

I PROBLEMI DELLE RSA ITALIANE DURANTE E DOPO LA PANDEMIA COVID-19

Si valuta che circa il 50% dei decessi da Covid-19 si sia verificato nelle strutture per anziani di vario tipo esistenti in Italia; si vedano alcuni dati [qui](#).

Ci si chiede come possa essere successo; probabili cause sono da ricercare nella vulnerabilità degli anziani ospiti delle strutture oppure in fattori che riguardano le strutture stesse e in particolare: personale inadeguato quantitativamente e qualitativamente con elevato turnover e forse operativi in più strutture, carenza di dispositivi di protezione individuale (DPI) vedi [qui](#) e anche loro inappropriata utilizzazione, carenza di igiene delle mani, inadeguata sanificazione degli ambienti e degli strumenti in uso, errato o improprio isolamento dei pazienti contagiati, ritardata diagnosi di COVID, personale al lavoro anche se malato, infezione portata da parenti o caregiver (badanti) contagiati. Le RSA dovrebbero avere un piano di isolamento e di distanziamento dei pazienti-ospiti che non raramente presentano patologie da agenti infettivi con possibile outbreak.

Si dovranno trovare soluzioni idonee su alcuni punti migliorativi per le CRA (vedi [qui](#)) e RSA o residenze sanitarie assistenziali (vedi [qui](#)) per affrontare preparati situazioni simili, possibili nel prossimo futuro.

E' noto che almeno il 50% degli ospiti di RSA presenta declino cognitivo di varia entità: per questa ampia popolazione i problemi sono ancor più complessi.

Consideriamo i singoli punti che dovrebbero essere oggetti di aggiustamenti anche culturali e tecnici:

1. Sicurezza: stanze di degenza a un letto, dotate di tavolo lettura, sedia e poltrona ; TV e altri sistemi di comunicazione (PC) non devono mancare e compatibili con un moderno servizio di telemedicina. L' Illuminazione degli ambienti sarà adeguata così come la insonorizzazione; aereazione adeguata. Servizi di sorveglianza audiovisivi con telecamera; la stanza deve essere stimolante (colori delle pareti, odori) e funzionale ai bisogni del paziente anziano. Opportuno stabilire un piano per la periodica sanitizzazione profonda e disinfezione dei locali della struttura facendo riferimento a regole qualificate ed efficaci.

Ogni struttura dovrebbe dotarsi di un piano sicurezza con punti di riferimento noti (UO ospedaliera, laboratori, servizi geriatrici territoriali, cure domiciliari, autorità) ai quali far riferimento anche in modo telematico; tutto il personale che opera all' interno della struttura ne deve essere a conoscenza per poter attivare le giuste azioni. Saranno resi più diretti e qualificati i rapporti con il caregiver sia parente che badante: a questi si chiederà collaborazione attiva, responsabile e competente.

2.Capacità riabilitative e riattivative delle strutture: dovrebbero prevedere anche percorsi all' aperto (giardino). Le attività ludiche ed occupazionali hanno un ruolo fondamentale sotto la direzione di figure professionali specifiche. Si completano con valutazioni eseguite utilizzando strumenti come ADL, IADL, Barthel, velocità del cammino, Tinetti per equilibrio e rischio di caduta, forza muscolare misurata con dinamometro (valutata nel tempo). Sarà questo l' ambito per misurare i parametri antropometrici, la forza muscolare e anche la fragilità (FCS) vedi [qui](#), adottando uno strumento unico di facile compilazione; le capacità e le prestazioni mentali sono valutate periodicamente con MMSE e GDS.

3. Capacità e metodologie curative delle strutture: si realizzano in base ai principi della medicina geriatrica; si basa sulla valutazione multidimensionale geriatrica - VMD informatizzata, completata dalla *Clinical Frailty Scale* o CFS; serve una documentazione clinica agevole, ma informatizzata, che prevede la periodica esecuzione della VMD. Per quanto riguarda il processo curativo si cercherà di seguire gli insegnamenti auspicati dalla Tinetti con 4 M che sancisce come primarie le preferenze dell'ospite anziano curando le malattie presenti (multimorbilità), evitando, per quanto possibile, gli effetti avversi ai farmaci, la malnutrizione, l'immobilità con decubiti, la progressione della disabilità fisica e mentale, l'abuso, agevolando le buone attività fisiologiche in particolare il sonno, l'alimentazione, minzione (attenzione all'uso di cateteri vescicali a permanenza) e defecazione (incontinenza). La medicina palliativa sarà oggetto di attenta e tempestiva implementazione in rapporto alle condizioni cliniche (fisiche e mentali) del paziente. Si dovrebbe incentivare l'uso di sistemi indossabili per conoscere continuamente i parametri vitali; l'applicazione del sistema di rilevazione-valutazione NEWS (i segni vitali verificati periodicamente, compresa la confusione mentale) è molto utile in presenza di mutamenti clinici difficili da interpretare perché spesso atipici.

Sistema di documentazione dovrà essere uniformato rendendolo compatibile con quello utilizzato anche a livello ospedaliero e domiciliare; in questo modo si disporrà di una cartella clinica unica che agevola la continuità curativo assistenziale e consenta la raccolta di dati utili alla ricerca applicata del settore.

Dovranno essere seguiti e comunicati periodicamente obiettivi e risultati ottenuti fra i quali: quanti ospiti assumono psicofarmaci maggiori, variazioni del peso corporeo > 5%, cadute con e senza fratture, quanti con catetere vescicale, quanti assumono antibiotici, quanti assumono più di 5 farmaci, ecc

4. Capacità preventive delle strutture: questo obiettivo riguarda sia la prevenzione delle malattie croniche che la comparsa di eventi acuti anche infettivi. Le malattie croniche potranno essere influenzate positivamente dalla attività fisica (riattivazione e attività adattata alle capacità del paziente) e anche da un'alimentazione che tiene conto delle qualità anche anti-aging dei singoli alimenti. Le malattie acute infettive richiedono grande attenzione alle vaccinazioni raccomandate e cioè antiinfluenzale, antipneumococcica e antiherpes zooster. Dovrà essere organizzato e reso potenzialmente attivabile un piano per affrontare con tempestività evenienze infettive di origine batterica e virale: attenzione particolare agli eventi clinici che compaiono improvvisamente negli ospiti: febbre, confusione mentale acuta, tosse sono i sintomi e segni ai quali prestare attenzione particolare perché il rapido isolamento del/dei pazienti potrebbe consentire di limitare i possibili contagi.

5. Le strutture per anziani saranno sede di formazione e aggiornamento professionale. Una o due RSA per AUSL dovrebbero essere RSA di insegnamento per i Corsi di laurea della Scuola di Medicina, ma non solo. Si cercherà di creare in collaborazione un network professionalizzante online con video formativi (come si riconosce il delirium, come se ne affrontano i problemi, come si valuta l'equilibrio e il rischio di caduta; come si riconosce l'abuso dell'anziano, ecc). L'aggiornamento per Medici ed infermieri e OSS sarà obbligatorio nell'ambito delle strutture per anziani su temi attinenti e specifici

6. Sarà richiesta la presenza del Medico specialista in Geriatria nelle RSA che garantirà anche la disponibilità e il funzionamento delle strumentazioni specifiche anche telematiche. Il Geriatra sarà il referente tecnico scientifico della realizzazione nel tempo dei punti sopra

elencati e degli aggiornamenti professionali qualora si decida di realizzarli. E' evidente che la disponibilità del Medico di famiglia è necessaria.

E' evidente che per apportare le modifiche elencate serve oltre che alla collaborazione ed interazione del personale addetto di ogni livello, anche la condivisione dei politici soprattutto del settore sanitario e naturalmente la disponibilità di risorse tecniche e finanziarie adeguate.

Segue una tabella della **British Geriatrics Society** - BGS - su cosa si deve fare nelle nursing home per migliorare le loro affidabilità e qualità in occasione di COVID-19...cioè da subito..

1. Care homes should have in place standard operating procedures for individual residents with suspected and confirmed COVID-19 infection, including appropriate infection control precautions to protect staff and residents.
2. Care home staff should be trained to check the temperature of residents displaying possible signs of COVID-19 infection, using a tympanic thermometer (inserted into the ear).
3. Where possible, care home staff should be trained to measure other vital signs including blood pressure, heart rate, pulse oximetry and respiratory rate. This will enable external healthcare practitioners to triage and prioritise support of residents according to need.
4. All staff working with care home residents should recognise that COVID-19 may present atypically in this group. It may be necessary to use barrier precautions for residents with atypical symptoms following discussion with General Practitioners or other primary healthcare professionals.
5. Where possible, primary care clinicians should share information on the level of frailty of residents (mild, moderate, severe frailty) with care homes, and use the Clinical Frailty Scale to help inform urgent triage decisions.
6. If taking vital signs, care homes should use the **RESTORE2** tool to recognise deterioration in residents, measure vital signs and communicate concerns to healthcare professionals. Vedi:
<https://www.slideshare.net/InnovationNWC/restore2-eco-20-empowering-care-homes-through-innovation-and-improvement>
7. Care homes should have standard operating procedures for isolating residents who 'walk with purpose' (often referred to as 'wandering') as a consequence of cognitive impairment. Behavioural interventions may be employed but physical restraint should not be used.

8. Care homes should consider whether it is feasible to manage residents entirely within their rooms during the COVID pandemic. This will have implications for safe staffing, which should be considered before adopting such a policy.
9. Care homes should work with General Practitioners, community healthcare staff and community geriatricians to review Advance Care Plans as a matter of urgency with care home residents. This should include discussions about how COVID-19 may cause residents to become critically unwell, and a clear decision about whether hospital admission would be considered in this circumstance.
10. There are some situations in which supportive treatments such as care home based oxygen therapy, antibiotics and subcutaneous fluids should be supported as part of the local responses to COVID-19. The harms and benefits of such treatments must be considered carefully and they should not be used in place of good palliative care.
11. Care homes should be aware that escalation decisions to hospital will be taken in discussion with paramedics, general practitioners and other healthcare support staff. They should be aware that transfer to hospital may not be offered if it is not likely to benefit the resident and if palliative or conservative care within the home is deemed more appropriate. Care Homes should work with healthcare providers to support families and residents through this.
12. Advance Care Plans must be recorded in a way that is useful for healthcare professionals called in an emergency situation. A paper copy should be filed in the care home records and, where the facility already exists, an electronic version used which can be shared with relevant services.
13. Care homes should remain open to new admissions as much as possible throughout the pandemic. They should be prepared to receive back care home residents who are COVID-19 positive and to isolate them on return, as part of efforts to ensure capacity for new COVID-19 cases in acute hospitals. They should follow the advice from Public Health England when accepting residents without COVID-19 back when there are confirmed COVID-19 cases within a home.
14. Care homes should work with GPs and local pharmacists to ensure that they anticipate palliative care requirements and order anticipatory medications early in the illness trajectory. Legislators should work to make it possible for care homes to hold stocks of regularly used anticipatory medicines so that they can be prescribed and dispensed at short notice during the pandemic.
15. All professionals should consider setting up multiprofessional local or regional WhatsApp groups, or other similar fora, to provide support to care home staff who may feel isolated and worried by the pandemic.