 [7]. È stato di conseguenza necessario rendere disponibili, fra gli altri, alcuni strumenti di riferimento per le cure palliative nel paziente COVID-19 per gli tutti gli operatori sanitari non esperti nella disciplina, così come raccomandato a livello nazionale ed internazionale [8].



Obiettivo e destinatari del documento

Queste linee di indirizzo, sulla base di queste premesse, intendono illustrare in modo sintetico ed operativo gli elementi *essenziali* dell'approccio palliativo nella gestione dei pazienti COVID-19 nei setting territoriali domicilio, strutture residenziali e sono rivolte a tutti gli operatori sanitari attivi in tali contesti, con particolare riferimento agli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.

Le indicazioni fornite costituiscono degli indirizzi assistenziali di massima che possono non essere applicabili a tutti i pazienti o in tutte le situazioni e non possono in alcun modo sostituire il giudizio clinico né la presenza di eventuali specifiche linee guida locali.

Le cure palliative

Le cure palliative rappresentano certamente un punto essenziale nell'assistenza delle patologie cronico-degenerative in fase avanzata ed un diritto garantito dalla legge italiana. [9]

La palliazione dei sintomi e della sofferenza in generale rappresenta tuttavia una componente fondamentale di qualsiasi "cura", indipendentemente dalla prognosi [10].

L'esperienza clinica vissuta nel corso della pandemia ha purtroppo reso evidente l'importante carico sinto-

matologico vissuto da alcuni pazienti COVID-19 e la rapidità di deterioramento da essi vissuto in molti casi, con il conseguente bisogno di un adeguato approccio palliativo parallelamente agli altri trattamenti medico-assistenziali.

In alcuni contesti inoltre, e particolarmente in quelli territoriali, l'accesso e la scalabilità di alcuni trattamenti intensivi CPAP, intubazione e ventilazione meccanica, ecc sono risultati particolarmente difficoltosi sia per la criticità clinica dei pazienti che per le espresse volontà di alcuni degli stessi [11], con l'inevitabile conseguenza di dover garantire un corretto accompagnamento palliativo per il fine-vita.

La pianificazione delle cure

Il COVID-19 è una patologia infettiva ad esordio acuto, potenzialmente in grado di evolvere criticamente e condurre ad exitus in breve tempo. In questi casi il tempo mediano che trascorre dall'insorgenza dei sintomi al decesso è infatti di soli 12 giorni [5]. La rapidità evolutiva della malattia diventa quindi un fattore critico sia da un punto vista strettamente clinico, sia per quanto riguarda la possibilità di pianificare l'assistenza in accordo con i desideri del paziente. Diventa quindi cruciale elaborare in anticipo, fin dai primi contatti, un piano di cura personalizzato e condiviso

Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

con il paziente stesso [7, 10]. La pianificazione “proattiva” dell’assistenza contempla, specialmente nei pazienti anziani con multimorbilità o pazienti con patologie oncologiche o neurologiche in fase avanzata, severe disfunzioni d’organo o deficit immunologici, la necessità di porsi quella che nel contesto delle cure palliative è chiamata la “domanda sorprendente” [12, 13]. In questi pazienti COVID-19, altrimenti definibili come “sick enough to die” [14], la domanda sorprendente diventa quindi “Sarei sorpreso se questo paziente COVID-19 potesse morire in questa circostanza?”.

Per il contesto ospedaliero/intensivistico è stata proposta anche una scheda di triage per le probabilità di successo di trattamenti intensivi per i pazienti COVID-19, una scheda che potrebbe risultare utile anche nei contesti territoriali, per quanto non finalizzata a questi scopi, come strumento di orientamento per la pianificazione ed identificazione delle situazioni più critiche ed a rischio di decesso [15].

Per poter programmare in modo corretto l’assistenza e garantire cure palliative appropriate diventa quindi fondamentale, particolarmente nei contesti territoriali, identificare precocemente tutti quei pazienti che potrebbero aver bisogno delle stesse, per riuscire ad avviare in tempo il processo di discussione e condivisione degli obiettivi e delle strategie assistenziali con il paziente e/o con la famiglia. Per i pazienti con compromissione dello stato di coscienza sarà necessario esplorare con la famiglia o il fiduciario eventuali preferenze espresse in precedenza dal paziente nonché la possibile presenza di Di-



Una comunicazione aperta, appropriata ed empatica con il paziente e, se questi lo desidera, con i suoi prossimi

rettive Anticipate di Trattamento DAT formalizzate. [16]

Nel paziente senza compromissione cognitiva, la “Pianificazione Condivisa delle Cure”, così chiamata in Italia dalla legge 219/2017, diventa non solo un momento fondamentale, ma anche strumento indispensabile del percorso di cura in grado anche di porre le basi e rafforzare la relazione con il paziente stesso.

Nel contesto dell’assistenza domiciliare, così come nel caso di pazienti ospiti di strutture residenziali, tale discussione diventa particolarmente sensibile e cruciale in quanto dovrà indagare e discutere, in tempi spesso ristretti, non solo le posizioni del paziente in merito alle possibili future scelte critiche, con particolare riguardo ad eventuali limiti nelle manovre terapeutiche/assistenziali, ma anche le volontà dello stesso in merito ad eventuali indicazioni a trasferimento in ambiente ospedaliero.

L’avvio e l’eventuale revisione della pianificazione anticipata e condivisa delle cure costituisce di conseguenza una raccomandazione “forte” per tutti i medici che sono chiamati a gestire le forme più severe di COVID-19. [7] Il consenso informato del paziente sia per i dati personali che per i trattamenti previsti, specialmente in caso di uso di farmaci *off-label*, risulta ovviamente sempre mandatario, nonché l’identificazione da parte dello stesso della persona/persone autorizzate a ricevere le informazioni relative alla condizione e all’assistenza.

Quanto emerso nel corso dei colloqui con il paziente in merito alle proprie scelte sulle strategie assistenziali, nonché la raccolta dei diversi consensi e l’identificazione delle persone di

riferimento, dovrà essere opportunamente documentato e registrato nella cartella clinica del paziente.

La comunicazione, già fondamentale atto di cura, assume in queste situazioni un’importanza cruciale per consentire alla persona di prendere decisioni con il maggior grado di autodeterminazione possibile.

Diventa a questo proposito necessaria: *“Una comunicazione aperta, appropriata ed empatica con il paziente e, se questi lo desidera, con i suoi prossimi Spiegazioni facili a capirsi, date ripetutamente e gradualmente, permettono al paziente di maturare aspettative realizzabili, nonché una volontà propria e decisioni autonome.”* [17]

La comunicazione, per quanto nel COVID-19 compromessa nella sua qualità e nella componente non verbale dalla presenza dei dispositivi di protezione DPI, deve infatti *“essere chiara, veritiera, ben argomentata e commisurata alla capacità di comprensione del destinatario, al suo stato emotivo e alla sua condizione, con particolare attenzione alla fragilità”* [18] evitando il linguaggio tecnico o eufemismi.

La “pianificazione delle cure” prevede anche una componente logistico-organizzativa che si estrinseca essenzialmente nel garantire a priori, presso il luogo di assistenza del paziente, la disponibilità di quantità adeguate dei farmaci e dei presidi che si ritengono necessarie per l’assistenza in atto o futura.

Particolarmente nei contesti territoriali, e maggiormente in quelli domiciliari, ciò può risultare indispensabile per garantire l’accesso ai farmaci nel momento della necessità, specialmente in considerazione delle formalità prescrittive della morfina clori-



drato in fiale e per il midazolam in quanto in fascia H.

Risulta a questo fine utile predisporre in anticipo per i pazienti più fragili un “Kit di cure palliative” [8] da conservare presso il luogo di assistenza del paziente e contenente, ad esempio, adeguate quantità dei seguenti farmaci e presidi:

- Morfina solfato gocce
- Morfina cloridrato fiale da 10 mg
- Midazolam fiale 5 – 15 mg
- Clorpromazina fiale
- Aloperidolo 2 mg/ml gocce
- Aloperidolo fiale 2 mg
- Butilscolamina fiale
- Diidrocodina gocce
- Paracetamolo
- Aghi cannula 22-25 G
- Sol. Fisiologica 250/500 cc
- Deflussori con gocciolatore

Particolarmente importante nei pazienti COVID-19 sarà inoltre poter disporre di ossigeno gassoso e/o liquido, la cui fornitura dovrà essere organizzata e prevista, ovviamente prima dell'insorgenza del bisogno, specialmente a livello domiciliare. A tal fine, in considerazione dell'attuale quadro emergenziale, alcune Regioni hanno autorizzato la prescrizione dell'O₂ liquido, anche da parte dei Medici di Medicina Generale e i Medici delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale USCA.

Nel setting domiciliare dovrà inoltre essere previsto e garantito un adeguato addestramento dei familiari alle manovre di cura della persona ad es. mobilitazione ed igiene al letto nonché alla eventuale somministrazione delle terapie, particolarmente per via parenterale, terapie che dovranno di conseguenza essere in questi casi improntate alla maggior semplicità e fattibilità possibile.

La comunicazione con i familiari

La comunicazione con i familiari assume una valenza fondamentale in qualsiasi processo di cura, specialmente nei casi di patologie in fase avanzata, ma risulta ancor più rilevante nelle situazioni inattese ed a possibile evoluzione rapida e catastrofica, come nel caso del COVID-19.

Fra le raccomandazioni elaborate dal gruppo “Comunicovid” è previsto che *“I familiari devono ricevere informazioni sullo stato di salute del paziente almeno una volta al giorno, più spesso in caso di deterioramento imprevisto delle sue condizioni.”* [18]

È necessario prepararsi adeguatamente alle comunicazioni con i familiari ed i contenuti delle stesse, oltre ad essere prioritariamente concordati con i pazienti, andranno condivisi con eventuali altri membri dell'equipe curante, anche attraverso opportune consegne, al fine di fornire messaggi omogenei.

Anche per i familiari le modalità di comunicazione andranno personalizzate a seconda delle specificità coniugi anziani, gap culturali, scolarità, ecc e dovrà essere valutata la gradualità di trasmissione delle “cattive notizie”, nel rispetto della veridicità e coerenza delle informazioni [18].

La rassicurazione in merito alla presenza di tutti trattamenti adeguati ed al controllo della sofferenza del loro congiunto costituisce un punto centrale della comunicazione con la famiglia.

Purtroppo, nel caso di pazienti COVID-19 assistiti presso strutture residenziali, la comunicazione con i familiari è resa ancor più complicata dalle disposizioni vigenti che non consentono, o comunque limitano,

l'accesso dei familiari alle strutture stesse.

La comunicazione dovrà in questi casi essere necessariamente mediata nel corso della pandemia dalle tecnologie disponibili, cercando di favorire, ove possibile, l'uso di videochiamate per le comunicazioni sia fra il paziente ed i familiari, sia fra gli stessi ed il personale sanitario.

La gestione palliativa dei principali sintomi nei pazienti affetti da COVID-19

I sintomi più frequenti nei pazienti con infezione sintomatica da SARS-CoV2 fra i pazienti ricoverati in Italia sono risultati essere: febbre, dispnea e tosse. Fra gli altri sintomi sono inoltre da rilevare in prevalenza: delirium/agitazione, diarrea, riduzione di olfatto e gusto, nausea/vomito, cefalea, mialgie, faringodinia ed emottisi [5, 19].

In uno studio condotto a livello nazionale su pazienti ospedalizzati nel corso della “prima ondata”, la mediana del tempo di insorgenza dei sintomi è stata di 5 giorni dal ricovero, con una mediana di ulteriori nove giorni fra la comparsa degli stessi ed il decesso [20].

Risulta necessario sottolineare che l'approccio palliativo per la gestione dei sintomi anche nel paziente COVID-19 esclude una modalità meccanicistica nel trattamento degli stessi e comporta invece un accurato ragionamento clinico finalizzato all'identificazione di possibili altre cause o concause scatenanti il sintomo in oggetto e suscettibili di trattamento specifico e mirato all'eliminazione delle stesse, come ad esempio l'eventuale uso di antibiotico in caso di sovrinfezione batterica.



I familiari devono ricevere informazioni sullo stato di salute del paziente almeno una volta al giorno, più spesso in caso di deterioramento imprevisto delle sue condizioni

Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

Molti dei pazienti affetti da COVID-19, specie se anziani, possono infatti presentare un'importante coorte di preesistenti comorbilità in grado di influenzare pesantemente sia la sintomatologia presentata sia il decorso clinico-prognostico. Fra le patologie concomitanti sono state evidenziate in prevalenza: fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus, demenza, cancro e insufficienza renale [5].

Da un punto di vista operativo è ancora importante evidenziare due elementi cardini della gestione del paziente nelle cure palliative: la terapia sottocutanea e la necessità di prevedere sempre una terapia al bisogno. La via sottocutanea costituisce infatti, quando non praticabile la via orale, specialmente nei contesti territoriali, una modalità semplice, scarsamente invasiva ed efficace di somministrazione di molti farmaci [21].

Le sedi preferenziali di somministrazione sono: la fascia antero-laterale esterna della coscia, la fascia laterale dell'addome, lontano dalla zona periombelicale, la fascia esterna delle braccia, e la regione pettorale/sottoclavicolare. Condizione necessaria per il corretto assorbimento è tuttavia la presenza di una sufficiente quantità di tessuto sottocutaneo, l'assenza di edema, cicatrici o alterazioni cutanee. [22]. Gli aghi cannula possono essere lasciati in sede senza necessità di sostituzione in genere per circa una settimana, monitorando tuttavia frequentemente l'eventuale comparsa di reazioni locali che implicano il necessario riposizionamento dell'ago.

Ad esclusione della morfina, è necessario precisare che la somministrazione per via sottocutanea non è prevista nelle schede tecniche dei

farmaci principalmente utilizzati in ambito palliativo, anche se largamente utilizzata in modo corrente e documentata a livello internazionale nel campo delle cure palliative da decenni.

Oltre alla via sottocutanea, la terapia al bisogno rappresenta un altro “must” delle cure palliative. Ciò implica la necessità di prevedere una terapia aggiuntiva sia per la possibile recrudescenza di un sintomo per il quale è già stata avviata regolare terapia, sia la possibilità di comparsa di altri sintomi sulla base delle probabilità cliniche del singolo paziente.

Dispnea

La dispnea rappresenta uno dei principali sintomi nei pazienti COVID-19 ospedalizzati ed in fase più critica [7, 23] e l'insufficienza respiratoria è stata la complicanza più frequentemente osservata ad oggi in assoluto in Italia, presente nel 93.7% dei casi. [5] L'intervallo temporale mediano di insorgenza della dispnea dalla comparsa dei primi sintomi è risultato essere di 5 giorni, con possibile evoluzione in ARDS Acute Respiratory Distress Syndrome nel corso di un tempo mediano di ulteriori otto giorni. [24]

In accordo con l'approccio delle cure palliative, la presenza e l'intensità della dispnea è basata prioritariamente su ciò che viene riferito dal paziente, ossia sulla percezione soggettiva della stessa, piuttosto che sui livelli di saturazione dell'ossigeno [10].

La valutazione della dispnea avviene quindi in primo luogo richiedendo al paziente in merito alla presenza ed intensità della fatica respiratoria, nonché alle condizioni di comparsa



La quantificazione dell'intensità della dispnea può essere fatta semplicemente utilizzando la Numerical Rating Scale NRS

o di deterioramento della stessa, unitamente ai segni obiettivi di dispnea (difficoltà a parlare, incremento della frequenza respiratoria, reclutamento dei muscoli accessori, ecc [10]).

La quantificazione dell'intensità della dispnea può essere fatta semplicemente utilizzando la Numerical Rating Scale NRS, in analogia a quanto in uso per il dolore, domandando al paziente, se fattibile od opportuno, di attribuire un “voto” da 0 a 10 alla propria dispnea.

Trattamento farmacologico della dispnea

Oppiacei

Gli oppiacei rappresentano da anni il trattamento farmacologico di riferimento per la palliazione della dispnea nelle patologie cronico-degenerative in fase avanzata e la morfina rappresenta il farmaco di prima scelta in assenza di importante compromissione renale [25-28].

Pur non essendo contemplata ufficialmente tale indicazione in scheda tecnica, l'uso della morfina per il controllo della dispnea è pratica comune a livello internazionale ed è stato attivato un tavolo di lavoro presso l'AI-FA per il suo uso off-label in cure palliative, unitamente ad altri di comune impiego. [29]

Nonostante al momento attuale non esistano specifiche evidenze nei pazienti COVID-19, l'uso di basse dosi di oppiacei è comunque stato raccomandato anche in queste persone per il trattamento della dispnea severa non rispondente ai trattamenti specifici [7], senza il rischio di rilevante depressione respiratoria, compromissione dell'ossigenazione o incremento della concentrazione di CO₂. [30] Risulta comunque sempre necessaria



in ogni caso un'attenta valutazione delle condizioni individuali del paziente, l'esclusione di altre possibili cause scatenanti la dispnea, nonché il monitoraggio e la prevenzione e/o correzione dei potenziali effetti collaterali ad es. nausea iniziale e stipsi, con la necessità di rimodulazione o sospensione del trattamento in caso di franchi segni di intolleranza agli oppiacei che possono talvolta comparire anche per basse dosi.

Qualora il paziente non abbia mai assunto oppiacei c.d. "naïve" e sia in grado di assumere terapia orale, la morfina solfato a rilascio immediato in gocce rappresenta il farmaco di riferimento per l'avvio della terapia e la titolazione della dose efficace [10, 31].

La dose di inizio della terapia per il controllo della dispnea è in genere inferiore dal 50 al 75% circa [11] rispetto a quella utilizzata per il controllo del dolore ed il dosaggio raccomandato è di 2,5 – 5 mg per os [7, 19, 26] da somministrarsi inizialmente al bisogno e, se richiesto, ripetibile con un intervallo minimo di quattro ore fra una somministrazione e l'altra.

In caso di scarso beneficio sul sintomo sarà necessario valutare un incremento progressivo del dosaggio prescritto del 30-50% [31].

Nei pazienti anziani, fragili o con funzionalità renale compromessa è inoltre consigliabile iniziare dal dosaggio più basso, con un eventuale allungamento a sei ore dell'intervallo di somministrazione.

La somministrazione per via parenterale diventa ovviamente obbligata qualora il paziente non sia in grado di deglutire per qualsiasi motivazione, e la somministrazione della mor-

fine può avvenire per via endovenosa o sottocutanea.

In caso di terapia parenterale in pazienti naïve il dosaggio iniziale è 1-2,5 mg di morfina cloridrato SC o EV al bisogno in caso di dispnea, ripetibile dopo quattro ore.

Qualora poi il paziente richieda più di tre volte nelle 24 ore la somministrazione di terapia al bisogno per il controllo della dispnea, sia per os che parenterale, dovrà essere valutato il passaggio ad una somministrazione regolare della morfina ogni 4 ore.

In alternativa la dose totale di morfina necessaria al controllo del sintomo nelle 24 ore potrà essere somministrata per os in due tempi utilizzando le formulazioni a rilascio prolungato ogni 12 ore [32] oppure per via parenterale avviando un'infusione continua nelle 24 ore.

L'infusione continua di morfina cloridrato può anche rappresentare la scelta terapeutica di elezione per il controllo della dispnea anche nel paziente in grado di assumere terapia per os al fine di assicurare una dose di farmaco regolare nelle 24 ore e ridurre la necessità di somministrazioni programmate da parte del personale di assistenza o *care giver*.

Nel contesto domiciliare o residenziale, setting nei quali risulta spesso rara la disponibilità di elastomeri o pompe infusionali, l'infusione continua potrà essere realizzata diluendo il dosaggio totale della morfina cloridrato necessario nelle 24 ore in Sol. Fisiologica 250 cc con una velocità di infusione di 111 ml/h tramite gocciolatore. In caso di infusione per via sottocutanea potrebbe tuttavia essere necessario, in considerazione della possibile irregolarità di deflusso in assenza di pompe infusionali, utiliz-

zare Sol. Fisiologica 500 cc con una velocità di infusione di 21 ml/h ca. 7 gocce al minuto.

In caso invece di pazienti che già assumano in modo regolare terapia con oppiacei a scopo antalgico pazienti non- naïve senza un parallelo adeguato controllo della dispnea, dovrà essere valutato un incremento del 25% del dosaggio già in atto. [7, 19, 33]

Anche nel caso di avvio di somministrazione regolare di morfina nelle 24 ore dovrà comunque essere sempre prevista e prescritta una terapia al bisogno da utilizzarsi in caso di ricomparsa o aggravamento della dispnea. È importante ricordare che il dosaggio di morfina per la terapia al bisogno è sempre proporzionale alla dose totale nelle 24 ore e può andare da un decimo ad un sesto della stessa, da somministrare sempre osservando un intervallo minimo di quattro ore. [7, 10, 31]

Altro elemento cruciale nel corso di terapia con oppiacei è la prevenzione ed il controllo dei possibili effetti collaterali che sono rappresentati principalmente dalla nausea, spesso transitoria, e dalla stipsi. Nel caso della nausea potrà essere in queste situazioni necessario prevedere una terapia al bisogno con antiemetici, mentre per la stipsi dovrà essere prescritta una terapia lassativa con macrogol e/o senna da associare regolarmente alla terapia con oppiacei.

Benzodiazepine

Nel caso di dispnea refrattaria o non completamente controllata dagli oppiacei, particolarmente nei pazienti con importante distress ed ansia, potrà essere considerato a fini palliativi l'utilizzo delle benzodiazepine [34],



Elemento cruciale nel corso di terapia con oppiacei è la prevenzione ed il controllo dei possibili effetti collaterali

Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

anche in associazione agli oppiacei [26]

Il loro utilizzo è risultato in particolare raccomandato nei casi critici di COVID-19 con dispnea importante nonostante il trattamento ottimale delle cause [7]

Le benzodiazepine di maggior utilizzo per il controllo della dispnea in questi contesti sono il lorazepam ed il midazolam con dosi rispettivamente di 0,5-1 mg ogni 6-8 ore per os e di 2,5-5 mg ogni 4 ore sottocute [26]

Ossigeno

La terapia con ossigeno è normalmente prescritta nei contesti ospedalieri a pazienti COVID-19 sintomatici ed è in grado di controllare la dispnea nei casi con ipossiemia. [10, 35, 36], mentre non sembrano esserci evidenze in assenza della stessa sul controllo della fatica respiratoria in questi specifici pazienti [37].

La somministrazione di ossigeno a pazienti con COVID-19 sintomatici per dispnea è stata quindi raccomandata con saturazione di ossigeno inferiore al 90% [7].

Nel paziente morente potrà essere valutata una progressiva riduzione scalare della terapia con ossigeno, sempre a condizione che il paziente non mostri segni di sofferenza.

Potrà in questi contesti essere considerato anche l'utilizzo della via nasale, modalità di somministrazione in grado di assicurare maggior comfort ed in genere maggiormente tollerata rispetto alla maschera [10].

Trattamento non farmacologico

Accanto ai trattamenti farmacologici risultano importanti alcuni accorgimenti per consentire la riduzione della percezione della dispnea da parte

del paziente.

Oltre ad assicurare una buona circolazione dell'aria all'interno della stanza, è fondamentale garantire al paziente la posizione di maggior comfort possibile ai fini del controllo della dispnea, in genere con il busto sollevato in posizione semiseduta.

Anche l'illuminazione dell'ambiente è in grado di giocare un ruolo nella complessa gestione di queste condizioni, essendo spesso sia le luci troppo intense che ovviamente il buio, in grado di influenzare l'ansia e la paura legate alla percezione della fatica respiratoria.

Risultano inoltre fondamentali le modalità relazionali messe in atto con il paziente sia da parte degli operatori sanitari sia dei familiari, se al domicilio, modalità che dovranno essere improntate alla calma ed alla rassicurazione.

Febbre

Nei pazienti con infezione sintomatica da SARS-CoV2 la febbre è un sintomo di frequente riscontro che compare generalmente dopo circa 5 giorni dall'esposizione al virus [19].

Non esistono tuttavia ad oggi evidenze specifiche in merito al trattamento della febbre nei pazienti COVID-19. Il trattamento antipiretico di riferimento prevede l'utilizzo del paracetamolo ai dosaggi abituali da 500 mg a 1 gr, con un dosaggio massimo inferiore ai 3-4 gr totali nelle 24 ore.

In caso di inefficacia o intolleranza al paracetamolo, il metamizolo può in alcuni casi essere considerato una seconda scelta, con un dosaggio di 500 mg massimo quattro volte al giorno [38].

Nei pazienti COVID-19 esistono ancora ad oggi importanti dubbi sull'in-

dicazione all'uso di FANS per il controllo di sintomi acuti come la febbre, non essendoci ancora sufficienti evidenze in merito al loro effetto od ai possibili outcome a lungo termine [39].

Tosse

Come per la febbre, anche per la tosse non sono ancora disponibili studi specifici in merito al suo trattamento nei pazienti COVID-19.

Analogamente agli altri sintomi, anche la presenza di tosse andrà valutata nella specificità del caso, considerando, oltre al COVID-19, le comorbilità del paziente nonché la possibili altre cause sopravvenute ed eventualmente modificabili. es. sovrainfezione batterica, BPCO, MRGE, ecc.

Il trattamento più frequentemente utilizzato nel caso di tosse disturbante da COVID-19 è risultato essere la diidrocodina, con un dosaggio di 8 - 10 mg 24 -30 gtt ca per os al bisogno, massimo 3-4 volte al giorno [19].

Nel caso di tosse persistente o refrattaria alla codeina, la morfina solfato a rilascio immediato può rappresentare un farmaco di seconda scelta, con un dosaggio di 2,5-5 mg 2 - 4 gtt per os al bisogno, ripetibile non prima di 4 ore. [19]

Come in tutte le situazioni in cui sia necessario avviare una terapia con oppiacei, anche in questi casi andrà prevista e corretta la possibile insorgenza di effetti collaterali quali iniziale nausea, stipsi, rallentamento.

Dolore

Il dolore non rappresenta uno dei sintomi principalmente descritti nei pazienti COVID-19. Sono descritte tut-



Fondamentali le modalità relazionali messe in atto con il paziente sia da parte degli operatori sanitari sia dei familiari, modalità che dovranno essere improntate alla calma ed alla rassicurazione



tavia mialgie e cefalea in alcuni pazienti.

Il trattamento antalgico in queste situazioni dovrebbe prevedere principalmente il paracetamolo ai dosaggi standard come primo livello, con eventuale avvio di oppiacei a basse dosi, da soli o in associazione, in caso di persistenza del sintomo.

In rari casi 2,3 % il dolore nei pazienti COVID-19 può assumere caratteristiche di tipo neuropatico ed è descritto l'impiego a tal fine del gabapentin. [40]

Come per l'ipertermia, anche in questo caso l'utilizzo di FANS a scopo antalgico appare controverso.

Sintomi gastro-enterici

La sintomatologia gastro-intestinale, principalmente vomito e diarrea, può essere presente in una percentuale che è stata variamente descritta dal 16% [41] al 51% [42] a seconda degli studi. È peraltro interessante rilevare che la presenza di diarrea e vomito è stata inversamente associata al rischio di deterioramento clinico [43].

Per le conoscenze ad oggi acquisite, il trattamento dei sintomi gastrointestinali è principalmente di tipo supportivo. [44] Il trattamento della diarrea dovrebbe comunque essere in questi casi prevalentemente limitato al ripristino dell'idratazione e della normale flora microbica, anche per prevenire potenziali sovrainfezioni batteriche a livello intestinale [45]. In caso di nausea/vomito è necessario in primo luogo escludere la presenza di altre cause, in particolare la presenza di stipsi ostinata o il concomitante uso di oppiacei. Fra i farmaci ad antiemetici la scelta si orienta prevalentemente su metoclopra-

mide anche per la prevenzione in caso di terapia con oppiacei, ondansetron o aloperidolo a seconda delle specificità cliniche del paziente. [38, 47, 48]

Agitazione/Delirium

Il carico di sofferenze fisiche e psicologiche subito da questi pazienti, in particolar modo se anziani e fragili, può spesso esitare in forme di agitazione e talvolta di delirium.

Questo aspetto può diventare particolarmente critico nei pazienti COVID-19 assistiti nelle strutture residenziali, dove, accanto all'ansia legata alla dispnea ed alla paura della morte, si associano l'isolamento ed il distacco dai familiari, nonché l'alterazione e spersonalizzazione delle interazioni umane date dal necessario utilizzo di dispositivi di protezione individuale sia da parte del personale assistenziale che del paziente.

Prima di avviare un trattamento farmacologico per l'agitazione o il delirium, vanno tuttavia considerate ed escluse le possibili altre cause dello stesso, quali, ad esempio, una concomitante terapia steroidea, maggiormente nell'anziano, l'effetto paradossale di una eventuale parallelo trattamento con benzodiazepine, oppure la ritenzione urinaria o la stipsi. Queste ultime dovranno in particolar modo essere monitorate e prevenute in caso di terapia con oppiacei e nel paziente con possibilità di interazione ridotta o assente, mettendo in atto gli interventi opportuni in caso di loro comparsa.

Il trattamento farmacologico dell'irrequietezza o agitazione ingravescente in questi contesti prevede l'uso delle benzodiazepine ed in particolar modo del midazolam 2.5 - 5mg EV o

SC, da somministrarsi inizialmente al bisogno e ripetibile dopo 4 ore, con la necessità di considerare l'avvio di infusione continua in caso di persistenza del disturbo [31], eventualmente in associazione alla morfina [48]. In assenza di midazolam potrà essere considerato in alternativa il delorazepam.

Nel caso di concomitanza di sintomi psicotici potrà essere necessario avviare l'aloiperidolo che ha rappresentato il farmaco di scelta nel delirium in condizioni di terminalità da patologie cronico-degenerative [10, 11, 49, 50], da solo od in associazione al midazolam, anche se le evidenze ad oggi disponibili sono ancora insufficienti o contraddittorie [51].

Il dosaggio di aloperidolo consigliato in letteratura in queste situazioni è di 0,5-1 mg al bisogno per os o per via parenterale.

Va rammentato che l'uso dell'aloiperidolo per via endovenosa è vietato in Italia ed è formalmente autorizzata unicamente la somministrazione per via orale o intramuscolare. Nella prassi nazionale ed internazionale delle cure palliative è tuttavia consolidato l'utilizzo *off-label* della via sottocutanea anche per la somministrazione dell'aloiperidolo [29].

La sedazione palliativa

Qualora dovessero persistere, nonostante i trattamenti messi in atto, sintomi refrattari alla terapia ed il paziente risulti ancora sofferente per la dispnea e/o l'agitazione, /delirium, dovrà essere considerato, specialmente nelle condizioni di fine vita, l'avvio della sedazione palliativa allo scopo di ridurre il livello di coscienza con l'intento di assicurare sollievo dalla sofferenza [8].



Prima di avviare un trattamento farmacologico per l'agitazione il delirium, vanno considerate ed escluse le possibili altre cause dello stesso

Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

Con sedazione palliativa si intende “la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario” [52]

Il farmaco di prima scelta per la sedazione palliativa anche per il paziente con COVID-19 è il midazolam [19, 28, 52], per la sua facilità nella titolazione grazie alla rapidità d'azione e breve emivita.

Altri farmaci frequentemente utilizzati in alternativa al midazolam per la sedazione palliativa nelle malattie cronico-degenerative in fase terminale sono la clorpromazina, la promazina ed il diazepam.

La levomepromazina, nonostante sia raccomandato in Olanda e Spagna come farmaco di seconda scelta per la sedazione [28], non risulta invece consigliabile per la sua difficoltà di gestione [53] specialmente in ambito territoriale.

L'avvio della sedazione prevede la titolazione della dose di midazolam necessaria a raggiungere il grado di riduzione della coscienza utile per il controllo della sintomatologia. L'induzione viene fatta iniziando da basse dosi di farmaco 2,5-5 mg ev o SC progressivamente incrementabili in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Nei contesti assistenziali territoriali il mantenimento della sedazione, in assenza di elastomeri o pompe infusionali, può essere generalmente attuato avviando una infusione continua, EV o SC, di una dose di midazolam mediamente variabile fra i 30 e

70 mg nelle 24 ore [52] diluita in Sol. Fisiologica 250 cc a 11 ml/h o in SF 500 cc a 21 ml/h se in sottocute. Qualora l'infusione continua non sia una soluzione percorribile, sarà necessario prevedere la somministrazione di boli di Midazolam SC/EV ad intervalli regolari, in genere di 4 ore.

Un evento di frequente comparsa nel paziente morente è il rantolo, spesso non percepito dallo stesso, ma tuttavia in grado di logorare e destabilizzare ulteriormente i familiari quando presenti accanto al paziente.

Per ridurre il loro disagio, oltre agli interventi di rassicurazione in merito all'assenza di sofferenze da parte del loro congiunto, potranno essere messi in atto alcuni interventi finalizzati al contenimento del rantolo attraverso un adeguato posizionamento del paziente, la riduzione della quantità di liquidi eventualmente infusi e l'av-

vio di farmaci anticolinergici, in particolare la butilscolamina o N-butilbromuro di joscina ad una dose di 10-20 mg SC o EV o, se reperibile, la scopolamina transdermica. Nonostante non esistano chiare evidenze in merito alla sua efficacia, il suo utilizzo è largamente diffuso a questo scopo nell'ambito delle cure palliative a livello mondiale [54] ed è oggetto, fra gli altri, del lavoro di un Tavolo Tecnico SICP-AIFA sull'uso dei farmaci per le Cure Palliative *off-label* [29].

Nel caso del paziente sedato ed in fine vita, dovrà inoltre essere valutata l'appropriatezza del mantenimento di tutte le procedure e gli interventi non strettamente necessari a garantire il comfort del paziente o la somministrazione dei farmaci essenziali. [55]

La tutela degli operatori

Anche se apparentemente implicito, è comunque bene rammentare ancora l'importanza e la necessità di utilizzo da parte di tutti gli operatori sanitari, nel caso di contatto con i pazienti COVID-19, dei dispositivi di protezione individuale idonei, nonché della messa in atto di tutte azioni finalizzate al contenimento del contagio distanziamento fisico, sanificazione, ecc, secondo le indicazioni degli Organismi competenti, in particolare nei contesti extrasanitari e specialmente in ambito domiciliare. [8] Si ritiene inoltre raccomandabile lo screening degli operatori professionalmente esposti al contatto con i pazienti COVID-19, da attuare con periodicità modulata al rischio di esposizione sulla base di protocolli di sorveglianza sanitaria definiti e formalizzati.

Accanto alle misure preventive relative alla componente infettiva, la tutela degli operatori

deve essere rivolta anche alla componente psicologico-emotiva degli stessi, spesso travolta in questi contesti pandemici da importanti carichi di sofferenza in pazienti e familiari, carichi talvolta pesanti da gestire ed in grado di incidere non solo sul “benessere” dei curanti, ma potenzialmente anche sulle loro performance assistenziali e relazionali.

Nella speranza che possano essere disponibili servizi di supervisione dedicati, nei frangenti talvolta tumultuosi dell'epidemia in atto l'unico supporto realisticamente possibile sembra essere quello fornito dal confronto fra pari attraverso la condivisione dei comuni vissuti, strategia spesso efficace e che permette il passo fondamentale per il riconoscimento delle emozioni, ossia la verbalizzazione delle stesse.



BIBLIOGRAFIA

- 1 Radbruch L, Knauth FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunamis of suffering. *The Lancet* 2020; 395: 1467-1469.
- 2 Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clin Med Lond* 2020
- 3 Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action. *J Pain Symptom Manage* 2020.
- 4 World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva 2018
- 5 ISS-Epicentro. Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Aggiornamento del 18 novembre 2020 At https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_18_novembre.pdf Acc. 21/11/2019
- 6 Flaxman S, Mishra S, Gandy A, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature* 2020
- 7 Janssen DJA, Ekström M, Currow DC, et al. COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. *Eur Respir J* 2020; 56: 2002583 [https://doi.org/10.1183/13993003.02583-2020].
- 8 Gruppo di lavoro SICP – FCP : Gobber G, Antonione R, Orsi L, Peruselli C, Pizzuto M, Moroni L, Bastianello S, De Angelis M, Campo A, Castelli E. RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE DURANTE UNA PANDEMIA. Ottobre 2020. At: https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/10/FCP-SICP-COVID_def_con-immagine-1.pdf
- 9 Governo Italiano. Legge 15 marzo 2020, n. 38 : Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, G.U. Serie Generale , n. 65 del 19 marzo 2020
- 10 Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19 . *BMJ* 2020;370:m2710 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2710> Published: 14 July 2020
- 11 Hendin A, La Rivière CG, Willisroft DM, et al. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection such as COVID-19. *CJEM* 2020:1-4
- 12 Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, et al. Utility of the “surprise” question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:1379-8
- 13 Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the center to advance palliative care. *J Palliat Med.* 2011;141:17
- 14 Mannix K. With the End in Mind. How to Live and Die Well . Collins, 2018.
- 15 Ingravallo F, Riccioni L, Forti G, Zagrebelsky V, Mazzon D, Grasselli G et al .SIAARTI-SIMLA. Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da COVID-19. At: <https://snlg.iss.it/?p=3272>
- 16 Governo Italiano. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018
- 17 Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM Cure palliative. Direttive medico-etiche dell'ASSM 2006, adeguamento 2013: p. 12 At: <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html> . Acc. 29/10/2020.
- 18 Gruppo di lavoro intersocietario “COMUNICOVID” [SIAARTI, ANIARTI, SIMEU, SICP] COMUNICOVID - Position Paper Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento – Ver. 01. Pubblicato il 18.04.2020 , *Recenti Prog Med* 2020; 111: 357-367
- 19 NICE guideline. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms including at the end of life in the community NG163 - 3 April 2020 Last updated 13 October 2020 At: www.nice.org.uk/guidance/ng163
- 20 COVID-19 Surveillance Group. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy. Report based on available data on March 26th, 2020. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_26_marzo_eng.pdf.

Linee di indirizzo per le cure palliative “di base” nei pazienti con COVID-19

In assistenza domiciliare o residenziale

- 21 AA.VV. Somministrazione di farmaci per via sottocutanea. Informazioni sui Farmaci, Anno 2007, n. 2 At: <http://www.informazionisuifarmaci.it/somministrazione-di-farmaci-per-via-sottocutanea>. Acc. 20/11/2020
- 22 Morichon E. Guide pour l'Administration de Médicaments par Voie Sous-Cutanée. Bulletin d'Information du médicament et de pharmacovigilance 2006; 128.
- 23 Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, Marsh L, Higginson LJ, Prentice W, Edmonds P, Sleeman KE. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2020.
- 24 Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020;323:1061-9. doi: 10.1001/jama.2020.1585 pmid: 32031570
- 25 Qaseem A., Snow V, Shekelle P, Casey Jr DE., et al. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians, *Annals of Internal Medicine* 15 January 2008
- 26 [M. Kloke & N. Cherny, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines *Annals of Oncology* 26 Supplement 5: v169–v173, 2015 doi:10.1093/annonc/mdv306
- 27 Ekström M, Nilsson F, Abernethy AA, Currow DC. Effects of opioids on breathlessness and exercise capacity in chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Am Thorac Soc* 2015;12:1079-92. doi: 10.1513/AnnalsATS.201501-034OC pmid: 25803110
- 28 Hasselaar J, Vissers K, Mercadante S, Centeno C, et al. Palliative Sedation Consortium. Palliative sedation in the context of COVID-19: Expert opinions from the Palliative Sedation project. Posted on April 20, 2020. At: <https://eapcnet.wordpress.com/2020/04/20/palliative-sedation-in-the-context-of-covid-19-expert-opinions-from-the-palliative-sedation-project/>
- 29 Tavolo Tecnico di Lavoro sull'uso dei farmaci per le Cure Palliative off-label composto dalla Società Italiana di Cure Palliative SICP e dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Farmaci Off-Label in cure palliative CP per la popolazione adulta. Proposta di immissione nell'elenco dei medicinali istituito con la L. 648/96 di farmaci utilizzati off-label nell'ambito delle Cure Palliative CP marzo 2018 At: <https://www.aifa.gov.it/documenti-condivisi-con-società-scientifiche>
- 30 Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–e68.
- 31 Bernardo M, Gapp K, De Donà C, Gamper G, Zamperetti N, Ferrandi E. Raccomandazioni per il trattamento dei pazienti affetti da COVID-19 che necessitano di cure palliative. La presa di posizione delle Società Tedesche di Medicina Palliativa e di Pneumologia. *Quali indicazioni per la realtà italiana?* *RICP* 2020; 22: 77-81
- 32 Abernethy AP, Currow DC, Frith P et al. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 2003; 327: 523–528.
- 33 Allard P, Lamontagne C, Bernard P, Tremblay C. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 256–265
- 34 Simon ST, Higginson LJ, Booth S, et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 10: CD007354
- 35 Ekstrom M, Ahmadi Z, Bornefalk-Hermansson A, et al. Oxygen for breathlessness in patients with chronic obstructive pulmonary disease who do not qualify for home oxygen therapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD006429
- 36 Bajwah S, Wilcock A, Towers R, et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *EurRespir J* 2020; 55: 200081



- 37 Allsop M, Ziegler L, Fu Y, Rudd S, Bennett MI; Oxford COVID-19 Evidence Service Team. Is oxygen an effective treatment option to alleviate the symptoms of breathlessness for patients dying with COVID-19 and what are the potential harms? *CEBM*, 2020. At: <https://www.cebm.net/covid-19/is-oxygen-an-effective-treatment-option-to-alleviate-the-symptoms-of-breathlessness-for-patients-dying-with-covid-19-and-what-are-the-potential-harms/>.
- 38 Kunz R, Minder M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20235
- 39 NICE guideline. COVID-19 rapid evidence summary: acute use of non-steroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs for people with or at risk of COVID-19. Evidence summary [ES23]. 14 april 2020. At <https://www.nice.org.uk/advice/es23/evidence>
- 40 Aksan F, Nelson EA, Swedish KA. A COVID-19 patient with intense burning pain. *J. Neurovirol. Pub. Online* 10 Aug 2020. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00887-4>
- 41 Luo S, Zhang X, Xu H. Don't Overlook Digestive Symptoms in Patients With 2019 Novel Coronavirus Disease COVID-19. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;187:1636. Epub 2020 Mar 20.
- 42 Pan L, Mu M, Yang P et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China: A Descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study. *Am J Gastroenterol*. 2020;115:766.
- 43 Aghemo A, Piovano D, Parigi TL et al. COVID-19 Digestive System Involvement and Clinical Outcomes in a Large Academic Hospital in Milan, Italy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2020;18:2366–2368
- 44 El Ouali S, Achkar JP, Lashner B, et al. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* June 2020, DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc049>
- 45 Gao QY, Chen YX, Fang JY. 2019 Novel coronavirus infection and gastrointestinal tract. *J Dig Dis*. 2020;213:125–126. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12851>
- 46 CAPC Centre to Advance Palliative Care. Symptom Management: COVID-19 Prescribing Guidance At: <https://www.capc.org/covid-19/symptom-management-covid-19-prescribing-guidance/>
- 47 AUSL-IRCSS Reggio Emilia, Unità Cure Palliative. Manuale per la valutazione e la gestione dei bisogni di cure palliative nei pazienti affetti da COVID-19. At: https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/AUSL-IRCSS-RE_Valutazione-e-gestione-bisogni-di-CP-nei-pz-COVID-19.pdf
- 48 Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, et al. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:38-47. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.009 pmid: 16442481
- 49 Calgary and Edmonton Zones PEOLC Program Symptom Management for Adult Patients with COVID-19 Receiving End-of-Life Supportive Care Outside of ICU. April 23, 2020 • *Seniors Health, Palliative and End of Life Care*
- 50 Jackson EC, Lipman AG. Drug therapy for delirium in terminally ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD004770.
- 51 Finucane AM, Jones L, Leurent B, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jan 21;11:CD004770. doi: 10.1002/14651858.CD004770.pub3. PMID: 31960954; PMCID: PMC6984445.
- 52 Raccomandazione della SICP sulla sedazione terminale/palliativa. 2006. At: <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2006/10/raccomandazioni-della-sicp-sulla-sedazione-terminale-sedazione-palliativa>
- 53 Istituto Oncologico della Svizzera Italiana. Sedazione palliativa I-CURPAL-024 rev. 2013 At: www.eoc.ch/pallclick/cure-di-fine-vita/sedazione
- 54 Wee B, Hillier R. Interventions for noisy breathing in patients near to death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD005177.
- 55 Baillie J, Anagnostou D, Sivell S, et al. Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliat Care*. 2018;1760:1-13. doi:10.1186/s12904-018-0314-4



Sumai

ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org





Quotidiano on line di informazione sanitaria

Quotidiano on line

**Il primo quotidiano on line
interamente dedicato
al mondo della sanità.**

quotidiano **sanità.it**

**Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale e regionale,
economia e legislazione.**

**Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi e commenti
dal mondo della sanità.**



www.quotidianosanita.it

Utenti unici
1,2 MLN
Pageviews
1,4 MLN
Dati da
Google Analytics
dell'ultimo mese

QSe

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.