

# Creare e gestire un reparto "end stage" per malati COVID-19 positivi

## La declinazione delle cure palliative in una maxi-emergenza sanitaria

**RAFFAELLA BERTÈ, DAVIDE CASSINELLI, SILVIA BONFANTI, VALENTINA VIGNOLA, STANISLAO PAGANO, ALICE COSTA, MONICA BOSCO, DANIELE PARADISO**

UO Cure Palliative e Rete di Cure Palliative, ASL Piacenza, Dipartimento Cure Primarie, Ospedale di Piacenza

*Pervenuto il 7 aprile 2020. Accettato il 14 aprile 2020.*

**Riassunto.** Nel febbraio 2020 per rispondere alla emergenza COVID-19, la Direzione dell'ASL di Piacenza ha convertito la quasi totalità dei reparti in nuclei di Emergenza sanitaria per malati COVID positivi; tra questi è stato creato il reparto Emergenza 3 finalizzato al ricovero di malati "end stage", provenienti dal Pronto Soccorso o da altri reparti COVID. Il reparto Emergenza 3 è stato organizzato dall'equipe della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) che ha affiancato gli operatori (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) assegnati all'Emergenza 3 provenienti da altri reparti e da strutture psichiatriche del territorio, condividendo strumenti operativi e clinico assistenziali, per rispondere ai bisogni dei malati in fine vita. L'organizzazione del personale assistenziale è stata coordinata dal Case Manager della RLCP, mentre il medico palliativista ha provveduto alla formazione sul campo dei colleghi specialisti (chirurghi, otorinolaringoiatri, dermatologi) per la rimodulazione della terapia e la gestione di sintomi, quali la dispnea, l'agitazione psico-motoria ed altri sintomi presenti nel malato alla fine della vita. Il contatto quotidiano tra famiglia ed equipe di cura è garantito dallo psicologo palliativista attraverso aggiornamenti telefonici sulle condizioni cliniche dei malati e il monitoraggio dei vissuti emotivi e dei bisogni psicologici di base della famiglia. Le cure palliative tradizionali si sono dovute adattare a questa emergenza occupandosi prevalentemente della gestione della terminalità e declinando la relazione con la famiglia in modo diverso rispetto alle consuete modalità proprie delle cure palliative. La creazione di questa tipologia di reparto "end-of-life" ha conseguito due importanti risultati. Il primo risultato è stato attuare un efficace controllo delle sofferenze nella fase terminale; il secondo risultato è stato di permettere all'organizzazione generale di orientare le risorse umane e tecnologiche in modo appropriato, proporzionato ed etico in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili.

**Parole chiave.** Cure palliative, emergenza COVID-19, cure di fine vita.

*Create and manage an "end stage" department for positive COVID-19 patients. A different role of palliative care in a maxi-emergency health.*

**Summary.** In February 2020, to respond to the COVID-19 emergency, the ASL Management of Piacenza converted almost all the wards into emergency health units for positive COVID patients; among these, the Emergency 3 department was created for the hospitalization of end-stage patients, coming from the emergency room or other COVID departments. The Emergency 3 department was organized by the team of the Local Palliative Care Network (RLCP) who supported the operators (doctors, nurses, OSS) assigned to Emergency 3 and coming from other wards and psychiatric structures in the area, sharing tools operational, clinical care, to respond to the needs of end-of-life patients. The organization of the care staff was coordinated by the Case Manager of the RLCP, while the palliative care doctor provided field training for specialist colleagues (surgeons, otolaryngologists, dermatologists) for the remodulation of the therapy and the management of symptoms, such as dyspnea, psycho-motor agitation and other symptoms present in the patient at the end of life. The daily contact between the family and the care team is guaranteed by the palliative care psychologist through telephone updates on the clinical conditions of the patients and the monitoring of the emotional experiences and basic psychological needs of the family. Traditional palliative care had to adapt to this emergency mainly dealing with the management of terminality and declining the relationship with the family in a different way compared to the usual modalities of palliative care. The creation of this type of "end-of-life" department has achieved two important results. The first result was to implement effective control of bad debts in the terminal phase; the second result was to allow the general organization to direct human and technological resources in an appropriate, proportionate and ethical way in exceptional conditions of imbalance between needs and available resources.

**Key words.** Terminally ill patients, palliative care, coronavirus disease, COVID-19, end-of-life care.

L'anno 2020 sarà certamente ricordato per aver portato con sé una delle emergenze più grandi degli ultimi tempi, la pandemia COVID-19 anche detta SARS-CoV-2<sup>1</sup>.

Il 21 febbraio, in particolare, è stata la giornata in cui a Piacenza tutto è iniziato: il primo caso a Codo-

gno, la ricerca del paziente zero, le notizie minuto per minuto, una buona dose di panico e tanti interrogativi, per cittadini e autorità, che si sono chiesti quale fosse l'entità del problema e quali fossero le misure più adeguate a contenerlo.

In Ospedale la percezione della gravità della situazione è stata forse subito più chiara, e gli interventi di riorganizzazione non hanno tardato ad arrivare.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL di Piacenza in diverse interviste ha comunicato un'intensa riorganizzazione dell'assetto ospedaliero ribadendo un impegno elevato e costante per fronteggiare un'emergenza i cui numeri, ad oggi (26 marzo 2020), sono davvero spaventosi: i casi di positività nella provincia di Piacenza sono stati 2475, mentre i decessi hanno raggiunto la cifra di 469.

Tra i vari interventi di riorganizzazione è stata promossa la rapida conversione della maggior parte dei reparti in "reparti COVID" con la creazione di 9 nuclei denominati "Emergenza Sanitaria" per un totale di 408 posti letto dedicati ai malati COVID positivi e 113 posti letto per i pazienti non COVID.

L'Azienda USL di Piacenza, in particolare, ha voluto dare un messaggio molto importante di valorizzazione delle cure palliative (CP) dedicando uno dei reparti di Emergenza Sanitaria all'assistenza e alla cura dei malati COVID positivi "end-stage", definito Emergenza Sanitaria 3.

La Direzione Generale ha direttamente coinvolto, per la gestione clinico-organizzativa, l'equipe della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), alla quale ha assegnato il compito di organizzare un supporto sistematico per l'assistenza ai malati destinati a tale reparto.

---

## Razionale

Le cure di fine vita sono definite come gli interventi prestati quando la morte è imminente, identificando e dando risposte ai bisogni dei malati nell'ultima fase della vita. Le cure di fine vita si inseriscono nell'ambito delle CP, finalizzate, in accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie attraverso la prevenzione e il trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicologici, sociali e spirituali<sup>2,3</sup>.

Nei malati affetti da polmonite bilaterale COVID-19 il sintomo più frequente è l'intensa dispnea dovuta ad un'insufficienza respiratoria da polmonite interstiziale bilaterale con grave ipossia, che provoca la sensazione di fame d'aria, l'agitazione psico-motoria e l'obnubilamento del sensorio fino ad un franco stato comatoso<sup>4</sup>.

Il ricovero in Emergenza 3 può avvenire direttamente dal Pronto Soccorso nel caso di malati in età avanzata affetti da polmonite bilaterale accertata con TC Torace o ECO Torace COVID positivi o sospetti tali, definiti in "fine vita" per la gravità delle condizioni cliniche e dei parametri vitali. Oppure i malati vengono trasferiti in Emergenza 3 da altri reparti di Emergenza Sanitaria per peggioramento clinico, causato dalla progressione dell'insufficienza respiratoria e dalla sua refrattarietà a trattamenti oppure dalla non indicazione a trattamenti invasivi perché sproporzionati rispetto alla gravità del quadro clinico, alle comorbilità e all'età biologica.

Il ricovero nel nostro reparto "end-of-life" ha la finalità di trattare tutti i sintomi di fine vita, *in primis* il sintomo più frequente e grave, la dispnea, sintomo divenuto refrattario perché non più rispondente ad interventi specifici e adeguati alle condizioni del malato, all'età e comorbilità presenti<sup>5,6</sup>.

Per tale sintomo refrattario l'unico intervento appropriato implica l'utilizzo associato di morfina e benzodiazepine, attuando una sedazione palliativa<sup>7</sup> praticata con infusione continua di basse dosi di midazolam (mediamente 20 mg/24 ore) e di morfina cloridrato (mediamente 20 mg/24 ore). Si segnala la buona efficacia terapeutica del midazolam e della morfina per il trattamento della dispnea, dell'angoscia e dell'agitazione psicomotoria sia perché i malati, pur gravemente dispnoici, arrivano spesso già soporosi o non contattabili<sup>8</sup>, sia per una buona risposta a tali principi terapeutici. Tali farmaci vengono somministrati per via endovenosa in infusione continua tramite soluzione fisiologica (500 ml/die) per mantenere un minimo di idratazione, facendo attenzione a non provocare un aumento dell'ingombro secretorio, o per via sottocutanea con utilizzo di usuali set da infusione collegati ad elastomeri. Altri trattamenti quali O<sub>2</sub> terapia ad alti flussi, scopolamina in caso di secrezioni tracheo-bronchiali, paracetamolo per rialzo termico, diuretici per edemi o rantoli, vengono utilizzati al fine di migliorare il comfort dei malati.

---

## Aspetti organizzativi

Il reparto "end-of-life" è dotato di 12 posti letto, suddivisi in 5 camere (2 da 3 letti e 3 da 2 letti). Tutti i malati sono considerati come se fossero COVID positivi, nonostante molti di loro abbiano ancora il tampone in corso quando entrano nel nostro reparto.

L'equipe è composta da 6 operatori sociosanitari (OSS) e 6 infermieri affiancati dall'equipe di CP costituita da 1 infermiere Case Manager, 1 infermiere, 1 psicologo e 1 medico. Al case manager della Rete delle Cure Palliative è affidato il ruolo di coordinatore del reparto.

L'equipe medica è composta principalmente da specialisti (chirurghi generali, otorino-laringoiatri e dermatologi) ed è guidata in orari diurni (8-20) dal medico palliativista, mentre per la fascia notturna è presente la guardia interdivisionale.

Le richieste di trasferimento sono mediate dai Bed Manager aziendali per malati che si trovavano in Pronto Soccorso.

I criteri utilizzati dai medici della Rianimazione e del Pronto Soccorso hanno utilizzato, valutando caso per caso, le Raccomandazioni di etica clinica pubblicate in data 6.03.2020 da SIAARTI, privilegiando il criterio clinico della maggiore possibilità di successo terapeutico del trattamento intensivo o sub-intensivo rispetto all'età e alle comorbilità. Nelle prime settimane si è verificato un marcato squilibrio fra bisogni e risorse disponibili generato dall'arrivo

in Pronto Soccorso di oltre 100 malati al giorno, 40 dei quali affetti da gravi polmoniti bilaterali.

Dal punto di vista infermieristico è garantita la presenza di un operatore sui 3 turni affiancato da un OSS; in aggiunta si è cercato di garantire la presenza di un operatore (infermiere o OSS) che possa fungere da supporto e svolgere la funzione di “operatore pulito”.

Il Case Manager della RLCP si occupa della gestione di ingressi, decessi, contatti con i Bed Manager, ordini della farmacia, turni ed altre incombenze di coordinamento. Un infermiere dell’equipe di CP fornisce, durante la fascia diurna, un importante supporto al personale assistenziale (infermieri ed OSS) che, provenendo dal Dipartimento di Salute Mentale, non possiede competenze specifiche di CP e di fine vita.

Il medico palliativista provvede a condividere con i colleghi dell’equipe del neo-reparto i concetti fondamentali del trattamento palliativo di questi malati, mettendo in atto una formazione sul campo relativa ai seguenti temi: evitare la sproporzione terapeutica (cosiddetto accanimento terapeutico), rimodulare la terapia per il controllo dei sintomi, impostare terapie anticipate per agevolare la gestione di eventuali sintomi emergenti soprattutto nelle ore notturne, praticare la sedazione secondo le linee guida e le Raccomandazioni della Società Italiana di Cure Palliative (SICP).

Un altro aspetto importante è il controllo della contaminazione; a tal proposito un operatore del Servizio di Prevenzione e Protezione è stato messo a disposizione dall’Azienda USL per effettuare un addestramento degli operatori e la preparazione delle camere nei primi giorni di attività<sup>9</sup>.

Ogni stanza è stata allestita con una zona dedicata ai malati in cui sono posizionati: biancheria da letto, telini, presidi per incontinenza, materiale necessario per l’igiene, due contenitori per i rifiuti (rischio infettivo e biancheria) e strumenti come termometro o sfigmomanometro. È presente, inoltre, una zona filtro, solitamente posizionata vicino all’ingresso della stanza, costituita da un tavolo allestito ad uso degli operatori. La zona filtro prevede la presenza di soluzione alcolica per lavaggio mani, guanti di varie misure, alcool 70% e garze per disinfezione presidi e strumenti, un contenitore per rifiuti a rischio infettivo e due contenitori tipo halibox con due diverse diciture: “presidi da sanificare” e “presidi già sanificati”. Il presidio che è stato utilizzato su un malato viene posizionato nel primo halibox e dopo aver rimosso il secondo paio di guanti, aver eseguito igiene delle mani e aver indossato guanti puliti, sarà sanificato e messo nel secondo halibox, in attesa, una volta eseguita nuovamente l’igiene delle mani, di essere riportato nella zona dedicata al malato. Nel caso in cui il presidio venga utilizzato anche in altre stanze, dopo la sanificazione sarà consegnato all’operatore pulito e riposto in zona pulita.

Una delle camere di degenza è stata scelta, per ragioni legate alle dimensioni (la più grande), come stanza di svestizione, in cui tutti gli operatori devono

rimuovere i propri dispositivi di protezione individuale (DPI), compresi coloro che transitano dall’esterno per il trasferimento dei malati.

Il corridoio è considerato zona pulita, così come la guardiola, lo studio del coordinatore e il magazzino. In corridoio è presente soltanto una postazione con carta e disinfettante dedicata agli operatori che si occupano dei trasporti dei malati per permettere loro la disinfezione delle barelle.

Il magazzino è stato allestito, invece, come zona di vestizione per tutti gli operatori.

In ogni stanza è comunque presente la check-list di svestizione e lavaggio mani.

Durante il turno è consigliabile che ci sia sempre un operatore “pulito”, definito tale perché non è entrato nelle stanze o non ha avuto contatti con i malati a distanza inferiore di un metro. Questo operatore, rimanendo all’esterno delle stanze, guida e coordina l’attività dell’operatore al letto del malato affinché possa svolgere tutte le attività necessarie senza contaminare le zone pulite e senza doversi svestire di frequente, evitando così lo spreco di DPI. Si cerca, inoltre, per lo stesso motivo, di concentrare le attività il più possibile in specifici momenti del turno.

La regola generale che ci si è imposti è che “nulla di ciò che si trova nelle stanze può uscire senza prima essere stato decontaminato”; il rispetto di questa regola è reso possibile dalla presenza e collaborazione dei due operatori

Per quanto riguarda il passaggio del personale curante da un malato e l’altro, visto il contesto di reparto dedicato COVID, sono state date indicazioni di eseguire solo il cambio dei guanti e igiene delle mani con gel alcolico.

Gli operatori “sporchi” possono transitare in corridoio solo per spostarsi da una stanza all’altra ma non possono accedere alle zone pulite.

Ultimo aspetto, ma non per importanza, è la comunicazione con i familiari. L’equipe di CP chiamata a gestire e a coordinare il reparto “end-stage” si è fin da subito interrogata in merito alla interruzione relazionale e comunicativa che si sarebbe creata con i familiari dei pazienti ricoverati per il divieto di visita in Ospedale.

Tale divieto rappresentava un grosso ostacolo posto all’interazione tra famiglia ed equipe di cura, pilastro delle CP e strumento di condivisione e di costruzione di percorsi clinici e decisionali.

L’elevata intensità clinica ed assistenziale che ha caratterizzato le prime settimane di attività nel reparto non avrebbe permesso la strutturazione di scambi comunicativi telefonici costanti e regolari tra i medici e i familiari, momenti informativi e relazionali di fondamentale importanza soprattutto in situazioni complesse come quella in atto.

Si è pertanto concordato di utilizzare la figura della psicologa dell’UO di CP come interlocutore esperto in comunicazione nell’ambito delle cure palliative e competente rispetto alle principali tematiche cliniche, assistenziali, etiche e psico-relazionali caratteristiche del fine vita.

Il servizio è stato pensato come multifunzionale:

- fornire ai familiari un quotidiano aggiornamento telefonico sull'andamento delle condizioni cliniche del paziente;
- raccogliere le richieste informative della famiglia;
- fornire indicazioni pratiche in merito alle richieste dei parenti in quarantena e non (contatti telefonici utili, come per esempio quello dell'Igiene Pubblica);
- individuare il bisogno psico-socio-relazionale del familiare di riferimento;
- effettuare un intervento psicologico di base facendo riferimento alle indicazioni della Psicologia delle Emergenze;
- valutare l'invio del familiare al Team EPE (Equipe Psicosociale per le Emergenze) attivo in Azienda nel caso in cui fosse emersa la necessità di un intervento psicologico specialistico più strutturato.

L'aggiornamento telefonico quotidiano ai familiari sulle condizioni cliniche dei pazienti ricoverati è stato organizzato in modo tale che la psicologa potesse reperire e disporre di tutte le informazioni utili e importanti da riferire alla famiglia.

In tale ottica è stata prevista la partecipazione della psicologa al passaggio di consegne medico-infermieristiche e la possibilità per la stessa di accedere alle cartelle cliniche dei pazienti per la consultazione del diario clinico compilato dai medici e dagli infermieri per approfondire l'andamento clinico e gli interventi clinico-assistenziali messi in atto.

Basandosi sulle interazioni telefoniche avute con i familiari, la psicologa è riuscita ad individuare una serie di tematiche e di informazioni che più frequentemente di altre venivano richieste dai familiari e che, per questo motivo, era importante possedere come conoscenza da comunicare:

- esito del tampone per COVID;
- temperatura corporea e interventi clinici messi in atto per controllarla (somministrazione di paracetamolo);
- livello di saturazione dell'ossigeno nel sangue e interventi clinici messi in atto per controllarla (ossigenoterapia);
- presenza di dispnea, fame d'aria, agitazione e interventi clinici messi in atto per controllare tali sintomi;
- idratazione e alimentazione in corso (flebo di glucosata o fisiologica e sacche NPT);
- livello di coscienza del paziente (consapevolezza di diagnosi/prognosi e di setting di ricovero);
- sofferenza fisica e psicologica.

Il primo contatto telefonico con il familiare è stato strutturato in modo tale da rispettare una gradualità di step comunicativi in grado di accompagnare il familiare attraverso un percorso informativo, comunicativo e relazionale adeguato e calibrato quanto più possibile sullo stato emotivo e psicologico dello stesso.

Dopo una iniziale presentazione da parte della psicologa (nome, cognome, UO di afferenza, ruolo in Emergenza Sanitaria 3) e la verifica del fatto che

il familiare fosse a conoscenza del reparto in cui il paziente era stato ricoverato o trasferito, il colloquio procedeva, attraverso la stimolazione del narrato, ripercorrendo diverse fasi:

- I. comprendere – ed eventualmente integrare – ciò che il familiare sapeva dello stato in cui versava il paziente (informazioni già recepite dai medici del reparto di provenienza in merito a diagnosi, prognosi e trattamento);
- II. comprendere – ed eventualmente modulare – le aspettative del familiare;
- III. fornire le informazioni cliniche recepite dai medici e dagli infermieri dell'Emergenza Sanitaria 3;
- IV. descrivere significato e finalità della sedazione palliativa in atto;
- V. indagare lo stato psicologico ed emotivo del familiare;
- VI. mettere in atto l'intervento psicologico più adeguato (di base o invio al Team EPE);
- VII. chiusura del colloquio: veniva ribadito il fatto che ogni giorno la psicologa avrebbe contattato telefonicamente il familiare e, soprattutto, che se le informazioni ricevute (cliniche e non) fossero state ritenute insufficienti da parte del familiare, lo stesso sarebbe stato successivamente contattato da un medico del reparto (non si è mai verificato che il familiare richiedesse una integrazione informativa).

La garanzia di ricevere quotidiani aggiornamenti telefonici è stata particolarmente apprezzata dai familiari costretti all'isolamento e impossibilitati a fornire assistenza al proprio congiunto.

In alcuni casi il tempo di sopravvivenza del paziente ( $\geq 3/4$  giorni) e, quindi, la durata in giorni del percorso terapeutico telefonico, hanno consentito l'instaurarsi di relazioni di fiducia e di scambi comunicativi sempre più significativi e intimi che hanno permesso ai familiari di alleviare la sofferenza, di iniziare ad elaborare la perdita e di trovare una alternativa alla presenza (*"La ringrazio dottoressa... aspetto la sua telefonata tutti i giorni. So che prima o poi, rispondendo, non riconoscerò la sua voce perché sarà quella di un medico che mi comunicherà che mio marito è deceduto... sono preparata anche grazie a questo filo che mi ha fatto sentire lì pur non essendoci. In questo periodo la gente non muore, scompare. Grazie a voi ho un po' la sensazione di aver ritrovato Gianni"*).

Abbiamo deciso di non escludere a priori le visite di familiari nel reparto Emergenza 3 ma, nel caso fossero richieste, è cura dell'equipe eseguire preliminarmente un'anamnesi accurata del familiare che fa richiesta di accedere al reparto e concordare un momento in cui, con i DPI necessari, sarà consentito ad una sola persona di entrare in reparto mantenendo la distanza di sicurezza.

L'Azienda USL ha attivato il gruppo degli psicologi EPE (equipe psicosociale per le emergenze) per la gestione telefonica della comunicazione e degli aspetti emotivi legati alla emergenza e al lutto; tale equipe è disponibile per operatori, cittadini e caregiver.



Il medico palliativista, durante le 12 ore diurne, chiama personalmente per informare del decesso, sempre con accanto il collega chirurgo (otorino, urologo, dermatologo) per poter trasmettere le competenze comunicative e l'utilizzo di parole corrette rimanendo in ascolto spesso della disperazione del familiare. Se il decesso avviene durante le ore notturne o alla domenica, la comunicazione viene fatta dal medico di guardia. Il giorno dopo la psicologa provvede a richiamare la famiglia.

Nei primi giorni sono state predisposte brevi istruzioni operative a disposizione dell'equipe per consultazione, per garantire un comportamento omogeneo di tutti gli operatori nel trattamento farmacologico e assistenziale oltre che nella comunicazione.

Avendo operatori provenienti da diverse realtà lavorative, principalmente dal Dipartimento di salute mentale, è stato scelto di gestire la documentazione in forma cartacea, per ovviare al problema dell'addestramento di tutti gli operatori all'utilizzo della cartella informatizzata, molto difficile in un momento di emergenza.

## Conclusioni

Dal 6 al 26 marzo (figure 1, 2) sono stati ricoverati 120 malati, con età media di 82,5 anni (84 per femmine, 81 per maschi) per un tempo medio di ricovero pari a 2 giorni ed un numero di malati deceduti corrispondente a 114 (62,5% maschi, 37,5% femmine) percentuali non dissimili da quelle presenti in letteratura<sup>10</sup>.

Le prime considerazioni che possono essere fatte in merito a questa inaspettata esperienza sono le seguenti. Innanzitutto, in questa situazione di massima emergenza le CP si sono dovute adattare alla prevalente gestione di una terminalità in cui mancano le caratteristiche fondamentali delle tradizionali CP. Infatti, non esiste la classica relazione con il malato e la sua famiglia, non esiste il timing caratteristico delle CP precoci/simultanee che consenta di condividere e pianificare il percorso terapeutico e, soprattutto, la sequela dei decessi di tutti i malati ricoverati nel nostro reparto è un'esperienza psicologica traumatica e inaspettata (figura 3).

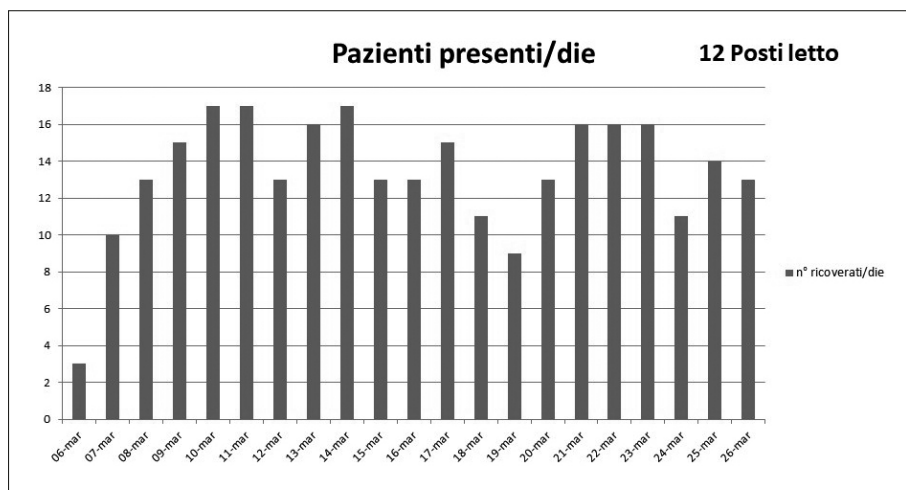


Figura 1. Occupazione posti letto in Emergenza Sanitaria 3.

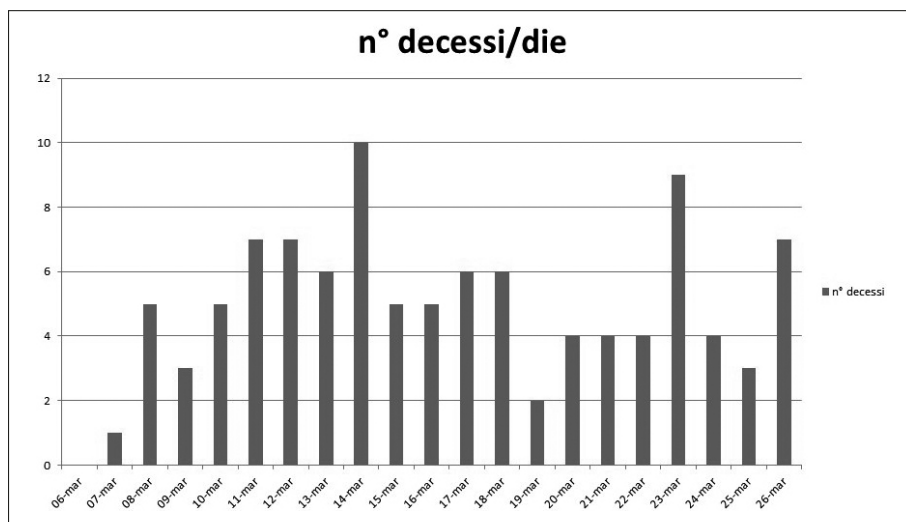
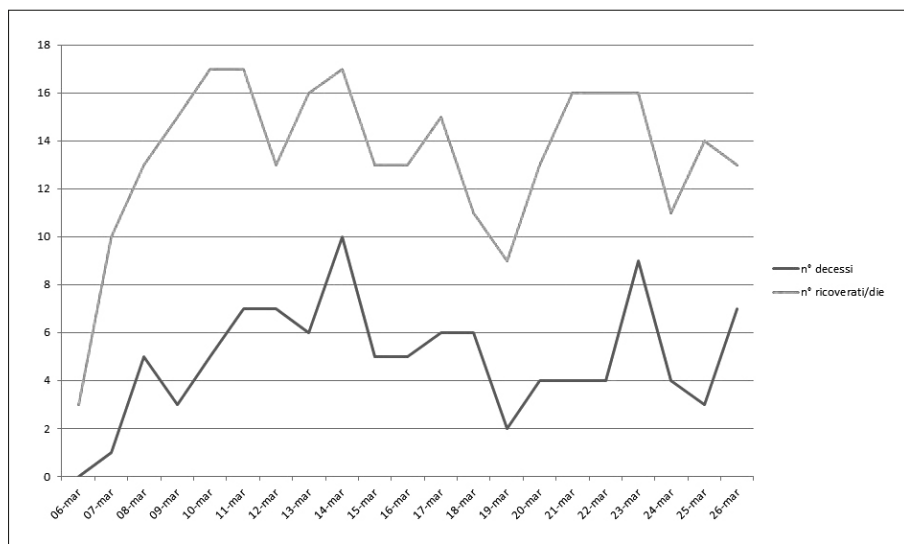


Figura 2. Decessi in Emergenza Sanitaria 3.



**Figura 3.** Rapporto ingressi/decessi in Emergenza Sanitaria 3.

Poiché le CP sono, per definizione, un insieme di “chimica” e “relazione”, in una situazione di emergenza come quella che ci siamo trovati a sperimentare e a gestire, l’equipe di CP ha dovuto fare una scelta delicata e importante: anteporre la “chimica” alla “relazione”, senza però dimenticare di quest’ultima, nel limite del possibile.

Infine, la creazione di questa tipologia di reparto “end-of-life” ha permesso, da un lato una gestione della terminalità senza sofferenza, dall’altro ha permesso all’organizzazione generale di orientare le risorse in modo appropriato, proporzionato ed etico in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l’assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect Dis* 2020; 3099: 30195.
2. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Reports Series, No. 804). Geneva: World Health Organization; 1990.
3. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1038.
5. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline [NG31] December 2015.
6. Baillie J, Anagnostou D, Sivell S, Godwin J Van, Byrne A, Nelson A. Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients’, carers’ and health professionals’ experiences and further research questions. *BMC Palliat Care* 2018; 17: 1-13.
7. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione terminale/sedazione Palliativa, ottobre 2007.
8. Campbell ML, Templin T, Walch J. A Respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea. *J Palliat Med* 2010;13: 285-90.
9. Cheung JC-H, Ho LT, Cheng JV, Cham EYK, Lam KN. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. *Lancet Respir Med* 2020; 2600: 30084.
10. Wang D, Hu B, MD, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323: 1061-9.

Indirizzo per la corrispondenza:  
Dott.ssa Raffaella Bertè  
UO Cure Palliative e Rete di Cure Palliative  
Dipartimento di Cure Primarie  
Ospedale di Piacenza  
E-mail: r.berte@ausl.pc.it