



gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Istruzioni per i medici di famiglia

Trattamento palliativo di COVID19 a casa e nelle case di cura

In linea di principio, si applicano le raccomandazioni e le direttive dell'[UFSP](#) e della Direzione della sanità del rispettivo Cantone. Queste istruzioni aiutano i medici di famiglia, le Spitex e le case di cura a garantire una buona assistenza palliativa a casa o nelle case di cura in caso di pazienti anziani e gravemente malati che non desiderano più ricevere (o non ricevono più) trattamenti di medicina intensiva.

Disposizioni del paziente: chiarire le volontà del paziente a rischio in caso di rianimazione ed emergenza

Numerose persone molto anziane o con malattie croniche o gravi non vogliono più ricevere tutte le misure volte al prolungamento della vita. Spesso, tuttavia, le preferenze riguardo al trattamento in una situazione critica non sono documentate o non lo sono in modo abbastanza chiaro. Moltissime disposizioni anticipate di trattamento stabiliscono solo di interrompere le misure volte a prolungare la vita se non c'è più speranza di riacquistare la propria capacità di discernimento. In caso di peggioramento del decorso della malattia da Covid-19, ciò risulta evidente solo dopo diversi giorni di ventilazione artificiale assistita. Se una persona desidera a priori non essere intubata e neppure ospedalizzata, è utile discuterne apertamente con i familiari e fissar loro un testamento biologico del paziente (disposizioni del paziente). In una situazione critica sarà possibile verificare nuovamente l'obiettivo del trattamento se la capacità di discernimento del paziente è intatta.

Nel caso di «pazienti a rischio», la procedura in presenza di una polmonite grave deve essere discussa con i familiari, **al più tardi quando sorge il sospetto di contagio da COVID-19:**

- Come viene percepita l'attuale qualità della vita? Negli ultimi tempi il paziente ha dimostrato voglia di vivere?
- Quanto è importante per lui continuare a vivere (a lungo), pur sapendo che le patologie e i dolori esistenti non potranno migliorare?
- In una situazione critica, come ad esempio una polmonite, si deve insistere nel tentativo di preservare la vita? Oppure ci si dovrebbe limitare ad alleviare efficacemente la sofferenza?
- Se la decisione è di preservare la vita, si deve ricorrere anche al ricovero ospedaliero?
- E, in caso di ospedalizzazione, si deve ricorrere anche a un trattamento di medicina intensiva sebbene, data la malattia preesistente o l'età avanzata, le possibilità di uscire vivo dal reparto di terapia intensiva non siano molto più grandi di quelle di morire?

L'obiettivo del trattamento e la procedura in caso di pericolo di vita, in particolare in caso di aggravamento respiratorio, possono essere dichiarati nelle disposizioni del paziente della [FMH/ASSM versione breve](#), nel piano di emergenza allegato o in un [regolamento di emergenza medica](#). È necessaria la firma del paziente e/o dal rappresentante. Si deve sempre ricercare il colloquio, da documentare nell'anamnesi del paziente.

Procedura in caso di sospetto contagio da COVID-19

Per quanto possibile occorre effettuare un test secondo i criteri dell'UFSP. Osservare le regole di comportamento e protezione per i familiari che assistono e gli operatori sanitari secondo le direttive dell'UFSP.

Occorre valutare e possibilmente trattare altre cause, soprattutto se curabili, per tosse, dispnea e febbre (malattie cardiache, polmonari, infezioni).

Il ricovero in ospedale deve avvenire solo in caso di aggravamento critico dei sintomi respiratori, e solo se il paziente lo desidera e se indicato sul piano medico. Esempio: dispnea trattata con terapia secondo il piano di emergenza intollerabile per il paziente e/o i familiari, tosse dolorosa persistente.

Trattamento palliativo di COVID-19

Già in caso di sospetto contagio da COVID-19 (tosse, dispnea, febbre superiore a 38 gradi), è necessario elaborare un piano di emergenza per quei pazienti che non vogliono essere ospedalizzati in caso di aggravamento della loro funzione respiratoria. Il piano di emergenza rappresenta una prescrizione per pazienti, familiari e Spitex per il trattamento dei possibili sintomi. È possibile assicurare pazienti e familiari che sintomi gravi, in particolare dispnea, possono essere trattati efficacemente a casa o in casa di cura tanto quanto in ospedale.

Sul piano di emergenza allegato (in formato Word), i medici di famiglia possono modificare i medicinali autonomamente. Le dosi di oppiacei devono essere adattate in base all'età, alle condizioni cliniche e a un eventuale trattamento preesistente. Al posto della morfina possono essere somministrati ossicodone o idromorfone o altri oppiacei forti. Al posto di Temesta si può prescrivere il midazolam spray nasale (formula magistrale: midazolam 4,57 mg/ml, dose totale 10 ml, 1 spruzzo = 0,1 ml = 0,5 mg di midazolam). Al posto di Haldol gocce è possibile utilizzare, in caso di delirio, Sequase o altri neurolettici. Prevedere sempre anche farmaci somministrabili per via sottocutanea, perché in caso di peggioramento potrebbe divenire impossibile la somministrazione per via orale. In caso di iniezione sottocutanea con frequenza regolare, si raccomanda di inserire un ago venflon o farfalla (es. [BD intima](#)) sotto cute a una spanna di distanza sotto la clavicola. I familiari possono ricevere dalla Spitex istruzioni su come effettuare le iniezioni sottocutanee. Tutti i medicinali elencati nel piano di emergenza dovrebbero essere già disponibili a casa o in casa di cura.

In previsione di un decorso difficile, è possibile anche richiedere l'assistenza domiciliare di un team specializzato in cure palliative. Il team preposto può essere cercato tramite <https://www.palliativkarte.ch/karte#zuhause>. In gran parte delle regioni, i team specializzati erogano il servizio di emergenza e di picchetto solo per i pazienti che hanno già effettuato l'iscrizione.

Versione: 24 marzo 2020

[Dr. Andreas Weber](#), [Barbara Dessauer](#), [Florina Lurati](#)