



# FADOI

## SCHEDE PRATICHE

PER LA GESTIONE CLINICA

---

**COVID-19**

*Cure Palliative e Fine vita*

A cura dell'Esecutivo Nazionale FADOI  
Hanno collaborato: Giuseppe Civardi; Raffaella Bertè

Rev. 1 | 12 giugno 2020



**FADOI** - SOCIETA' SCIENTIFICA  
DI MEDICINA INTERNA

## Premesse

La pandemia da Coronavirus COVID 19 ha colpito duramente a livello mondiale tutti i Paesi, indipendentemente dal loro livello di sviluppo economico, devastando intere popolazioni e causando un grande numero di vittime. Anche nei Paesi tecnologicamente più avanzati, i sistemi sanitari sono stati sottoposti ad una prova durissima, legata alla palese insufficienza di risorse (personale, posti letto in terapia intensiva, dispositivi di protezione individuale, etc.) a fronte del grandissimo sovraccarico di pazienti che giungevano in emergenza nei pronti soccorsi. Questo vero e proprio “tsunami di sofferenza e di morte”<sup>1</sup>, non ha risparmiato il personale sanitario impegnato nella dura lotta contro la malattia, lasciando sul campo numerosi medici, infermieri e personale sanitario e di supporto.

In questa gravissima emergenza la medicina interna ha dato un supporto enorme e fondamentale (ed anche poco riconosciuto e valutato) facendosi prevalentemente carico dei pazienti più fragili, anziani, multi-patologici, ritenuti non idonei ad un supporto respiratorio di tipo intensivo/invasivo. E ‘superfluo ricordare che proprio questa tipologia di pazienti ha pagato il prezzo più elevato, con tassi di mortalità particolarmente alti.

È toccato quindi anche e soprattutto alla medicina interna misurarsi direttamente con le problematiche di sofferenza fisica e psicologica presentate da questa particolare popolazione: inoltre le restrizioni necessarie per prevenire il diffondersi del contagio hanno privato questi pazienti della presenza e del conforto dei familiari, specialmente negli ultimi giorni di vita, contribuendo in modo importante all’aggravarsi della situazione. Infine, ciò ha determinato un cortocircuito anche nei congiunti dei degenti, a loro volta privati della possibilità di vedere e confortare i loro cari nel percorso di fine vita, anche perché spesso sottoposti a quarantena precauzionale loro stessi.

Di qui la necessità da parte degli internisti di rinforzare o acquisire le competenze in ambito palliativistico e della gestione del fine vita: un valido aiuto è venuto dai Colleghi palliativisti, anch’essi particolarmente coinvolti nel controllo dei vari sintomi e nella gestione dei pazienti terminali, con interessanti esperienze riportate anche su riviste scientifiche di medicina interna<sup>2</sup>. In un interessante lavoro poi<sup>3</sup>, è stata proposta la fornitura da parte delle Cure Palliative di un “Palliative Care Pandemic Pack” d’emergenza distribuito ai clinici impegnati nella gestione dei pazienti COVID. Da qui il tentativo da parte nostra di fornire ai Colleghi Internisti in questa semplice scheda un supporto pratico che possa essere loro di aiuto nell’attività quotidiana.

## Punti focali

In base a quanto esposto nelle premesse, riteniamo indispensabile concentrarsi su alcuni punti focali che dovrebbero fungere da idee guida sulle quali costruire tutte le strategie di approccio ai pazienti in condizioni avanzate o terminali<sup>4</sup>. Queste idee guida sono mutate direttamente dai principi informativi che fondano l’attività di Cure Palliative e che ci vengono in aiuto dovendoci occupare di pazienti con livelli di sofferenza elevati, con possibilità terapeutiche attive sulla malattia molto limitate e spesso avviati ad un percorso di fine vita.

- 1. Alleviare i sintomi:** Oltre a fornire tutti i presidi terapeutici che possono essere utili per controllare il decorso della malattia, ogni sforzo deve essere fatto per controllare i diversi sintomi che possono comparire nel decorso della stessa<sup>5</sup>. La dispnea è sicuramente uno dei sintomi che più compromette la qualità di vita dei pazienti e, oltre alle usuali misure (ossigenoterapia, miglioramento della postura e del comfort del paziente, rassicurazione, etc.) può essere richiesto un trattamento farmacologico con oppiacei a basse dosi: gli stati di ansia ed agitazione possono richiedere l'utilizzo di benzodiazepine a durata d'azione breve o media ed il delirium l'utilizzo di antipsicotici. In caso di aumento delle secrezioni tracheo-bronchiali potranno essere utilizzati anticolinergici.  
Da evitare la bronco-aspirazione, particolarmente fonte di ulteriore sofferenza. Anche i sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea) possono richiedere gli usuali trattamenti sintomatici
- 2. Centrare l'assistenza sui bisogni del paziente:** questo può essere difficile soprattutto per gli specialisti di branca, generalmente abituati a finalizzare le proprie cure alla guarigione o comunque al trattamento della malattia specifica, mentre per l'internista, abituato a valutare il paziente nel suo complesso, in modo olistico, ritardare il proprio intervento sui bisogni del malato non dovrebbe costituire una difficoltà. Particolarmente in questo stadio la volontà del paziente sul proseguire o no un determinato trattamento diventa più importante ed ogni decisione terapeutica deve essere preventivamente condivisa. Anche il ruolo dei familiari, purtroppo penalizzato dalle necessarie restrizioni è importante e dovrebbe essere valorizzato.
- 3. Occuparsi delle sofferenze psichiche e sociali del paziente e dei suoi familiari:** ogni grave malattia genera sia nel paziente che nei suoi familiari un disagio psicologico più o meno importante: in molti casi, questo disagio genera sofferenza, che può esprimersi in modi diversi, specie in chi è più vicino al paziente. Rabbia, frustrazione, ansia, depressione, paura del futuro possono comparire isolatamente o insieme, in tempi diversi spesso generando anche conflittualità con i sanitari o all'interno del nucleo familiare. Se a ciò si aggiunge il disagio creato dalla impossibilità di vedere e assistere il proprio caro a volte anche per mesi, ci si rende conto di quanto un buon approccio relazionale e una grande empatia siano necessari in queste condizioni. Per ovviare all'isolamento del paziente possono essere messe in opera diverse strategie di contatto, utilizzando anche la tecnologia come telefonate, scambi di messaggi o meetings utilizzando la comunicazione via web. Un buon approccio relazionale aiuta anche nell'evitare la generazione di conflitti e a mantenere un clima più sereno anche per gli operatori<sup>6</sup>.
- 4. Avvalersi sempre dell'approccio multidisciplinare:** oggi le diverse competenze e professionalità devono confrontarsi ed interagire per contribuire ad ottenere il meglio per i pazienti. In particolare, l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale è fondamentale nella palliazione dove infermieri, psicologi, clinici e palliativisti sono chiamati ad uno sforzo ulteriore per confrontarsi una malattia terribile che, oltre a portare a morte i pazienti può colpire anche loro stessi. Uno dei comportamenti errati che dobbiamo imparare ad evitare è la presunzione dell'autosufficienza: nessuno può più fare tutto da solo, pena il cadere nell'autoreferenzialità o nel burnout.

# Raccomandazioni

## 1) CONTROLLO DEI SINTOMI

- a) **Dispnea:** È un sintomo soggettivo che il paziente ci comunica, il più frequente e disturbante<sup>7</sup>. Il distress respiratorio è un corteo di segni: agitazione psicomotoria, attivazione dei muscoli accessori, tachipnea, rumorosità. Ogni medico impegnato nella cura di questi pazienti dovrebbe sapere gestire al meglio il controllo di questo sintomo. Attuate tutte le usuali misure terapeutiche (ossigeno, cortisonici, etc.), il trattamento della dispnea refrattaria è basato sugli oppiacei: la morfina cloridrato è il farmaco di scelta e può essere somministrata per via parenterale, in infusione continua e/o bolo, e risulta efficace e maneggevole. Se il paziente è naive da oppiacei da 2,5 – 5 mg di morfina solfato ripetibile ogni ora sino al controllo del sintomo: la dose efficace può essere ripetuta 4 volte nella giornata sempre sottocute, oppure per infusione continua con pompa elastomerica in 24 ore. In caso di mancato controllo si possono aggiungere benzodiazepine (lorazepam 0,5 mg ogni 2-4 ore o midazolam 5 mg sc). Se il sintomo permane intrattabile si può prendere in considerazione la sedazione palliativa (vedi seguito)
- b) **Ipersecrezione bronchiale:** Anche in questo caso il trattamento comprende anticolinergici come butilbromuro di joscina (20 mg sc x 3-4 al dì) o scopolamina in cerotti o in fiale, 0,4 mg ogni 4 ore. Si sconsiglia l'utilizzo della bronco-aspirazione nei pazienti coscienti, molto disturbante.
- c) **Stato di agitazione/delirio:** In questi casi vengono consigliati gli antipsicotici come l'aloiperidolo 1 mg sc ogni 4 ore o l'aggiunta di benzidiazepine.
- d) **Dolore:** sintomo non molto frequente in questi casi, trattabile con gli oppiacei ai dosaggi sopra riportati.

## 2) GESTIONE DELLA RELAZIONE E DEL DISAGIO FAMILIARE

- a) È buona norma, dopo il primo contatto all'ingresso del paziente, fondamentale per stabilire una relazione positiva da subito, impegnarsi ad informare con telefonate quotidiane i familiari dell'andamento clinico del paziente: nel caso di pazienti fragili o anziani, se possibile stabilire il contatto audio tra paziente e familiari. Ogni contatto deve essere registrato in cartella riportando brevemente le informazioni fornite
- b) Molto utile si è rivelato anche l'utilizzo di tablet per stabilire contatti in video tra familiari e paziente.
- c) Nei casi comunque complessi, è bene mantenere anche la relazione con i familiari con incontri diretti protetti con il personale medico o infermieristico.

## 3) COLTIVARE E MANTENERE L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

- a) Mantenere il contatto con i Colleghi specialisti che hanno avuto in cura il paziente in precedenza e con il Medico di Medicina Generale: questo aiuta a non trascurare dettagli anamnestici o clinici che possono essere importanti e fa sentire il paziente che c'è intorno a lui colloquio e collaborazione per la sua salute
- b) Organizzare se possibile nei casi di disagio particolarmente evidente incontri con una psicologa per il paziente o per i familiari.
- c) Consultarsi con il palliativista che ci può aiutare nella gestione del paziente con sintomi difficili: l'apporto del palliativista è poi indispensabile nella decisione condivisa di iniziare una sedazione palliativa.
- d) Utilizzare sempre protocolli condivisi e discussi con le altre figure professionali coinvolte sia per la gestione dei sintomi sia per migliorare l'approccio relazionale con paziente e familiari.

## BIBLIOGRAFIA

1. Radbruch L., Knauth FM., De Lima L et al.; the Key role of palliative care to the COVID 19 tsunami of suffering. *Lancet*, 2020, vol 395, 1467-1468
2. Bertè R., Cassinelli D., Vignola V., et al.; Covid 19: The role of palliative care had to be adapted to manage this "ultra-emergency" *Thebmjopinion* <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/31/covid-19-the-role-of-palliative-care-had-to-be-adapted-to-manage-this-ultra-emergency/>
3. Ferguson L., Barham D.: Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service response to Planning the Covid 19 Pandemic. *J. Pain Sympt. Manag.*: 2020, in press
4. Feder S., Akgun KM., Shulman-Green D.: Palliative care strategies offer guidance to clinicians and comfort for COVID 19 patients and families- *Heart and Lung*, 2020, in press
5. Mottiar M., Hendin A., Fischer I et al.: End of life care in patients with highly transmissible respiratory virus for COVID 19. *Canad. J. Anesthesiol.*, 2020 published on line: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01699-0>
6. COMUNICoVid – Position Paper SIAARTI, Aianiarti, SCP, SIMEU: Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento, <https://www.sicp.it/aggiornamento/linee-guida-bp-procedures/2020/04/pandemia-covid-19-comunicovid/>
7. Slawnych MP.: Management of dyspnea at the end of life, *CMAJ*, 2020, 192,20; E550