

RSA e pandemia: considerazioni a tappe

L'articolo di Mauro Colombo propone una riflessione su quanto accaduto con l'insorgere dell'emergenza nelle case di riposo, offre una lettura della situazione attuale e illustra alcuni punti chiave per affrontare il domani.

Questo articolo è stato pubblicato anche su Psicogeriatrics, n. 1/2020, Supplemento 1.

Di Mauro Colombo (Fondazione Golgi Cenci ed Istituto Geriatrico "Camillo Golgi", Abbiategrasso)

Never waste a good crisis
(Winston Churchill)

Non è facile districarsi, in tempi di pandemia, nella pleora di articoli offerti dalla letteratura e di indicazioni di ogni tipo che provengono dai mezzi di informazione di massa. Cerco comunque di riassumere alcune considerazioni, allineandole in 3 prospettive temporali di riflessione: *sulla fase acuta, sulla fase di ripresa, sul medio termine*; sempre avendo di mira le strutture di ricovero per le persone anziane.

La fase acuta

Ci ricorderemo a lungo – al di là dei danni di ogni tipo – della pandemia Covid 19, variamente definita “strana”, “nuova”, “inquietante”. Lo stesso Journal of American Medical Association (Fontanrosa, Bauchner, 2020) ammette che **l'unica caratteristica di questa pandemia è la sua imprevedibilità**. Almeno, questo tragico virus camaleontico un merito lo ha avuto: portare pubblica attenzione al mondo delle strutture di ricovero per anziani, di cui ora – più o meno a proposito – parlano in tanti, dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, alle scuole di economia...

Opportunamente, JAMA ha aperto una rubrica orientata esplicitamente alla fase post-acuta, per gettare uno sguardo al dopodomani, quando sarà necessario un ampio ri-assessment del nostro modo di vivere, in una “nuova normalità” ancora da definire. Un articolo dichiara già nel titolo di voler “**mettere il genio nella bottiglia**”, ed indica una serie di manovre efficaci (in particolare la quarantena entro 24 ore), per le quali stima un costo di 5 miliardi di dollari nei soli USA. Gli autori – Rochelle P. Walensky e Carlos del Rio (2020): infettivologi/igienisti – sostengono che un simile sforzo potrebbe portarci ad un domani persino migliore dell'oggi, vista la risposta senza precedenti che la nazione ha espresso in termini di “creatività, immaginazione, ricchezza in risorse e compassione”, tanto che i contatti tra le persone sarebbero persino aumentati, in conseguenza del distanziamento sociale, con particolare riguardo per gli anziani più fragili.

Ma le cronache del New York Times temo rendano meno scontato il mettere la vicenda “nello specchietto retrovisore” ... Al riguardo, il 24 marzo, due esperti di politica sanitaria (Michael Barrett e David Grabowski, entrambi di Boston) hanno scritto su JAMA Network un articolo (letto oltre 13.000 volte) intitolato emblematicamente “Nursing homes are ground zero for Covid-19 pandemic”. Preferisco “prendere l'articolo dalla coda”, là dove dichiara testualmente che **una catena si spezza nel suo anello più debole**, dopo avere esordito riportando la vicenda di una struttura valutata a pieni voti – salvo che per una scarsa attenzione agli aspetti igienico – preventivi di fronte ad una pandemia, la cui eventualità veniva comunque stimata

remota.

Incidentalmente, riporto come in uno sconsolato editoriale di apertura del numero di aprile 2020 de “Le Scienze”, il direttore Marco Cattaneo ricordasse un articolo pubblicato sul numero di marzo 2018, intitolato “Prevedere la prossima pandemia”, dove si ricordano i 280.000 morti della pandemia influenzale del 2009, a firma di Alessandro Vespignani (professore anch’egli a Boston...). L’articolo di JAMA riporta come la pandemia si sia abbattuta – col suo carico di sofferenza, vittime e falcidia nel personale – persino in una struttura il cui rapporto tra dipendenti ed assistiti è di 1,5:1. E d’altra parte, **la vulnerabilità allo sviluppo di focolai epidemici è consustanziale alla natura stessa delle RSA**, proprio per quella “R” che sta per “residenzialità”: almeno sino ad ora, uno dei pilastri della qualità assistenziale è consistita nella calibrazione tra “privato” e “condiviso”, ed in un rapporto fruttuoso e solidale coi familiari in visita.

Al di là della ovvia fragilità intrinseca degli assistiti, **un elemento cardinale per la risposta a simili situazioni di emergenza consiste nella politica del personale**, anch’esso esposto al contagio, che provoca un progressivo assottigliamento delle risorse umane disponibili, a fronte del rischio di diffusione in caso di personale che si reca al lavoro pur malato per questioni contrattuali, e di difficoltà a reperire risorse sussidiarie, anche per motivi di costi e di scarsa attrattiva. Se viene invocato il ricorso alla telemedicina ed alle tecnologie per la comunicazione che avvicinino gli ospiti con i familiari allontanati giocoforza, **uno dei pilastri per la prevenzione e gestione di simili contingenze rimane proprio nella disponibilità di personale, oltre alla formazione specifica per la adozione delle misure igieniche, ed alla dotazione in strumenti di protezione individuale**, che gli estensori dell’articolo pongono a livello di priorità pari a quello ospedaliero. Gli autori concludono rivolgendo un pensiero anche ad altre situazioni di istituzionalizzazione, quali le carceri.

La fase di ripresa

Come dopo ogni evento più o meno gravemente perturbante, **va prevista per le persone più fragili una fase in ampio senso riabilitativa**. Al riguardo, un articolo di JAMA riporta un titolo quanto mai indicativo: “*Postacute Care Preparedness for COVID-19. Thinking Ahead*”. Gli autori, David C. Grabowski (Harvard) e Karen E. Joynt Maddox (St. Louis) stimano – a partire dalle esperienze con la sepsi – che il 30% dei pazienti ospedalizzati per COVID necessitano di riabilitazione residenziale, ed un altro 20% di riabilitazione domiciliare. Ovviamente, vanno previste le cautele per impedire il ricovero di pazienti infetti/potenzialmente infettanti, pur nella consapevole incertezza sulla effettiva durata della possibile contagiosità; a meno che non vengano creati presidi specificatamente dedicati, e perciò attrezzati in risorse materiale ed umane – compresa una adeguata formazione; la ospedalizzazione al domicilio viene indicata come un ulteriore contesto di cura praticabile parallelamente, possibilmente col supporto della telemedicina.

In ogni caso, qualunque opzione venga percorsa, va sottolineato il ruolo della formazione, anche in termini vocazionali; formazione e tutela sanitaria vanno rivolte anche al surplus di personale da dedicare ad attività ancillari, che nei momenti di difficoltà va recuperato da fonti anche eterodosse, quali potrebbero essere le maestranze messe a riposo da industrie ed altre agenzie momentaneamente chiuse. Più in generale, **vanno previste risorse adeguate per affrontare adeguatamente la situazione**.

La fase di medio termine

Sarà particolarmente delicata, per non ricadere negli errori prima commessi, dandosi per scontata una nuova “fase acuta”, autunnale (Leung et al., 2020). Sarà necessario riflettere con atteggiamento laico e scientifico, per capire cosa effettivamente è successo nella nostra realtà, una volta superata la tempesta non solo sanitaria, ma anche mediatica e giudiziaria. Non fosse altro per la probabilità che noi stessi potremo prima o poi divenire a nostra volta utenti di strutture di ricovero a lungo termine: una eventualità che già nel 2014 era prevista per circa un ultra-sessantacinquenne su due, negli Stati Uniti d’America, come ricordano Barrett e Grabowski.

Potrebbero tornarci illuminanti le esperienze aneddotiche di RSA che sono rimaste apparentemente intatte dal contagio, avendo immediatamente chiuso – nonostante la impopolarità – l'accesso dei parenti appena si ebbe notizia del 1° caso italiano, nella quarta settimana di febbraio; o dello ospedale cinese di Guangdong, dove gli infermieri sono rimasti apparentemente intatti, essendo state prese tempestive misure organizzative e procedurali. Anche la vicenda tedesca andrà decodificata: pur tra ampie differenze inter-regionali, hanno potuto permettersi di tenere aperte le scuole – con opportune misure – e pubbliche manifestazioni contro pur relative misure restrittive; sarà curioso verificare se effettivamente rimarrà una eccezione rispetto alla grande parte della Europa, compresi i paesi del nord, a partire dall'attiguo e non certo "povero" Belgio.

Le recentissime dichiarazioni del sindaco di Tubinga, per cui sarebbe inopportuno curare anziani che avrebbero una corta aspettativa di vita, sono suonate comunque fuori dal coro. Potremmo scoprire che il dramma vissuto dalle strutture di ricovero per anziani in Italia non si sarebbe tanto discostato da quanto successo un po' ovunque, anche in Inghilterra, dove ricordo la immagine del podista che correva in maglietta e pantaloncini davanti all'ingresso del Saint Thomas Hospital, inquadrato dal giornalista RAI Marco Varvello mentre riferiva del ricovero del primo ministro, il quale – dopo il "*national scandal biasimato dal direttore di Lancet*" (Horton R., 2020) era tornato sui suoi passi, raccomandando il "*lockdown*", applicato peraltro con transatlantica sintonia "elasticamente" anche sulle spiagge in Florida...

A poco giova invece la disgustosa faida – da cui non sembra immune neppure il Consiglio Superiore della Magistratura – che fomenta la contrapposizione, sostenuta dalla ideologia e da interessi meschini, cui lascia spazio **la analfabetizzazione epidemiologica di chi pretende di informare**. Basta scorrere la rassegna stampa aperta che meritoriamente la ASP Golgi Redaelli pubblica quotidianamente sul proprio sito, per rendersene conto *de visu*.

Non avverto, a vari livelli di opinione pubblica ed istituzionali, nei confronti del settore socio-sanitario, il medesimo apprezzamento giustamente dedicato al settore sanitario. Anzi, mi sorge il dubbio che – pur nella necessità di fare chiarezza – al posto di tanto zelo giudiziario e tante risorse inquisitorie, a posteriori, **sarebbero stati preferibili maggiori attenzione e prudenza, e la dotazione di risorse materiali ed umane, preventivamente.** Fortunatamente, l'esperienza quotidiana ci mostra, a fronte dello sciacallaggio, una dovizia di prese di iniziative e di posizioni ammirevoli, di ogni tipo. Ed in ogni caso è sempre bene aderire ai dati di fatto: opportunamente, **Boccia, Ricciardi e Ioannidis** (2020) rilevano su JAMA che nei 3 mesi precedenti l'avvio della pandemia, la mortalità invernale da influenza in Italia era stata più bassa del solito, lasciando disponibile una ampia platea di soggetti suscettibili.

Per chiudere, alcune pillole di Gerontologia Clinica, nella consapevolezza che **sinora mancano prove certe sulla efficacia di qualsiasi farmaco** (Sanders et al., 2020), pur nel pullulare delle sperimentazioni, al punto che Lancet biasima la eccessiva proliferazione di singole iniziative, privilegiando le **sperimentazioni coordinate** (Mullard A., 2020).

Alcuni spunti potenzialmente utili: la distinzione epidemiologica tra i fattori di rischio per sviluppare una reazione da stress polmonare acuto piuttosto che della progressione dalla reazione polmonare alla mortalità (studiati peraltro su una popolazione prevalentemente adulta); tra i primi rientrano diabete ed ipertensione arteriosa, linfopenia, elevazioni in glicemia, creatininemia...; tra i secondi si annoverano; età > 65 anni, febbre > 39°, neutrofilia, ipo-albuminemia, abbassamenti in pseudocolinesterasemia ed elevazioni in azotemia, lattico – deidrogenasi e D-dimero **costituiscono fattori di rischio verso entrambi gli esiti** (Wu et al., 2020). La tendenza alla vasculite nell'ambito di un interessamento sistemico, con necessità di un uso attento della eparina a basso peso molecolare, **bilanciandosi tra il rischio emorragico e quello trombotico** (Varga et al., 2020) **la sintomatologia neuropsichiatrica**, possibile a partire dagli stadi prodromici (Pleasure et al., 2020); la questione ovviamente ha già preso a circolare in ambito AIP: col che, si torna all'alveo principale che dà il titolo alla rivista "Psicogeriatrics".

BIBLIOGRAFIA

Boccia S., Ricciardi W., Ioannidis JPA., (2020), *What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID- 19 Pandemic*, in JAMA Intern Med.;180(7):927-928, April.

Leung K, Wu JT, Liu D, Leung GM., (2020), *First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second- wave scenario planning: a modelling impact assessment*, in The Lancet, Volume 395, ISSUE 10233, 1382-1393, April.

Horton R., (2020), *Offline: COVID-19 and the NHS—"a national scandal"*, in Lancet, 395(10229): 1022, March.

Mullard A., (2020), *Flooded by the torrent: the COVID- 19 drug pipeline*, in The Lancet, Volume 395, ISSUE 10232, P1245-1246, April.

Pleasure SJ, Green AJ, Josephson SA., (2020), *The Spectrum of Neurologic Disease in the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Pandemic Infection. Neurologists Move to the Frontlines*, in JAMA Neurol., 77(6):679-680.

Rochelle P. Walensky RP, Carlos del Rio, (2020), *From Mitigation to Containment of the COVID-19 Pandemic Putting the SARS-CoV-2 Genie Back in the Bottle. COVID-19: beyond tomorrow*, in JAMA, 323(19):1889-1890, April.

Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB., (2020), *Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). A Review*, in JAMA , 323(18):1824-1836, April.

Varga Z., Flammer AJ, Haberecker M., Andermatt R., Zinkernagel AS., Mehra MR., Schuepbach RA., Ruschitzka F., Moch H., (2020), *Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19*, in Lancet, Volume 395, ISSUE 10234, P1417-1418, May.

Wu C., Chen X., Cai Y., Xia J., Zhou X., Xu S., Huang H., Zhang L., Zhou X., Du C., Zhang Y., Song J., Wang S., Chao Y., Yang Z., Xu J., Zhou X., Chen D., Xiong W., Xu L., Zhou F., Jiang J., Bai C., Zheng J., Song Y., (2020), *Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China*, in JAMA Intern Med. 2020;180(7):934-943, March.