L’emergenza Covid in RSA: diario di un medico

Questo articolo ricostruisce, attraverso la voce di un medico in prima linea, quanto accaduto in una RSA a partire dal febbraio scorso, quando ancora non era chiaro cosa fosse il COVID-19 e quali sarebbero state le sue conseguenze. Dopo aver narrato qui l’incubo dei mesi scorsi, in un successivo articolo, la dott.ssa Cappuccio racconterà il suo sogno di Casa di Riposo, sorto dalle ceneri di quest’esperienza.

Di Melania Cappuccio *(Geriatra, Direttore Sanitario Fondazione Cardinal Gusmini di Vertova, Bg)*

Perché definire le RSA “figlie di un Dio minore e nella terra di mezzo”? Perché le RSA negli ultimi vent’anni, soprattutto in Lombardia, una Regione caratterizzata da grandi cambiamenti in ambito sanitario, hanno avuto una straordinaria capacità, non evidente ai più, di adattarsi al sistema e, al contempo, di mantenere fede alla propria mission istituzionale. Ricordo a tutti che le RSA erano I.P.A.B – Istituiti Pubblici di Assistenza e Beneficienza, quindi sorte con lo scopo di dare risposte concrete alle persone più fragili e “bisognose” della nostra società.

Il costante mandato assegnato alle strutture ospedaliere di ridurre il numero dei ricoveri e soprattutto di ridurne la durata e, contemporaneamente, con l’aumento dell’età media della popolazione, della cronicità e quindi delle malattie, la componente più anziana, fragile e malata ha trovato nelle RSA una risposta pratica e tangibile ai suoi bisogni. Questo è stato possibile per l’impegno continuo di queste strutture, anche sollecitate e normate dalla Regione, ad accogliere le persone sempre più gravate da malattie e con un quadro complessivo di non autosufficienza che non permetteva loro di rimanere a domicilio. La popolazione residente quindi si è modificata moltissimo e per questo motivo le strutture hanno assunto un ruolo diverso. **Non sono più gli “Ospizi”, ma residenze sempre più simili ad Ospedali per cronici, delle “*Long-Term Care*”**, ovviamente con diversità, ma anche con similitudini reciproche, con peculiarità specifiche e con diversità a seconda della Regione e/o del territorio.

Per la maggior parte della popolazione questo mutamento non è stato palese, è avvenuto in sordina, soprattutto perché le RSA hanno difeso strenuamente la loro identità (in particolare modo nelle provincie), caratterizzata da una fortissima valenza sociale e dall’essere spesso un punto di riferimento importante per il loro territorio. **Il dato significativo quindi è di avere assunto un ruolo più sanitario, pur non avendo perso il ruolo assistenziale e sociale, ma di non essere considerate tali, né da se stesse né dal territorio.**

Le RSA sono e rimangono una comunità nella comunità. Spesso dimenticate, sole nel dare una risposta ai bisogni crescenti della fragilità.
Purtroppo le Rsa sono giunte all’attenzione dell’opinione pubblica quando è scoppiata l’emergenza Covid-19, un’epidemia che ha colpito soprattutto le persone anziane e con delle patologie già in atto, con un quadro patologico tanto più grave e una mortalità tanto maggiore a seconda del numero e della gravità delle malattie già presenti nelle persone. Lo sapevano tutti che questo virus avrebbe colpito specificatamente questa popolazione.

Noi lo **sapevamo che se il Covid-19 fosse entrato in RSA avrebbe lasciato il segno…** Al pensiero un brivido mi scorreva lungo la schiena e capirete il perché. Ed ecco il mio bollettino. Premessa: **tutti abbiamo fatto degli sbagli, non avevamo le informazioni e gli strumenti che ci avrebbero permesso di “sbagliare di meno”, questo è un dato di fatto**.

Diario dei primi giorni

Sabato 22 febbraio
Sono di guardia; alle h 6.30 vengo chiamata per una urgenza, un'assistita presenta febbre > 38°, dispnea importante e una pousses ipertensiva; fornisco i consigli terapeutici del caso urgente e vado con rapidità in Fondazione. Dal quadro clinico fornito e dai dati anamnestici che ricordo penso ad un Edema Polmonare Acuto. Al mio arrivo, alla auscultazione, non ho riscontro di quello che pensavo, sento qualche rumore umido circoscritto e penso ad una polmonite, ma la dispnea è molto più grave di quello che mi sarei aspettata, la febbre scende poi rapidamente da sola con ghiaccio…una stranezza (non può essere batterica…).

Il 21 febbraio abbiamo avuto notizia del primo caso di Coronavirus a Codogno, per me significa a due passi… Rapidamente penso alla mia assistita che 14 giorni prima è stata dimessa dall'ospedale dove era stata ricoverata per un rush cutaneo simi allergico, ma non se ne era trovata la causa, e che ha i figli residenti nella pianura e non in valle. Il primo pensiero è stato: "Sarà il Covid-19?". Imposto la terapia, la dispnea recede, la febbre si presenterà ancora per qualche giorno di notte soprattutto, ma alla fine la paziente si riprende, sta bene. Non saprò mai se avesse sviluppato una polmonite da Covid; oggi con le conoscenze che abbiamo e la localizzazione cutanea del virus lo penso fortemente. Racconto questa situazione **perché ci siamo messi in allarme subito e da lì è cominciata la corsa, una corsa contro il tempo, anche una rincorsa verso il virus per cercare di fermarlo** e, al tempo stesso, il rimanere fermi, "barricarci" per bloccarne l'entrata.

In serata affiggo agli ingressi della struttura il decalogo del Ministero della Salute per contrastare il contagio e inibisco l'ingresso dei familiari e visitatori che presentino sintomi tipici. Non posso fare altro, mi informano che non bisogna andare oltre le disposizioni date fino a quel momento. Volevo limitare da subito a tutti gli accessi, ma la ATS mi informa che devo attenermi alle disposizioni del Ministero, nulla di più, per non creare **il panico**.

Si, appunto, il panico, parola che riecheggia nei primi giorni, sicuramente nella prima settimana, quando nessuno sapeva o immaginava cosa sarebbe successo, e quella sembrava la cosa più importante, non scatenare il panico… **Ma il virus nelle RSA c'era già, era il periodo del carnevale, delle feste, dello stare insieme, in quel fine settimana la RSA era gremita di parenti, volontari, bambini e di molte persone del paese.**

> *"Ci siamo subito messi in allarme; da lì è cominciata la corsa contro il tempo, anche una rincorsa verso il virus per cercare di fermarlo. Nessuno immaginava cosa sarebbe successo poi"*

Domenica 23 febbraio

Sono sempre di guardia e accolgo in Hospice un paziente non oncologico dall'Ospedale di Alzano Lombardo, Divisone di Medicina; svolgo le consuete attività, lo visito, redigo la cartella clinica, faccio il colloquio con il figlio, gli stringo la mano etc. Alle h 14.00, tramite messaggi sul cellulare, cominciano ad arrivare notizie allarmanti, che mi informano della chiusura del PS dell'Ospedale di Alzano per il riscontro di due pazienti con Coronavirus. Mi informo dal collega dimettente ancora presente in ospedale, che mi conferma la positività al tampone di due malati affetti da una grave polmonite refrattaria alle cure e che erano stati trasferiti al reparto infettivi del Papa Giovanni; il paziente da me accolto era nello stesso piano, probabilmente non contagiato, ma non ne aveva la certezza, anzi.

E cerco di capire quale deve essere il corretto comportamento, le procedure da mettere in atto. Con la mente vado alle mie reminiscenze dell'Università, esame di Igiene e Medicina Preventiva, cerco di ricordare i vari passaggi che hanno attuato in

Cina e, nella mia ingenuità, penso agli scenari possibili. Quarantena, non posso più tornare a casa, blocco degli ingressi, isolamento dei casi sospetti, sorveglianza sanitaria, uso dei DPI e quant'altro.

Quello stesso giorno, nel tardo pomeriggio, **chiudo la struttura e i servizi dell'esterno, CDI e ADI**. È l'unica cosa possibile da fare in quel momento, non ho altre armi. Sono convinta che sia l'unica strategia possibile, non ho dubbi, tutti faranno così! Rimango in struttura a dormire. Ancora non so quale sarà il comportamento più idoneo, visto che ho avuto un contatto con un sospetto; in tarda serata, la centrale telefonica dell'emergenza mi informa che sia io che il personale possiamo andare a casa, non essendovi stato un contatto diretto tra i due pazienti. **Non si è pensato al contagio tra il personale sanitario e i pazienti, in quel momento**.

Lunedì 24 febbraio

RSA chiusa a tutti gli esterni, compreso il CDI, per evitare l'andirivieni tipico di questo servizio. Comincia la task force in Fondazione, riunione con tutti medici e i coordinatori delle diverse UdO per stabilire le procedure più opportune.

Martedì 25 febbraio
La ATS mi informa, con una nota trasmessa dalla Associazione delle RSA a cui facciamo riferimento, che devo lasciare aperti alcuni servizi, in primis il CDI e i servizi domiciliari come ADI e UCP DOM, pena sanzioni e messa in discussione dell'accreditamento. **Tensione altissima, responsabilità sanitaria da una parte, obbedienza alle direttive della ATS dall'altra.**

Mettiamo la protezione civile al cancello, i familiari (alcuni) contestano, altri ci danno ragione. Alla fine seguiamo le indicazioni regionali e apriamo alle visite dei parenti in modo ridotto. Un parente per un ospite per 10 minuti al giorno, non più di 3 parenti insieme in reparto contemporaneamente. Durante i primi giorni entrano una ventina di persone con i dispositivi (triage, mascherine e guanti). Nessun ospite presenta sintomi influenzali, il CDI di fatto chiuso perché non ci sono utenti. Durante la settimana vengono fatte due vigilanze dalla ATS per verificare se il nostro CDI era aperto o chiuso; entrano senza guanti e senza mascherine…

Primo punto fermo: **la chiusura delle RSA non viene favorita dalla Regione/ATS**. E da allora inizia il dramma interno ed esterno. Tutti mobilitati, *briefing* della *task force* del lunedì alle h 8.00 e si decide chi fa cosa. Da allora RSA presidiata da tutto lo staff della Direzione Sanitaria e Sociosanitaria e, con un *tour de force*, si è diventati infettivologi, pneumologi, medici di medicina preventiva, oltre che medici geriatri, si lavora in un campo assolutamente non conosciuto, il contagio e la patologia da Covid-19. Ingenuamente pensavamo che il virus fosse all'esterno. Cosa è realmente successo?

I giorni successivi

Alla fine, dopo pochi giorni, rimane la **chiusura totale della struttura**. Controllo della temperatura di tutti gli operatori all'ingresso e a fine turno e allontanamento se TC > 37.3°, ma dopo una settimana mi comunicano che non è possibile per violazione della *privacy*… Forniti immediatamente i DPI (mascherine FFP3, guanti e igienizzante) secondo le informazioni del momento, **già dopo qualche giorno il prezzo dei DPI schizza alle stelle**. Sorveglianza dei malati, della comparsa di sintomi e/o segni similinfluenzali.

Ricerca e stesura dei protocolli adeguati all'emergenza, studio delle linee guida, cinesi, di Hong Gong, solo per dirne alcune. Telefonate tra Direttori Sanitari e con i colleghi infettivologi del Papa Giovanni per capire se quello che stavamo mettendo in atto fosse adeguato. **Durante questo tempo nessuno verrà a chiederci come sta andando, quali sono le difficoltà, di cosa abbiamo bisogno**. Ma tutto questo non è bastato, il virus circolava da tempo nel nostro territorio e di conseguenza nelle RSA e, nonostante la nostra buona volontà e determinazione, gli ospiti si erano già contagiati e non potevamo fermare

l'onda violenta, enorme, inarrestabile, che si è abbattuta su tutti noi. **E' stato un vero e travolgente *tsunami*.**

> *"Eravamo soli contro il virus. Nessuno è venuto a chiederci come stava andando, quali erano le difficoltà, se avevamo bisogno di qualcosa. E' stato un vero e travolgente tsunami."*

Qualche dato

Nelle due settimane successive la chiusura, una buona parte degli operatori ha cominciato ad avere sintomi ed è stata a casa in malattia, alcuni in quarantena per avere avuto familiari ammalati e ricoverati in ospedale; molti hanno avuto lutti di genitori, nonni, coniugi. Il picco di assenze in media è stato per noi del 40%.

Gli ospiti hanno cominciato ad avere sintomi entro il periodo di incubazione di 14 giorni, febbre, anche non elevata, tosse, basse saturazioni di O2, difficoltà respiratoria, ma niente di drammatico, la maggior parte ha presentato un quadro di "Silent Hypoxemia" e di "delirio ipocinetico". Le radiografie eseguite hanno dato responsi diversi, per alcuni la tipica polmonite interstiziale a vetro smerigliato con opacità più o meno accentuate e con interessamento più o meno diffuso, altri con focolai di broncopolmoniti e/o versamenti.

Le terapie impostate su suggerimento del Reparto Malattie Infettive di Bergamo sono state sintomatiche, ancillari, ATB, ossigenoterapia, sostegno alle funzioni respiratorie, attenzione alla idratazione e alimentazione. **Nulla è stato lasciato di intentato. La lotta è stata completa, ma impari, perché il virus, a sua volta, ha lottato fino all'ultimo, con la sua altissima diffusibilità.**

La mortalità è oscillata dal 10-12 al 50% nelle varie RSA, numeri enormi che fanno rabbrividire. A Bergamo i decessi in RSA si sono avuti soprattutto nel mese di marzo, con una coda nel mese di aprile: alla fine sono stati 1.998 su 6.000 ospiti. Alcuni decessi sono stati determinati da altre patologie, naturalmente, per cui si parla di decessi per o con Covid 19. Quello che è certo è che **la fragilità organica delle persone residenti in RSA e i deficit del sistema immunitario li hanno esposti, non solo ad un più facile contagio, ma anche ad averne le conseguenze più temibili.**

Nella maggior parte dei casi la diagnosi è stata clinica e/o radiografica, non supportata dal tampone Rino-Faringeo, perché le RSA sono state escluse, di fatto, dal circuito della ricerca epidemiologica del virus e nelle nostre RSA una vera e propria sorveglianza sanitaria attiva non c'è mai stata. L'isolamento è stato fatto con i sintomatici sospetti; non sono stati eseguiti i tamponi, poiché in quel momento le disposizioni erano solo per i sintomatici al PS. Oggi si sa che ci sono 10-15% di asintomatici che possono diffondere il virus. Il Prof. Francesco Maria Antonini, fondatore della Geriatria e Gerontologia italiana promulgatore del buon invecchiamento, alle sue lezioni diceva che alla fine la polmonite è "*l'amica del vecchio*", nel senso che anche con la medicina moderna, quando le risorse sono ridotte ad un lumicino, una polmonite magari resistente agli antibiotici, fa soccombere anche gli anziani più resistenti. E così è stato.

Ma **ci sono stati anche dei "sopravvissuti"**, incredibilmente; persone che hanno avuto sintomi e alle quali è stata fatta una radiografia del torace con l'immagine della polmonite interstiziale tipica a vetro smerigliato, che si sono riprese e non sono decedute, con percentuali variabili, ma fino al 50% dei sintomatici sospetti. Per me è stato così e **questo risultato ci ha ripagato di tutti gli sforzi fatti. La straordinarietà dell'organismo umano, noi li abbiamo curati come potevamo e loro sono guariti**. Tutti i pazienti sospetti sono stati messi in isolamento, dapprima uno, poi due nella stessa stanza poi per coorte, redatti i protocolli per i casi sospetti e certi.

All'interno della nostra RSA, **eravamo soli con il virus** e la sua diffusibilità e per i nostri residenti la sua forza, senza gli strumenti minimi per affrontarlo (tamponi ad esempio), e senza il sostegno di un sistema organizzato per la epidemia. Il piano pandemico è stato ignorato, il DIPS non era in grado, con le risorse umane a disposizione, di fare il tracciamento e quindi l'analisi dei focolai. Alla fine in Bergamo e provincia, ma soprattutto il Val Seriana, si era formato un grande, enorme focolaio Covid-19. Perché questa è stata la realtà.

Le RSA, come la medicina territoriale, sono state lasciate sole, ma, d'altra parte, noi siamo le "Figlie di un Dio Minore e nella terra di mezzo" e quasi invisibili, inesistenti per il sistema. Ma non basta, a queste difficoltà già notevoli, di riconoscere e curare i malati, di avere cura e attenzione per non contagiarsi, ansia di non portare a casa il virus, **si sono aggiunte nelle settimane successive molte altre difficoltà**, definiamole di contesto.

Mancanza dei DPI, diventati costosissimi, in alcuni casi sequestrati alla dogana dalla Protezione Civile e dati poi agli ospedali; direttive diverse e confuse sui DPI e sul loro utilizzo, quindi con operatori frastornati. DGR Regionali, Direttive, Note e Circolari della ATS inviate quasi quotidianamente, sommate ai DPCM Nazionali, in **un turbinio di informazioni molte volte contraddittorie** e senza alcuna sistematicità e logica. Ma che non potevi perdere, per definire la operatività della giornata.

Inoltre la necessità di avere protocolli, procedure il più possibili chiare e adattabili al contesto lavorativo, hanno comportato un lavoro burocratico enorme, una formazione in itinere e in continuo da fare nottetempo… **In ogni caso, le prime direttive serie, organiche di gestione del Covid per le RSA arrivano dalla Regione il 30 Marzo 2020 con la DGR XI/3018. D**urante queste prime settimane, non un riferimento certo, ovvero al Piano Pandemico Nazionale da parte della Regione Lombardia. E ancora, la malattia che di volta in volta dava un quadro sintomatico diverso, aggiuntivo, con terapie che analogamente potevano variare a seconda della patogenesi e dei sintomi studiati dai colleghi ospedalieri.
Lavoro continuo, incessante, ad altissimo ritmo per evitare contagi, sofferenza e morti. E fuori? La Valle era continuamente percorsa dalle ambulanze che correvano a sirene spiegate, e poi le campane a morte, le notizie di colleghi ricoverati, intubati, morti.

Le criticità

Le RSA sono state definite dei "Castelli assediati e chiusi", ma in realtà noi eravamo in continua comunicazione con i familiari attraverso telefono e videochiamate, e presenti in struttura più del dovuto, con turni di 12 ore per fare compagnia e garantire vicinanza agli ospiti, ma tutto questo ovviamente non fa odiens. In realtà **il vero castello, il Sistema Sanitario è bruciato con noi, e alla fine sono rimaste le ceneri e le rovine e su queste bisogna ricostruire.** Perché da ogni crisi bisogna rinascere, risorgere e, tanto più da questa esperienza così devastante, è essenziale ricominciare.

Ma come? Come sempre dall'analisi delle criticità.

1. **Le RSA sono rimaste sole** nella gestione degli anziani contagiati e nella prevenzione di ulteriori contagi. È un fatto.
2. **I rapporti con la rete ospedaliera, ma anche con la Sanità territoriale, sono stati inesistenti**, bloccati per proteggere gli ospedali da un eccesso di ricoveri. Soprattutto si è cercato di curare ed accompagnare evitando le complicanze di un ricovero ospedaliero in quel momento. **Totalmente assente il Dipartimento di Prevenzione.**
3. In alcuni casi (come in Lombardia) **è stato addirittura richiesto di tenere aperto alcuni servizi**, esponendo al contagio le strutture e il personale ad esso dedicato.
4. Anche **per la distribuzione di dispositivi di protezione individuale** e altri presidi fondamentali per la gestione dei casi **è stata data priorità agli ospedali e non alle RSA** (come per i MMG).
5. **I singoli gestori hanno dovuto attrezzarsi in autonomia**, cercando fornitori di Dpi certificati, spesso su mercati esteri per cercare di procurarsi le mascherine necessarie, andando incontro a enormi difficoltà, con ritardi nella

distribuzione e inefficienze, sequestri della Protezione Civile nel periodo di maggiore emergenza.

6. La sorveglianza sanitaria per SARS COV 2, tramite i tamponi naso faringei non è stata prevista in modo sistematico e omogeneo per le RSA. **A Bergamo i tamponi non sono stati eseguiti né sui casi sospetti tra gli ospiti né tra gli operatori durante l'ondata epidemica**; si è iniziato a fare questa attività con grande ritardo, alla fine di aprile e inizio maggio quando la prima grande ondata era passata e quindi con una significatività epidemiologica completamente diversa.
7. Il lavoro in questa emergenza è stato fatto con **assenze del personale** fino al 50%, con ritmi massacranti per chi era rimasto in servizio (come in ogni altro setting di cura).

Per non concludere

Cosa ha insegnato, drammaticamente, l'epidemia Covid -19? L'emergenza ha messo in luce tutte le debolezze di un modello sanitario da rivedere. Sia quello di sanità pubblica che di ogni elemento/servizio che opera nel sistema. E ci ha imposto delle sfide, che sarà possibile accogliere e vincere solo se nelle RSA avverrà un profondo cambiamento organizzativo/strutturale e gestionale. E… qualche sogno lo avrei sul futuro delle RSA…