Una riflessione sull'ingresso nelle residenze sanitarie

Egregio Direttore,
l'ammissione di nuovi pazienti nelle residenze per anziani non autosufficienti: dilemmi tra complessità operativa e la necessità di tutelare le persone fragili residenti e in ingresso.
Sono tanti i colleghi della Medicina Generale che lavorano nelle residenze per anziani non autosufficienti in Italia, sia pubbliche che private. L'emergenza legata alla pandemia COVID-19 ha acuito drammaticamente le problematiche legate alla gestione sanitaria di questi pazienti, di solito grandi anziani e affetti da comorbidità complessa, ma comunque ritenuti a bassa intensità sanitaria. Quanto sia elevata la fragilità biologica di questi pazienti lo dimostra il drammatico picco di decessi occorso nelle residenze in cui è divampato il COVID-19 a seguito anche di un solo infetto, inizialmente misconosciuto. Nelle residenze che sono riuscite a impedire l'ingresso del COVID-19 il trend di mortalità/ricoveri ospedalieri non ha subito variazioni durante la pandemia.
Una delle misure fondamentali per contenere l'ingresso del virus nelle residenze è stato impedire l'accesso a nuovi ospiti, misura temporanea che, superato il picco della pandemia, lascerà il posto al ripristino dell'ingresso di nuovi pazienti. Le misure per le nuove ammissioni in residenza sono tecnicamente apparentemente semplici e prevedono l'isolamento e monitoraggio in camera singola per 14 giorni dall'ingresso (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html).
In realtà l'applicazione pratica di questa misura si scontra con l'elevatissima fragilità bio-psico-sociale degli anziani. Due sono le tipologie prevalenti di pazienti che entrano in residenza: quelli portatori di una o più patologie (osteoarticolare, cardiaca, respiratoria,...) che compromettono la mobilità e quelli affetti da disturbo neurocognitivo maggiore di solito allo stadio grave. Ovviamente tra queste due tipologie vi è un case mix estremamente variabile di commistione di manifestazioni clinico-patologiche: inoltre negli ultimi anni è aumentato l'ingresso di pazienti terminali con finalità palliative.
I medici di medicina generale sono da sempre in prima linea a difesa e tutela dei pazienti più fragili. Un collega, che opera da anni in una residenza per anziani non autosufficienti di 60 posti letto, nell'ottica di ri-attivare l'ingresso di nuovi ospiti e di predisporre un percorso sicuro ci segnala: "*Valutando che a tutt'oggi l'ingresso di nuovi ospiti in casa di riposo dovrebbe essere espletato seguendo le raccomandazioni del'ISS, secondo cui il nuovo ospite al momento dell'ingresso deve essere sottoposto a isolamento all'interno della casa per 14 giorni, non essendo emanata alcuna normativa in merito, si ritiene questa misura gravemente lesiva dell'integrità psico-emotiva dell'anziano che oltre al trauma conseguente all'abbandono della propria abitazione si vede praticamente recluso da solo per due settimane".*
E' evidente quindi che l'anziano che entra in residenza si trova a dovere affrontare, oltre il dramma dell'abbandono del domicilio e famiglia, lo shock di trovarsi recluso in una stanza con operatori vestiti da "marziani". Difficile pensare che un anziano multimorbido, non autosufficiente, a elevata fragilità abbia la resilienza di adattarsi a questo cambiamento destrutturante. Questo vale sia per gli anziani cognitivamente indenni, spesso con correlata depressione reattiva, ma ancor di più per gli anziani con disturbi neurocognitivi e comportamentali a cui non è possibile spiegare e fare capire le ragioni di tali procedure.
È elevato quindi il rischio che le procedure di isolamento per l'ingresso in residenza scatenino un classico esempio di "scompenso a cascata" per cui l'anziano devalorizza il proprio percorso vitale presente e futuro e si lascia "andare" accelerando la comparsa di eventi terminali fatali per cui l'ingresso in residenza determinerà l'effetto opposto a quello richiesto cioè: *"care, cure and quality of life*".
È possibile proporre un percorso di ingresso diverso da quello dell'isolamento per due settimane per l'ammissione di nuovi pazienti in residenza che salvaguardi i criteri di sicurezza per gli anziani residenti e non sia disumanizzante per il fragilissimo anziano che, più o meno consapevole, accede all'ultimo tratto della sua vita?
Al fine di ridurre il più possibile il disagio per gli anziani futuri ospiti e nello stesso tempo di mantenere un buon livello di sicurezza, è ammissibile considerare quanto segue:

How to cite this article: Pirani A. Una riflessione sull'ingresso nelle Residenze Sanitarie. Rivista SIMG 2020;27(3):50-51.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

- sottoporre il futuro ospite a test sierologico 8-9 giorni prima dell'ingresso e mantenerlo in isolamento fiduciario a domicilio fino al momento dell'ingresso. Se positivo…..farà tampone subito, se negativo farà tampone 72 ore prima dell'ingresso;
- dal momento dell'ingresso mantenere l'ospite in isolamento per 6-7 giorni per poi ripetere il test sierologico; nel caso questo dia esito negativo si può, previa valutazione clinica, inserire l'ospite alla vita di comunità.

Alessandro Pirani
Ferrara

Create a Plan for Managing New Admissions and Readmissions Whose COVID-19 Status is Unknown

Depending on the prevalence of COVID-19 in the community, this might include placing the resident in a single-person room or in a separate observation area so the resident can be monitored for evidence of COVID-19. HCP should wear an N95 or higher-level respirator (or facemask if a respirator is not available), eye protection (i.e., goggles or a disposable face shield that covers the front and sides of the face), gloves, and gown when caring for these residents. Residents can be transferred out of the observation area to the main facility if they remain afebrile and without symptoms for 14 days after their admission. Testing at the end of this period can be considered to increase certainty that the resident is not infected.

(da https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html)