

# La cura degli anziani ai tempi dell'epidemia da COVID-19

## *The care of the elderly at the time of the COVID-19 epidemic*

**PAOLA BINETTI**

**Senato della Repubblica**

La recente pandemia da coronavirus ha falciato una intera generazione di anziani, che si sono rivelati i più fragili davanti al contagio, soprattutto se portatori di altre patologie. Nel caso in cui c'era concentrazione di anziani, come nelle RSA, abbiamo avuto degli indici di mortalità di cui dobbiamo assumerci tutta la responsabilità. Manca ancora in questi ambienti la presa in carico degli ospiti alla luce della cultura delle cure palliative intese come stile di assistenza globale rivolta alla persona nella complessità dei suoi bisogni. È quanto propone la legge 38/2010, tuttora applicata in modo insufficiente. Nell'immaginare una “fase post-COVID” con una effettiva revisione del nostro SSN, occorre investire di più nella assistenza domiciliare, nella somministrazione delle cure palliative e nella previsione di strutture che consentano un distanziamento fisico ma impediscano l'isolamento sociale.

**Parole chiave:** COVID-19, Cure palliative, Solitudine e isolamento, Terapia della dignità

*The recent coronavirus pandemic has killed an entire generation of elderly people, who, in relation to contagion, have proved the most vulnerable, especially if affected by other pathologies. Wherever there was a concentration of elderly people, as in residential care homes, a high mortality rate was found, and for this we must take full responsibility. In these homes, there still lack correct taking charge procedures of guests according to the culture of palliative care, understood as a practice of global care oriented to the person and the complexity of his/her needs. This is what Law 38/2010 proposes, although it is still insufficiently applied. In picturing a “post-COVID-19 phase” with an effective revision of our NHS, it is necessary to invest more in home care, in the administration of palliative care and in the provision of structures that allow physical distancing but avoid social isolation.*

**Key words:** COVID-19, Palliative care, Loneliness and isolation, Dignity therapy

Indirizzo per la corrispondenza  
*Address for correspondence*

**Sen. Paola Binetti**  
Senato della Repubblica  
Palazzo Madama, Roma  
e-mail: p.binetti@unicampus.it



## Premessa

Il 15 marzo 2020, in piena pandemia da COVID-19, abbiamo ricordato con grande disagio e sofferenza i primi 10 anni della legge 38/2010. Una legge che si propone di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore a tutti, senza distinzioni di sorta, includendo anche i bambini se e quando ne hanno bisogno. A suo tempo, la legge fu approvata all'unanimità dal Parlamento e a livello europeo è considerata tra le migliori in questo particolarissimo ambito, dando luogo a un paradosso tipicamente italiano. Le risorse economiche necessarie per finanziarla si sono andate progressivamente riducendo, mentre nel tempo si è andato estendendo sempre di più l'ambito di applicazione della legge. Oggi, oltre ai pazienti oncologici, che non rispondono più a terapie specifiche, e a quelli che presentano patologie neurodegenerative in stato avanzato, esso include il vastissimo campo degli anziani, sia che si tratti semplicemente di grandi anziani, sia che si tratti di persone che soffrono di Alzheimer o di qualche altra patologia neurodegenerativa. Per loro sono disponibili strutture come gli Hospice, quando l'appuntamento con la morte si fa più imminente, o le più comuni RSA, dove l'assistenza ha livelli di qualità molto diversi da un luogo all'altro.

Degli oltre 34.000 italiani deceduti in Italia per la pandemia da COVID-19, due terzi erano anziani, affetti anche da altre patologie. Ma gli anziani deceduti nelle RSA hanno raggiunto un livello di mortalità talmente elevato da far pensare a una involuzione di queste strutture, che a un determinato momento della pandemia si sono trasformate in vere e proprie strutture di morte. La stessa prassi ha creato un protocollo, che dopo l'accensione del focolaio, prevedeva per l'anziano: isolamento, stato di solitudine pressoché assoluta, morte in condizione di drammatico abbandono, senza familiari, senza assistenza spirituale, senza funerale. Per i familiari invece si era creata una prassi parallela i cui step principali erano: ansia iniziale, frustrazione da mancanza di informazioni, senso di colpa, dolore alla notizia della morte, quindi rabbia e voglia di vendicare la sua morte, che appariva in molti casi inattesa.

Ma quel che è apparso subito chiaro, oltre alle reazioni dei familiari, che hanno espresso vissuti singolarmente uguali, è stata la netta sensazione che la pandemia fosse arrivata in modo inaspettato in luoghi in cui sarebbero dovuto scattare misure di prevenzione fin dal primo momento. E avesse sorpreso il personale, che in un certo senso aveva tardato ad assumere le necessarie decisioni, a cominciare dalle varie direzioni delle RSA, delle Case per anziani, e di tutte le altre strutture in cui gli anziani sono accolti, come ambienti alternativi a quello domestico e familiare. Ma soprattutto colpiva, nelle testimonianze di tutti, come in realtà unica misura di protezione e di cura presa, fosse stata quella dell'isolamento sociale, che per l'anziano equivale a una sorta di condanna a morte. Davanti alla prospettiva della mancanza di cure specifiche per il COVID-19, si è sottratto all'anziano l'unico fatto-

re di benessere sicuro e accreditato dalla ricerca e dagli studi clinici più avanzati: i beni relazionali. Solo, in età avanzata, spesso con patologie pregresse, è stato esposto al contagio in un contesto a distanza fisica ridotta e a distanza sociale dilatata: è stata una esplicita condanna a morte. Invece, sarebbe bastato applicare le linee guida che da tempo sono state stilate per le cure palliative.

## Le cure palliative

Le cure palliative in Italia sono un diritto di tutti, tutelato dalla legge 38 del 2010, che garantisce "l'accesso alle cure e alla terapia del dolore da parte del malato, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze". Ma questo diritto, come abbiamo visto anche in occasione della recente epidemia, resta in gran parte solo sulla carta e troppo spesso, a causa della mancanza di risorse, la persona viene lasciata sola, senza neppure l'appoggio della sua famiglia, nonostante l'evidente dramma della solitudine. A distanza di dieci anni dall'entrata in vigore della legge, esistono sul territorio nazionale disparità che gli stessi medici definiscono inaccettabili e per lo più i livelli di cure palliative offerte nelle RSA agli anziani non sono assolutamente soddisfacenti. I limiti sono a volte dettati dalle stesse condizioni del malato, dalla sua prognosi; ci sono limiti legati alla carenza di personale e quindi allo scarso tempo disponibile per l'assistenza; ma ci sono anche i limiti degli spazi dedicati alla cura, o quelli delle terapie o delle risorse disponibili. Eppure, un progetto adeguato di cure palliative fornite ai pazienti ospiti delle RSA, avrebbe impedito quella che è stata definita come una vera e propria "strage degli innocenti". Ma è mancata anche la formazione specifica del personale, nonostante in molti casi ci sia stata una dedizione ai limiti dell'eroismo. Di fatto un'altra frontiera importante per le cure palliative è quella formativa, perché le conoscenze di base devono diventare patrimonio di tutti i medici e di tutto il personale sanitario, e non solo dei palliativisti, per poter gestire i bisogni in modo capillare e tempestivo.

Alla base del sapere sulle cure palliative c'è una concezione della medicina e dell'assistenza fortemente personalizzata, che non prende in considerazione soltanto la malattia nella sua specificità, ma la persona che soffre nella sua profonda unità. Le cure riguardano sia i bisogni fisici del paziente che quelli psicologici, spirituali e sociali. Per questo al palliativista si chiede un'ampia cultura di base, per non concentrarsi soltanto sulla malattia, ma sapersi prendere cura di tutta la persona, che soprattutto nei casi più gravi, va considerata e riconosciuta nella sua integrità. Le cure palliative sono quindi lavoro d'équipe, che coinvolge infermieri, psicologi, medici, assistenti spirituali e sociali. Gli studi più accreditati dimostrano dati ormai sicuri. Delle persone che muoiono

ogni anno in Italia, circa il 70-80% ha bisogno di cure palliative nell'ultimo periodo di vita. In valori assoluti, parliamo di 400-500mila persone. Di queste, il 40% sono malati di cancro e il 60% di altre malattie, come Alzheimer, patologie respiratorie croniche o malattie neurologiche come la SLA o il morbo di Parkinson. Un fenomeno che aumenterà ancora nei prossimi anni, con l'incremento dell'aspettativa di vita della popolazione. Non esistono dati altrettanto precisi sulle cure necessarie, ma è certo che attualmente la copertura del bisogno è del tutto insufficiente di fronte a numeri che continueranno a crescere. Se poi su questo quadro di partenza si innestano eventi straordinari come l'attuale pandemia, allora è evidente che i bisogni crescono in modo esponenziale.

Ciò richiede una riflessione sull'organizzazione stessa dei servizi e rende necessario investire su due livelli: potenziare i servizi specialistici, ma al tempo stesso lavorare sulle competenze e le capacità dei medici di famiglia, perché possano far fronte ai bisogni dei pazienti. E anche questo nella recente pandemia si è rivelato come uno degli anelli deboli della catena assistenziale. Sia sul fronte della prevenzione, che su quello della diagnosi prima e della terapia successivamente. Non a caso ora appare chiaramente come la sfida sia quella di sviluppare reti locali di cure palliative, anche a livello domiciliare o nelle case di riposo. Non solo si migliorerà la qualità delle cure, ma si garantirà persino un risparmio economico per la collettività, riducendo il numero di ricoveri o di esami inappropriati. Le cure palliative, se ben somministrate, con umanità e con competenza, permettono di stare lontano da due errori uguali, anche se di segno opposto: l'accanimento terapeutico, che spesso assume carattere di accanimento diagnostico, e l'abbandono terapeutico. Dare al paziente tutto ciò di cui ha bisogno nel pieno rispetto della sua volontà, intercettando anche bisogni inespressi è compito del palliativista esperto.

## Terapia del dolore

Ascoltare le testimonianze delle persone sopravvissute alla pandemia mette in evidenza un altro elemento importante che nell'emergenza della situazione è stato molto probabilmente sottostimato: il dolore. E pure in questo caso una maggiore e migliore applicazione della legge avrebbe potuto offrire ai malati un sostegno quale non hanno certamente avuto. La legge 38/2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" non ha ancora trovato piena attuazione neppure per quanto riguarda la stessa terapia del dolore. Nell'ultimo Rapporto del Ministero della Salute, che comunque precede l'esplosione della pandemia, si legge: "Al momento attuale, è assai difficile fornire evidenze in merito all'effettiva attuazione della legge n. 38/2010 in materia di terapia del dolore. I flussi informativi attualmente in uso, infatti, non consentono di selezionare ed

estrarre l'attività specificamente finalizzata al controllo del dolore in ambito ospedaliero o ambulatoriale"<sup>1</sup>.

Per far fronte a questa criticità nel corso del 2017/2018 il Ministero della Salute ha recentemente adottato due iniziative: A) ha predisposto un decreto di modifica della tabella che identifica le specialità cliniche e le discipline ospedaliere, con l'inserimento della nuova disciplina di Terapia del dolore (codice 96); B) ha caratterizzato la prima visita ambulatoriale di terapia del dolore inserendo la valutazione specifica per la terapia del dolore e la programmazione della relativa terapia. L'approvazione del decreto comporta l'obbligo delle Aziende sanitarie e ospedaliere di censire nel Sistema informativo sanitario (SIS) le unità di degenza ospedaliera dedicate a questa disciplina e i relativi posti letto annotando nelle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) i ricoveri effettuati nelle unità operative dedicate. Fra i vari domini individuati come importanti per la valutazione del dolore occorre tener presente: l'intensità del dolore, gli aspetti temporali (frequenza ed esacerbazioni) e gli effetti del trattamento (sollevio). Sono state individuate anche altre caratteristiche del dolore utili nella diagnosi e cura del sintomo (aspetti qualitativi, interferenza con le comuni attività quotidiane, effetti collaterali dei trattamenti, componenti emotive, durata, attitudini e pregiudizi sui trattamenti, soddisfazione riguardo al trattamento), ma è necessario operare una scelta fra le tante variabili per ridurre il potenziale disagio del paziente davanti a una compilazione di questionari eccessivamente lunga e complessa. A oggi, l'unica informazione significativa sulla terapia del dolore attiene al consumo territoriale di farmaci oppioidi, registrato tramite il flusso ex art. 50 DL 30/09/2003 n. 269, convertito con modificazioni nella legge 24.11.2003 n. 326, e tramite il flusso della distribuzione diretta e per conto di cui al DM 31/07/2007 e successive modifiche.

Sarà interessante capire, una volta che si sia normalizzata la situazione del dopo-COVID negli ospedali, negli hospice e nelle RSA, che uso è stato fatto dei farmaci contro il dolore, se durante la pandemia se ne è fatto un uso maggiore, di quali farmaci, per quanto tempo e con quali indicazioni. La produzione di linee-guida sul trattamento del dolore è giustificata se parte dalla convinzione che l'esperienza dolorosa umana racchiude in sé sia una componente totalmente soggettiva, unica e irripetibile, che deve essere affrontata in modo peculiare, paziente per paziente, sia una componente fisica, da affrontare con la tipica metodologia della medicina basata sull'evidenza. Per affrontare il "dolore totale" provato dalla singola persona nel proprio contesto socioculturale e familiare, il medico deve porre in atto

<sup>1</sup> Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, 31 gennaio 2019: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2814](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814)

quell'“approccio globale” che tiene conto di tutti gli aspetti fisici, psicologici, sociali, relazionali e spirituali del dolore, e attivare le possibili risorse che da tali valutazioni possono emergere, compresa la valorizzazione di approcci sistemici, delle reti amicali e di sostegno, con l'organizzazione delle più appropriate reti di cura. Il dolore raccontato dai pazienti guariti dall'infezione da COVID-19, dopo un lungo passaggio per la terapia, è in genere un dolore complesso, nel quale sono contemporaneamente presenti componenti di dolore somatico e dolore neuropatico. L'attenzione del paziente, pur guarito dall'infezione, spesso si concentra sulla memoria di quel dolore a cui associa la preoccupazione per una recidiva della malattia; sconcertato dall'atteggiamento del curante, che ritiene quel dolore inevitabilmente correlato a una procedura terapeutica comunque indispensabile.

Anche nel caso della pandemia è apparso chiaramente come esistano ancora vere e proprie barriere all'utilizzazione sistematica delle terapie contro il dolore. Le barriere a un corretto trattamento del dolore sono state identificate nel corso degli anni e la *Agency for Health Care Policy and Research*, nelle sue linee guida nazionali di pratica clinica per il trattamento del dolore, le ha classificate in tre categorie: barriere legate al sistema, barriere legate ai professionisti e barriere legate ai pazienti e ai loro familiari. Fra le barriere di sistema si possono annoverare la bassa priorità data al trattamento del dolore e gli ostacoli normativi e regolatori all'utilizzo degli oppioidi. Gli stessi professionisti possono essere preoccupati e disincentivati nella prescrizione dalla minuziosità formale delle normative sugli oppioidi, che per altro proprio la legge 38 ha reso più facile. D'altra parte, ancora troppo spesso il medico ha un approccio di cura orientato esclusivamente alla malattia, anziché un modello di intervento mirato alla persona nella complessità delle sue esigenze. Tra le barriere poste dai pazienti e dalle loro famiglie, anche in questo caso, ne sono state identificate e descritte alcune del tipo: a) riluttanza a riportare il dolore nel timore di “distrarre” l'attenzione dei curanti dalla malattia in sé stessa; b) dolore considerato come intrinsecamente correlato con la malattia e fatalisticamente accettato, convinti che non possa essere eliminato; c) convinzione che a un più elevato livello di dolore corrisponda una progressione della patologia; d) riluttanza ad assumere i farmaci antidolorifici, oppiacei, in particolare, per la paura della dipendenza psicologica. L'insieme di questi fattori può condizionare la scelta di sopportare il dolore il più possibile, di assumere il minor numero possibile di medicine prolungando la strategia di trattamento al bisogno e rifiutando quella a orari fissi. Sono tutte barriere che possono essere rilevate sistematicamente tramite strumenti ad hoc, quale il *Barriers Questionnaire*, basato sull'analisi di quattro fattori: effetti fisiologici, fatalismo, comunicazione, ed effetti collaterali. Anche in questa occasione è apparso con evidenza come la terapia personalizzata di ogni singolo paziente debba essere una “multitargeted therapy”, per quanto riguarda gli

obiettivi da raggiungere. È necessario un ulteriore impegno per una piena applicazione della legge 38, sia sotto il profilo delle cure palliative che sotto quello del controllo del dolore. E la prima sfida è formativa e culturale. In molte regioni mancano risorse di natura economica, ma mancano soprattutto risorse di tipo culturale: mancano modelli organizzativi seri che consentano di avviare i pazienti, soprattutto i malati cronici, verso centri specializzati.

### **Influenza da COVID-19, legge sulle cure palliative e legge sulle DAT**

Una considerazione interessante in questa epidemia è stata quella che nessun paziente, per gravi che fossero le sue condizioni, ha mai richiesto di ricorrere alla sedazione profonda per anticipare la sua morte, né tanto meno ha rifiutato di essere intubato, facendo ricorso a un diritto sancito dalla legge 219/2017 sulle *Disposizioni anticipate di trattamento*. Tutti hanno espresso il desiderio di essere curati e hanno posto all'organizzazione ospedaliera una tale richiesta di letti di terapia intensiva, da imporre ritmi di lavoro intensissimi a chi ha dovuto creare in tempi record ospedali da campo. I malati volevano vivere; avevano piena coscienza che l'intubazione era una sorta di cura salva-vita e non l'hanno affatto rifiutata. Di più: l'hanno pretesa come parte integrante del loro diritto alla vita e alle cure necessarie. Un bel test dalle dimensioni enormi per capire quanto profondo sia l'attaccamento alla vita e quanto indispensabile sia che il sistema sanitario nazionale si attrezzi per curare e non per dare la morte. La ventilazione artificiale può diventare indispensabile per permettere al malato di dare al suo organismo il tempo per riprendersi prima di tornare a respirare autonomamente. La legge 38/2010 sulle cure palliative intercetta la legge 219/2017 sulle DAT, o meglio dire sul Consenso informato, che ruota interamente intorno al concetto di autodeterminazione del paziente. Questi può spingersi fino a rifiutare ogni tipo di trattamento, compresi quelli di tipo salvavita, e può arrivare a rifiutare anche nutrizione e idratazione: la sua richiesta, secondo la legge, risulta vincolante per il medico. Anche la Corte Costituzionale, interpellata su questo aspetto concreto, ha ritenuto che in tal modo la legge 219/17 lasciasse la porta aperta a eventuali richieste del paziente in termini di aiuto al suicidio. Ma in questa epidemia nessun malato è ricorso al suicidio assistito.

Si è piuttosto imposta all'attenzione generale la necessità di sperimentare una sorta di “terapia della dignità”, così come Cochinov l'ha proposta da tempo (Cochinov, 2015). A suo avviso è fondamentale, per il medico e per tutti gli operatori sanitari, assumere nella propria attività assistenziale una prospettiva centrata sulla dignità e mettere in azione un repertorio di pratiche volte a conservare la dignità della persona, intesa come una delle dimensioni più importanti dell'essere umano. Attraverso la terapia della dignità le persone



riescono a dare un senso al loro dolore, alla loro sofferenza e, come in questo caso alla loro solitudine, che altrimenti assumerebbe i connotati dell'abbandono. Dignità del malato è una prospettiva che il SSN deve recuperare, per andare oltre le logiche di efficienza che troppo spesso hanno operato tagli alla sanità, fino a renderla una macchina zoppa e incapace di adeguarsi alle esigenze dei malati, dei medici, del personale sanitario tutto, comprese le famiglie che intendono mantenere un filo diretto con le loro persone care. Tutto ciò è mancato nei fatti e l'analisi quantitativa dei decessi avvenuti soprattutto nelle RSA ce ne dà conferma: è mancato nella narrazione che dei fatti si è voluta dare attraverso bollettini di guerra asciutti e spesso così rigidi da dare la sensazione che le persone fossero numeri. È mancato nel racconto per immagini, perché ciò che si è radicato nella nostra sensibilità è la lunga fila delle bare nei cimiteri, o addirittura nei campi sportivi, fino a tutti i camion in corteo verso un inceneritore, perché le salme fossero cremate fuori dalla loro regione, ormai satura; senza una benedizione, senza funerali. Poveri corpi morti di persone che se ne erano andate senza alcuna consolazione al termine della loro vita.

È l'antitesi completa di una cultura quale quella delle cure palliative, che sa assumere in piena dignità anche il tempo della morte; ma lo vive come accompagnamento e non come dissoluzione dei legami umani e sociali, familiari e spirituali. La medicina, la clinica e l'assistenza nelle sue diverse forme, dovrebbero riscoprire il senso e la prassi delle cure palliative; sono le più idonee ad accompagnare la vita di ogni uomo lungo quel famoso ultimo miglio, in cui ognuno sente il bisogno di riconciliarsi con la vita, chiedendo e offrendo perdono, ritrovando il gusto delle cose belle, a cominciare dagli affetti e dai valori più profondamente vissuti. Niente di tutto ciò è stato possibile ai tempi del coronavirus, perché urgenza ed emergenza, pur nella prospettiva di una dedizione senza limiti da parte del personale sanitario, non hanno saputo interrogarsi sul senso della dignità che ogni vita ha in sé stessa.

Sappiamo ancora troppo poco del COVID-19, della sua origine, della sua sintomatologia, che appare sempre più complessa e articolata, della sua terapia, di cui ci sfuggono le coordinate essenziali. Ma sappiamo che nessun malato può fare a meno della consolazione che la sua famiglia e i suoi amici possono trasmettergli anche nell'ora più buia. Sappiamo che se crede, se ha fede, ha bisogno di immaginare che il lungo ponte che deve attraversare, sarà reso più agevole dalla grazia che gli conferirà la famosa unzione degli infermi, che solo un sacerdote può conferirgli. Ha un estremo bisogno degli altri, della loro attenzione, del loro affetto e la ventilazione artificiale, che nessuno di loro ha mai rifiutato, è condizione necessaria e insufficiente. Molti di loro, soprattutto quelli accolti nelle RSA, sarebbero voluti tornare a casa, in famiglia. E forse non si sarebbero mai voluti allontanare e probabilmente non ce ne sarebbe stato bisogno se un diverso modello di assistenza del nostro sistema sanitario avesse in-

vestito di più nella assistenza domiciliare, andando incontro alle necessità delle famiglie sul piano economico e sul piano del supporto di cura.

## Conclusioni

Ci sarà tempo per ricavare la lunga lezione che questa epidemia ha in serbo per noi: l'importante è non dimenticare e fissare con chiarezza alcuni punti fermi. La vita va tutelata sempre, fino all'ultimo respiro. Nessuno in questo caso si è lamentato di accanimento terapeutico e tutti hanno chiesto di ricevere più cure. Ma la dignità del malato andava tutelata più e meglio; la dignità del malato che vuole vivere e chiede di essere rispettato fino all'ultimo momento come persona, nella globalità dei suoi bisogni. Anche quelli di natura affettiva, psicologica, valoriale e spirituale. La malattia mai come in questo caso è davvero una malattia contagiosa, ma il fattore di contagio non è solo il coronavirus, è anche il dolore, la sofferenza, la solitudine il senso di colpa e quell'infinita nostalgia di chi vuole avere vicino le persone care. Molte di queste persone, soprattutto le più anziane, sono morte credendo di essere state abbandonate e sono morte due volte. La prima volta di dolore. Il distanziamento doveva essere solo fisico e non sociale. Fin dal primo momento è stata sbagliata l'espressione: distanziamento sociale, che ha creato equivoci e sofferenza. L'esperienza dei trapianti e delle camere sterili avrebbe potuto suggerire soluzioni se solo si fosse prestata attenzione a questo aspetto. Bastava creare pareti di plexiglas, maxischermi, piattaforme virtuali; facilitare videochiamate: la tecnica anche in questo caso avrebbe potuto contribuire a soccorrere il disperato bisogno di vedere le persone care. Anche di questo c'è bisogno quando si prova a immaginare i prossimi ospedali per infettivi, perché la solitudine ha il sapore della morte, ne è in un certo senso l'anticamera di riferimento.

## Bibliografia

Cochinov HM. *Terapia della dignità*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2015.

Legge 15 marzo 2010, n. 38/2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=32922&page=&anno=null>

Legge 22 dicembre 2017, n. 219/2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=62663>

Ministero della salute, Decreto 21 novembre 2018, *Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere*: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/02/14/19A00915/sg>

Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, 31 gennaio 2019: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2814](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814)