

# Rimodulazione dinamica della Rete di Cure Palliative di Ravenna in risposta alla pandemia da COVID-19

MATTEO MORONI, PIERO AMATI, LUIGI MONTANARI

Struttura Semplice Dipartimentale Cure Palliative AUSL Romagna, sede di Ravenna

*Pervenuto e accettato il 15 maggio 2020.*

**Riassunto.** Lo scenario drammatico e continuamente mutevole della pandemia da COVID-19 ha posto nuove sfide e richiesto nuove responsabilità per le cure palliative. Questo studio dettagliato su come la Rete Locale di Cure Palliative di Ravenna ha rimodulato in modo dinamico il modo di erogare le Cure Palliative e di riorganizzare la relazione di cura su tutti i setting (Hospice, Ospedale, Ambulatorio e Assistenza Domiciliare). Non esistono setting "privilegiati" che possano essere considerati esenti da tale mandato, ma esistono, al contrario, discipline sanitarie (come le cure palliative) che necessitano di profonda riorganizzazione per tutelare la Salute Pubblica e, al contempo, mantenere quella individuale (intesa come salute fisica, mentale e spirituale). Il mandato primario delle cure palliative contemporanee è l'assistenza centrata sulla persona per garantire una valutazione individuale e multi-professionale basata sulla complessità delle esigenze del paziente e della famiglia. L'implementazione nella pratica quotidiana di tecnologie comunicative "internet-based" (insieme allo sviluppo di percorsi della telemedicina), la modulazione dell'intensità di cura in tutti i setting delle cure palliative (ospedale, servizio ambulatoriale, hospice e assistenza domiciliare) e la restrizione dell'accesso di famiglie e caregiver all'hospice e in altri setting sono state le principali aree operative e strategiche della "fase 1" e "fase 2" della Rete di Cure Palliative di Ravenna.

**Parole chiave.** Reti di cure palliative, cura centrata sul paziente e la famiglia, pandemia da COVID-19.

*Remodulation "in progress" of Ravenna Palliative Care Unit in evolving COVID-19 pandemic.*

**Summary.** The dramatic and evolving scenario of COVID-19 pandemic requests for new responsibilities and challenges for palliative care. This is a detailed report on how Ravenna Palliative Care Unit changed "in progress" the way to deliver specialistic palliative care and to rearrange the relationship of care in all settings (inpatients' hospice, outpatients' service, home care and hospital). We thought there were no "privileged" settings that can be considered off the duty to preserve public health, and our opinion was that Palliative Care needed a deep rearrangement to protect it and, at the same time, individual health as WHO stated i.e. physical mental and spiritual health. The primary issue of contemporary Palliative Care is person-centered care to guarantee an individual and multi-professional evaluation based on the complexity of patient and family's needs. The implementation in the daily practice of pre-existing Internet-based device (together to the development of telemedicine care pathways), the modulation of the intensity in referral in all settings of Palliative Care (Hospital, outpatients service, Hospice and home care) and the caregivers' restriction of access in Hospice and other settings are the main issues involved in "Phase 1" and "Phase 2".

**Key words.** Palliative Care Services, Patient and family-centered care, COVID-19 pandemic.

## Introduzione

Scopo del presente contributo è quello di descrivere le azioni organizzative e strategiche progressivamente rimodulate e messe in atto dalla Rete di Cure Palliative di Ravenna, in risposta allo scenario dinamico di evoluzione della pandemia da COVID-19 a partire dal 9 marzo al 15 maggio 2020.

Nel periodo tra l'ultima decade di febbraio e la prima decade di marzo la diffusione della sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) aveva già assunto la dimensione di pandemia nel giro di poche settimane (con un contagio di più di 100 Paesi nel Mondo). Sebbene le misure di contenimento in Cina avessero già ridotto nuovi casi di oltre il 90%, questa riduzione non era visibile in altri Paesi, ed in particolare l'Italia veniva gravemente colpita<sup>1-3</sup>.

C'era quindi grave preoccupazione per la effettiva capacità del sistema sanitario di rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti infetti e che necessitavano di cure intensive per polmonite da SARS-CoV-2.

I modelli predittivi della diffusione della epidemia in Italia a partire dal numero dei pazienti infetti nel periodo 21 febbraio-12 marzo 2020 seguivano una tendenza esponenziale, ragione per la quale era (ed è tuttora) indicato e necessario mantenere adeguate misure restrittive in termini di prevenzione del contagio, rimodulando i Servizi in modo da garantire la miglior continuità assistenziale possibile e compatibile col nuovo scenario in progressione e continua evoluzione<sup>4</sup>.

## Pianificazione e interventi

Analizzando quindi quanto emergeva dai primi dati clinici, epidemiologici e scientifici in merito allo svi-

lupparsi della pandemia da SARS-CoV-2, unitamente all'evolversi dell'epidemia sul territorio nazionale (e in particolare dalla Lombardia e dall'Emilia da Piacenza fino a Parma) ed in accordo con la normativa del Governo italiano e con le procedure aziendali<sup>4-8</sup> si è costruita nella Rete Locale di Cure Palliative di Ravenna una strategia basata sui seguenti principi:

- garantire la tutela della Salute Pubblica, e quindi di pazienti, famiglie e operatori, poiché la Rete di Cure Palliative è prima di tutto parte del Sistema Sanitario Nazionale<sup>9</sup>;
- mantenere l'adeguata continuità nella relazione di cura in un momento così drammatico, su tutti i setting, per cercare di garantire quello che è fondamento delle cure palliative (CP), e cioè una presa in carico "globale", compassionevole e competente<sup>10-12</sup>;

- attivare, in seguito a ciò, nuove modalità di interazione tra equipe, paziente e famiglie a seconda delle tipologie di setting considerato;
- approntare una "strategia di sistema" flessibile e rapidamente rimodulabile per adeguarsi ai cambiamenti di scenario della pandemia per ottimizzare tempi e modi dell'assistenza (individuando anche una "fase 1" e una "fase 2");<sup>13</sup>

Gli interventi messi in atto (e in parte ancora in essere) e che saranno descritti sono stati:

a. interventi a tutela di pazienti, famiglie e operatori.

Setting hospice di Lugo e Faenza (figura 1):

Fase 1: chiusura alle visite per pazienti e caregiver, rimodulazione briefing di equipe (riorganizzazio-

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO AUSL DELLA ROMAGNA**  
**U.O.S. DIPARTIMENTALE CURE PALLIATIVE RAVENNA**

**RESPONSABILE**  
**Dr. Luigi Montanari**  
luigi.montanari@auslromagna

**Medici**  
FedERICA Monduzzi  
MARIA Consiglia Quarta  
Jenny Capuccini  
FedERICA Quirini  
Matteo Moroni

**Medici AIL**  
Gabriele Pelloni

**Psicologhe IOR**  
Giorgia Bellini  
Ilaria Strada

**COORDINATORE HOSPICE LUGO**  
Piero Amati  
Tel. 0545 214656

**MANTENERE LA DISTANZA, SENZA ALLONTANARSI DALLA "CURA"**

Gentile signore, l'attuale pandemia (epidemia mondiale) di Coronavirus rappresenta una minaccia per la salute di tutti noi. Ad oggi **l'unica certezza** in merito al contrasto del contagio è ridurre i contatti tra le persone. È necessario quindi proteggere al meglio i pazienti di cui ci prendiamo cura, voi stessi e noi professionisti. Siamo consapevoli che questa è una scelta dolorosa per tutti, curati e curanti. Per fare in modo che questa distanza fisica sia colmata dalla vicinanza dell'accudimento e nella rassicurazione vostra e dei malati, mettiamo a disposizione quanto segue.

**COLLOQUI CON I MEDICI PER AGGIORNAMENTI SUI PROPRI CARI**  
Il colloquio tra familiari e personale medico è garantito nei giorni feriali dalle ore 12:00 alle ore 14:00.  
Contattare il numero di telefono dell'Hospice (0545 214656) chiedendo di effettuare un colloquio telefonico o un video colloquio.  
Qualora il personale medico sia temporaneamente impegnato vi sarà chiesto di lasciare un recapito telefonico presso cui essere richiamati.

**SUPPORTO PSICOLOGICO**  
Il supporto psicologico ai pazienti è attivo e garantito.  
I familiari che desiderano contattare la Psicologa (per consulenza, supporto, confronto in merito al proprio caro) possono:  
• Contattare il numero di telefono dell'Hospice (0545 214656) chiedendo di effettuare un colloquio con la Psicologa e lasciando il proprio nome e recapito telefonico.  
• inviare un messaggio (anche tramite whatsapp) al numero di cellulare 339 6268685.  
Sarete richiamati dalla Psicologa il prima possibile.

**CONSEGNA DI BENI PERSONALI E CIBI PREFERITI O RICHIESTI DAI MALATI**  
La consegna e riconsegna di beni personali e dei pasti (se lo desiderate) è garantita dalle ore 09:00 alle ore 19:00 suonando presso il campanello della porta di accesso principale dell'Hospice. Un operatore provvederà a farsi da tramite tra con il vostro caro.

**"INCONTRI" TRA FAMIGLIARE E PERSONA RICOVERATA**  
E' possibile programmare una visita o un saluto dalla finestra della camera di degenza, compatibilmente con le esigenze assistenziali e organizzative del momento.  
Per attivare questo servizio contattare il numero di telefono dell'Hospice (0545 214956) dalle ore 10:00 alle ore 12:00 chiedendo di programmare la data e l'orario di tale attività.  
Il personale dell'Hospice vi aiuterà e vi guiderà al fine di identificare la finestra presso cui recarsi (avrete a disposizione tutto il tempo che desiderate per l'incontro).

**CHIAMATA TELEFONICA O VIDEOCHIAMATA TRA FAMIGLIARE E PAZIENTE**  
Il personale dell'Hospice contatterà quotidianamente il familiare di riferimento indicato in cartella clinica dalle ore 10:00 alle ore 12:00 per offrire la possibilità di effettuare una chiamata telefonica o una videochiamata con il vostro caro.  
In caso di risposta affermativa faremo in modo di mettervi in contatto utilizzando un telefono aziendale. E' possibile mettere in comunicazione fino a tre numeri di telefono. Se desiderate non essere chiamati vi chiediamo di farcelo presente.

Siamo consapevoli delle difficoltà che state affrontando, per questo cerchiamo di affrontarle tutti insieme.

Il team dell'Hospice

Figura 1. Brochure per l'utenza durante la fase 1.

ne della logistica interna), sospensione di altre riunioni e della formazione interna, rimodulazione dei posti letto disponibili per i ricoveri (esclusivamente pazienti in stanza singola).

Fase 2: parziale riapertura alle visite per malati in fine vita o deceduti (figura 2); rimodulazione briefing di equipe (riorganizzazione della logistica interna), sospensione di altre riunioni e della formazione interna, rimodulazione dei posti letto disponibili per i ricoveri (esclusivamente pazienti in stanza singola).

Setting ambulatori presidi ospedalieri di Ravenna, Lugo e Faenza:

Fase 1: sospesa tutta l'attività e programmato follow up telefonico.

Fase 2: riprogrammazione appuntamenti ambulatoriale.

Setting assistenza domiciliare sui territori di Ravenna, Lugo e Faenza<sup>14</sup>:

Fase 1: garantire follow up telefonico con paziente, famiglia e Medico di Medicina Generale.

Fase 2: intervento come nella fase 1, ma con accesso a domicilio in caso di necessità, previa esecuzione tampone naso-faringeo nei casi dubbi/sospetti alla intervista anamnestica COVID-orientata.

Setting ospedaliero sui presidi di Ravenna, Lugo e Faenza:

Fase 1: garantire in caso di necessità consulenza per cure di fine vita in pazienti COVID, a supporto an-

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna  
**DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO AUSL DELLA ROMAGNA**  
**S.S. DIPARTIMENTALE CURE PALLIATIVE RAVENNA**

**RESPONSABILE DR. LUIGI MONTANARI**

**HOSPICE LUGO: MODALITÀ DI ACCESSO DEI VISITATORI**

Presso l'Hospice è consentita la visita ai pazienti in condizioni di fine vita oppure deceduti.

Per ogni paziente è previsto un solo accesso della durata di 20 minuti da parte di due familiari contemporaneamente.

Tale possibilità viene offerta in tempi e modi decisi dal Medico Palliativista ed Equipe dell'Hospice.

Una volta identificato il paziente, il Medico Palliativista o l'Infermiere Case Manager o l'Infermiere in servizio, contatta il familiare, si accerta della negatività della check list sui sintomi sospetti ed eventuali contatti per Covid-19, propone la visita in Hospice definendo data, ora e modalità di accesso e documenta quanto fatto presso la cartella clinica.

**Modalità di vestizione**

I visitatori accedono alla "zona filtro" posto tra la porta di ingresso e le sedie, ove procedono alla vestizione. Il visitatore deve:

- Effettuare igiene delle mani con gel idroalcolico
- Indossare un paio di guanti monouso
- Indossare camice monouso (se ci sono camici differenti utilizzare i più leggeri)
- Indossare mascherina chirurgica
- Indossare cuffia
- Indossare calzari

**Modalità di accesso alla stanza di degenza**

Il paziente deve essere accompagnato al letto del paziente e per la durata della visita non deve uscire dalla stanza.

**Modalità di uscita dalla stanza di degenza**

Al termine della visita, deve essere aiutato nella rimozione del camice e guanti in prossimità della stanza di degenza (non rimuovere la mascherina e cuffia).

Infine deve essere e successivamente accompagnato verso l'uscita della struttura.

**Modalità di uscita dall'Hospice**

Nella zona filtro devono essere rimossi mascherina, cuffia calzari e deve essere eseguita igiene delle mani.

Dr. Luigi Montanari Il Coordinatore Infermieristico dell'Hospice

Figura 2. Istruzione operativa interna per la fase 2.

che dei colleghi operanti nei reparti dedicati; consulenza telefonica e follow up telefonico ai reparti con intervento diretto in caso di ulteriore necessità<sup>15</sup>: Fase 2: intervento come nella fase 1, e intensificando dove possibile attività di consulenza nei reparti non-COVID.

Su tutti gli ambiti considerati, gli operatori della Rete di Cure Palliative mantenevano un livello di protezione 2 con adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI) come da procedura aziendale.

b. Interventi per garantire e rinforzare la relazione di cura<sup>16-18</sup>.

Setting hospice di Lugo e Faenza (Fase 1 e 2):

- possibilità di videochiamata dal letto del paziente a familiari o amici a casa, tramite l'abilitazione di smartphone aziendali utilizzati esclusivamente per questo servizio;
- utilizzo degli spazi esterni per permettere al familiare ed al paziente di comunicare attraverso la finestra, direttamente o telefonicamente (grazie anche alla ubicazione a pianoterra degli hospice di Lugo e Faenza);
- colloquio dei familiari con i medici in modalità di videochiamata da parte del palliativista o del Case Manager dell'hospice con la casa dei familiari/caregiver;
- possibilità da parte dei parenti di consegna di effetti personali ai pazienti ricoverati consegnandoli alla porta dell'hospice al personale in servizio;
- i familiari possono chiamare l'hospice per avere informazioni sui loro cari ricoverati telefonando ogni giorno in fasce orarie prestabilite.
- attività psicologica di supporto ai familiari attraverso telefono o supporto video-chiamata con Whatsapp o Skype;
- potenziamento del follow up telefonico quotidiano a familiari e caregiver.

Nella fase 2 inoltre progressiva e graduale riapertura degli Hospice di Lugo e Faenza alle visite contestualizzate al periodo del fine vita e/o di salute della salma (prevedendo ovviamente una adeguata dotazione di DPI per i visitatori e tempi programmati di permanenza)<sup>19,20</sup>.

Setting ospedaliero (da Fase 2 in poi): è in essere un progetto di periodi affiancamento delle equipe dei reparti di medicina ospedalieri da parte di uno specialista di CP, allo scopo di ottenere una maggiore integrazione fra Servizi per un'adeguata presa in carico dei pazienti ad alta complessità con bisogni di CP.

## Conclusioni

L'epidemia di COVID-19 ha prima di tutto evidenziato che in quanto professionisti sanitari è deontologicamente doveroso agire allo scopo di tutelare la Salute Pubblica, e quindi quella di pazienti, famiglie e operatori.

Non esistono setting "privilegiati" che possano essere considerati esenti da tale mandato, ma esistono, al contrario, discipline sanitarie (come le CP) che necessitano di profonda riorganizzazione per tutelare la Salute Pubblica e, al contempo, mantenere quella individuale (intesa come salute fisica, mentale e spirituale).

Noi crediamo che le CP ai tempi del COVID-19 debbano trovare modi e strategie per continuare a curare ogni persona, nella malattia e nel processo del morire<sup>21</sup>; questo rappresenta una straordinaria occasione di crescita e auto-riflessione per le CP ed una opportunità per migliorare ed implementare nuovi modelli di presa in carico globale flessibili, rimodulabili ad una complessità che da ora in poi non è "solo" quella del malato e della famiglia, ma anche del contesto socio-sanitario profondamente mutato.

La pandemia ci ha imposto e ci impone, infatti, una profonda ed umile riflessione culturale e professionale su come alcuni vecchi paradigmi stiano cambiando.

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

## Bibliografia

1. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*, Published online March 12, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
2. Callaway E. Time to use the p-word? Coronavirus enter dangerous new phase. *Nature* 2020; 579: 12.
3. Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? [published online ahead of print, 2020 Feb 22]. *Int J Epidemiol* 2020; dyaa033. doi:10.1093/ije/dyaa033
4. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts [published correction appears in *Lancet Glob Health* 2020 Mar 5;]. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e488-e496.
5. DPCM 11 marzo 2020, "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale".
6. Istruzione operativa per l'individuazione precoce e gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo Coronavirus (Covid-19), AUSL Romagna, Rev. 01 del 18 febbraio 2020.
7. Istruzione operativa per l'individuazione precoce e gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo Coronavirus (Covid-19), AUSL Romagna, Rev. 02 del 9 marzo 2020.
8. Istruzione operativa per l'individuazione precoce e gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo Coronavirus (Covid-19), AUSL Romagna, Rev. 03 del 7 aprile 2020.
9. Parere esperti su accessi in hospice per emergenza Covid-19, 19 mar 2020: [www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SICP-Parere-esperti-accessi-in-hospice\\_19-mar-2020.pdf](http://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SICP-Parere-esperti-accessi-in-hospice_19-mar-2020.pdf)
10. Etkind SN, Bone AE, Lovell N, et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and

- pandemics: a rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020; doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
11. Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet* 2020; 395: 1467-9.
  12. Chochinov HM. Dignity-conserving care: a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253-60.
  13. Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med* 2020; 269216320920780. doi: 10.1177/0269216320920780.
  14. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, et al. Home care for cancer patients during COVID-19 pandemic: the double triage protocol. *J Pain Symptom Manage* 2020; S0885-3924(20)30172-X. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021.
  15. Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, et al. Rapid implementation of inpatient telepalliative medicine consultations during COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020 Apr 10;S0885-3924(20)30195-0. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.001
  16. Guo Q, Cann B, McClement S, Thompson G, Chochinov HM. Keep in Touch (KIT): feasibility of using internet-based communication and information technology in palliative care. *BMC Palliat Care* 201; 16: 29.
  17. Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care* 2020; 26: 147-8.
  18. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *J Pain Symptom Manage* 2020; doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>.
  19. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone. Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic; *N Engl J Med* 2020; 382: e88.
  20. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: e70-e76.