

# La gestione del fine vita nel Pronto Soccorso di Piacenza: la sala del sollievo e il protocollo di sedazione palliativa

## Analisi retrospettiva dal 1° giugno 2022 al 31 marzo 2024

ERIKA POGGIALI<sup>1</sup>, RAFFAELLA BERTÈ<sup>2</sup>, DAMIANA MURONI<sup>3</sup>, PAOLA NASSANI<sup>3</sup>, ELEONORA ROSSI<sup>3</sup>,  
LUCIANO ORSI<sup>4</sup>, ANDREA VERCELLI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Pronto Soccorso - Medicina Emergenza Urgenza, Ospedale Fatebenefratelli, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano; <sup>2</sup>UOC Cure Palliative, Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza; <sup>3</sup>UOC Pronto Soccorso, Dipartimento Emergenza-Urgenza, Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza; <sup>4</sup>Direttore scientifico della Rivista italiana di cure palliative.

*Pervenuto il 21 maggio 2024. Accettato il 31 luglio 2024*

**Riassunto.** Nei mesi successivi alla pandemia Covid-19 e sulla scorta di quella esperienza, l'équipe medico-infermieristica del Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza ha realizzato insieme all'équipe delle cure palliative (CP) un percorso di cura basato sulla liceità etica e l'appropriatezza clinica per tutti i malati end-stage con sintomi refrattari gestiti in PS, condividendo lo stesso obiettivo: garantire la miglior cura al malato in fine vita anche in un contesto non sempre ottimale, come quello del PS. Oltre al protocollo di sedazione palliativa, è stata realizzata all'interno del PS la sala del sollievo, che dal 1° giugno 2022 al 31 marzo 2024 ha accolto 192 malati e le loro famiglie/caregiver, garantendo cure di fine vita in un setting adeguato, che mantenga il malato al centro del percorso assistenziale e garantisca la miglior qualità di vita residua. Lo studio oggetto della presente pubblicazione analizza i dati dei decessi avvenuti in PS dal 1° giugno 2022 al 31 marzo 2024: le caratteristiche cliniche e demografiche dei malati, il timing del decesso con o senza sedazione palliativa, la durata del tempo finestra (*wait and see*), la gestione della comunicazione in équipe e con i familiari/caregiver. La sala del sollievo e il percorso di CP nel PS di Piacenza è la prima esperienza italiana, descritta in letteratura, di collaborazione tra medicina di emergenza-urgenza e CP, ed è auspicabile che diventi un modello di cura anche negli altri dipartimenti emergenza-urgenza in Italia.

**Parole chiave.** Pronto soccorso, cure palliative, fine vita, medicina di emergenza-urgenza, sala del sollievo, sedazione palliativa.

*The management of the end of life in the emergency department of Piacenza: the relief room and the palliative sedation protocol. Retrospective analysis from 1 June 2022 to 31 March 2024.*

**Summary.** In the months following the Covid-19 pandemic and in the wake of that experience, the medical-nursing team of the Emergency Department (ED) at Guglielmo da Saliceto Hospital in Piacenza, Italy, collaborated with the palliative care (PC) team to implement a care pathway for all end-stage patients with refractory symptoms in the ED. Their shared objective was to provide the best possible care for end-stage patients even in an environment not always ideal, like the ED. A so-called "relief room" was realized in the ED, in addition to the palliative sedation protocol. From June 1, 2022, to March 31, 2024, 192 patients and their families/caregivers were welcomed into the relief room, ensuring appropriate and ethically correct care with the aim to maintain the patient at the center of the care pathway and to ensure the best residual quality of life. This study analyses data on deaths occurring in our ED from 1 June, 2022, to 31 March, 2024, as follows: the clinical and demographic characteristics of the patients, the timing of death with or without palliative sedation, the duration of the time-limited trial of intensive care, and the management of communication in the team and with family members and/or caregivers. This is the first Italian example of collaboration between emergency medicine and palliative care that has been documented in the literature. The authors hope that the relief room and palliative care pathway of the ED of Piacenza should be a model of care in other Italian EDs.

**Key words.** Emergency department, palliative care, end-of-life, emergency medicine, relief room, palliative sedation.

### Introduzione

La sala del sollievo e il protocollo di sedazione palliativa del Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza nascono dalla drammatica esperienza vissuta da tutto il personale medico-infermieristico e operatori socio-sanitari (OSS) nel corso

della pandemia Covid-19. Piacenza è stata, infatti, la provincia italiana con il più alto tasso di mortalità per Covid-19 in base al numero di abitanti<sup>1</sup> e il PS di Piacenza è stato il solo presidio di emergenza-urgenza attivo per tutta la provincia con una rapida conversione dell'intero ospedale a "ospedale Covid-19", attraverso la realizzazione di reparti dedicati chiamati "Emergenza Sanitaria"<sup>2</sup>. Il PS ha, quindi, dovuto gestire un

elevato numero di pazienti, senza precedenti nella storia del PS di Piacenza, riorganizzando non solo gli spazi all'interno e all'esterno del PS<sup>3</sup> e i percorsi di cura<sup>4-7</sup>, ma soprattutto dovendo fare scelte difficili dal punto di vista etico e deontologico<sup>8</sup>. È proprio in questo drammatico momento che il PS di Piacenza ha dovuto sviluppare delle strategie di cura, che fossero basate sulla appropriatezza clinica e la liceità etica, laddove le risorse limitate imponevano scelte difficili. Fondamentale è stata la collaborazione con i rianimatori e i palliativisti nella condivisione dei percorsi di cura al fine di garantire a ciascun paziente le migliori cure intensive o, all'opposto, palliative, mantenendo sempre il malato al centro del percorso<sup>8</sup>. Ciò non toglie che il peso di tali scelte abbia comportato un notevole stress emotivo nel personale medico ed infermieristico con quadri clinici definiti nei mesi a seguire come "disturbi da stress post-traumatico". La drammatica esperienza della pandemia Covid-19 ha sicuramente contribuito a riportare l'attenzione sulla idea di morte e della modalità del morire in Italia, spesso in ospedale, spesso da soli su un letto anonimo di un reparto di degenza o di PS<sup>9</sup>, ma ha anche contribuito a risvegliare i principi di etica medica e di deontologia nei medici e negli infermieri, che in quei lunghi mesi hanno dovuto prendere decisioni difficili<sup>10</sup>.

---

## Materiali e metodi

Dal 1° giugno 2022 al 31 marzo 2024 sono stati raccolti in un database tutti i dati relativi ai decessi avvenuti nel PS dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza. Sono stati analizzati: le caratteristiche cliniche e demografiche dei pazienti, la loro provenienza (domicilio, case di riposo/residenza per anziani, ospedali per lungodegenti), l'esistenza di Disposizione Anticipata di Trattamento (DAT)/Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), i sintomi di presentazione in PS, la durata della sedazione palliativa e del tempo finestra (*wait and see*) - quando utilizzato, i problemi di comunicazione tra équipe medico-infermieristica e familiari/caregiver. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Area Vasta Emilia Nord, Protocollo n. 2023/0098333.

---

## La sala del sollievo e il protocollo di sedazione palliativa

Dal 1° giugno 2022 è attiva nel PS dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza la sala del sollievo<sup>11</sup>, che accoglie il malato end-stage in sedazione palliativa (SP) e garantisce la possibilità ai familiari/caregiver di rimanere vicino al proprio caro senza limite numerico né temporale, in un setting adeguato. La sala del sollievo è gestita dall'équipe medico-infermieristica e OSS del PS secondo precise istruzioni operative<sup>12</sup>.

Il protocollo di SP<sup>12</sup> è stato realizzato dalla collaborazione di un medico urgentista e un palliativista allo scopo di garantire in PS un percorso di cura per malati end-stage secondo i criteri SIAARTI<sup>13</sup>, che presentano sintomi refrattari alle terapie, e dei pazienti con sintomi acuti refrattari ai migliori trattamenti tradizionali e causa di morte imminente, come una emorragia massiva (vie digestive e vie aeree) o il distress respiratorio grave e ingravescente o uno stato di shock irreversibile. In questi specifici casi la definizione corretta è "sedazione palliativa d'emergenza". Il protocollo prevede l'utilizzo di tre farmaci secondo la regola delle tre M: morfina per la gestione della dispnea e/o del dolore, midazolam come sedativo, e scopolamina-N-butilbromuro (Buscopan) come anti-muscarinico per le secrezioni delle vie aeree, secondo uno schema di induzione e di mantenimento, che preveda sempre dosi *pro re nata*, e un corretto adeguamento della posologia dell'oppiaceo per i malati già in trattamento con oppiacei maggiori (secondo la tabella di equianalgesia)<sup>12</sup>. Dal 26/02/2024 è stata introdotta la ketamina a dosaggio dissociativo come farmaco da utilizzare nei casi di sedazione palliativa difficile<sup>12</sup>. In caso di incertezza prognostica, il medico di PS si avvale del tempo finestra (*wait and see*), ovvero un intervallo di tempo durante il quale vengono attuati provvedimenti terapeutici diretti contro la malattia e a supportare le funzioni vitali (es. supporto ventilatorio con ventilazione non invasiva, terapia medica massimale per shock settico, ecc.) e vengono realizzati confronti con gli altri medici in turno e/o i rianimatori e/o l'équipe di CP e/o medici specialisti che sono a conoscenza della storia clinica del malato (es. cardiologo, pneumologo, nefrologo, oncologo, ecc.), per delineare un percorso di cura che soddisfi i criteri di appropriatezza clinica e proporzionalità, evitando sia l'under- sia l'over-treatment.

---

## Il percorso di formazione del personale medico, infermieristico e OSS

Tutto il personale del PS è stato coinvolto nella condivisione del percorso di cura del malato end-stage attraverso incontri formativi con esperti: "Sedazione e Analgesia in urgenza" del gruppo Sedoanalgesia in Urgenza - SAU - della Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza (SIMEU); un minicorso di bioetica "La palliazione e la sedazione palliativa nella MEU"; e due corsi di comunicazione, entrambi realizzati dalla psicologa e psicoterapeuta della UOC Cure Palliative di Piacenza, che hanno permesso all'équipe del PS (medici, infermieri e OSS) di imparare un metodo di comunicazione delle cattive notizie e la gestione delle emozioni/reazioni (proprie e dei familiari/caregiver), utilizzando il metodo del "role play" con la partecipazione di attori professionisti<sup>14</sup>.

## Risultati

Sono stati analizzati tutti i decessi avvenuti nel PS di Piacenza dalla attivazione del percorso di CP, ovvero dal 1° giugno 2022, fino al 31 marzo 2024.

Il PS di Piacenza è un DEA di II livello che accoglie in media 68.000 malati ogni anno.

Nella finestra temporale utilizzata (un anno e 9 mesi), 512 sono stati i malati deceduti in PS: 117 (23%) sono arrivati con ritmi peri-arresto o in arresto cardiaco senza ritorno alla circolazione spontanea (ROSC); i restanti 395 (77%) malati sono stati gestiti dal personale medico-infermieristico del PS. Considerando 395 malati, 54 (14%) sono deceduti in PS senza SP; i restanti 341 (86%) con un percorso di CP: 165 malati (48%) con una SP di emergenza, 176 (52%) con una SP con tempo finestra (figura 1).

Dei 341 malati trattati con SP, 149 (47%) sono stati accolti nella sala del sollievo; i restanti 192 (53%) sono rimasti nelle sale visita o trasferiti in Osservazione Breve Intensiva (OBI) (flow-chart 1), per le seguenti motivazioni:

- 106 casi (55%): il familiare non era disponibile h24 o il malato aveva solo un amministratore di sostegno;
- 54 casi (28%): il malato ha presentato un rapido peggioramento in area di visita;
- 17 casi (9%): la sala sollievo era già occupata;
- 2 casi (1%) in attesa di trasferimento in Hospice;
- 13 casi (7%) erano Covid-19 e secondo le direttive ospedaliere, nella prima fase di attivazione della sala sollievo, i pazienti positivi al Covid-19 dovevano restare nell'area Covid-19 del PS (tale indicazione è stata successivamente modificata).

### MALATI DECEDUTI SENZA SP

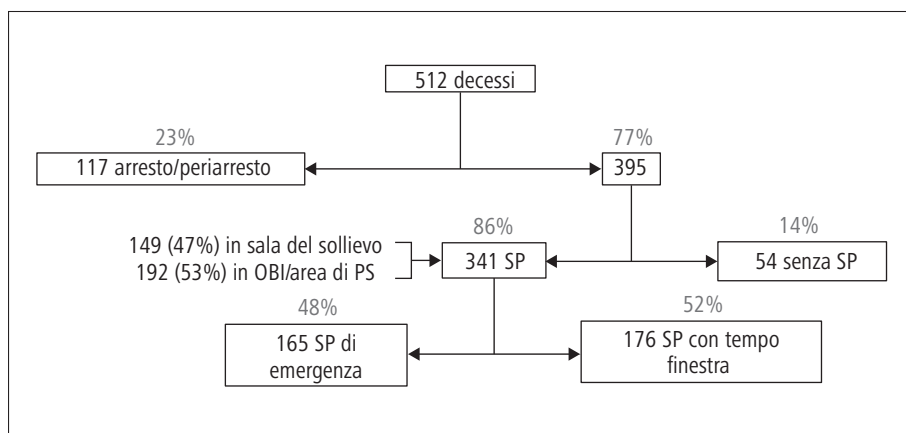
Si tratta di 54 malati, tutti inviati in PS con 118 per dispnea/desaturazione/stato agonico. Le caratteristiche cliniche sono riportate nella tabella 1. Cinque

**Tabella 1.** Caratteristiche cliniche dei malati trattati in PS senza SP.

	N (%)
F/M	35/19
Età media (range, min-max)	86 (62-101)
Provenienza	
■ Domicilio	29 (54%)
■ Casa di riposo/residenza per anziani	22 (41%)
■ Ospedale per lungodenti	2 (3%)
■ Altro PS	1 (2%)
Covid-19	5 (9%)
Neoplasia avanzata	8 (15%)
Decadimento cognitivo / Alzheimer	21 (39%)
Cachessia/Allettamento / piaghe da decubito	24 (44%)
Disfagia/PEG/SNG per alimentazione/NPT	4 (6%)
CV a permanenza	2 (4%)
Colostomia/Ileoureterocutaneostomia	2 (4%)
IRC stadio III-IV/terminale in dialisi	10 (18%)
DM tipo 2 con complicanze	10 (18%)
BPCO in ossigenoterapia	3 (5%)
Scompenso cardiaco cronico/cardiopatia ischemica e/o ipertensiva/ICD/PM	16 (%)
Fibrillazione atriale	17 (31%)
Esiti invalidanti di ictus ischemico/emorragia cerebrale	3 (5%)
Parkinson invalidante	3 (5%)
AOCP senza indicazione chirurgica	1 (2%)
Aneurisma aorta addominale noto	2 (4%)

*Legenda:* CV, catetere vescicale; IRC, insufficienza renale cronica; BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva; DM, diabete mellito; AOCP, arteriopatia ostruttiva cronica periferica.

(9%) malati (4 donne, 1 uomo; età media 95 anni, range 85-100), tutti provenienti dal domicilio, sono risultati Covid-19 positivi: 4 con polmonite con grave



**Figura 1.** Dati dal 1/6/2022 al 31/03/2024. (SP, sedazione palliativa. OBI, Osservazione Breve Intensiva. PS, Pronto Soccorso).

insufficienza respiratoria, 1 solo malato con tampone positivo in una ischemia critica degli arti inferiori senza indicazione chirurgica. I malati oncologici sono 8 (15%): 5 uomini e 3 donne di età media 80,6 anni (62-98), tutti provenienti dal domicilio, nessun in carico alle CP, nessuno con una PCC (tabella 2). I malati sono rimasti in PS per un tempo variabile da 25 minuti fino a 15 ore.

**Tabella 2.** Caratteristiche cliniche dei pazienti oncologici deceduti in PS senza SP.

Sesso (M/F)	Età (anni)	Diagnosi
M	79	Adenoca. colon stenosante metastatico operato un mese prima per occlusione intestinale. Allettamento cronico
F	62	Microcitoma polmonare con atassia cerebellare paraneoplastica in CT
M	98	Adenoca. polmonare plurimetastatico e cardiopatia ischemica
M	62	LNH a grandi cellule B con localizzazioni toraciche e addominali in CT con anamnesi di cardiopatia ischemica, DM tipo 2, dislipidemia
M	82	Adenoca. vescica con metastasi epatiche e MDS con severa piastrinopenia
F	91	LNH in stadio avanzato non trattato per grave decadimento cognitivo, BPCO, cardiopatia ipertensiva ed ischemica
F	81	Adenoca. pancreas con metastasi epatiche e addominali condizionante cachessia e disfagia in follow-up oncologico
M	90	Adenoca. polmone con quadro di MOF

Legenda: CT, chemioterapia. DM, diabete mellito. MDS, mielodisplasia. BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva. MOF, multiorgan failure.

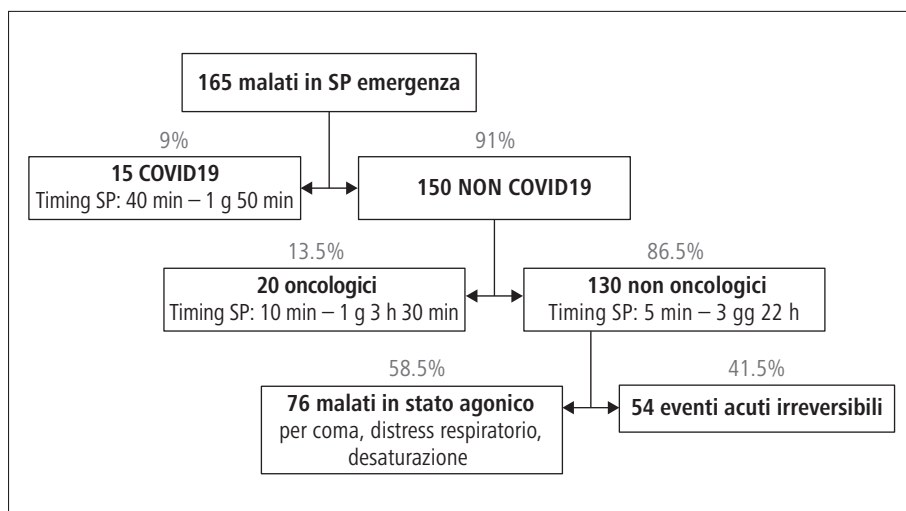
**MALATI COVID-19 POSITIVI TRATTATI CON SP**

Sono 22 i malati Covid-19: 15 (9%) hanno ricevuto una SP di emergenza (figura 2), 7 (4%) una SP con tempo finestra (figura 3). Le caratteristiche dei malati Covid-19 sono riportate nella tabella 3. Tutti hanno presentato un quadro di insufficienza respiratoria acuta da SARS CoV2, ad eccezione di una malata di 92 anni, proveniente da domicilio, cachettica e arrivata in fase agonica premorte con tampone positivo ma senza segni ecografici di polmonite interstiziale. Nessun malato è risultato in carico alle CP domiciliari o con una

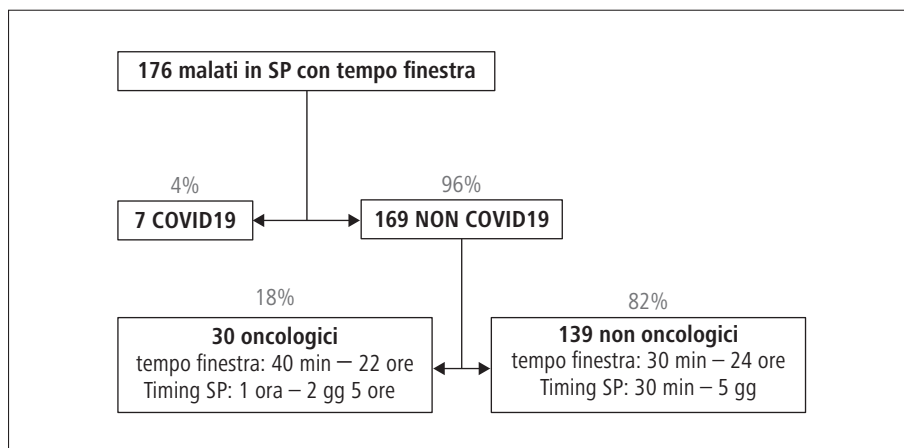
**Tabella 3.** Caratteristiche cliniche e timing della SP dei pazienti Covid-19 trattati con SP di emergenza e con tempo finestra.

	SP emergenza (n = 15)	SP con tempo finestra (n = 7)
F/M	9/6	1/6
Età media (min-max)	86,5 (64-98)	84 (53-99)
Provenienza		
■ Domicilio	4 (27%)	3 (43%)
■ Casa di riposo/residenza per anziani	8 (53%)	3 (43%)
■ Ospedale per lungodegenti	3 (20%)	1 (14%)
Polmonite con grave insuff. respiratoria	14 (93%)	7 (100%)
Malati oncologici	1 (6,5%)	0
Sala del sollievo	2 (13%)	2 (28%)
Timing SP (min-max)	40 min-1 g 50 min	1 h-8 h

Legenda: Min, minuti; g, giorno; h, ore.



**Figura 2.** SPP, sedazione palliativa. (CP, cure palliative. G, giorno. H, ore. Min, minuti).



**Figura 3.** SP, sedazione palliativa. (CP, cure palliative. MOF, multiorgan failure. G, giorno. Min, minuti).

PCC/DAT. L'unico malato oncologico è un uomo di 64 anni con neoplasia ignota con metastasi epatiche, trattata con chemioterapia, ma non indagata per grave decadimento cognitivo con allettamento cronico (RANKIN 4), proveniente da una casa di riposo, senza attivazione delle CP domiciliari né PCC. Il malato più giovane ha presentato uno shock settico da polmonite Covid-19 trattato con SP in sala del sollievo (timing 2 giorni e 10 ore) previo tempo finestra di un'ora con terapia medica massimale. Si tratta di un malato proveniente da una casa di riposo, affetto da parkinsonismo atipico con allettamento cronico, cachessia, piaghe da decubito, CV a permanenza colonizzata da germi multiresistenti, PEG, dimesso il mese prima dall'ospedale per urosepsi da E. Coli multiresistente.

#### MALATI COVID-19 NEGATIVI TRATTATI CON SP

In questo gruppo di 319 malati, 150 hanno ricevuto una SP di emergenza e 169 una SP con tempo finestra (figure 2 e 3).

##### *Sottogruppo malati oncologici*

Si tratta di 50 malati, dei quali 20 (13,5%) sono stati trattati con una SP di emergenza e 30 (18%) con una SP con tempo finestra. Il timing min-max della SP di emergenza è stato 10 min-1 giorno 3 ore 30 minuti. I timing min-max del tempo finestra e della SP sono stati rispettivamente di 40 minuti-22 ore, e 1 ora-2 giorni. Solo 10 malati (20%) sono risultati in carico alle CP domiciliari: 4 nel gruppo trattato con SP di emergenza e 6 in quello con tempo finestra, dei quali 3 in attesa di trasferimento in Hospice (tabella 4). Tutti i casi sono stati discussi con l'équipe delle CP per concordare la gestione corretta dei malati in PS sia farmacologica sia per l'eventuale trasferimento in Hospice. I tempi finestra sono stati utilizzati per la co-

municazione con i familiari, se possibile insieme alla équipe delle CP.

Le caratteristiche dei 40 malati oncologici non seguiti dalle CP domiciliari e tutti senza PCC o DAT sono riportate nella tabella 5.

Solo 4 malati erano in terapia con oppioidi maggiore (3 con ossicodone per os, 1 con tramadolo/ke-toprofenone per os). Il motivo di invio in PS nel gruppo trattato con SP con tempo finestra è stato l'insorgenza di coma e/o distress respiratorio. Nella tabella 6 riportiamo il motivo di accesso in PS per i malati che hanno richiesto una SP di emergenza, segnalando che nei casi numero 8 e 16 la decisione di avviare la SP è stata condivisa con il cardiologo e il rianimatore di guardia.

##### *Sottogruppo malati non oncologici*

Sono 269 pazienti e rappresentano l'86,5% dei malati trattati con SP di emergenza (figura 2) e l'82% di quelli trattati con SP con tempo finestra (figura 3). Le caratteristiche cliniche dei 2 gruppi sono riportati nella tabella 7.

##### ► *SP in emergenza*

Il timing min-max della SP è stato 5 min-3 giorni 22 ore. Cinquantuno malati (39%) sono stati trattati in sala del sollievo, i restanti (61%) in OBI o in area di visita del PS per assenza di un familiare in 75 casi (95%), o perché la sala del sollievo era già occupata (4 casi, 5%). Solo 2 malati (1,4%) sono risultati in carico alle CP domiciliari e sono giunti in PS in stato agonico: una donna di 72 anni affetta da malattia di Parkinson, allettamento cronico, cachessia severa, portatrice di catetere vescicale a permanenza con plurimi ricoveri per urosepsi da germi multiresistenti, e PEG, in terapia con morfina gtt, inviata in PS dalla casa di riposo per coma con distress respiratorio in occlusione in-

**Tabella 4.** Caratteristiche dei malati oncologici seguiti dalle CP domiciliari e trattati con SP in emergenza (1-4) e con tempo finestra (5-10).

	Sesso	Età (anni)	Diagnosi	Motivo dell'accesso in PS	Tempo finestra	Timing della SP
1	M	89	Adenoca. esofago end-stage	Shock emorragico da emorragia digestiva	---	20 min
2	M	93	Ca. polmone in attesa di Hospice. I familiari rifiutano elastomero a domicilio	Stato agonico	---	10 h
3	F	82	Adenoca. pancreas end-stage con elastomero iniziato il giorno stesso dell'accesso in PS	Distress familiare per stato di coma e respiro russante	---	10 min
4	F	88	Adenoca. laringe con rifiuto a tracheostomia in terapia con oppioide maggiore	Tirage e grave distress respiratorio	---	7 h 30 min
5	F	90	Adenoca. gastrico in attesa di Hospice	Inviata dal MMG per disidratazione e coma	1 h	1 g 14 h
6	F	87	Ca. Merkel plurimetastatico in attesa di Hospice	Chiamata al 118 dei familiari per disfagia con vomito, inalazione e comparsa di distress respiratorio	40 min	1 g 5 h
7	F	52	Ca. ovaio plurimetastatico in attesa di Hospice	Chiamata del 118 dei familiari per dolore mal controllato e comparsa di delirium	4 h	15 h
8	F	82	Ca. mammella con carcinosi peritoneale	Inviata dal MMG per ipotensione e anuria	12 h	12 h
9	F	73	Adenoca. polmone plurimetastatico in elastomero con morfina, BDZ e Buscopan	Chiamata al 118 dei familiari per stato di coma con polipnea	1 h	11 h
10	F	75	Adenoca gastrico con carcinosi peritoneale	Chiamata al 118 dei familiari per coma insorto nella notte	1 h	1 g 14 h

Legenda: M, maschio. F, femmina. MMG, medico di medicina generale. BDZ, benzodiazepina. H, ore; g, giorno; min, minuti.

testinale e trattata con SP per 2 giorni e 14 ore in OBI per assenza dei familiari; e un uomo di 76 anni noto per fibrosi polmonare idiopatica end-stage in terapia con morfina orale portato dai familiari in PS per comparsa nella notte di distress respiratorio severo e ipotensione grave, trattato in sala del sollievo con SP della durata di 20 minuti.

Sei malati (4,5%) di età media 87 anni (84-95) e provenienti da case di riposo, ad eccezione di un solo malato inviato in PS dal proprio domicilio, hanno necessitato di un adeguamento della posologia dell'oppioide nella SP poiché già in terapia con un oppiaceo maggiore per le gravi condizioni generali - fentanil cerotto a posologia variabile tra 12 mcg e 125 mcg ogni 72 ore - senza una PCC né attivazione delle CP.

Come riportato nella figura 2, il 58,5% è stato inviato in stato agonico in PS; il restante 41,5% ha presentato invece eventi acuti irreversibili, ovvero:

- 16 casi (30%) di emorragia cerebrale senza indicazione neurochirurgica: 8 donne e 8 uomini di età media 83,5 anni (73-98), dei quali 11 provenienti

dal domicilio, 3 da case di riposo / residenza per anziani, e 2 da un ospedale per lungodegenti. Timing min-max della SP: 15 minuti-3 giorni 7 ore. Dieci malati sono stati trasferiti in sala del sollievo;

- 10 casi (18,5%) di shock emorragico (3 da rottura di aneurisma dell'aorta addominale, 7 da sanguinamento del tratto digestivo) in 6 donne e 4 uomini di età media 85,5 anni (77-93), dei quali 5 provenienti da domicilio, 4 da case di riposo / residenza per anziani, e 1 da ospedale per lungodegenti. Timing min-max della SP: 15 minuti-1 giorno 5 ore. Tre malati sono stati trasferiti in sala del sollievo;
- 9 casi (16,5%) di polmonite *ab ingestis* con grave insufficienza respiratoria acuta in quadro di occlusione intestinale non operabile in 5 donne e 4 uomini di età media 89 anni (72-104), dei quali 2 provenienti da domicilio (uno trasferito da altro PS periferico) e 7 da casa di riposo/residenza per anziani. Timing min-max della SP: 1 ora-2 giorni 14 ore. Due malati sono stati trasferiti in sala del sollievo;

**Tabella 5.** Caratteristiche cliniche e timing della SP dei malati oncologici non seguiti dalle CP domiciliari.

	SP emergenza (n =16)	SP con tempo finestra (n = 24)
F/M	8/8	13/11
Età media (min-max)	81 (72-94)	81 (49-102)
Provenienza		
■ Domicilio	4 (25%)	17 (71%)
■ Casa di riposo / residenza per anziani	2 (12,5%)	6 (25%)
■ Ospedale per lungodegenti	2 (12,5%)	1 (4%)
Adenoca. gastrico MTS	1	1
Adenoca. pancreas MTS	1	3
Adenoca. rinofaringe	1	--
Microcitoma/adenoca. polmonare MTS	1	1
Adenoca. renale MTS	1	1
Adenoca. mammario MTS	---	4
Adenoca. prostata MTS	2	2
Adenoca. colon / retto MTS	1	3
HCC multifocale	2	1
Glioblastoma	1	1
Melanoma pluriMTS	1	---
Neoplasia ematologica avanzata o chemiorefrattaria	3	6
Primitivo ignoto pluriMTS	1	1
Sala del sollievo	9 (56%)	13 (54%)
Timing SP (min-max)	40 h-1 g 2 h	1 h-2 g e 5 h con tempo finestra: 1 h-22 h

Legenda: F, femmina; M, maschio. H, ore; g, giorni; min, minuti. MTS, metastatico.

- 6 casi (11%) di edema polmonare acuto grave o non responsivo alla NIV in 3 donne e 3 uomini di età media 90 anni (83-94), dei quali 4 provenienti da domicilio e 2 da case di riposo / residenza per anziani. Il trattamento con la NIV è stato proseguito per massimo 2 ore e 30 minuti. In 3 casi è stata avviata subito la SP. Timing min-max della SP: 40 minuti-4 ore 30 minuti. Due malati sono stati trasferiti in sala del sollievo;
- 5 casi (9%) di ictus ischemici gravi per stato di male e/o coma severo (GCS 3) in 2 donne e 3 uomini di età media 89 anni (82-96), tutti affetti da grave decadimento cognitivo, dei quali 3 provenienti

dal domicilio e 2 da case di riposo. Timing min - max della SP: 1 ora - 17 ore. Nessun malato è stato trasferito in sala del sollievo. La durata maggiore della SP è stata per un malato di 96 anni con afasia e alterazione dello stato di coscienza insorto 2 giorni prima l'invio in PS richiesto dai familiari con 118 e già trattato a domicilio dal medico curante con morfina sc in infusione continua, ma senza attivazione delle CP domiciliari e successiva difficoltà gestionale nel fine settimana da parte dei familiari. Il malato è stato trasferito in OBI in attesa di trasferimento in Hospice;

- 4 casi (7,5%) di shock cardiogeno in 4 donne di età media 91,8 anni (88-104), delle quali solo una proveniente da una casa di riposo: 2 secondari a infarto miocardico acuto, 2 da BAV totale. Timing della SP: 5 minuti-3 ore. Due malate sono state trasferite in sala del sollievo. Tutti i casi sono stati discussi con il cardiologo di guardia;
- 4 ROSC (7,5%) dopo arresto cardiaco e manovre ACLS provenienti da domicilio con coma GCS 3 e assenza di riflesso corneale. Si trattava di 2 uomini e 2 donne di età media 87 anni (83-91). Timing della SP: 7 ore-18 ore. Un solo malato è stato trasferito nella sala del sollievo (in due casi era già occupata). In tutti i casi, la decisione di avviare la SP è stata condivisa con il rianimatore e il cardiologo di guardia presenti all'arrivo del malato in shock room.

In nessun caso era disponibile una DAT nel registro nazionale on line.

I malati giunti in PS in stato agonico sono 50 donne e 26 uomini di età media 88,5 anni (44-101), dei quali 37 provenienti dal domicilio (49%), 33 da case di riposo / residenza per anziani (43%), e 6 da ospedali per lungodegenti (8%). Un solo paziente è stato centralizzato da altro PS periferico con ALS medico. Solo 2 malati sono risultati in carico alla équipe delle CP domiciliari e sono gli unici con una PCC. Sedici malati (21%) sono stati dimessi da un ospedale entro il mese antecedente l'arrivo in PS, ma nessuno con una PCC né l'attivazione di un percorso di cure palliative a domicilio. Il timing min-max della SP è stato 7 minuti-4 ore. Nel 41% dei casi (31 malati) è stato possibile utilizzare la sala del sollievo. Il malato più giovane (44 anni) è stato condotto in PS con attivazione del 118 dal domicilio per distress respiratorio grave, piuria e alterazione severa dello stato di coscienza in nota SLA con PEG, catetere vescicale a permanenza, supporto ventilatorio, senza PCC. Il malato più anziano è stato una donna di 101 anni agonica proveniente da domicilio con 118 in scadute condizioni generali e severa cachessia, che nelle ultime settimane aveva smesso di alimentarsi ed era diventata soporosa. Il timing della SP è stato di un'ora nel primo caso, e 50 minuti nel secondo.

**Tabella 6.** Caratteristiche dei 16 malati oncologici non seguiti dalle CP domiciliari e trattati in PS con SP in emergenza.

	Sesso	Età (anni)	Diagnosi	Provenienza	Motivo dell'accesso in PS	Timing della SP
1	M	75	Adenoca. gastrico in corso elastomero con 5FU, noto AAA non operabile	Domicilio	Rottura AAA	1 g 3 h 30 min
2	F	89	Neoplasia ignota con MTS diffuse	Domicilio	Stato agonico	8 h
3	F	73	Adenoca. pancreas con carcinosi peritoneale in terapia con buprenorfina cerotto seguito da oncologia di altra provincia	Domicilio	Stato agonico	24 h
4	F	88	PV evoluta in MFI con pancitopenia severa, scompenso cardiaco cronico, CV a permanenza, FA, angiodisplasia del retto. Dimessa 7 gg prima dalla Geriatria per TC con ematoma subdurale e frattura orbita occhio destro	CDR	Stato agonico	16 h
5	M	77	Adenoca. rinofaringe in severa cardiopatia ischemica (FE 25%), epilessia primaria, cachessia in NPT seguito in DH Oncologia	CDR	Stato agonico	1 h
6	F	79	Microcitoma polmonare con MTS mediastiniche, disfagia da compressione neoplastica dell'esofago, decadimento cognitivo severo. Off-therapy per oncologi	Domicilio	Stato agonico	1 g 2 h
7	M	72	Melanoma in progressione con MTS epatiche, polmonari, ossee in immunoterapia. RT su D9 e D11 a scopo palliativo per crolli neoplastici. Seguito in Oncologia	Domicilio	Emoftoe con distress respiratorio	6 h
8	M	74	Adenoca. prostata pluriMTS	Domicilio	Dolore toracico con ACC in shock room. Protocollo ACLS	2 h
9	M	93	Adenoca. colon con MTS epatiche e nota microperforazione senza indicazione chirurgica (ricovero 10 gg prima) in grave decadimento cognitivo, BPCO, IRC, FAC	Domicilio	Addome acuto per perforazione intestinale	20 h
10	M	84	HCC multifocale in cirrosi epatica con varici esofagee	Domicilio	Shock emorragico da rottura di varici esofagee con legatura inefficace e assenza di risposta a terapia medica massimale	6 h 30 min
11	F	73	Glioblastoma radiotrattato in progressione. In attesa di attivazione CP	Ospedale per lungodegenti	Stato agonico	15 h 30 min
12	F	84	HCC in progressione di malattia con MTS diffuse seguito in centro oncologico fuori regione. DM tipo 2, FA in DOAC, cardiopatia ischemica	Domicilio	Shock emorragico da rottura splenica atraumatica	1 h 35 min
13	F	94	Adenoca. rene non trattato per grave decadimento cognitivo con disturbi del comportamento, FAC in DOAC, DM2, ipertensione arteriosa, CV a permanenza, CPAP per OSAS	Domicilio	Coma GCS 3 secondario a emorragia cerebrale + ESA in assenza di indicazione NCH	10 h 45 min
14	F	74	LNH a grandi cellule B con MTS ossee, linfonodali sovra- e sottodiaphragmatiche	Domicilio	Coma da emorragia cerebrale massiva senza indicazione NCH	5 h
15	M	75	LNH B cerebrale in progressione, FA in DOAC, IRC, recente ricovero per rettoria da polipo displastico del retto	Domicilio	ACC testimoniato con ROSC dopo ACLS ma GCS 3 e assenza di riflesso corneale	16 h
16	M	88	Adenoca. prostata con MTS ossee e fratture patologiche in ormonoterapia. Cachessia severa, allettamento	Ospedale per lungodegenti	Emottisi massiva con shock emorragico	6 h

**Legenda:** M, maschio. F, femmina. CDR, casa di riposo. AAA, aneurisma aorta addominale. PV, policitemia vera. MFI, mielofibrosi idiopatica. TC, trauma cranico. CV, catetere vescicale. FAC, fibrillazione atriale cronica. FE, frazione di eiezione. NPT, nutrizione parenterale. MTS, metastasi. RT, radioterapia. BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva. IRC, insufficienza renale cronica. HCC, epatocarcinoma. DM, diabete mellito. DOAC, anticoagulanti orale ad azione diretta. OSAS, sindrome delle apnee ostruttive del sonno. ESA, emorragia subaracnoidea. NCH, neurochirurgica. LNH, linfoma non Hodgkin. G, giorno; h, ore; min, minuti.



**Tabella 7.** Caratteristiche cliniche dei malati non oncologici Covid-19 negativi trattati con SP in emergenza e con tempo finestra.

	SP emergenza (n =130)	SP con tempo finestra (n = 139)
F/M	81/49	83/56
Età media (range, min-max)	88 (44-107)	87 (61-102)
Provenienza		
■ Domicilio	67 (51,5%)	62 (45%)
■ Casa di riposo / residenza per anziani	54 (41,5%)	59 (42,5%)
■ Ospedale per lungogenti	9 (7%)	16 (11,5%)
■ Ospedale per acuti	0	1 (0,5%)
■ Altro PS	0	1 (0,5%)
Decadimento cognitivo / Alzheimer	34 (45%)	77 (55%)
Cachessia/Allettamento/ piaghe da decubito	46 (60%)	69 (49%)
Disfagia/PEG/SNG per alimentazione/NPT	9 (12 %)	27 (19%)
CV a permanenza	9 (12%)	14 (10%)
Colostomia/Ileoureterocutaneostomia	2 (2.5%)	0
IRC stadio III-IV/terminale in dialisi	12 (18%)	23 (16%)
DM tipo 2 con complicanze	17 (22%)	14 (10%)
Cirrosi epatica severa / end-stage	3 (4%)	4 (3%)
BPCO in ossigenoterapia	8 (10%)	8 (5%)
Fibrosi polmonare idiopatica end-stage	1 (1,3%)	3 (2%)
Tracheostomia	0	1 (0.7%)
Ipertensione polmonare severa	0	5 (3.5%)
Scompenso cardiaco cronico/cardiopatia ischemica e/o ipertensiva/ICD/PM	29 (38%)	40 (28%)
Fibrillazione atriale	50 (65%)	27 (19%)
Stenosi aortica severa non operabile	0	4 (3%)
Esiti invalidanti di ictus ischemico/emorragia cerebrale	9 (12%)	16 (11,5%)
Parkinson invalidante	2 (2,5%)	10 (7%)
AOCP senza indicazione chirurgica	5 (6,5%)	6 (4%)
Aneurisma aorta addominale noto	1 (1,3%)	0
Frattura femore nell'ultimo anno	2 (2,5%)	0
Amiloidosi cardiaca	1 (1,3%)	0
Miastenia gravis	1 (1,3%)	0
SLA	1 (1,3%)	0
Sclerosi multipla "very late onset"	0	1 (0,7%)
Atrofia multisistemica tipo B	0	1 (0,7%)

*Legenda:* CV, catetere vescicale; IRC, insufficienza renale cronica; BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva; DM, diabete mellito; AOCP, arteriopatia ostruttiva cronica periferica.

► *SP con tempo finestra*

Considerando i 139 malati (figura 3; tabella 7), 77 (48%) sono stati trasferiti in sala del sollievo. Nessun malato è risultato in carico alle CP o con una PCC. I timing min-max della SP e del tempo finestra sono stati rispettivamente di 30 minuti-5 giorni, e 30 minuti-24 ore. Il malato più giovane (61 anni), affetto da cirrosi epatica end-stage con sindrome epatorenale e cachessia secondaria, ospite di un ospedale per lungodegenti, è stato trasferito in PS per stato soporoso e ascite severa refrattaria. In PS è stata eseguita una paracentesi di sollievo e dopo un tempo finestra di 4 ore e il colloquio con la familiare che ha riportato la scelta del malato di non aver mai voluto curare la sua patologia di base, è stata avviata la SP e trasferito il malato in sala del sollievo. Il timing della SP è stato di 24 ore.

Tre malati (2%) hanno necessitato di un adeguamento della posologia dell'oppioide nella SP poiché già in terapia con un oppiaceo maggiore: ossicodone per os per una AOCP severa e non rivascolarizzabile, buprenorfina cerotto per una nevralgia post-herpetica, e fentanil cerotto associato a morfina orale a rapido rilascio (in gtt) per una fibrosi polmonare end-stage.

Ventidue malati (16%) sono stati dimessi da un reparto ospedaliero per acuti il mese prima: 14 donne e 8 uomini di età media 91 anni (62-102), dei quali 18 (82%) provenienti da casa di riposo / residenza per anziani e 4 (8%) dal domicilio. Il malato più giovane (62 anni) è stato dimesso la settimana prima dal reparto di Neuroriabilitazione per una emorragia cerebrale tipo moyamoya con tracheostomia, catetere vescicale a permanenza, cirrosi epatica HCV-relata con varici esofagee, diabete mellito tipo 2 e ipertensione arteriosa. È stato inviato in PS dalla casa di riposo, dove era stato trasferito dall'ospedale di degenza, per shock con ipotensione refrattaria ai liquidi, desaturazione non responsiva ad ossigeno-terapia e severa acidosi lattica. Il malato è deceduto in area di PS in SP (4 ore 30 minuti) dopo un tempo finestra di 1 ora e 30 min. La malata di 102 anni proviene da una casa di riposo ed era affetta da BPCO, ipertensione arteriosa, glaucoma, neoplasia vescicale con ematuria persistente e grave decadimento cognitivo. Dimessa dal reparto di Medicina Interna di un ospedale periferico per insufficienza respiratoria secondaria a polmonite, è stata inviata in PS dalla casa di riposo con attivazione del 118 per grave agitazione e desaturazione con episodio di PDC. Il timing della SP è stato di 4 giorni con un tempo finestra di un'ora. In questo sottogruppo di pazienti, il timing della SP più lungo è stato di 5 giorni in un malato di 88 anni proveniente da una casa di riposo e affetto da disfagia totale, alimentato con SNG, allettato e cachettico, con cardiopatia ipertensiva, epilessia primaria, crolli vertebrali multipli,

che è stato inviato in PS per shock settico già in terapia antibiotica ev e ossigeno-terapia, dimesso poche settimane prima dall'ospedale per una polmonite *ab ingestis*.

---

## Discussione

Il protocollo di SP e la sala del sollievo del PS di Piacenza hanno la finalità di garantire la miglior cura possibile del malato end-stage in termini di qualità di vita residua e di controllo dei sintomi<sup>15</sup> in un preciso contesto lavorativo, quello della medicina emergenza-urgenza, caratterizzato dalla necessità da parte del medico urgentista di dover prendere decisioni "presto e bene" per il malato.

I malati end-stage possono manifestare nelle ultime ore di vita agitazione, irrequietezza, ansia, delirium, dolore, dispnea, vomito e distress psicologico. Tali sintomi possono essere refrattari ai trattamenti medici standard e diventare una emergenza<sup>16</sup>. La SP ha lo scopo di trattare correttamente e rapidamente questi sintomi altrimenti incontrollabili e garantire sollievo al malato.

Da una revisione dei dati presenti in letteratura, emerge che in 14 studi, che hanno coinvolto 4.167 adulti, 1.137 hanno ricevuto una sedazione palliativa. Oltre il 95% delle persone era affetto da cancro. Nessuno studio era randomizzato o quasi randomizzato. Tutti erano serie di casi consecutivi, e solo tre avevano una raccolta dati prospettica. Il rischio di distorsione era elevato, a causa della mancanza di randomizzazione. Nessuno studio ha misurato la qualità della vita o il benessere dei partecipanti, che era l'esito primario della revisione. Cinque studi hanno misurato il controllo dei sintomi, utilizzando quattro metodi diversi. I risultati hanno dimostrato che, nonostante la sedazione, il delirium e la dispnea erano ancora sintomi fastidiosi per queste persone negli ultimi giorni di vita. Il controllo degli altri sintomi è risultato simile nelle persone sedate e in quelle non sedate. Solo uno studio ha misurato gli effetti avversi involontari dei farmaci sedativi e non ha riscontrato eventi gravi; tuttavia, quattro dei 70 partecipanti sembravano avere un delirium indotto dai farmaci. Lo studio non ha rilevato alcuna depressione respiratoria. Tredici dei 14 studi hanno misurato il tempo di sopravvivenza dal ricovero o dall'inizio della sedazione palliativa alla morte, e tutti non hanno dimostrato differenze statisticamente significative tra i gruppi sedati e non sedati<sup>15</sup>.

Nel nostro studio, la maggior parte dei pazienti inviati in PS sono anziani polipatologici, spesso provenienti da strutture di residenza per anziani, che rappresentano la loro casa e quindi il setting corretto per il loro percorso di fine vita. E tuttavia, il fine vita è percepito sia dal personale delle strutture sia dai fami-

liari come una emergenza che deve essere gestita in PS, anche quando non lo è<sup>17,18</sup>. Solo 58 su 395 malati (15%) erano oncologici, e solo 10 (17%) erano seguiti dalle CP domiciliari, dei quali 3 erano in attesa di trasferimento in Hospice. I restanti 48 malati (83%) non avevano una PCC: 8 sono deceduti senza SP, 50 con SP - 16 di emergenza, 24 con SP dopo tempo finestra. Nessun malato oncologico era seguito in un percorso di "early palliative care", che, come riportato in letteratura, può avere effetti molto benefici sulla qualità della vita e sull'intensità dei sintomi nei pazienti con cancro avanzato rispetto a quelli che ricevono solo le cure oncologiche abituali/standard<sup>19,20</sup>. Trentotto malati (9,5%) erano stati ricoverati in un ospedale per acuti nel mese prima dell'invio in PS, ma in nessun caso non erano stati identificati i bisogni di cura e pianificati con il malato, laddove possibile, e i suoi familiari / caregiver gli obiettivi di cura (PCC). Nel caso dei 6 malati già in terapia con oppioide maggiore e trattati con SP di emergenza (vedi sopra), colpisce il fatto che nessuno di questi malati avesse una PCC/DAT e che i malati siano stati inviati in PS in condizioni di "morte attesa e prevedibile", delegando il medico urgentista di turno sia nella comunicazione con i familiari/caregiver sia nella gestione terapeutica del fine vita di quel malato, che avrebbe invece potuto rimanere nella propria casa o nella casa di riposo. In particolare, in un caso è intervenuto di notte il medico della guardia medica, che ha controindicato il trasporto in PS ai familiari della malata, ma non ha avviato la SP. I familiari hanno quindi chiesto l'attivazione del 118 e il trasporto in PS consapevoli dello stato di fine vita della malata. In un altro caso, il medico del 118 ha proposto di avviare la SP in struttura, ma i familiari hanno rifiutato e hanno richiesto il trasporto in PS dove è stata avviata subito la SP. Infine, in un terzo caso, il familiare di riferimento era consapevole del fine vita del malato, ma ha richiesto alla struttura l'invio del malato in PS con attivazione del 118.

Da uno studio retrospettivo di coorte sui dati provenienti dalle cartelle cliniche elettroniche Optum rappresentative a livello nazionale per il periodo 2010-2020 negli Stati Uniti d'America, emerge che i decessi in PS hanno rappresentato l'11,3% dei decessi totali dal 2010 al 2019 e il 33,2% di tutti i deceduti si è recato in PS entro un mese dal decesso. Rispetto a tutti gli accessi avvenuti in PS in quell'intervallo di tempo, i pazienti deceduti erano più anziani, di sesso maschile e non ispanici, e considerando i pazienti di età superiore agli 80 anni, quasi uno su 12 è morto entro un mese. Questo studio ha rilevato che i decessi durante o poco dopo l'assistenza in PS sono comuni, soprattutto tra i pazienti anziani e con comorbilità croniche, e dimostra che i medici di emergenza-urgenza che lavorano in PS devono essere in grado di identificare i bisogni di cure palliative primarie e avviare percorsi di cura finalizzati alla cura del malato e

non della malattia<sup>18</sup>. Tuttavia, nella nostra esperienza, riteniamo che la collaborazione tra la medicina del territorio e il PS sia fondamentale per evitare il meccanismo cosiddetto "revolving door", come è capitato ad una malata di 89 anni, nel gruppo dei malati non oncologici in trattamento con oppioide maggiore e trattati in PS con SP con tempo finestra (vedi sopra). La malata, proveniente da una casa di riposo, con nota diagnosi di fibrosi polmonare end-stage in ossigeno-terapia, mai seguita dalla équipe delle CP, era stata valutata in PS 20 giorni prima per difficoltà respiratoria ingravescente nelle ultime settimane, ed era stata dimessa dal PS dopo ottimale controllo della dispnea con boli di morfina ev, e l'indicazione, concordata con i colleghi delle CP, la malata e la sua familiare, a proseguire la terapia impostata con oppioide con eventuale aumento posologico e la richiesta di attivazione delle CP domiciliari da parte del proprio medico curante, per evitare l'ospedalizzazione di una malata end-stage. La malata è stata invece inviata nuovamente in PS per un grave distress respiratorio senza che fossero state attivate le CP, ed è deceduta in area di PS con un tempo finestra di 7 ore, durante il quale le condizioni della paziente sono peggiorate nonostante la terapia medica massimale in atto, che ha comportato l'avvio della SP con una durata di 11 ore e 20 minuti.

La durata della sedazione palliativa non ci sorprende ed è in linea con quanto riportato in letteratura<sup>21</sup>. Il tempo che abbiamo a disposizione è un tempo di attesa che consente ai familiari di acquisire una maggiore consapevolezza del percorso di fine vita del loro caro, e quindi un inizio della fase del lutto. Anche per il personale medico ed infermieristico del PS è un tempo di attesa, durante il quale interagire con la famiglia e/o il caregiver<sup>22</sup>, assistere il malato, pianificare le cure rivedendo le terapie (dosi farmacologiche in corso e PRN), garantendo il controllo dei sintomi come dolore, dispnea e secrezioni, e confrontandoci con i colleghi delle CP.

Il tempo finestra è uno strumento utile al medico in caso di incertezza prognostica<sup>23</sup>, ma deve essere finalizzato al ragionamento clinico attraverso il confronto con gli altri medici del PS, della Terapia Intensiva e/o delle CP, secondo un modello di cura condiviso che sia diretto verso la proporzionalità dei trattamenti e non sia invece una misura di medicina difensiva<sup>24</sup>. Il tempo finestra utilizzato dai medici del PS è stato estremamente variabile: nei malati oncologici da 40 minuti fino a 22 ore, in quelli non oncologici da 30 minuti a 24 ore. Questo dato, che si equivale per entrambe le sottoclassi di malati, sottolinea la difficoltà del medico urgentista di prendere decisioni clinicamente appropriate ed eticamente corrette, soprattutto in assenza di una PCC che permetterebbe di ridurre l'incertezza decisionale in un contesto lavorativo particolare come quello del PS. In questo

specifico contesto lavorativo, una maggiore e migliore interazione con gli altri specialisti, rianimatore e palliativista, ma anche gli specialisti di riferimento per la patologia di base del malato (es. cardiologo, pneumologo, oncologo, ecc.) e il medico di medicina generale permetterebbe all'urgentista di condividere i percorsi di cura, spesso di malati cronici, polipatologici e di età avanzata, con lo specialista che ha in carico quel malato, riducendo l'elemento stressante decisionale di intensificare le cure o al contrario di avviare un percorso di palliazione. Tale aspetto è di fondamentale importanza anche quando si tratta di avviare una SP di emergenza per eventi acuti irreversibili (figura 2). In particolare, nella nostra esperienza le decisioni terapeutiche e la comunicazione con i familiari sono avvenute insieme agli specialisti, tra i quali rianimatore, neurologo, cardiologo (vedi paragrafo "SP in emergenza").

Dai dati raccolti emerge una maggiore difficoltà decisionale nei primi 6 mesi di avvio del protocollo (giugno-dicembre 2022), verosimilmente secondaria alla necessità di modificare il proprio *modus operandi*. A maggio 2023 il tempo finestra massimo è stato di 9 ore, per ridursi a 3 ore negli ultimi 6 mesi (dati non mostrati). Questo dato sottolinea l'importanza della formazione e del confronto tra medici di medicina emergenza-urgenza e palliativisti al fine di poter acquisire competenze palliative, che sono necessarie anche nel setting della medicina emergenza-urgenza.

L'assenza di DAT e PCC è un elemento aggiuntivo che può portare a ritardare o non avviare la sedazione palliativa ad opera del medico urgentista. La loro compilazione permetterebbe di azzerare l'incertezza decisionale del medico ed evitare lo stress psicologico della decisione sia al medico sia al familiare<sup>25,26</sup>. Questa osservazione vale sia per i malati oncologici<sup>27</sup> sia per tutti quei malati con patologie croniche invalidanti, come riportato nel documento SIIARTI delle grandi insufficienze d'organo, soprattutto per i malati con grave decadimento cognitivo<sup>28</sup>, e consentirebbe di realizzare percorsi di cura allineati con i desideri e le scelte del malato secondo i propri valori e preferenze in un percorso definito "goal-concordant care" che mantiene il malato al centro del percorso di cura<sup>29</sup>.

Gli errori di comunicazione tra medico e familiare sono avvenuti solo nel gruppo dei malati deceduti in PS senza sedazione palliativa; non sono state, invece, segnalate nelle cartelle cliniche del PS difficoltà di comunicazione e/o interazione con le famiglie dei malati trattati con sedazione palliativa. Spesso, invece, i familiari di questo gruppo di malati ha manifestato riconoscenza e gratitudine a tutto il personale medico ed infermieristico del PS per le cure offerte al proprio caro. La comunicazione è una competenza che rientra nelle skills del medico di emergenza-urgenza e come tale può e deve essere acquisita. Secondo EUSEM, il medico di medicina emergenza-

urgenza deve essere in grado di discutere in maniera professionale ed empatica con i pazienti, i familiari, i caregiver, e i colleghi le indicazioni a sospendere o non intraprendere interventi medici che sono considerati futili; e deve essere altresì in grado di partecipare alle discussioni in materia di fine-vita/cure palliative<sup>30</sup>. È dimostrato che utilizzare un metodo di comunicazione per le cattive notizie, per esempio il modello SPIKES, è associato ad un miglioramento della soddisfazione, delle conoscenze e delle prestazioni dei medici e degli infermieri coinvolti nella comunicazione "difficile"<sup>31,32</sup>.

La maggiore difficoltà incontrata dal personale medico è l'assenza di evidence based medicine nella diagnosi di fine vita, ovvero una medicina basata su prove di efficacia o evidenze, intese come risultati della ricerca che derivano dalla raccolta sistematica di dati attraverso l'osservazione e la sperimentazione, la formulazione di quesiti e la convalida delle ipotesi, che consentano a qualsiasi medico di prendere decisioni sul fine vita integrando le migliori evidenze disponibili con lo stato, i bisogni, i valori e le preferenze del malato, compatibilmente con il contesto organizzativo. Tale mancanza può indurre il medico ad avviare in ritardo o non avviare il percorso di SP. Dal 1° giugno 2022 al 31 marzo 2024, 54 malati (14%) sono deceduti in PS senza che venisse avviato un percorso di CP in emergenza, pur essendo presenti criteri di terminalità e refrattarietà dei sintomi alle terapie mediche. In particolare, gli 8 malati oncologici erano tutti affetti da neoplasie avanzate e presentavano sintomi refrattari ai trattamenti medici standard. Analizzando nel dettaglio i dati, emerge che in 5 casi (9%) non è stata avviata la SP perché il medico ha delegato la scelta al familiare, non garantendo in questo modo il "best interest" al proprio malato e obbligando il familiare a prendere una decisione che è e deve essere sempre del medico. In 2 casi (4%) è stato proseguito il supporto ventilatorio con Bi-Level rispettivamente per 7 ore e 30 minuti e 15 ore, anche se, nelle cartelle cliniche, i malati erano descritti dai medici che li avevano in cura «in gravissime condizioni» tanto da andare incontro ad arresto cardiaco in corso di ventilazione, protraendo un trattamento non più basato su appropriatezza e proporzionalità, ma su una ostinazione irragionevole del medico di emergenza-urgenza. In altri 2 casi (4%), il medico urgentista non ha avviato la SP nonostante fosse stata posta l'indicazione da parte del rianimatore, con il quale era stato condiviso il caso. Sono proprio questi casi che generano stress nell'infermiere di PS che, dovendo condividere la gestione del malato con il medico, vive con grande disagio la scelta medica di non avviare la SP appellandosi ad una concezione difensiva della medicina, o addirittura in alcuni casi, spingendosi verso cure sproporzionate e inappropriate fino alla ostinazione irragionevole<sup>29</sup>. Allo

scopo di evitare il cosiddetto “moral injury o moral distress” negli infermieri di PS, ogni due mesi viene organizzato un incontro con un palliativista e uno psicologo delle CP della nostra azienda ospedaliera, durante il quale gli infermieri e i medici espongono i casi clinici “difficili” o gestiti a loro giudizio non correttamente, facendo un riesame guidato dalle competenze dell'équipe di CP.

## Conclusioni

In qualsiasi setting di cura, incluso il PS, il malato deve restare al centro del percorso e qualsiasi medico ha il dovere di costruire dei percorsi di cura che tengano conto dei principi dell'etica medica – autonomia, beneficenza, non maleficenza, giustizia – e delle scelte del malato, allo scopo di realizzare percorsi clinicamente appropriati ed eticamente corretti, evitando trattamenti futili o, peggio, attuando un processo decisionale di stampo paternalistico. Intercettare i bisogni di CP precocemente e pianificare i percorsi di cura con il malato permetterebbe di gestire correttamente i malati al domicilio e/o in PS, avendo chiari gli obiettivi di cura. Nel setting dell'emergenza-urgenza, dove il tempo a disposizione è limitato e l'ambiente di lavoro è spesso inadatto alla gestione dei malati end-stage, è necessario realizzare un modello di lavoro basato su competenze e azioni pianificate, ovvero: la comunicazione con il malato/i suoi familiari/gli altri specialisti, la collaborazione con la rete delle CP<sup>33</sup>, la creazione di una équipe medico-infermieristica di riferimento in PS e di un protocollo di cura, il debriefing per l'analisi e la discussione dei casi difficili con l'équipe delle CP allo scopo di evitare il moral distress nel personale medico-infermieristico del PS. La stretta interazione tra specialisti diversi ha lo scopo fondamentale di garantire la cura corretta al malato, ma anche una reciproca crescita professionale, che permetta all'urgentista di acquisire competenze palliative e al palliativista di comprendere la complessità del lavoro svolto in un setting specifico e particolare come quello del PS.

Il nostro modello di cura è stato realizzato tenendo conto dei limiti e dei pregi del nostro PS in un contesto di collaborazione e condivisione con l'équipe di CP. In conclusione, riteniamo che la gestione del malato end-stage, che afferra al PS, deve essere una competenza del medico di emergenza-urgenza, con la consapevolezza che la creazione di un percorso di CP in qualsiasi dipartimento di emergenza-urgenza deve necessariamente tenere conto dei limiti e dei vantaggi della propria organizzazione, cercando di aumentare le proprie competenze di cure palliative in stretta collaborazione con l'équipe di CP di riferimento<sup>33</sup>. In futuro, ci auguriamo che i malati end-stage, oncologici e non oncologici, possano essere curati al

proprio domicilio (inteso anche come casa di riposo) con percorsi di cura condivisi dai medici di medicina generale con gli specialisti, con il malato, i suoi familiari/caregiver e, quando necessario, con l'équipe di CP domiciliari, per realizzare davvero un modello di medicina che tenga conto della biografia e dei desideri del singolo malato, senza cadere nell'errore di medicalizzare in modo improprio la morte, soprattutto in un ambiente come quello del PS, che riteniamo il setting teoricamente meno idoneo per il fine vita.

**Ringraziamenti.** Ad Eleonora Rossi spetta il merito di aver realizzato il disegno della sala sollievo, a Damiana Muroli di essere stata il *primum movens* di questo progetto. All'intera équipe medico-infermieristica ed OSS del Pronto Soccorso e delle Cure Palliative dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza va la riconoscenza di tutti gli autori.

*Conflitto di interessi:* le autrici e gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=84465](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84465)
2. Bertè R, Cassinelli D, Vignola V et al [Internet]. Covid-19: The role of palliative care had to be adapted to manage this “ultra-emergency”. *BMJ* March 31, 2020. Available from: <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. Poggiali E, Vercelli A, Cillis MG, et al. Triage decision-making at the time of COVID-19 infection: the Piacenza strategy. *Intern Emerg Med* 2020; 15: 879-82.
4. Poggiali E, Dacrema A, Bastoni D, et al. Can lung us help critical care clinicians in the early diagnosis of novel coronavirus (COVID-19) pneumonia? *Radiology* 2020; 295: E6.
5. Poggiali E, Fabrizi E, Bastoni D, et al. From the triage to the intermediate area: a simple and fast model for COVID-19 in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 8070.
6. Dacrema A, Silva M, Rovero L, et al. A simple lung ultrasound protocol for the screening of COVID-19 pneumonia in the emergency department. *Intern Emerg Med* 2021; 16: 1297-1305.
7. Bastoni D, Poggiali E, Vercelli A, et al. Prone positioning in patients treated with non-invasive ventilation for COVID-19 pneumonia in an Italian emergency department. *Emerg Med J* 2020; 37: 565-6.
8. Poggiali E, Vercelli A, Mazzoni S, et al. COVID-19 pandemic, Piacenza calling. The survival strategy of an Italian Emergency Department. *Acta Biomed* 2020; 91: e2020045.
9. Colombo A. *Morire all'italiana, pratiche, riti e credenze.* Bologna: Il Mulino, 2022.
10. Poggiali E, Bertè R, Orsi L. When emergency medicine embraces palliative care. *Emergency Care Journal* 2022; 18. <https://doi.org/10.4081/ecj.2022.11013>
11. De Bernardo F, Bertè R, Nassani P, et al. Il ruolo dell'infermiere nella corretta gestione del fine vita in Pronto Soccorso. Il modello di Piacenza. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2024; 26: 1-5.

12. Istruzioni Operative per malato "end stage" con sintomi refrattari nel DEA - SICP
13. [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/2\\_INSUFFICIENZE\\_CRONICHE\\_ENDSTAGE\\_0.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/2_INSUFFICIENZE_CRONICHE_ENDSTAGE_0.pdf)
14. Vignola V, Cassinelli D, Berté R. Learning to Communicate. The Experience of an Italian Emergency Department". *Emerg Care J* 2023; 19.
15. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1: CD010206.
16. Serra S, Spampinato MD, Riccardi A, et al. Pain management at the end of life in the emergency department: a narrative review of the literature and a practical clinical approach. *J Clin Med* 2023; 12: 4357.
17. Elia F, Vergano M, Di Meglio L. The patient who fell off a skyscraper. *Intensive Care Med* 2018; 44: 1770.
18. Elmer J, Mikati N, Arnold RM, et al. Death and end-of-life care in emergency departments in the US. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2240399.
19. Haun MW, Estel S, Rücker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD011129.
20. Stroppa EM, Bosco M, Gorgni S, et al. Two is better than one: improving early palliative care integration in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2024; sp-care-2023-004708.
21. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010206.pub2/epdf/full>
22. Jordan RI, Allsop MJ, ElMokhallalati Y, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2020; 10.1186/s12916-020-01829-x.
23. Vink EE, Azoulay E, Caplan A, et al. Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med* 2018; 44: 1369-77.
24. <https://pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/ethical-life-support>
25. McMahan RD, Hickman SE, Sudore RL. What clinicians and researchers should know about the evolving field of advance care planning: a narrative review. *J Gen Intern Med* 2024; 39: 652-60.
26. Chochinov HM, McClement S, Hack T, et al. Eliciting personhood within clinical practice: effects on patients, families, and health care providers. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 974-80.
27. Alishahi Tabriz A, Turner K, Hong YR, Gheytsavand S, Powers BD, Elston Lafata J. Trends and characteristics of potentially preventable emergency department visits among patients with cancer in the US. *JAMA Netw Open* 2023; 6: e2250423.
28. Toscani F, van der Steen JT, Finetti S, et al; End of Life Observatory-Prospective Study on DEmentia Patients Care (EoLO-PSODEC) Research Group; End of Life Observatory-Prospective Study on DEmentia Patients Care EoLO-PSODEC Research Group. Critical decisions for older people with advanced dementia: a prospective study in long-term institutions and district home care. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 535.e13-20.
29. Chochinov HM. The platinum rule: a new standard for person-centered care. *J Palliat Med* 2022; 25: 854-6.
30. <https://eusem.org/education/curriculum/european-curriculum-of-emergency-medicine>
31. Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, et al. Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News - A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care* 2023; 40: 1231-60.
32. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11.
33. Wang DH, Kuntz J, Aberger K, DeSandre P. Top ten tips palliative care clinicians should know about caring for patients in the Emergency Department. *J Palliat Med* 2019; 22: 1597-1602.