

NECESSITÀ DI CURA E DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN COMUNITA'

DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L'adozione di drastiche misure di contenimento per impedire la diffusione del coronavirus2019 comporta importanti sfide per la salute e il benessere degli anziani residenti al loro domicilio, in particolare di quelli fragili, molto anziani o portatori di patologie croniche (multipatologia), che comportano un rischio di complicanze e di morte da COVID-19 più alto rispetto al resto della popolazione. La presenza di multipatologia rende precario il loro equilibrio omeostatico con difficoltà di adattamento alle misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare. Esistono e persistono i problemi quotidiani dell'alimentazione e della regolarità dei pasti che dovranno essere risolti così come quelli dell'igiene personale (vedi [qui](#)) ma non è di questo che si vuole parlare. Altri aspetti della pandemia nella popolazione anziana sono descritti nel sito della SIGG al seguente [link](#).

Il Medico e il Geriatra devono attuare azioni per alleviare questi problemi; sono utili suggerimenti mirati ai Medici che affrontano sul campo queste criticità degli anziani molto spesso soli o con l'aiuto di un caregiver; essi seguono già un programma di long-term care: in questo periodo le imposte limitazioni aggiuntive influenzano negativamente l'efficacia del programma di cura e di assistenza che prevede ora l'utilizzazione di mezzi di protezione fisica validi sia da parte del paziente che del medico e del caregiver; purtroppo essi sono di non facile approvvigionamento.

La solitudine e la depressione possano derivare dall'isolamento sociale o coesistere con esso; rappresentano solo la punta dell'iceberg di problemi complessi che riguardano la salute dell'anziano, influenzata principalmente dagli eventi della loro vita quotidiana piuttosto che dagli interventi medici in atto. Alcuni esempi: cambiamenti della composizione della dieta, determinati per esempio dalla disponibilità di cibo durante il lockdown, possono influenzare negativamente per esempio il decorso clinico dell'insufficienza cardiaca. La riduzione o completa mancanza di esercizio fisico a causa dell'isolamento sociale può portare ad una rapida ipomobilizzazione che riduce la forza muscolare ed aumenta il rischio di cadute. La scarsa stimolazione cognitiva e sensoriale derivante dalla mancata socializzazione peggiora i sintomi cognitivi e comportamentali dell'anziano con declino cognitivo. Gli anziani con fragilità fisica, cognitiva, sociale o nutrizionale hanno una ridotta riserva per compensare gli squilibri della loro omeostasi. Anche la perdita di supporti, formali ed informali, su quali fanno affidamento molti anziani vulnerabili, aggrava questi problemi che influenzano negativamente la qualità della vita.

La disponibilità di questi supporti può fare la differenza tra il rimanere a casa o finire in ospedale, in una struttura residenziale o in strutture di assistenza a lungo termine. Sebbene le politiche e le pratiche per coloro che forniscono servizi professionali agli anziani continuano ad evolversi, in molti casi si sono ridotti i servizi a domicilio, l'assistenza diurna e altri programmi di supporto alle famiglie. La famiglia e gli amici che hanno prestato servizio come caregiver temono ora il contagio e quindi riducono o evitano i contatti. Mentre è stato incoraggiante vedere nascere reti volontarie per aiutare gli anziani all'approvvigionamento di generi alimentari e simili, altre esigenze di base della vita quotidiana non sono altrettanto salvaguardate.

Infine la paura di accedere alle strutture mediche impedisce agli anziani (ma non solo) di ricevere le cure e l'assistenza di cui necessitano: questo spiega la riduzione dei ricoveri per malattie non-COVID osservata in alcuni ospedali. Inoltre, i sostituti telefonici e videochiamate proposti per la valutazione delle persone pongono sfide particolari per gli anziani; la perdita dell'udito, la presenza di deficit cognitivo e la scarsa familiarità con le nuove tecnologie ostacolano l'utilizzazione di queste piattaforme tecnologiche non ancora adeguatamente valutate negli anziani; per molti di essi sono però diventate l'unica fonte di connessione con il sistema sanitario e i suoi servizi.

I cambiamenti del sistema sociosanitario imposti come risposta all' emergenza COVID-19 sono inevitabili; i Clinici e in particolare i Geriatri possono essere di aiuto a moderare i loro effetti potenzialmente negativi sulla salute degli anziani identificando e affrontando i rischi e aiutando i pazienti anziani a compensare le difficoltà nel modo più corretto..

In primo luogo, le visite telefoniche o videochiamate possono essere migliorate con interventi semplici e di buon senso: assicurarsi che i pazienti vulnerabili indossino gli apparecchi acustici (o utilizzino dispositivi idonei telefonici, se disponibili), richiedere l'aiuto di un familiare, un amico, un caregiver per far familiarizzare gli anziani con la tecnologia delle videochiamate; può essere utile coinvolgere gli operatori sanitari in una visita a distanza tramite una chiamata eseguita utilizzando app come FaceTime o Skype (moto popolari e disponibili), come parte dei servizi di telemedicina.

Quando si incontrano i pazienti più anziani fisicamente o virtualmente, i Medici e , in particolare, i Geriatri dovranno informarsi dei loro bisogni personali sociali o funzionali non soddisfatti. Sono stati sospesi servizi e supporti informali o formali e, in tal caso, cosa è cambiato nella gestione quotidiana del malato? In che modo la persona ottiene cibo e resta attiva? Per quanto riguarda le risposte, dovrebbero essere presi in considerazione supporti aggiuntivi o nuovi come la consegna di pasti a domicilio o servizi di assistenza domiciliare di emergenza su chiamata, con gli assistenti sociali del sistema sanitario ed altri servizi socio-sanitari. L' identificazione precoce di questi problemi può aiutare non solo a risolverli, ma anche a prevenire i ricoveri.

La focalizzazione sulla malattia da COVID-19, che è acuta, non deve compromettere il ragionamento clinico diagnostico; la febbre e la tosse potrebbero essere causate anche da polmonite batterica; serve attenzione alla presenza di anosmia e di disgeusia presenti spesso in corso di malattia da COVID-19; a volte il problema è la miocardite correlata a COVID-19, mascherata da infarto miocardico senza elevazione ST: molte persone con aumento di troponina e caratteristici reperti elettrocardiografici possono essere affetti da malattia coronarica. Pertanto un paziente in cui si sospetta COVID-19, è ragionevole un "timeout COVID" considerare anche altre diagnosi e tenendo presente che la coesistenza di malattie croniche come diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, broncopneumopatia cronica aumentano il rischio di morte da malattia da COVID-19. Non si deve dimenticare che poiché gli anziani presentano spesso sintomi atipici di infezione come il delirium senza i sintomi classici come la febbre, è importante mantenere alta l'attenzione sulla diagnosi differenziale con COVID-19, fino a quando non emerge una chiara causa dei sintomi presenti; grande attenzione va posta alle variazioni dei segni vitali e anche della saturazione periferica dell'ossigeno. Si veda [qui](#).

I sistemi sanitari danno priorità all'assistenza e alla cura dei pazienti con COVID-19; ciò ritarda le procedure elettive; chi decide dovrebbe essere consapevole che una procedura considerata elettiva in un giovane può essere urgente per l'anziano; un esempio è il paziente con demenza e drenaggio biliare percutaneo in attesa di un trattamento definitivo per coledocolitiasi: se un paziente del genere dovesse esercitare trazioni manuali ripetute sul drenaggio, il trattamento definitivo diventa un' emergenza non dilazionabile. Inoltre, con le difficoltà di cura e di trasporto presenti per la COVID-19, il processo decisionale riguardante gli obiettivi dell'assistenza e l'adeguatezza degli interventi è complicato: gli anziani "in lista di attesa" possono diventare un problema perché svantaggiati; in momenti di emergenza le priorità devono tener conto delle ridotte risorse mediche disponibili al momento. Una maggiore attenzione ai problemi delle persone più anziane può essere agevolata includendo sempre più i Geriatri nella decisione del programma di cura: migliorando il processo decisionale si dovrebbero ridurre i rischi legati all'assistenza, svantaggiata per gli anziani in questo periodo di pandemia che fa emergere la validità dei principi della medicina geriatrica; questa poco considera gli algoritmi predefiniti e fa riferimento all' insieme delle situazioni cliniche e funzionali presenti nello stesso paziente anziano,

Gli anziani nelle residenze sono altamente sensibili alla morte per COVID-19; la mortalità in alcune strutture per anziani ha raggiunto il 20% e si parla di strage silenziosa degli ospiti; esistono già raccomandazioni da seguire in questo setting (vedi [qui](#)).

La SIGG ha diffuso già il 12 Marzo 2020 le raccomandazioni della Società Spagnola di Geriatria sulla gestione dell'emergenza Covid 19 in RSA. Inoltre, le cure non COVID-19 di questi pazienti non dovrebbero essere omesse o tenute in seconda linea perché il residente è quasi costantemente polipatologico. Anche in questo setting il distanziamento fisico e l'isolamento sociale rappresentano un pericolo non solo per la salute mentale, ma anche per la salute fisica degli ospiti.

In conclusione per rispondere in modo adeguato alla pandemia, bisogna essere consapevoli dei tanti problemi che il distanziamento sociale sta creando agli anziani più vulnerabili che vivono a casa, spesso in solitudine; essi devono essere affrontati senza indugi e con decisioni qualificate. Intanto si deve assicurare l'attività motoria obiettivo da perseguire sperando nella collaborazione dell' anziano. Si veda:

<https://www.cebm.net/covid-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-covid-19/>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-stili-vita-attivita-fisica-over-65.pdf?fbclid=IwAR1pLg0yzepVyEMzKVtGTGypHrNNqHC27kaSSnqo52uua3Oc6e73ktbOQXA>

Gli spunti dello scritto sono liberamente tratti dal paper: Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic, di Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM., JAMA Intern Med. - April 16, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1661.

Con la collaborazione della dr.ssa Virginia Boccardi, Geriatra.