

# **Integrazione tra i medici USCA e il Servizio di cure palliative di Ravenna**

## **Promuovere e pianificare interventi complessi durante la “seconda ondata” della pandemia da Covid-19**

**MATTEO MORONI, PIERO AMATI, LUIGI MONTANARI**

Struttura Semplice Dipartimentale di Cure Palliative AUSL Romagna, sede di Ravenna.

*Pervenuto il 27 novembre 2020. Accettato il 30 novembre 2020.*

**Riassunto.** Scopo del presente contributo è descrivere la procedura operativa di collaborazione della Rete Locale di Cure Palliative di Ravenna con il Servizio delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale nella gestione, la cura ed il supporto ai pazienti affetti da Covid-19 residenti nelle strutture sanitarie territoriali (in particolare le CRA) e a domicilio. Tra le molteplici risposte territoriali messe in atto per il contrasto alla pandemia da Covid-19 e al rischio di collasso del Sistema Sanitario Nazionale vi è l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA, cfr. documento “Linee di indirizzo per l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale”): team medici che garantiscono l'assistenza dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero e che vivono a domicilio o in strutture residenziali sanitarie territoriali. La procedura operativa che abbiamo descritto si pone l'obiettivo primario, attraverso una collaborazione ed integrazione tra Servizi (tramite consulenze e periodici incontri di briefing a scopo operativo e formativo), di colmare la potenziale discrepanza tra bisogni effettivi, appropriatezza delle cure ed equità di accesso alle stesse, attraverso l'implementazione di un modello ad approccio palliativo.

**Parole chiave.** Covid-19, cure palliative, residenze sanitarie territoriali.

*Integration between USCA doctors and the Ravenna Palliative Care Service.*

*Promote and complex projects during the “second wave” of the Covid-19 pandemic.*

**Summary.** The Special Units of Continuity of care (USCA in Italian) are one of the major strategies to fight against the Covid-19 pandemic and to avoid the risk of downfall of the National Health System: they are medical teams dedicated to the care and follow up of covid-19 patients who live at home or in long-term care facilities, in order to give relief to symptoms and related outcomes, assuring a proper follow up. The main aim of this paper is to describe the effective collaboration between the Palliative Care Service of Ravenna and the Service of the “Special Units of Continuity of Care” (Unità Speciali di Continuità Assistenziale in Italian) in the management, care and support patients suffering from Covid-19 who have a higher risk to die or to have critical issues. We describe a procedure of collaboration and comprehensive service whose primary outcome is to fill the potential gaps among actual needs, availability to the “right care in the right moment”, through the implementation of a palliative approach model that could help this particular community of patients and family in the dramatic scenario of pandemic.

**Key words.** Covid-19, palliative care, long term-care facilities.

---

### **Introduzione**

Tra le molteplici risposte territoriali messe in atto per il contrasto alla pandemia da Covid-19 e al rischio di collasso del Sistema Sanitario Nazionale vi è l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA, cfr. documento “Linee di indirizzo per l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale”)<sup>1,2</sup>: team medici che garantiscono l'assistenza dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero e che vivono a domicilio o in strutture residenziali sanitarie territoriali.

Scopo del presente contributo è descrivere la procedura operativa di collaborazione della Rete Locale di Cure Palliative di Ravenna con il Servizio delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale nella gestione,

la cura ed il supporto ai pazienti affetti da Covid-19 residenti nelle strutture sanitarie territoriali e a domicilio.

La pandemia da Covid-19 in Italia ha mostrato una progressiva e rapida recrudescenza a partire dalla fine del mese di agosto 2020. Ad oggi, seconda metà del mese di novembre, i casi dall'inizio della pandemia sono superiori ad un milione e i decessi oltre 46.000<sup>3</sup>. Per quanto riguarda la popolazione delle persone decedute a causa della infezione da Covid-19 si conferma purtroppo che la fascia anagrafica dove sono maggiormente concentrati i decessi è quella della popolazione anziana, e in particolare l'età media è di 80 anni<sup>4</sup>.

Le persone su cui il Covid-19 può avere avuto un impatto maggiore sono infatti gli anziani e gli individui con patologie croniche, che rappresentano le ca-

tegorie più fortemente a rischio di sviluppare forme gravi e mortali; i tassi di mortalità sono inferiori all'1% per le persone di età sotto ai 50 anni e aumentano fino al 25% per le persone di età superiore agli 80 anni<sup>5</sup>. Esiste inoltre il rischio che la mortalità nelle persone infette aumenti con l'aumentare di alcune delle più importanti comorbidità<sup>6</sup>.

A ciò si aggiunge che nuovamente le strutture del Sistema Sanitario (territoriali ed ospedaliere) si sono trovate a dover assistere molti pazienti affetti da Covid<sup>7</sup>, rischiando una grave crisi e rendendo così più difficoltoso l'accesso ai pazienti anziani con patologie croniche.

## Gli interventi organizzativi e gli scenari di integrazione

### L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONSULENZA

In considerazione della importante recrudescenza del fenomeno epidemico (a cui corrisponde un aumento dei casi sintomatici e/o pauci-sintomatici presenti sul territorio), i pazienti in carico alle USCA potrebbero presentare gradi di complessità di varia entità, sia in ambito domiciliare che in setting residenziali come le CRA.

A ciò possono aggiungersi i pazienti già in carico alla Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) della Rete Locale Cure Palliative (RLCP), che è presente sul territorio con le caratteristiche e l'operatività illustrate nella apposita procedura aziendale<sup>8</sup>. È apparso quindi indicato prevedere una procedura operativa che prevedesse l'integrazione tra USCA e UCPD allo scopo di un vicendevole supporto nella gestione dei casi a maggiore complessità e valorizzando le reciproche competenze.

È stato istituito innanzitutto il servizio di consulenza del medico palliativista del Servizio di Cure Palliative in turno, attivo tramite disponibilità telefonica dal lunedì al sabato dalle 8,00 alle 20,00 chiamando il Centralino dell'Ospedale di Lugo; contestualmente è stato attivato un indirizzo di posta elettronica aziendale *ad hoc* per favorire la rapida comunicazione bilaterale tra i Servizi ([uscacp.ra@auslromagna.it](mailto:uscacp.ra@auslromagna.it)), allo scopo di rendere evidenza delle richieste di consulenza e della trasmissione degli esiti delle stesse.

### IL BRIEFING SETTIMANALE

Allo scopo di garantire una ottimale continuità assistenziale negli interventi integrati è stato organizzato un briefing settimanale via Zoom (al martedì dalle 21 alle 22) tra i medici del Servizio di Cure Palliative e i medici USCA, a scopo di revisione dei casi in corso, formazione e confronto sulle tematiche clinico-assistenziali.

La proposta di un incontro periodico e strutturato tra i consulenti e i medici operativi sul territorio nasce anche dalla necessità di approfondire e condivi-

dere gli elementi costitutivi utili ad implementare un intervento complesso e non solo una prescrizione di una terapia sintomatologica<sup>9</sup>. In particolare all'attuale momento di partenza del progetto appaiono temi di doveroso approfondimento la comunicazione di cattive notizie, la gestione del fine vita in un contesto di tempi rapidamente evolutivi nella cura e la relazione con le famiglie.

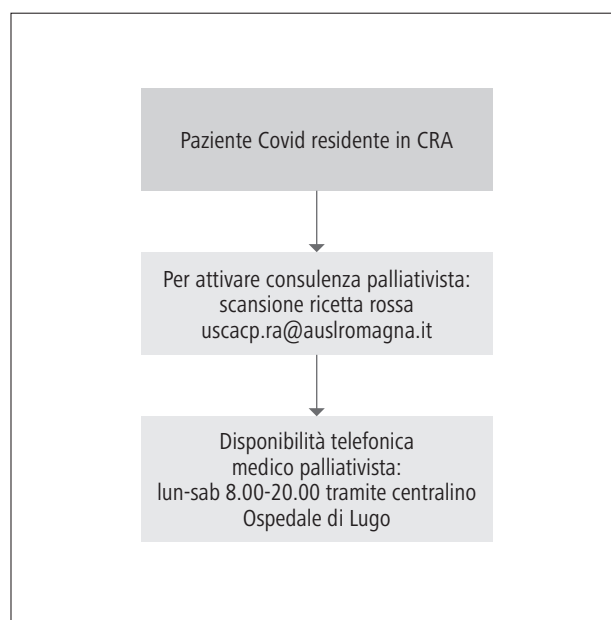
### POPOLAZIONE DEI PAZIENTI SOGGETTI DEL SERVIZIO DI CONSULENZA DI CURE PALLIATIVE

La popolazione di pazienti soggetto di questa procedura ha tre caratteristiche fondamentali:

- a. pazienti Covid residenti in CRA, Casa di Riposo o domicilio,
- b. pazienti Covid (già noto o di nuova diagnosi) in carico al servizio di UCPD,
- c. pazienti Covid pauci-sintomatici dimessi da presidio ospedaliero, in carico o no all'UCPD.

Si riconoscono, in base alle caratteristiche suddette, tre percorsi distinti.

- a. *Consulenza medico palliativista ai medici USCA per pazienti affetti da Covid residenti in CRA o Casa di Riposo*: il medico dell'USCA richiede la consulenza cure palliative, tramite contatto telefonico e inviando la scansione della ricetta di richiesta all'indirizzo di posta elettronica dedicato ([uscacp.ra@auslromagna.it](mailto:uscacp.ra@auslromagna.it)) (figura 1).
- b. *Paziente già in carico ad UCPD*: a seguito di comparsa di sintomi sospetti per Covid-19 e successiva conferma diagnostica tramite tampone (per la quale è prevista specifica istruzione operativa



**Figura 1.** Primo percorso: consulenza medico palliativista ai medici USCA per pazienti affetti da Covid residenti in CRA o Casa di Riposo.

successivamente descritta) il medico di medicina generale (MMG) o il professionista della RLCP che ravvisa elementi di sospetto si occuperà di attivare il Servizio USCA per la presa in carico (figura 2).

c. *Pazienti Covid pauci-sintomatici dimessi da presidio ospedaliero, in carico o no all'UCPD*: se il pa-

ziente è già in carico al Servizio di UCPD si proseguirà come da punto a., se il paziente non è in carico al Servizio di UCPD verrà eseguita nel setting ospedaliero la valutazione multiprofessionale per valutarne l'eleggibilità, e a seguito di ciò si attiverà il percorso indicato (figura 3).

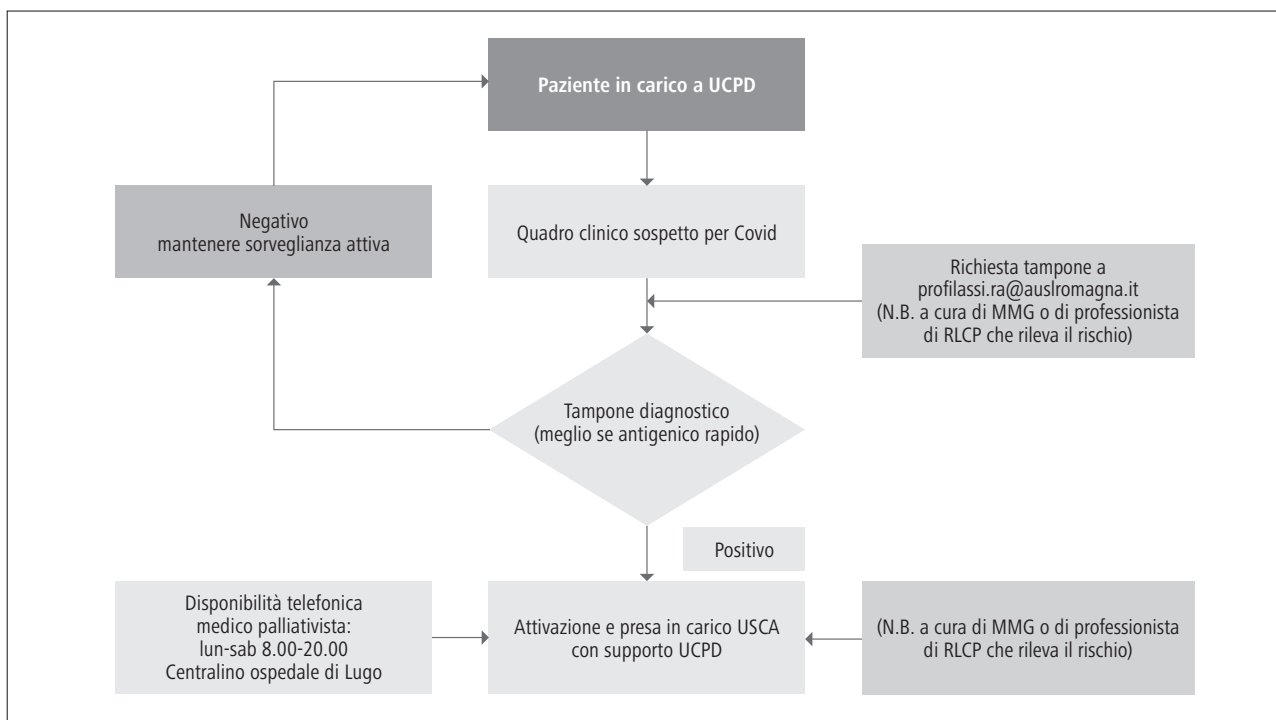


Figura 2. Secondo percorso: paziente già in carico a UCPD.

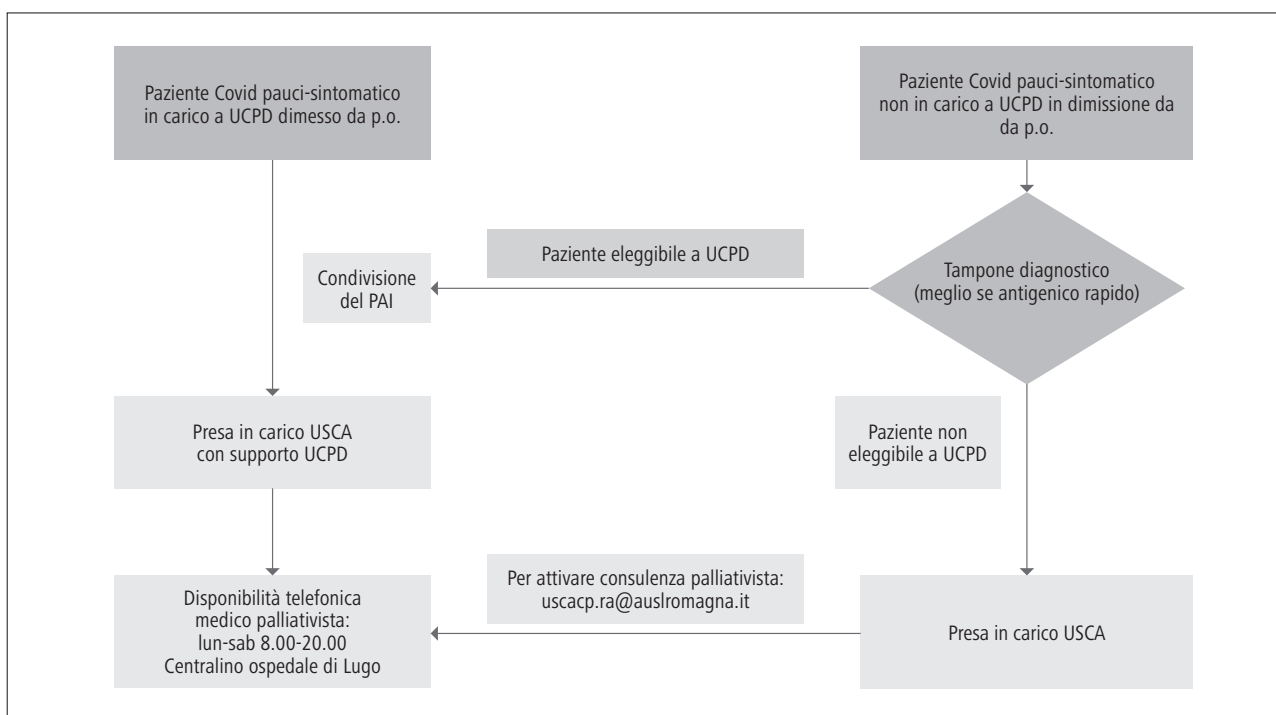


Figura 3. Terzo percorso: pazienti Covid pauci-sintomatici dimessi da presidio ospedaliero, in carico o no all'UCPD.

## ISTRUZIONE OPERATIVA ITER DIAGNOSTICO DI SOSPETTO COVID

Il medico palliativista invia richiesta di tampone (auspicabilmente urgente) a domicilio per sospetto quadro di Covid-19 in paziente in carico all'UCPD, tramite via mail all'indirizzo aziendale dedicato, e per opportuna conoscenza a due medici del Servizio di Igiene Pubblica e del Dipartimento di Cure Primarie.

Il medico palliativista infine contatterà anche il MMG e l'infermiera case manager di Rete di Cure Palliative del Distretto Sanitario di riferimento. Auspicabilmente, dato il contesto di pazienti a stretto contatto con famigliari o operatori sanitari di strutture protette, per la diagnosi dovrebbe essere a disposizione il tampone rapido antigenico, allo scopo di individuare i soggetti potenzialmente più contagiosi e intervenire rapidamente anche sul tracciamento contatti<sup>10</sup>.

## Prestazioni erogabili dalla Rete di Cure Palliative in supporto ai professionisti dell'USCA

Come ampiamente descritto in letteratura ed osservato a livello epidemiologico, la popolazione di pazienti di questa procedura di integrazione tra Servizi rappresenta quella più fragile e maggiormente soggetta a mortalità a causa della pandemia. Abbiamo quindi considerato, nell'ottica di intervenire su un contesto ampiamente complesso (inserito in un contesto di "popolazione" piuttosto che di singolo individuo malato) che solleva diverse questioni, di costruire insieme un "approccio palliativo" alla pianificazione degli interventi<sup>11-14</sup>.

- *Consulenza sulla terapia farmacologica e non farmacologica dei sintomi*, promuovendo la pratica della prescrizione anticipata a seguito di consulenza specialistica e confronto fra i medici ed altri operatori sanitari<sup>15</sup>.
- *Counselling informativo e comunicativo* ai professionisti dell'USCA nella relazione con pazienti, famiglie e operatori delle strutture protette. La rimodulazione forzata delle relazioni tra malati e famigliari, il distanziamento sociale e l'utilizzo di tecniche di comunicazione basata su Internet nello scenario della pandemia ha evidenziato drammaticamente quanto sia necessario migliorare le competenze per evitare la "morte solitaria"<sup>16</sup>.
- *Supporto nella rimodulazione e ri-definizione del PAI nel corso della assistenza* quando è ritenuto necessario. La complessità dei bisogni, le caratteristiche profondamente evolutive e mutevoli del corteo sintomatologico, e la possibilità che pazienti e/o tutori legali possano esprimere desideri e volontà in merito agli aspetti terapeutico-assistenziali per pianificare gli stessi rappresentano elementi di forte necessità di continua rimodulazione del piano assistenziale individualizzato<sup>17-19</sup>.

## Indicatori della procedura

Sono stati individuati quattro indicatori, due di processo e due di esito.

Indicatori di processo:

1. n. pazienti USCA-UCPD attivati da cure palliative/n. pazienti USCA-UCPD totali
2. n. pazienti CRA-USCA attivati da cure palliative/n. pazienti CRA-USCA totali.

Indicatori di esito:

1. n. di pazienti USCA-UCPD che accedono al PS/ n. pazienti USCA-UCPD totali
2. n. di pazienti CRA-USCA che accedono al PS/ n. pazienti CRA-USCA totali.

## Conclusioni

La "seconda ondata" della pandemia da Covid-19 ha ulteriormente confermato quanto sia alto il rischio di collasso del Sistema Sanitario quando una malattia sconosciuta colpisce un grande numero di persone.

Insieme a tale rischio si è nuovamente evidenziato che, senza una adeguata integrazione con le strutture sanitarie territoriali extra-ospedaliere, popolazioni di pazienti già fortemente a rischio per eventi avversi Covid-correlati rischiano di ricevere cure non appropriate, sia in termini di eccessiva "aggressività" se ricoverati in ambito intensivo, sia in termini di non equità di accesso a trattamenti consoni se permangono nelle strutture di residenza.

La procedura operativa che abbiamo descritto si pone l'obiettivo primario, attraverso una collaborazione ed integrazione tra Servizi tramite consulenze e periodici incontri di briefing, di colmare questa potenziale discrepanza attraverso l'implementazione di un modello ad approccio palliativo dove si cerchi:

una ottimale valutazione, trattamento e follow up dei sintomi, fino alla eventuale gestione del fine vita; una presa in carico il più possibile "globale" di paziente e famiglia, seppure nel difficile contesto delle restrizioni che la pandemia impone;

una tutela del paziente a rischio di importante sofferenza o morte, non solo come "paziente sintomatico", ma anche come persona con bisogni complessi a cui garantire cure appropriate e un adeguato processo di consenso informato progressivo e, quando possibile, di pianificazione condivisa delle cure.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse.

## Bibliografia

1. Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14. Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19. (20G00030) (GU Serie Generale n.62 del 09-03-2020).

2. Documento Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna “Linee di indirizzo per l’istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale”.
3. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>
4. [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_11\\_novembre.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_11_novembre.pdf)
5. Signorelli C, Odone A. Age-specific COVID-19 case-fatality rate: no evidence of changes over time. *Int J Public Health* 2020; 1-2. doi: 10.1007/s00038-020-01486-0. Online ahead of print.
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382: 1708-20.
7. WHO 2020; COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. Available online at: <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-non-communicable-diseases>
8. PA 203 AUSL Romagna; “La rete Locale Cure (RLCP) della Romagna: percorso del paziente in Cure Palliative”.
9. Tanzi S, Alquati S, Martucci G, et al. Learning a palliative care approach during the COVID-19 pandemic: A case study in an Infectious Diseases Unit. *Palliat Med* 2020; 34: 1220-7.
10. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 8: CD013705. doi: 10.1002/14651858.CD013705.
11. Perry LP. To all doctors: what you can do to help as a bunch of older people are about to get sick and die. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68: 944-6.
12. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *MJ Support Palliat Care* 2020; bmjspcare-2020-002364. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002364.
13. Keona JW, Petrova M, Coghlan R. Dying individuals and suffering populations: applying a population-level bioethics lens to palliative care in humanitarian contexts: before, during and after the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics* 2020; 46: 514-25.
14. Perrotta F, Corbi M, Mazzeo G, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res* 2020; 32: 1599-1608.
15. Antunes B, Bowers, Winterburn I, et al. Anticipatory prescribing in community end-of-life care in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic: online survey. *BMJ Support Palliat Care*. 2020; 10: 343-9.
16. Strang P, Bergström J, Martinsson L. Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: e2-e13.
17. 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.
18. Feder SL, Akgün KM, Schulman-Green D. Palliative care strategies offer guidance to clinicians and comfort for COVID-19 patient and families. *Heart Lung* 2020; 49: 227-8.
19. Harasym P, Brisbin S, Afzaal M, et al. Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians’ experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open* 2020; 10: e037466. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037466.