



LE CURE PALLIATIVE “DOPO IL COVID”: DI CHE COSA SI PUÒ O NON SI PUÒ FARE A MENO

Gruppo di Studio Cure Palliative

Coordinatori: Galetto Alessandra Silvia, Garetto Ferdinando, Rivolta Maria Marcella

A cura del sottogruppo:

“Le cure palliative “dopo il Covid”: di che cosa si può o non si può fare a meno”

Giuseppe Cornara – Referente, Cristina Capello, Laura Marietta, Alessandra Rizzuto, Silvia Spinazzè, Monica Scarpello, Nicoletta Zublena

Documento approvato dai Coordinatori del Gruppo di Studio



Il GdL ha discusso in modo partecipato dei seguenti argomenti:

A. Di cosa non si può fare a meno:

1. Importanza della collaborazione interdisciplinare;
 2. Importanza della flessibilità, individuale e di équipe;
 3. Importanza della disponibilità personale e di équipe;
 4. Importanza del contatto umano, anche attraverso strumenti tecnologici;
 5. Importanza della palliazione dei sintomi respiratori, anche non terminali;
 6. Importanza della sedazione in corso di crisi respiratorie;
 7. Necessità di insegnare a utilizzare la morfina in corso di crisi respiratorie.
-
1. Nicoletta Zublena, UOCP di Biella, attualmente distaccata in un reparto Covid dell'ospedale rileva la necessità di una collaborazione interdisciplinare accentuata. La presenza di una palliativista in un reparto Covid ospedaliero ha fatto da “volano”, soprattutto con il personale infermieristico, per tutta una serie di skills proprie delle Cure palliative: appropriatezza dell'uso dei farmaci; adeguatezza delle manovre di controllo dei sintomi; spiegazione, in un reparto Covid precedentemente polispecialistico chirurgico, della necessità di esami frequenti (i.e. EGA) invece che di manovre chirurgiche (medicazioni, etc). La dott. Zublena ha anche evidenziato l'abbondanza di spazi a disposizione nel nuovo ospedale di Biella e l'efficienza della biblioteca ospedaliera, che fornisce frequenti e utili newsletters sulle tematiche Covid. Giuseppe Cornara riporta una recente esperienza di un'assistenza ADAS in un bambino di due anni con una neoplasia cerebrale, che i genitori avevano voluto tenere a casa. Il bambino era Covid negativo. Una micro équipe (due medici ADAS, un medico UOCP, il PLS, gli infermieri ADAS) si è organizzata per seguire il

bambino a casa, alternandosi nelle visite domiciliari, organizzando un gruppo WA, tenendosi in contatto telefonico stretto. Vi è stata anche una grande disponibilità dei colleghi curanti del Regina Margherita. Grande soddisfazione della famiglia. Si rileva comunque che l'esperienza, pur bella e molto formativa, è stata di breve durata e si esprimono dubbi sulla tenuta nel tempo...

2. La flessibilità individuale e quella di équipe, intese come capacità di apprendere e insegnare, sono ritenute indispensabili per affrontare con efficacia ed efficienza un periodo di crisi come quello attuale. Non si può rimanere all'interno di schemi mentali e organizzativi rigidi: la situazione chiede di sapersi adattare.
3. La disponibilità personale e di équipe risulta un altro elemento essenziale per affrontare una crisi pandemica. Ci può essere necessità di coprire turni, anche in altri reparti, di lavorare più ore continuative, etc. Rimanere in turno Covid, vestiti e bardati, per molte ore (anche più di 12!) senza possibilità di interruzioni richiede un adattamento importante delle funzioni vitali: limitare l'assunzione di liquidi, per esempio, onde ridurre la necessità di interruzioni per bisogni fisiologici, etc.

Questi tre elementi suggeriscono la necessità di un progetto, una vision nel futuro che comprenda cambiamenti di schemi, mentalità, strumenti interpersonali e organizzativi. Sempre più ci si dovrà confrontare con l'esigenza di cure palliative simultanee, per soccorrere sintomi anche non terminali in altri ambiti specialistici. Una simile vision prevede anche un macroprogetto sulla fragilità, forse un Dipartimento delle fragilità: di patologia, di persona, familiare, sociale, economica. Occorre dunque immaginare una propositività palliativistica, con nuovi modelli per poter dare a tutti una risposta puntuale e adatta alle necessità.

4. Si è poi rilevata l'importanza del contatto umano con gli affetti, possibilmente di persona. Ogni situazione ha cercato e spesso trovato un adattamento con la propria Direzione sanitaria per "allentare" le maglie delle restrizioni, soprattutto nel fine vita, in ambito Hospice od ospedaliero. Quando non possibile di persona è necessario attivare altri strumenti: spazi sicuri per i pazienti deambulanti, con divisori e schermi; tecnologici, come

videochiamate con telefono cellulare o tablet. Imprescindibile pare anche il contatto umano con gli operatori sanitari; utile il nome sulla tuta e/o l'immagine dell'operatore del momento. Si segnala anche l'iniziativa di una "stanza degli abbracci": struttura mobile, da far ruotare tra i reparti o gli ospedali, facilmente risanabile, con schermi flessibili onde poter avere un contatto "fisico" tra gli affetti.

5. Le crisi dispnoiche in corso di malattia Covid possono essere controllate con i morfiniti: sc o per os. In tal modo si aiuta il paziente a superarle, senza avvertire fame d'aria o panico.
6. I pazienti Covid soffrono spesso di crisi respiratorie o crisi di ansia, basti pensare all'adattamento al casco e alla maschera NIV. In tal caso una blanda sedazione con farmaci adeguati (i.e. midazolam o altre BDZ) può essere molto utile a far superare la crisi.
7. I punti 5 e 6 suggeriscono la necessità di insegnare a utilizzare la morfina nelle crisi di dispnea. Gli infermieri, in particolare, sono di rapido convincimento e poi richiedono essi stessi la somministrazione del farmaco. La morfina, dunque, come "volano" della palliazione temporanea anche in ospedale.

Si è poi evidenziata la mancanza di Hospice Covid. I pazienti in Cure palliative che divengono positivi al Covid e non possono stare a casa per una qualche fragilità non hanno posto dove essere seguiti. La soluzione di creare Hospice Covid sembra non realizzabile, anche per difficoltà a coinvolgere gli operatori. Servono dunque posti ospedalieri di cure palliative, anche terminali, in ambiente Covid?

Ulteriore considerazione è la difficoltà a dimettere i pazienti dai reparti Covid. I pazienti dimissibili non hanno sbocchi al di fuori dei reparti Covid. Sembrerebbe utile la costituzione di unità di ricovero di tipo "alberghiero", con infermieri e OSS, dove poter posizionare questi pazienti, ancora positivi ma "guariti".

Si apprende, grazie al dott. Bertetto, della presenza di un consulente palliativista nell'Unità di crisi regionale, interpellato al bisogno. Si rileva la necessità di avere un palliativista all'interno di ogni unità di crisi ospedaliera, al fine di individuare e rispondere ai bisogni.



Ulteriore osservazione è sulla necessità di uniformare i controlli sugli operatori sanitari. Non si sa, ma non si pensa, che esista una linea guida regionale, ma bisognerebbe averla per avere uniformità di comportamento in ambito regionale.

Giuseppe Cornara fa presente che gli operatori ADAS hanno effettuato un test anticorpale rapido, per avere un momento 0, a cui tutti sono risultati negativi.

B. Di cosa si può fare a meno:

La discussione si è aperta sulla rilevazione che negli ospedali, nella crisi Covid, è diminuita di molto la comunicazione “non essenziale”: Formazione, Sicurezza, Qualità, per motivi legati alla necessità intrinseca di diminuire il contatto interpersonale, senza che vi sia stata la richiesta di FAD. In compenso è aumentata la ridda di circolari (regionali, ospedaliere) che spesso modificavano nel tempo le disposizioni date.

All’ospedale di Cuneo il foglio di autoscreening, da compilare prima di entrare e farsi misurare la temperatura, è cambiato 5 volte in pochi mesi.

Sul territorio si possono probabilmente diradare le visite domiciliari non essenziali per motivi clinici, al fine di diminuire la reciproca possibilità di contagio.

Sembra utile suggerire un sistema di monitoraggio degli operatori extraospedalieri uniforme in ambito regionale.

Ultimo quesito sui volontari: ne abbiamo fatto a meno, ma ne possiamo fare a meno? E in che modo coinvolgerli?