

# residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

## SALUTE E BENESSERE

Non sottovalutiamo  
lo stress degli operatori

## TECNOLOGIA

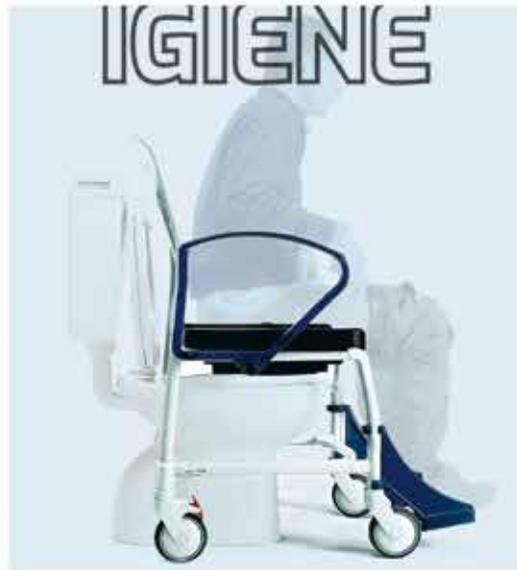
Nuovi 'alleati' per superare  
il distanziamento



## COVID-19

L'impegno dei professionisti  
in prima linea

# TRASFERIMENTO



# RIABILITAZIONE



**CHINESPORT SPA**

Via Croazia, 2 • 33100 Udine  
Tel. 0432 621 621 • [chinesport@chinesport.it](mailto:chinesport@chinesport.it)



[www.chinesport.it](http://www.chinesport.it)

**Richiedi catalogo 2020**

Le cadute  
nell'anziano:  
valutare  
per prevenire

rs100strutture.it

# RS100 STRUTTURE



**Ancona**  
16 ottobre

**Marche**

**Trento**  
6 novembre

**Trentino  
Alto Adige**

**Udine**  
4 dicembre

**Friuli  
Venezia Giulia**

# Lidi Group s.r.l.

## UN MONDO DI IGIENE

Lidi Group offre un servizio di lavaggio e noleggio di biancheria piana da letto e da bagno, materasseria e guanciali, divise per il personale, lavaggio degli indumenti dei pazienti con sistema di tracciatura e identificazione.



La richiesta delle moderne strutture sanitarie tende in direzione di standard di efficienza sempre più elevati.

Lidi Group è il partner che grazie ad un know-how specializzato nel settore sanitario è in grado di dare risposte specifiche ad ogni vostra problematica.



## Qualità costante, sicurezza, convenienza.



UNI EN ISO 9001



UNI EN ISO 14065



UNI EN ISO 14001

Lidigroup s.r.l  
Strada statale Romea 15  
44029-PortoGaribaldi  
tel.0533327195  
info@lidigroup.it

**5** EDITORIALE

**6** PRIMO PIANO

L'appello di medici e infermieri  
FNOPI, FNOMCeO

**12** IL MEDICO

COVID-19, la prevenzione in RSA  
Nicola Veronese,  
Camilla Prete,  
Alberto Pilotto

**18** COVID-19

Nuovi, vecchi eroi  
Tonino Bravi

**20**

L'impegno dei fisioterapisti in prima linea  
Barbara Carraro, Sara Dal Ben,  
Giulia Milani

**24**

Prevenire le cadute, i consigli del GFG di A.I.FI.  
Comitato Esecutivo Nazionale del GFG di Fisioterapia Geriatrica A.I.FI.

**26**

Umanità (che resiste) oltre il distanziamento  
Marta Murari,  
Giulia Mecca

**32**

**SALUTE E BENESSERE**

Ansia e stress, non sottovalutare i segnali  
David Lazzari

**36**

**LA STRUTTURA**

Villaggio Amico nell'emergenza Covid  
Michela Strozzi, Marina Indino

**42**

**L'INTERVISTA**

Occhi puntati sulle RSA  
Gli esperti di Cittadinanzattiva

**46**

**TECNOLOGIA**

Scompenso cardiaco, non trascuriamo le priorità  
Luca Santini

**50**

La tecnologia per superare il distanziamento  
Marzia Bonfanti, Elisabetta Garagiola,  
Emanuela Foglia, Daniele Bellavia,  
Emanuele Porazzi

**54**

**SCENARI**

Integrità e professionalità, i risultati di una survey  
Il gruppo del progetto EtiCare

**62**

**VETRINA**

Segreteria commerciale



# Igiene, protezione, sicurezza

Veste il lavoro, firma l'igiene.



AMBIENTI  
CONTROLLATI



ABITI PROFESSIONALI  
E DPI



TAPPETI



BIANCHERIA E  
DIVISE PER LA SANITÀ



IGIENE BAGNO



PRODOTTI  
COMPLEMENTARI



[www.alsco.it](http://www.alsco.it)

## In trincea senza abiti sanificati?

In tempo di Covid-19 entrare in casa con indumenti indossati in corsia o lavarli con altri capi può mettere a rischio la sicurezza degli operatori e delle loro famiglie. AlSCO Italia da oltre 60 anni è al fianco del personale sanitario con un servizio certificato di noleggio, lavaggio e sanificazione di abiti da lavoro che supera tutti i requisiti previsti dalle normative, assicura il controllo della biocontaminazione sul tessile sino alla protezione dal passaggio di liquidi potenzialmente infetti con i camici chirurgici a barriera, garantendo capi igienicamente sicuri e validati.

# Il miglior modo per predire il futuro è costruirlo

Maria Giulia Mazzoni  
Direttore Responsabile



**F**acciamo qualche numero. Secondo la "Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie", recentemente promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, si osserva – tra le altre interessanti conclusioni – come quello di 7 posti letto per figura professionale sia nelle RSA italiane il valore ottimale medio del rapporto operatore/residente. Un valore che oggi si fatica a rispettare, e che, a ben vedere, non è tutta colpa del Covid. Proviamo a fare un passo indietro. Secondo le statistiche OCSE dello scorso anno, l'Italia vive a cavallo di un equilibrio molto precario che vede da una parte un sostanziale invecchiamento della popolazione (evidentemente bisognosa di cure e assistenza specializzata) e dall'altro una strutturale (e progressiva) carenza di personale sanitario. Prendiamo l'esempio degli infermieri. I dati Ocse campionati nel 2019 indicano chiaramente che nel Bel Paese il numero degli infermieri si è ridotto di 5,5 unità ogni mille abitanti. Un risultato che ci pone a otto posti dalla Turchia (fanalino di coda con 2,1) e prima solo di Messico (2,9), Cile (3), Grecia (3,3), Lettonia (4,8), Israele (5,1) e Polonia (5,1). Trarre una conclusione da questi numeri è piuttosto semplice: siamo carenti di personale e al di là dei folcloristici riconoscimenti mainstream agli "eroi della resistenza al Covid", ancora si è fatto poco di concreto in tal senso. Se assumere resta ancora complicato, allora perché non rivolgersi alla tecnologia? Da questo fronte in effetti un qualche aiuto è arrivato. In queste settimane infatti si sono letteralmente moltiplicate le iniziative (benefiche e non) che hanno messo Telemecina e Intelligenza Artificiale (su tutte la campagna #setteano) al servizio delle strutture in difficoltà. Ricerche, strumenti e professionalità si sono quindi indiscutibilmente date un gran bel da fare per sopperire alle carenze (e alle nuove esigenze), ma ancora una volta, dobbiamo dirlo, siamo ben lontani dal raggiungimento di un equilibrio sostenibile ed applicabile su scala nazionale. E allora? Cosa dobbiamo 'inventarci' per questa Fase 2? Forse la cosa migliore sarebbe ripartire da una sana dose di realismo: il nostro Paese necessita di una revisione sostanziale e sta a noi impegnarci a capire da dove cominciare. Avanzo quindi una proposta: cominciamo con l'immaginarlo. Del resto quel che ci lascia questa incredibile emergenza sanitaria è la certezza che nulla (o quasi) possa essere pronosticato. Ci troviamo quindi a navigare a vista verso una 'nuova normalità' senza sapere quale potrà essere. Ma assestarsi sugli eventi, si sa, non è mai stata garanzia di successo e come scriveva Abraham Lincoln *"Il modo migliore per predire il futuro... è costruirlo"*. Quindi la domanda che dobbiamo porci resta una: siamo pronti a farlo (davvero)?

Buona lettura.



# L'appello di medici e infermieri

**Fortemente interessati dall'emergenza COVID-19 sono stati medici e infermieri che tutti noi, in questi mesi, abbiamo giustamente celebrato come 'eroi' e ringraziato per l'encomiabile lavoro svolto. Ora c'è da affrontare la 'Fase 2' durante la quale il ruolo del personale sanitario non sarà di certo meno importante. Seguiamo le parole di FNOPI e FNOMCeO che sul da farsi hanno le idee chiare**

**FNOPI**  
(Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche)

**FNOMCeO**  
(Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri)

Parola d'ordine: sicurezza. Su oltre 2.300 professionisti positivi a COVID-19 oltre l'80% (quasi 1.900) sono medici e infermieri. E, per tutti, le prospettive sono quelle di un rischio altissimo senza gli adeguati dispositivi di protezione personale e di un livello di stress per la carenza di organici che lascerà il segno anche dopo l'emergenza COVID-19.

*"Nessuno si tirerà mai indietro, è chiaro – affermano Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche – e la miglior testimonianza di questo la danno i cittadini con la loro gratitudine e gli stessi professionisti con l'impegno profuso nel salvare vite".* Medici e infermieri del Servizio sanitario nazionale, oltre 900 mila professionisti in prima linea nella guerra a

COVID-19, si uniscono per affrontare gli stessi problemi che entrambe le categorie professionali hanno in questo momento: dispositivi di protezione individuale non adeguati ai rischi e ai compiti – se non spesso del tutto assenti – e carenza di personale che costringe a turni ben oltre quelli fisicamente sopportabili. Senza nemmeno che si possano rispettare le regole su riposi o alternanza: il personale non c'è. *"Si devono ridefinire le priorità nella lotta al nuovo Coronavirus – dichiara Filippo Anelli – mettendo subito in sicurezza medici e infermieri, come strategia primaria di sanità pubblica. Sentiamo tutta la responsabilità di rappresentare categorie professionali alle quali non è stato garantito il diritto alla sicurezza. Una situazione inverosimile, indegna di una società civile, che mette in pericolo la salute pubblica. Chiediamo che si individuino i responsabili e che la fornitura dei DPI diventi una priorità del Governo, un tema di sicurezza nazionale, perché la salute dei nostri cittadini merita questo".* È fondamentale – afferma Barbara Mangiacavalli – la fornitura

di DPI consoni alla situazione, che permettano da un lato la protezione degli operatori per evitare le centinaia se non migliaia di situazioni di contagio tra loro, anche grave in alcuni casi fino al decesso, ma, dall'altro, soprattutto per garantire la sicurezza ai pazienti che altrimenti troverebbero proprio in chi li cura e li assiste una fonte probabile di contagio. Questo ovunque e, in particolare proprio nelle strutture che accolgono i più fragili, coloro i quali tengono alta la percentuale di mortalità, come RSA e Hospice, dove i fenomeni negativi si sommano e muoiono, specie nelle aree a maggior rischio, decine di persone anziane ogni giorno". L'assenza di DPI, forniti soprattutto agli ospedali, e la carenza di personale lasciano scoperta o rendono pericolosa l'assistenza nelle strutture e sul territorio: "Si intervenga subito, oggi, non domani, perché ogni ora persa è una battaglia persa contro COVID-19", affermano i presidenti delle due Federazioni, che annunciano: "Una mancata risposta da parte del Governo comporterà azioni forti di protesta".

Si passerà poi alla nota 'Fase 2' e qui è lo stesso Governo a incentivare un coinvolgimento attivo della figura dell'infermiere di famiglia/comunità.

Anche su questo la Mangiacavalli ha le idee chiarissime. Non servono nuove leggi e nuove programmazioni, fanno sapere da FNPOI, tutte le soluzioni per la Fase 2 di COVID-19 sono nel Patto per la Salute 2019-2021, approvato in Stato Regioni a fine 2019 e che per la pandemia non ha fatto ancora in tempo a essere del tutto applicato.

Nel Patto c'è l'infermiere di famiglia/comunità (IFeC), una figura che l'OMS ha già descritto e introdotto fin dal 2000, ma che nel nostro Paese per ora è solo ufficiale sulla carta, ma non attuata ovunque.

Nelle Regioni dove tale ruolo è a pieno regime (poche per il momento, quasi tutte benchmark, e in molte ancora in fase di sperimentazione) i cittadini hanno un punto di riferimento preciso nel loro territorio per qualsiasi necessità assistenziale.

I risultati? Dove è già attivo (in Friuli-Venezia Giulia ad esempio dove lo è dal 2004, ma così si sta rivelando anche in Toscana e in altre Regioni dove la sua attivazione ha già preso piede prima dell'introduzione nel Patto) sono

rilevanti a partire da una risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato (in un triennio il Friuli VG ha ridotto i codici bianchi di circa il 20%). Poi anche una riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e quindi riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10% rispetto a dove è presente la normale assistenza domiciliare integrata.

L'infermiere di famiglia/comunità è, inoltre, garanzia anche della continuità assistenziale. Se tale figura fosse già stata istituita avremmo avuto una rete adeguata per gran parte delle funzioni assegnate alle USCA per COVID-19 che, ad ogni buon conto, dovrebbero essere formalizzate – come già accadde in alcune Regioni come la Toscana – già come micro équipe medico-infermieristiche.

È il concetto delle équipes territoriali un concetto fondamentale da perseguire nella Fase 2, che prevede una forte presenza dell'infermieristica di famiglia e comunità che lavori accanto alla medicina generale.

Dove l'infermiere di famiglia/comunità c'è, si registra anche la riduzione dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale, passata anche dal 33% al 20% in tre anni, con un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione sociosanitaria.

Senza dimenticare la promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino, dovuta a una più rilevante prossimità e una migliore offerta assistenziale che va oltre la prestazione erogata, verso una dimensione sociale e relazionale che migliora la qualità di vita dei cittadini. Secondo un'indagine condotta sempre in Friuli-Venezia Giulia sulla qualità percepita dai pazienti e familiari fruitori del servizio, gli utenti sono più che soddisfatti del nuovo servizio: il 93% degli intervistati ritiene che la presenza dell'in-

Nelle Regioni, dove questo ruolo è a pieno regime, i cittadini hanno un punto di riferimento preciso nel loro territorio per qualsiasi necessità assistenziale

fermiere di comunità (quali sono le RSA, ad esempio) risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto al precedente modello di assistenza domiciliare integrata. Quindi per la Fase 2 ci vuole l'infermiere di famiglia/comunità. E per averlo serve un'integrazione degli organici infermieristici ormai all'osso: durante la pandemia i turni sono stati anche oltre le 12 ore.

Quanti ne servono? La stima (senza considerare le Regioni in cui è presente un maggior numero di anziani e fragili dove le necessità aumentano) l'ha fatta la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche: sul territorio, per rispondere ai bisogni di salute degli oltre 24 milioni di cittadini con patologie croniche o non autosufficienza, la Federazione nazionale degli infermieri ha calcolato la necessità media di almeno un infermiere ogni 500 assistiti (assistenza continua) di questo tipo: circa 20 mila infermieri di fami-

glia/comunità. Un numero che è desumibile anche calcolando un infermiere di famiglia e comunità ogni 3 mila cittadini circa. Inoltre, l'infermiere di famiglia/comunità può rappresentare una soluzione per quanto riguarda l'assistenza nelle 'aree interne': si tratta della cura di oltre un terzo del territorio italiano (le zone montane coprono il 35,2% e le isole l'1% della Penisola) e la collaborazione tra infermieri di famiglia e di comunità sul territorio – sociale e di cura – per il sostegno in quelle zone che oggi spesso sono spopolate perché prive proprio di supporti sociali e più in generale di servizi pubblici, rappresenterebbe anche uno strumento utile alla riduzione delle attuali disuguaglianze. "Ci rendiamo conto che 20mila nuovi infermieri introdotti nel sistema da subito non sono pochi – commenta la Mangiacavalli – ma utilizzando ad esempio anche i liberi professionisti e comunque forme di partecipazione che decideranno Governo e

**Infermieri di famiglia/comunità: quanti ne servono (stima su popolazione)**

Regioni	Stima fabbisogno infermieri famiglia/comunità	Fabbisogno immediato Fase 2 COVID-19 (50%)
Abruzzo	479	240
Basilicata	207	104
Calabria	687	344
Campania	1.925	963
Emilia-Romagna	1.651	826
Friuli V.G.	462	231
Lazio	1.999	1.000
Liguria	628	314
Lombardia	3.487	1.744
Marche	528	264
Molise	116	58
Piemonte	1.642	821
Puglia	1.409	705
Sardegna	595	298
Sicilia	1.733	867
Toscana	1.386	693
Trentino A.A.	357	179
Umbria	331	166
Valle d'Aosta	46	23
Veneto	1.743	872
Italia	21.414	10.707

*Nota: in Regioni con maggior numero di anziani e cronici il fabbisogno può aumentare*

*Fonte: stima Centro studi Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche*



*Regioni, l'istituzione di questa nuova figura in modo omogeneo ovunque, almeno per la metà degli organici necessari, rappresenta una vera e propria arma in più per fare fronte nella Fase 2 all'emergenza COVID-19".*

Da FNPOI arriva infine un impegno etico, morale e professionale nei confronti della comunità: non siamo eroi – scrivono – ma professionisti scientificamente, responsabilmente e deontologicamente preparati. E i cittadini devono saperlo: quella dell'infermiere è una visione del bene collettivo che prevale su quella dell'interesse individuale".

Per questo la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), a un anno dal varo del nuovo Codice deontologico degli infermieri, ha messo a punto un 'Manifesto deontologico' per la pandemia COVID-19, perché, si legge nel documento, "in un momento di difficoltà estrema, nel quale

*tutto sembra diventare impervio e nel quale più forte, e giustificata, è la tentazione di semplificare, crediamo che le qualità professionali e deontologiche degli infermieri possano e debbano essere portate in primo piano, praticate, comunicate ai cittadini".*

Gli infermieri non hanno dubbi e lo scrivono a chiare lettere: "Il racconto, oggi così enfatizzato, dell'eroismo dei professionisti della sanità, domani potrebbe diventare un ricordo, superato da nuovi argomenti, da conflitti, dalla superficialità della comunicazione".

"Bisogna allora investire per rendere permanente la percezione sociale del ruolo dell'infermiere, fatta anche del contenuto etico della professione", afferma a chiare note Barbara Mangiacavalli.

Allora ecco che entrano in gioco per COVID-19 alcune regole deontologiche che in questo momento sono più reali che mai.

Ecco gli undici impegni degli infermieri per i cittadini.

1. **Il momento della maggiore difficoltà:** come prescrive anche il Codice deontologico, è indispensabile essere socialmente presenti e attivi, diffondere le corrette conoscenze, far comprendere che la salute non è questione riducibile all'emergenza, ma viene da molto prima e si proietta nel futuro.
2. **Conoscenze scientifiche:** sono indispensabili, non come esercizio intellettuale, ma come strumento per la vita delle persone. La riorganizzazione delle attività, dei reparti, dei percorsi, la redistribuzione del personale, deve acquisire velocemente competenze nuove o approfondire quelle già possedute.
3. **Relazione di cura:** nella pandemia c'è una scarsa possibilità di conoscere chi è assistito per instaurare un rapporto di fiducia che però diventa patrimonio dell'essere professionista. Essere riconosciuti passa dagli sguardi e dalle mani, dall'esserci e dal gesto di cura, il tempo che gli infermieri passano con chi assistono non è basato sulla quantità ma sull'intenzionalità: assistiti e familiari vedono e sentono che non sono lasciati in abbandono.
4. **Percorso di cura:** sguardi pieni di do-



mande e domande piene di paure. Questo è lo scenario con cui oggi l'infermiere si rapporta con i suoi assistiti e spesso anche con i colleghi. Accogliere queste emozioni è una componente fondamentale nel percorso di cura: l'epidemia ha tolto certezze. Il costo (in rischi e salute) dell'ascolto si mitiga con il risultato di benessere per chi ha a fianco l'infermiere. Fare tutto il possibile, sempre: è tutto quello che è richiesto agli infermieri che sapranno quando e dove, nel caso, cercare sostegno.

5. **Informazione:** per l'équipe è complesso assolvere al dovere di garantire le informazioni necessarie. Sono difficoltà in più, da affrontare, con motivazione, anche quando le comunicazioni sono drammatiche. L'infermiere si assicura che l'interessato o la persona di riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute

### Roberto Speranza scrive agli infermieri

Il 12 maggio 2020, nella Giornata internazionale dell'infermiere che quest'anno celebra anche i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale, madre dell'infermieristica moderna ed è il giorno *clou* dell'anno dell'infermiere proclamato dall'OMS, il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha inviato alla Federazione nazionale degli ordini delle professioni intermistiche un messaggio di augurio, apprezzamento e, al tempo stesso, di impegno per il riconoscimento della professione. *"Nella prova durissima che l'Italia si è trovata ad affrontare – ha scritto il Ministero nella lettera inviata alla presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli – l'impegno speso per vincere questa sfida ha assunto il volto degli infermieri che, insieme ai medici e agli altri professionisti e operatori sanitari, abbiamo visto in prima linea nei giorni più drammatici".* *"Il volto di una professione, e della storia che celebriamo oggi – prosegue il Ministro – sinonimo di vocazione al servizio degli altri. Il vostro lavoro, da sempre essenziale al funzionamento del Servizio sanitario*

*nazionale, mai come in questa stagione ha rivestito, e rivestirà sempre di più, un ruolo fondamentale nei servizi sul territorio, negli ospedali, ma anche a domicilio, nel contatto stretto con le famiglie".* *"Un lavoro che va sostenuto – conclude Speranza – con un impegno altrettanto concreto da parte dello Stato per una tutela forte del diritto costituzionale alla salute".* *"Ringraziamo il Ministro per le sue parole – ha commentato la presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli – e gli assicuriamo che gli infermieri, come è stato da sempre e sempre sarà in futuro, avranno come primo obiettivo del loro agire la salute degli assistiti e il soddisfacimento pieno dei loro bisogni. Soprattutto, come ha ben sottolineato, sul territorio dove le esigenze sono spesso più forti e continue e dove proprio la pandemia ha dimostrato come troppe volte, siano esse Covid o non Covid, le persone restano sole".* *"Questo non accadrà mai se gli infermieri potranno essergli vicini: il tempo di relazione per noi è tempo di cura. E per questo il nostro impegno è a non lasciare mai solo nessuno".*

precise, complete e tempestive.

6. **Riservatezza:** si tutela non solo nelle carte, ma anche negli spazi, nella sottrazione agli sguardi, nella massima considerazione possibile, nelle condizioni date, delle esigenze quotidiane degli assistiti.
7. **Comunicazione scientifica ed etica:** non solo l'infermiere può essere un esempio personale di prudenza e correttezza ma può diventare un riferimento per i cittadini, nella loro esigenza di essere informati correttamente e senza accedere a fonti avvelenate.
8. **Dolore e cure palliative:** l'attenzione in COVID-19 si fa necessariamente alta e l'infermiere è l'interlocutore essenziale delle persone assistite, per garantire quel sollievo che sembra ancora così difficile da ottenere.
9. **Organizzazione e formazione:** riorganizzazione dei percorsi e formazione del personale rispetto all'area intensiva e al rischio infettivo sono di matrice infermieristica. L'adozione di protocolli operativi a tutela di équipe e persone, che possano essere riprodotti in sicurezza, è un dovere professionale: l'apporto clinico, di consulenza e organizzativo vede la professione infermieristica lucida e competente, come parte integrante e proattiva del sistema.
10. **Documentazione clinica:** l'infermiere ne è responsabile anche nelle condizioni estreme, non per un culto della formalità, ma perché nella documentazione clinica ci sono l'esperienza della persona assistita e quella maturata dagli operatori e dalle strutture.
11. **Linee guida e buone pratiche:** le due componenti interagiscono, e sono il presupposto per un superamento della situazione. Il rispetto dei criteri scientifici di approccio alle cure, la valorizzazione della migliore esperienza per aggiornarli, con consapevolezza, competenza, dinamismo, sguardo fermo sul bene delle persone assistite e della collettività: l'infermiere vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento. ●



# LINES SPECIALIST

Prodotti assorbenti per incontinenza

100% TRASPIRANTE  
SULLA PELLE



IL 1° CON

LOZIONE LENITIVA



# COVID-19, la prevenzione in RSA

**SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio – ci offre in questo approfondimento un’analisi puntuale dell’impatto della pandemia da COVID-19 sulla popolazione anziana e fragile in RSA, evidenziando le difficoltà della gestione dell’infezione e fornendo preziose indicazioni per il loro superamento**

**Nicola Veronese**

*Azienda ULSS 3 Serenissima,  
Dipartimento di Cure Primarie,  
Distretto 3, Venezia*

**Camilla Prete**

*Dipartimento di Cure Geriatriche,  
Ortogeriatrics e Riabilitazione E.O.  
Ospedali Galliera, Genova*

**Alberto Pilotto**

*Dipartimento di Cure Geriatriche,  
Ortogeriatrics e Riabilitazione E.O.  
Ospedali Galliera, Genova  
e Dipartimento Interdisciplinare  
di Medicina, Università degli Studi  
"Aldo Moro", Bari*

## 1. Introduzione

Nel marzo 2020, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la malattia da coronavirus del 2019 (COVID-19) una “pandemia”.

Al 10 maggio 2020, nel mondo sono stati identificati oltre 3.884.000 casi in 130 paesi con oltre 272.000 morti. In Europa i casi riportati sono 1.684.177 di cui 154.275 deceduti; in Italia i casi diagnosticati sono 218.268 di cui 30.395 sono deceduti [1].

I dati epidemiologici disponibili hanno evidenziato che la severità della malattia è maggiore nei soggetti anziani. In Italia l’età media dei soggetti deceduti è intorno agli 82 anni, mentre l’età media dei soggetti che risultano colpiti da COVID-19 è di circa 61 anni [2]. Ciò dimostra che la COVID-19 può essere considerata una malattia di interesse geriatrico [3]. Recentemente, particolare rilievo è stato dato alla presenza di COVID-19 nelle residenze sanitarie anziani (RSA) [4]. Sebbene con profonde differenze, le RSA italiane ospitano ge-

neralmente persone particolarmente fragili o caratterizzate da importanti disabilità e/o con problemi sociali rilevanti e/o impossibilità a vivere da soli nella propria abitazione.

Recentemente, alcuni dati preliminari dell’OMS [5], hanno riportato che nel mondo circa il 50% dei decessi nella popolazione anziana sembra avvenire nelle RSA. Ciò ha portato a una certa preoccupazione suggerendo l’opportunità di approfondire eventuali limiti gestionali o sanitari che la pandemia potrebbe avere accentuato.

## 2. Prevenzione dell’infezione del COVID-19 presso le RSA

Le misure preventive per il COVID-19 presso le RSA sono rivolte sia agli operatori sia agli ospiti e riguardano gli interventi per limitare l’entrata e la diffusione di tale malattia in struttura.

### 2.1 Norme igienico-sanitarie e formazione

I recenti documenti dell’OMS [5] e dell’Istitu-

to Superiore della Sanità (ISS) [6] in tema di prevenzione suggeriscono le seguenti misure generali:

1. formare il personale sanitario e di assistenza con corsi di formazione sulla prevenzione dell'infezione preferibilmente online (ad esempio webinar) ma anche mediante la diffusione di materiale informativo agli operatori e agli ospiti;
2. informare gli ospiti residenti sulle prassi igienico-sanitarie come lavarsi spesso le mani (con acqua e sapone o con soluzione idro-alcolica) e il mantenimento del distanziamento sociale;
3. incoraggiare gli operatori sanitari a lavarsi frequentemente le mani e a mantenere le distanze sociali, per quanto possibile, anche durante i momenti di socialità (i pranzi) e di assistenza diretta;
4. vietare l'ingresso dei familiari e/o visitatori e in ogni caso limitare le visite solo per casi selezionati (come i casi di terminalità), assicurando che i visitatori indossino i dispositivi di protezione individuale (DPI).

Molto si è discusso riguardo i DPI per gli operatori sanitari nelle RSA. Inizialmente, l'ISS aveva proposto che i DPI fossero indossati solo dagli ospiti e non dagli operatori [6]. In assenza di letteratura scientifica specifica sull'argomento, in molte strutture tuttavia è prevalso il principio di prudenza sia per gli ospiti sia per gli operatori. Tale scelta, pur essendo stata criticata in quanto non in linea con le raccomandazioni istituzionali, nel corso delle settimane si è dimostrata appropriata evidenziando come l'impiego dei DPI da parte di tutti gli operatori sanitari era ampiamente giustificato dall'esperienza clinica ed epidemiologica all'interno delle RSA.

Infatti un recente lavoro condotto in RSA americane [4] ha riportato che l'infezione da SARS-CoV-2 è particolarmente subdola, soprattutto agli stadi iniziali, in quanto molte forme risultano asintomatiche sia tra gli ospiti che tra gli operatori. Ciò comporta la necessità di identificare il più precocemente possibile l'infezione, al fine di mettere in atto tutte le procedure igienico-comportamentali necessarie a contenere la diffusione dell'infe-

zione. Per questo procedure di screening sono state avviate in molte Regioni italiane, anche se con una certa disparità tra le diverse Regioni per tempistiche e metodi.

### 2.2 Procedure di screening in RSA

Gli screening presso le RSA attualmente, vengono effettuati attraverso due sistemi: il tampone nasofaringeo e i test sierologici. Il tampone nasofaringeo individua la presenza dell'acido nucleico RNA del SARS-CoV-2 all'interno di naso e/o faringe, ma non se tale infezione è diffusa ad altre parti del corpo (ad esempio i polmoni). Il test del tampone

nasofaringeo presenta una specificità pari quasi al 100% e non è un esame particolarmente invasivo. Lo screening attraverso i tamponi, identificando i soggetti portatori di SARS-CoV-2, permette di strutturare aree di isolamento degli ospiti colpiti dall'infezione e quindi aumentare la sicurezza sia degli ospiti che dei lavoratori all'interno della RSA. Va segnalato, tuttavia, che il test del tampone nasofaringeo può presentare dei falsi negativi; in questo caso, il paziente, pur avendo l'infezione da SARS-CoV-2, non viene identificato dal test. Ciò sembra principalmente collegato alla scarsa tecnica usata per eseguire il tampone stesso [7]. Altro limite del test può essere il tempo di refertazione che in alcuni casi si è dimostrato decisamente prolungato per cause legate al grande numero di test eseguiti e/o alla non disponibilità immediata di reagenti. Inoltre, il costo relativamente elevato (circa 80-90 euro per test, escludendo il lavoro degli operatori che eseguono l'esame) può essere considerato un aspetto negativo ai fini della sua ampia diffusione. Infine, basandoci sulla nostra esperienza personale, anche se il tampone nasofaringeo è relativamente semplice e veloce ad eseguirsi,

Lo screening attraverso i tamponi, identificando i soggetti portatori di SARS-CoV-2, permette di strutturare aree di isolamento degli ospiti colpiti dall'infezione e quindi aumentare la sicurezza

richiede una certa collaborazione da parte del soggetto e pertanto può talvolta risultare difficoltoso da eseguirsi in persone affette da demenza con disturbi del comportamento richiedendo attenzione e notevoli capacità da parte di diversi operatori sanitari.

I test sierologici identificano la presenza di anticorpi (immunoglobuline-Ig) che si formano in risposta alla presenza del virus nell'organismo. I più comuni tests forniscono la positività alle IgM (fase precoce) e alle IgG (fase tardiva). Aspetti positivi di questa metodica sono la rapidità di risposta e la facilità di esecuzione (è sufficiente un prelievo di sangue). Tra i fattori negativi, va segnalato che a tutt'oggi non sono noti i valori di sensibilità e specificità del test, il fatto che spesso le Ig possono risultare positive anche dopo infezioni con altri coronavirus (ad esempio il coronavirus che causa il banale raffreddore) e che ci possono essere dei periodi di tempo (solitamente nei primi cinque giorni dell'infezione e il momento del passaggio da IgM and IgG) in cui il test sierologico è negativo, nonostante l'infezione sia presente. Infine, la risposta immunitaria nell'anziano, solitamente ridotta, può creare non raramente difficoltà di interpretazione del test sierologico. Nella nostra esperienza, un problema relativamente frequente che stiamo osservando è che alcune persone pur riportando positività al test sierologico, anche delle IgM, risultano negativi al tampone naso-faringeo; viceversa, anche il riscontro di positività al tampone naso-faringeo associato a negatività delle IgG o IgM non sembra essere così raro. In tali casi, risulta veramente difficile la gestione del paziente sia in termini clinici (ad esempio, vanno richiesti ulteriori accertamenti o si inizia una terapia anche nel caso di un paziente asintomatico?) che di gestione all'interno della struttura (ad esempio come imporre l'isolamento del paziente e per quanto tempo). È chiaro che ulteriori studi sono necessari per capire meglio il significato clinico di questi test al fine di sfruttare al meglio le informazioni da un punto di vista operativo; ciò appare particolarmente importante nell'anziano ospite in RSA [8].

### 3. Gestione del coronavirus in RSA



#### 3.1 Isolamento/quarantena in RSA

Innanzitutto le RSA, in particolare quelle costruite in anni precedenti, possono presentare limitazioni di natura strutturale per garantire l'isolamento degli ospiti. Le camere possono essere attrezzate per due, talvolta tre ospiti, e le stanze singole sono spesso limitate in termini di disponibilità. Inoltre, le RSA hanno spazi in comune dove prima di questa pandemia gli ospiti condividevano i momenti sociali, come le attività educative e ludiche, il pranzo e la cena, gli interventi terapeutici di gruppo (musicoterapia, danzoterapia, terapia occupazionale, attività fisica, ecc.). Ciò contrasta con le disposizioni igienico-sanitarie necessarie per l'isolamento nella evenienza di casi di positività al COVID-19 di uno o più ospiti. Inoltre, le RSA ospitano soggetti anziani affetti da deficit cognitivi con disturbi del comportamento, caratterizzati anche da forme di cammino itinerante ("wandering") per i quali limitare l'accesso agli spazi della struttura può risultare complicato e non accettato da parte dell'ospite per scarsa comprensione. Dall'altro canto, la paura che un ospite possa essere vettore dell'infezione è veramente concreta. In base alla nostra esperienza, facili soluzioni non ci sono. Possiamo solo suggerire, se possibile, di lasciare camminare l'ospite in spazi vuoti sorvegliato a distanza dagli operatori sanitari; aggiustare la terapia farmacologica per migliorare i distur-



bi del comportamento spesso presenti come l'aggressività. Si potrebbe anche tentare di fare indossare i DPI all'ospite, ma anche tale opzione non sempre è percorribile in quanto richiede comprensione e collaborazione che non tutti gli ospiti possono offrire.

Un altro aspetto importante è la disponibilità di DPI appropriati per gli operatori (sanitari e non) che si avvicinano all'ospite in RSA. Le disposizioni dell'ISS, infatti, non sempre sono attuabili nel contesto delle RSA, in cui i pazienti spesso producono involontariamente aerosol (ad esempio con la tosse, starnuti o sputi), motivo per cui dispositivi di alta efficacia (mascherine appropriate, copri-camicci, copri-calzari e copricapi) sembrano decisamente appropriati, soprattutto per chi svolge attività assistenziali che richiedono stretto contatto con l'ospite quali la pulizia personale o il cambio degli effetti lettereschi per le persone allettate.

### 3.2 Gestione clinica del paziente COVID-19 in RSA

Altro argomento sensibile riguarda la gestione clinica e terapeutica dei pazienti affetti da COVID-19 in RSA. Innanzitutto, il decorso della malattia è subdola con aggravamenti respiratori repentini e quindi vi è la necessità di interventi urgenti che sono difficili da attuare in RSA. Inoltre, è stato dimostrato che la prognosi della malattia COVID-19 migliora con

l'ossigeno-terapia fornita ad alti flussi attraverso aerosol e/o mascherine; naturalmente tali metodiche comportano la diffusione nell'ambiente di notevoli quantità di aerosol potenzialmente infettanti la cui gestione non sempre è agevole in RSA [9].

Il rapporto con l'ospedale è un altro tema importante. A causa dell'elevato grado di complessità e fragilità, la multi-morbilità e una presunta scarsa probabilità di sopravvivenza gli ospiti provenienti da una RSA vengono talvolta considerati come invii impropri all'ospedale. In realtà, la corretta valutazione prognostica degli ospiti presso le RSA è essenziale per poter identificare quale anziano potrà trarre vantaggio dal ricovero ospedaliero e chi invece non potrà trarre beneficio dal ricovero in ospedale, in termini di durata e/o qualità di vita. In questo senso la prognosi può essere utile nel facilitare le decisioni cliniche da parte dei sanitari, decisioni che naturalmente vanno discusse e condivise con il paziente (laddove possibile), i caregivers, ed i suoi familiari [10]. Nell'anziano la prognosi dipende fondamentalmente dal suo grado di fragilità, condizione multidimensionale dovuta alla interazione delle diverse dimensioni (stato funzionale, stato cognitivo, stato nutrizionale, abilità motorie, le malattie concomitanti, la politerapia, ecc.) che nel singolo individuo anziano determinano la capacità di risposta nei confronti di un evento stressante, come appunto è l'infezione da COVID-19 [11]. In tale contesto, un indice prognostico, come il *Multidimensional Prognostic Index (MPI)*, può essere utile per classificare i pazienti anche in funzione dell'invio o meno presso le strutture ospedaliere. L'MPI può essere facilmente ottenuto dalle valutazioni periodiche fatte agli ospiti dai vari professionisti che operano nelle RSA in quanto viene calcolato dai diversi domini della valutazione multidimensionale (VMD) come la disabilità, l'aspetto nutrizionale, l'aspetto cognitivo, la presenza di malattie ed il numero di farmaci, il rischio di lesioni da decubito, l'aspetto sociale. Con tale indice è possibile calcolare il rischio di mortalità a breve e lungo termine del soggetto anziano che viene espresso mediante un parametro numerico facilmente interpretabile (da 0 ad 1). Numerose esperienze nel mondo hanno confermato che l'MPI è utile nell'indi-

rizzare le scelte diagnostiche e terapeutiche secondo un concetto di appropriatezza evitare sia il sottotrattamento (cioè il non prestare un intervento acuto solamente per l'età avanzata del paziente) sia l'accanimento diagnostico o terapeutico [12]. Secondo la nostra esperienza, l'MPI favorisce un miglior rapporto tra colleghi sanitari che operano in RSA ed in ospedale, ma anche tra sanitari e paziente, caregiver e familiari. In questo senso la valutazione della prognosi del paziente potrebbe evitare invii impropri in ospedale, ma anche suggerire opzioni terapeutiche alternative come le cure palliative che sono in generale sotto-utilizzate in RSA. In questo contesto, la SIGOT (Società Italiana di Geriatria in Ospedale e Territorio) ha di recente promosso uno studio prospettico sulla valutazione dell'impiego dell'MPI in pazienti anziani affetti da COVID-19 al fine di valutare il ruolo della fragilità nelle scelte diagnostiche e terapeutiche [13].

#### 4. Conclusioni

La recente pandemia di COVID-19 ha messo in luce alcune fragilità delle RSA. Gli standard strutturali e di personale sanitario probabilmente devono essere aggiornati. Nonostante l'importanza epidemiologica e clinica del tema del COVID-19 in RSA, l'attività di ricerca in queste istituzioni è veramente ancora molto scarsa: è pertanto utile attuare strategie che incentivino lo sviluppo di competenze e professionalità nell'ambito della ricerca clinica e gestionale. Riteniamo infine che le competenze geriatriche debbano essere considerate fondamentali all'interno delle RSA sia per le conoscenze cliniche che il geriatra può fornire agli ospiti, molti dei quali fragili, sia per incentivare la metodologia e l'approccio clinico multidimensionale che, a fronte di oltre 30 anni di esperienze positive in tutto il mondo [14], trova ancora oggi una certa difficoltà a divenire un diffuso strumento clinico di riferimento per la appropriata gestione dei pazienti anziani delle RSA. ●

#### Bibliografia

1. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) (accesso 10.05.2020).
2. Onder G., Rezza G., Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; Mar 23. doi: 10.1001/jama.2020.4683.

3. Polidori M.C., Maggi S., Mattace-Raso F., Pilotto A. The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care* 2020 Mar 31; 6:8989.
4. McMichael T.M., Currie D.W., Clark S., et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New Engl J Med* 2020 Mar 27; NEJMoa2005412.
5. WHO (World Health Organization). Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance. 2020; March 21.
6. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rapporto N. 2/2020. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Aggiornato al 28 marzo 2020.
7. Marty F.M., Chen K., Verrill K.A. How to Obtain a Nasopharyngeal Swab Specimen. *New Engl J Med* 2020 Apr 17. Doi: 10.1056/NEJMvcm2010260.
8. Lithander F.E., Neumann S., Tenison E. et al. COVID-19 in Older People: a rapid clinical review. *Age Ageing* 2020; May 6; afaa093. Doi: 10.1093/ageing/afaa093.
9. Namendys-Silva S.A. Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *Lancet Resp Med* 2020; 8(4): e18.
10. Gill T.M. The central role of prognosis in clinical decision making. *JAMA* 2012; 307:199-200.
11. Pilotto A., Custodero C., Maggi S. et al. A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Res Rev* 2020; 60:101047.
12. Cruz-Jentoft A.J., Daragjati J., Fratiglioni L. et al. Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: results and final recommendations from the MPL\_AGE European Project. *Aging Clin Exp Res* 2020; 32 (5): 861-862.
13. Custodero C., Cella A., Veronese N. et al. The Multidimensional Prognostic Index (MPI) for the prognostic stratification of hospitalized older patients with COVID-19: a prospective multicenter observational cohort study. Objectives, study design and expected outcomes (MPI\_COVID-19). *Geriatric Care* 2020; 6:9038. doi: 10.4081/gc2020.9038.
14. Pilotto A., Cella A., Pilotto A. et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18: 192: e191-192.



# Nuovi, vecchi eroi

Tonino Bravi  
Fisioterapista

**L'arte di accudire è inscindibile dal concetto di umanità. In questa toccante riflessione del nostro esperto, Tonino Bravi, emerge tutto il tessuto umano che accompagna il lavoro altamente specializzato dei fisioterapisti delle RSA. Tra soluzioni tecnologiche, professionalità e tanto cuore, ecco uno spaccato del mondo che viviamo (e di quel che sarà)**

Ogni epoca ha avuto i propri eroi. Persone che loro malgrado si sono trovate a compiere attività e azioni, che successivamente sono state valutate atti eroici da altri.

Anche oggi, a mio avviso, si stanno evidenziando un gran numero di eroi, loro malgrado. Sono gli anziani, i vecchi, i ricoverati, gli ospiti di strutture che chiamiamo Residenze Sanitarie Assistenziali.

Queste persone, sicuramente anche affette da varie patologie, sono le più facilmente colpite dal coronavirus di turno e a decine finiscono la loro esperienza terrena lontano dai pochi affetti che ancora avevano e spesso senza il conforto religioso.

I loro atti involontari oltre al dolore non misurabile provocato ai propri familiari ci danno la possibilità di ripensare le nostre convinzioni relative alle malattie cronico-degenerative e ci danno la possibilità di riconsiderare le malattie infettive che pensavamo di poter tenere sotto controllo a nostro piacimento,

nonostante i chiari segnali offerti dall'antibiotico-resistenza che già ci fornivano decine di morti imprevedibili e migliaia di decessi, dovuti alla resistenza caparbia agli inviti a usare i vaccini come mezzo di difesa della propria salute.

Parlo dei deceduti da influenza e sue complicazioni, da morbillo e sue complicazioni ecc., concetti che molti di noi, piano piano, ma con sempre maggiore consapevolezza stiamo elaborando cautamente con l'aiuto del silenzio che ci permette di osservare mentalmente anche tanti altri campi di cui prima abbiamo sempre parlato, parlato, dicendo la nostra e spesso finendola lì.

L'ISS ci fa sapere che l'82% dei casi gravi e il 97% dei decessi presentano almeno una patologia cronica preesistente, ma l'epidemia (pandemia) attuale ci ha trovati impreparati e in un certo senso increduli, però vogliosi di rimarcare che da anni si va dicendo che il SSN va ripensato, riorganizzato valorizzando specialmente la medicina del territorio che

sicuramente dovrà esser reinventata integralmente tenendo anche in debita considerazione le segnalazioni prodotte a migliaia da molti anni dalle professioni sanitarie recentemente inquadrare nella FNO TSRM – PSTRP.

Se riusciremo a farlo potremo dire: “non tutti i mali vengono per nuocere” e forse potremo ottenere la auspicata fusione tra territorio e ospedale per venire incontro alle diminuite disponibilità economiche della nostra bella Italia e per affrontare adeguatamente le necessità delle persone con più malattie che non devono occupare posti letto per acuti e non devono essere abbandonati alle cure delle famiglie sempre più spesso in estinzione. Ci eravamo illusi che le Residenze Sanitarie Assistenziali potessero ovviare a tutte le carenze e soddisfare tutte le necessità della popolazione geriatrica in crescente aumento.

Questa tragica esperienza del COVID-19 ci sta facendo capire che la tecnologia è indispensabile per realizzare un sistema di integrazione e comunicazione altamente efficiente nonché per permettere la costruzione di apparecchiature capaci di ausiliare adeguatamente il lavoro degli operatori della salute. Un respiratore è indispensabile quando c'è e così tanti altri supporti che insieme all'intelligenza artificiale ci daranno la possibilità di affrontare il nuovo che ci sarà quando, speriamo presto, sarà finita l'attuale pandemia. Spero che alla fine di tutto avremo fatto tesoro del concetto di “assenza”, da quella materiale a quella affettiva, sociale, per essere più concreti e responsabili.

*“Quando cadiamo, non è il piede ad aver sbagliato.”*

[Proverbio Cinese]



# L'impegno dei fisioterapisti in prima linea

**Barbara Carraro**  
Fisioterapista e componente del C.E.N. G.I.S. in Fisioterapia Geriatrica A.I.F.I.



**Sara Dal Ben**  
Fisioterapista e componente del C.E.N. G.I.S. in Fisioterapia Geriatrica A.I.F.I.



**Giulia Milani**  
Fisioterapista e componente del C.E.N. G.I.S. in Fisioterapia Geriatrica A.I.F.I.



**I fisioterapisti hanno continuato in questo periodo di emergenza a lavorare con passione all'interno delle strutture sanitarie. È con piacere che vi proponiamo la loro testimonianza grazie a questo approfondito articolo a cura dei nostri esperti. Ecco quale è stata la loro esperienza e quali sono i loro consigli**

In questo momento difficile ci troviamo a vivere una situazione particolare, nella quale le relazioni con le persone, siano esse Residenti, colleghi o famigliari, subiscono forti cambiamenti.

Il COVID-19 colpisce prevalentemente la popolazione anziana fragile, anche gli anziani che vivono nelle Residenze Sanitarie "Protette", per questo gli anziani necessitano di maggior attenzione da parte del mondo assistenziale, di cura e riabilitativo. Tuttavia le norme sanitarie in riferimento all'emergenza sanitaria pongono dei limiti di attività per chi assiste gli anziani, necessari a contenere il contagio.

Come fisioterapisti, esistono due modi per agire in risposta alle esigenze di protezione degli assistiti nelle Residenze per Anziani: focalizzarsi sul *cosa* oppure esplorare il *come*. Se ci focalizziamo sul *cosa* vedremo solo le restrizioni, ci concentreremo sul creare ulteriori distanze e modificheremo le nostre azioni in

funzione esclusivamente della paura.

Se invece lasciamo spazio al *come*, possiamo pensare ad azioni concrete per riorganizzare i nostri servizi in funzione della sicurezza dei Residenti e del personale, lasciando però anche spazio alla creazione di nuove possibilità.

Non dobbiamo dimenticare che il movimento e l'attività fisica sono elementi fondamentali per la salute delle persone.

L'OMS (Organizzazione Mondiale per la Sanità) ha costruito delle linee guida (in continuo aggiornamento) riguardo i livelli di attività fisica raccomandati per gli adulti over 65 anni:

1. Si dovrebbero fare almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica, di moderata intensità o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica con intensità vigorosa ogni settimana; o, in alternativa, una combinazione equivalente di attività con intensità moderata e vigorosa.
2. L'attività aerobica dovrebbe essere pra-

- ticata in sessioni della durata di almeno 10 minuti.
3. Per avere ulteriori benefici per la salute gli over 65 anni dovrebbero aumentare la loro attività fisica aerobica di intensità moderata a 300 minuti per settimana, o impegnarsi in 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa ogni settimana, o una combinazione equivalente di attività fisica di intensità moderata e vigorosa.
  4. Gli adulti di questa fascia di età, con una mobilità scarsa, dovrebbero svolgere attività fisica per tre o più giorni alla settimana al fine di migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute.
  5. Le attività di rafforzamento muscolare dovrebbero essere fatte due o più giorni alla settimana includendo il maggior numero possibile di gruppi di muscoli.
  6. Quando gli adulti di questa fascia di età non possono seguire totalmente il livello previsto raccomandato di attività fisica, a causa delle loro condizioni di salute, essi dovrebbero adottare uno stile di vita attivo adeguato alle loro capacità e condizioni.

Il movimento è fondamentale anche per le persone che convivono con la demenza, perché consente di consolidare e proteggere le proprie abilità dalla progressione della malattia. Come dimostrato in diversi studi infatti, l'esercizio aerobico aiuta tra le altre cose a preservare la capacità cardio-respiratoria con associata riduzione dell'ipotrofia ipocampale [1].

Attraverso il documento congiunto A.I.FI. - Commissioni di Albo dei Fisioterapisti, in riferimento all'emergenza sanitaria COVID-19 "Suggerimenti operativi per i fisioterapisti aggiornate al DPCM 9 marzo 2020 – revisione del 10/03/2020 e successivo aggiornamento al DPCM 10 aprile 2020 – revisione del 20/04/2020", si raccomanda "...Nelle strutture sanitarie pubbliche e private, come ospedali, case di cura, RSA e ambulatori, compresi gli enti che effettuano unicamente attività domiciliare, il fisioterapista deve attenersi alle indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria al fine di ottemperare al corretto svolgimento delle proprie

*funzioni. Le indicazioni sotto riportate possono comunque essere un utile orizzonte di riferimento in caso di ridotte o assenti indicazioni...".*

Quali sono, quindi, le misure cautelative per i fisioterapisti che lavorano in Residenze per anziani?

- Seguire le indicazioni della direzione Sanitaria.
- Reperire e diffondere materiale informativo che deriva da fonti istituzionali.
- Utilizzo corretto dei DPI anche in relazione alla scarsa reperibilità degli stessi.
- Revisione delle modalità di intervento per le attività svolte normalmente in gruppo.
- Corretta igiene delle mani.
- Corretta igiene respiratoria.
- Corretta pulizia ed igiene degli ambienti, degli strumenti, degli ausili...
- Eventuale scelta dei residenti che necessitano di trattamenti riabilitativi non procrastinabili (a seguito di eventi acuti di natura ortopedica o neurologica, nei quali la mancanza di riabilitazione può compromettere il sano recupero funzionale).

Come è possibile riorganizzare il servizio fisioterapico rispettando le misure cautelative ma non rinunciando alla continuità riabilitativa?

- Innanzitutto, se il servizio è suddiviso tra più fisioterapisti, è necessario organizzare il lavoro in turnistica differente in modo da ridurre i momenti di compresenza. Allo stesso modo dedicare l'attività di un singolo fisioterapista in un'unica Comunità all'interno della Residenza per Anziani, anche per circoscrivere la possibilità di essere veicolo di contagio (ad esempio un fisioterapista nella Comunità dedicata alle persone autosufficienti, un fisioterapista in palestra per riabilitazione individuale...).
- In caso di presenza di un singolo fisioterapista, organizzare il servizio per garantire la riabilitazione non procrastinabile (post ictus, post intervento...), effettuando trattamenti riabilitativi che prediligano il rapporto 1 a 1 con il residente o mantenendo le adeguate distanze tra i residenti, fatto salvo tutte le norme di

distanziamento sociale e di carattere igienico consigliate.

- Va quindi predisposto un piano da attuare in caso di assenza improvvisa del servizio fisioterapico (ad esempio, obbligo di quarantena) e consegnarlo ai referenti organizzativi interni.
- Se il servizio fisioterapico è referente per la fornitura degli ausili, si deve predisporre un piano per rendere autonome le Comunità della residenza per anziani in modo da evitare che i singoli operatori si debbano allontanare alla ricerca dei presidi antidecubito (materassi, cuscini...) e se possibile sarebbe auspicabile preparare alcuni modelli di carrozzina da utilizzare in caso di necessità, con accesso gestito dai responsabili delle singole Comunità dopo consultazione

telefonica con il fisioterapista responsabile.

- Le consuete attività di gruppo possono essere organizzate, previa autorizzazione della dirigenza sanitaria, in un numero ridotto, con residenti appartenenti alla stessa Comunità, rispettando le distanze consigliate.
- In alternativa si possono preparare video ad hoc, per offrire la possibilità di mantenersi in movimento ai residenti che non possano incontrare direttamente i fisioterapisti. Questo può essere fatto sia per la ginnastica di gruppo, sia per esercizi personalizzati di riabilitazione funzionale. Se possibile, ancora meglio utilizzare la modalità di incontro tramite le piattaforme di videochiamata eventualmente disponibili.



- È possibile, infine, offrire momenti di leggerezza, ma allo stesso tempo in linea con gli obiettivi di salute, sostenendo le Comunità nell'accompagnare i Residenti a lavarsi le mani in bagno, oltre che stabilire più volte durante la giornata dei momenti "collettivi" nei quali si pone attenzione all'igiene delle mani: oltre che un'attività di riattivazione funzionale, l'aiuto nel lavaggio delle mani e nell'applicare correttamente il gel disinfettante può offrire ai Residenti l'occasione per sentire la nostra vicinanza e fornire loro sostegno nel rispettare le norme di tutela per la salute.

È infine importante che anche il fisioterapista, come tutto il personale di assistenza e cura, contribuisca con i propri comportamenti a



dare serenità agli anziani assistiti, pur vivendo in questa situazione lavorativa caratterizzata da costante paura e timore. Anche lavorando con una mascherina che rende difficoltosa la comunicazione con gli assistiti, è possibile mantenere un atteggiamento rassicurante nei loro confronti, mostrando una positività senza sorriso apparente ma con uno sguardo confortante.

Questi giorni possono essere ancora più complessi per le persone che convivono con la demenza; queste persone infatti, pur non comprendendo cognitivamente la portata della pandemia, sono perfettamente in grado di provare emozioni e a loro volta rispecchiano le emozioni che percepiscono nello sguardo e nell'atteggiamento del personale di cura [2]. Diventa così importante garantire loro il massimo della serenità e sensazioni di benessere che aiutano a ridurre i "comportamenti speciali" (disturbi del comportamento).

Solo con modifiche di questa portata potremo proteggere i nostri anziani fragili non solo dai rischi di contagio di COVID-19, ma anche dai rischi di declino motorio, cognitivo e psicologico correlati alla paura del contagio. ●

### Bibliografia

1. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial Jill K. Morris, #1 Eric D. Vidoni, #1 David K. Johnson, 2 Angela Van Sciver, 1 Jonathan D. Mahnken, 3 Robyn A. Honea, 1 Heather M. Wilkins, 1 William M. Brooks, 1, 4 Sandra A. Billinger, 5 Russell H. Swerdlow, 1 and Jeffrey M. Burns
2. Feelings Without Memory in Alzheimer Disease
  - Edmarie Guzmán-Vélez, M.A., Justin S. Feinstein, PhD, and Daniel Tranel, PhD
  - "Suggerimenti operativi per i fisioterapisti aggiornate al DPCM 9 marzo 2020 - revisione del 10/03/2020", documento congiunto A.I.FI.- Commissioni di Albo dei Fisioterapisti
  - "Aggiornamento della Nota sulla rimodulazione degli interventi fisioterapici nell'emergenza Covid-19, aggiornato al DPCM 10 aprile 2020 - revisione del 20/04/2020", documento congiunto A.I.FI.- Commissioni di Albo dei Fisioterapisti
  - "Infection Prevention and Control guidance for Long-term Care Facilities in the context of COVID-19. World Health Organization, 21 March 2020

# Prevenire le cadute, i consigli del GFG di A.I.FI.

Comitato Esecutivo  
Nazionale del GFG  
di Fisioterapia Geriatrica  
A.I.FI.

**In collaborazione  
con Edisef, il GFG  
di A.I.FI. ha realizzato  
un prezioso strumento  
di consultazione finalizzato  
alla prevenzione  
delle cadute.  
Perché promuovere  
le buone pratiche, mettere  
a servizio i propri strumenti  
professionali, per tutelare  
la salute dei più fragili  
è in questo momento più  
che mai una priorità a cui  
dare la massima rilevanza**

Come è noto, una persona con un'età compresa tra i 65 e gli 80 anni cade almeno una volta all'anno, e il luogo in cui si verificano con maggior frequenza le cadute è la propria abitazione. (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg161> <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/guidance-falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-pdf>).

Un'inattesa caduta può avere importanti ripercussioni psicologiche, oltre ovviamente a conseguenze fisiche invalidanti.

Le più importanti condizioni funzionali che facilitano le cadute negli anziani sono la perdita di forza muscolare e le alterazioni dell'equilibrio e del cammino. La debolezza muscolare è oltremodo diffusa nella popolazione anziana, non solo a causa dell'invecchiamento, ma per lo più derivante da malattie concomitanti e inattività.

Anche se la maggior parte di queste cadute non causa lesioni importanti, circa il 5%

provoca una frattura o richiede il ricovero. Inoltre, i tassi di cadute e le complicazioni associate aumentano sensibilmente con l'età e raddoppiano nelle persone con più di 75 anni (<https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani>).

Per questi motivi, tra le tante iniziative rivolte alle persone anziane, il Gruppo di Interesse Specialistico di Fisioterapia Geriatrica dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (GFG A.I.FI.), ha ritenuto opportuno sensibilizzare e rivolgersi a questa fascia di popolazione sul tema delle cadute, soprattutto in un momento in cui, costretti a "Restare a Casa" più tempo, si rischia di ridurre il movimento e l'esercizio fisico.

Tale iniziativa ha quindi lo scopo di stimolare la persona a muoversi con maggior sicurezza, specie nell'ambito domestico, al fine di prevenire cadute, per evitare ricoveri ospedalieri che, soprattutto in questo momento di emergenza COVID-19, potrebbero mettere a

rischio di contagio la persona anziana e aggravare ulteriormente la sua salute.

È stato stilato un manifesto, leggibile in due facciate: da un lato si trovano contenuti rivolti alle persone over 65 ancora autosufficienti e dall'altro contenuti per coloro che assistono persone anziane con disabilità.

In entrambi i casi, i fisioterapisti del GFG forniscono 10 principali raccomandazioni, che nella parte rivolta al caregiver si specificano in una lista di "10 Sì", ovvero comportamenti consigliati per prevenire la caduta e "10 NO" per comportamenti rischiosi che, al contrario, ne aumentano la probabilità.

I contenuti, in entrambe le locandine, evidenziano l'importanza del "movimento", obiettivo fondamentale della fisioterapia geriatrica, inteso sia come intervento preventivo che come terapia specifica, per la prevenzione delle cadute, senza tralasciare il ruolo più educativo rivolto ai caregiver.

Quindi, oltre ad accennare indicazioni e consigli sulla tipologia di esercizio fisico, il manifesto contiene anche suggerimenti fondamentali per incrementare la sicurezza dell'ambiente domestico.

Un'iniziativa a carattere informativo che, ora più che mai, ha l'intento di stimolare i destinatari del messaggio ad una maggiore responsabilità della propria salute.

Il formato è pensato per essere un promemoria, fruibile, di facile utilizzo e divulgazione, da posizionare in un luogo sempre visibile, ad esempio lo sportello del frigorifero, lo specchio del bagno, la bacheca di una struttura o di casa... ovunque, in poco spazio.

La locandina, allegata a questo numero della rivista "Residenze Sanitarie", sarà anche pubblicata sul sito del GFG, in formato PDF, e potrà essere scaricata e stampata da tutti gli interessati.

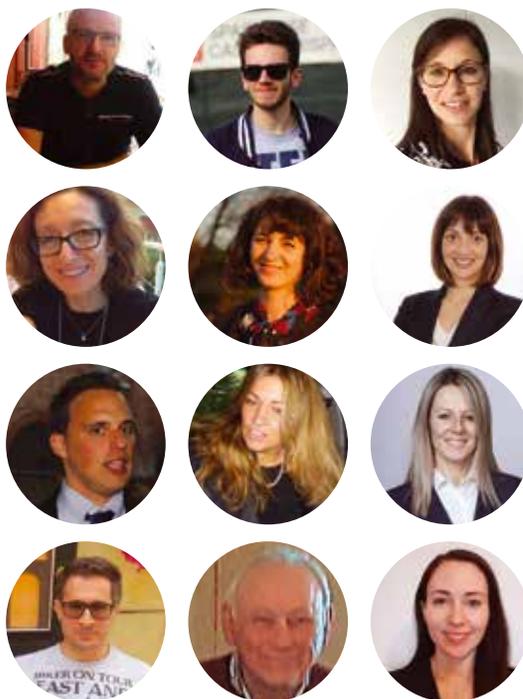
Ai colleghi e a tutti i professionisti sanitari, dedicati all'assistenza della persona anziana, proponiamo di divulgare il materiale informativo attraverso i propri canali, nei propri ambiti di lavoro, affinché possa arrivare all'attenzione del maggior numero possibile di

persone (ad esempio in luoghi come farmacie, supermercati, strutture per anziani, associazioni di volontariato, ecc...).

Non tutti i nostri anziani sono attivi sui social, quindi l'intento è quello di cercare di dare massima diffusione all'iniziativa, pur rispettando le precauzioni e le raccomandazioni necessarie in questo momento di emergenza.

Con l'occasione si ringrazia tutto il team di Edisef, che ha contribuito, alla realizzazione del progetto. ●

Oltre ad accennare indicazioni e consigli sulla tipologia di esercizio fisico, il manifesto contiene anche suggerimenti fondamentali per incrementare la sicurezza dell'ambiente domestico



Il Comitato Esecutivo Nazionale del GFG di Fisioterapia Geriatrica A.I.F.I., in ordine: Christian Bosello, Francesco Ciaghi, Sara Dal Ben, Anna Maria Foggetti, Giulia Milani, Lucia Michielon, Marco Da Roit, Melania Salina, Sonia Martinotta, Stefano Primavera, Tonino Bravi, Barbara Carraro

# Umanità (che resiste) oltre il distanziamento

Marta Murari

Terapista occupazionale presso  
Parco del Welfare RSA Novara  
– Nuova Assistenza Soc. Coop.  
Soc. Onlus



**Il terapeuta occupazionale lavora a stretto contatto con i pazienti e pertanto in questi mesi è stato interessato direttamente dalle nuove esigenze di distanziamento imposte dal COVID-19. In questo approfondimento ecco la loro preziosa testimonianza: cosa significa lavorare in equilibrio tra esigenze di sicurezza e (immutati) elementi umani del percorso di assistenza?**

“[...] Era il 2018, ero stato ricoverato presso una Casa di Riposo, non potevo tornare a casa mia tra i miei affetti perché nessuno poteva prendersi cura di me, mi ritrovavo in un luogo che non riconoscevo come casa, non ne aveva le caratteristiche, niente era mio, niente suscitava dei ricordi, niente aveva un valore che non fosse oggettivo; ero fortunato perché almeno il paese era il mio, a volte venivano a trovarmi parenti e amici, più per cortesia che per affetto, solo Luigi veniva tutti i giorni a giocare a carte con me, era un appuntamento fisso, la giornata trascorreva attorno a questo momento del pomeriggio [...]”

Mi sentivo solo ma avevo le mie abitudini, il giornale al mattino, la televisione, le chiacchiere con gli altri ospiti, il pranzo, la ginnastica, la partita a carte con Luigi, le visite al sabato... Sopravvivevo! [...]

Poi è arrivato questo maledetto... Ho paura!”  
Estratto da una chiacchierata con Mario, 75 anni.

Mario è ricoverato presso una RSA, da tre set-

Giulia Mecca  
Terapista occupazionale presso  
RSA Virgo Potens, Moncrivello  
(VC)



timane non può ricevere visite ed è fortunato la lungimiranza della direzione lo ha preservato forse dal contagio ma la sua situazione è surreale, dalle poche visite precedenti al totale isolamento, da un giorno all'altro senza preavviso senza troppe spiegazioni perché l'emergenza non concede il tempo per fermarsi e spiegare a chi magari necessita di più tempo per capire.

L'emergenza catalizza tutte le attenzioni sulla prevenzione, sull'igiene, sui dispositivi le norme e le precauzioni, quelle attenzioni che prima erano dedicate agli ospiti e alle persone; diventa tutto difficile, impossibile e a tratti inimmaginabile, gli operatori fanno ciò che possono ma si aggirano come marziani vestiti con un camice verde e una maschera, Mario che già prima li riconosceva a fatica adesso non ha più punti di riferimento, il sabato non è più sabato senza le visite dei parenti e il pomeriggio si attende invano l'amico Luigi per la partita, in molte strutture sono limitate anche le chiacchiere tra gli ospiti ma si pre-

dilige una quarantena in camera; la televisione la fa da padrona e la scatola parlante crea confusione, agitazione e paura.

*“D'altronde, il dottor Rieux, ad esempio, considerava giustamente che il male era proprio questo, e che l'abitudine alla disperazione è peggiore della disperazione stessa”.*  
[Albert Camus – La Peste 1947]

La realtà è vicina a questo scenario, va rivista con gli occhi di chi era già in possesso di poche cose, di chi era già stato privato di molto; la pandemia come tutte le grandi catastrofi colpisce sempre i più deboli per primi; in questo periodo vengono meno gli affetti, il contatto fisico, la compagnia, la tranquillità dettata spesso dall'inconsapevolezza e la socialità, tutti quei valori su cui le RSA spesso si fondano per il mantenimento dell'identità dell'ospite.

*“Giunti alla fine della peste, con la miseria e le privazioni, tutti gli uomini avevano finito col prendere il costume della parte che recitavano ormai da molto tempo, quello l'emigranti il cui volto, prima, e gli abiti, adesso, esprimevano l'assenza e la patria lontana. Dal momento in cui la peste aveva chiuso le porte della città, non erano più vissuti che nella separazione, erano stati tagliati fuori dal calore umano che fa tutto dimenticare. Con gradazioni diverse, in tutti gli angoli della città, uomini e donne avevano aspirato a un ricongiungimento che non era, per tutti, della stessa natura, ma che, per tutti, era egualmente impossibile. La maggior parte avevano gridato con tutte le loro forze verso l'assente, il calore d'un corpo, l'affetto o l'abitudine. Alcuni, sovente senza saperlo, soffrivano di essersi messi fuori dall'amicizia degli uomini, di non esser più capaci di raggiungerli coi mezzi ordinari dell'amicizia, che sono le lettere, i treni e i bastimenti. Altri, più rari, come forse Tarrou, avevano desiderato di unirsi a qualcosa che non potevano definire, ma che gli pareva il solo bene desiderabile. E in difetto d'un altro nome, lo chiamavano talvolta la pace”.*  
[Albert Camus – La Peste 1947]

D'altra parte la categoria dei nonni è storicamente quella più abituata o preparata di



fronte a flagelli come questo. Loro ne hanno già passate tante. Qualcuno ha fatto o visto la guerra, anche se allora si sapeva dov'era il nemico da combattere mentre adesso il nemico non sai cos'è e dov'è. Poi dopo la guerra i nonni hanno avuto a che fare con varie malattie prima che la scienza trovasse tanti rimedi per molte patologie. I nonni poi sono più rispettosi delle regole in genere. Sanno cos'è la sofferenza, cos'è il sacrificio, il senso del limite. Ma questo non li preserva dal provare sentimenti contrastanti e negativi che complicano un quadro che già mostra tracce di apatia, questo quadro diventa preoccupante se aumenta il senso di depressione, di abbandono e di paura della morte.

In questo periodo gli ospiti tendono più facilmente a perdere l'identità personale e sociale a causa degli scarsi feedback provenienti dall'esterno siano essi ambientali che affettivi; in questo contesto gli operatori delle RSA dovranno agire per cercare di donare "normalità" in un periodo in cui la normalità è merce rarissima.

*“Provavano quindi la profonda sofferenza di tutti i prigionieri e di tutti gli esiliati, che è vivere con una memoria che non serve a nulla”.*  
[Albert Camus – La Peste 1947]

Soprattutto per i terapeuti occupazionali ma anche per tutte le figure sanitarie che lavorano presso le RSA si sono attivati nuovi servizi grazie alla tecnologia per cercare di riavvicinare le persone ai loro affetti, si utilizzano smartphone e tablet piuttosto che la piattaforma Skype su computer per far comunicare non solo in maniera uditiva ma anche visiva gli ospiti con le persone a casa; non solamente i famigliari ma anche conoscenti, per ridare socialità e routine alle persone. Le attività proposte sono variate, il problema in RSA è

sempre stato quello della gestione del tempo e mai come adesso il tempo viene dilatato a dismisura pertanto si preferiscono attività strutturate magari anche lunghe rispetto ad attività più dinamiche e sporadiche.

Si cerca di combattere la mancanza di routine creandone una nuova, sfruttando magari appuntamenti importanti della giornata tipo i pasti, "oggi pranzo con Marinella, domani con Antonio", creando così momenti di convivialità e socialità.

Mai come adesso è importante mantenere un'identità personale, rievocando magari la vita passata i ricordi anche in un rapporto a due come potrebbe essere un trattamento riabilitativo ai tempi della pandemia; è vero dovremo tenere la maschera ma in alcune strutture si utilizzano delle sovra maschere con stampato un sorriso sembra nulla ma per qualcuno potrebbe essere importante.

Il tono della voce, l'atteggiamento corporeo può aiutarci a ridurre il carico d'ansia degli ospiti, e il loro disagio; bisogna identificare un traguardo anche temporale che dia un appiglio al desiderio di normalità e un barlume di speranza.

A seguire portiamo due testimonianze di colleghe che ogni giorno cercano di dare il loro contributo per il benessere degli anziani istituzionalizzati.

**Marta Murari, terapeuta occupazionale presso Parco del Welfare RSA Novara – Nuova Assistenza Soc. Coop. Soc. Onlus**

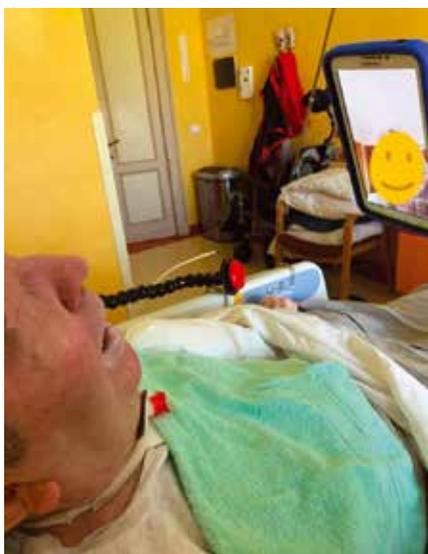
A più di tre settimane dal primo decreto che ha chiuso l'Italia in casa e reso concreta e urgente la necessità di prepararsi su tutto il territorio nazionale al potenziale dilagare dell'epidemia si leggono molte notizie riguardo le residenze per anziani che si trasformano in una potenziale bomba sanitaria. È proprio così che esordiscono le più famose testate giornalistiche. Io sono Marta, terapeuta occupazionale e lavoro nel Nucleo Alzheimer residenziale e diurno Parco del Welfare di Novara e quando mi sono ritrovata a scrivere queste poche righe ho avuto ancora più tempo per rendermi conto di quanto il nostro ruolo attualmente ha necessariamente acquisito una valenza diversa.

Il focus del trattamento del terapeuta occupazionale è sul livello di funzionamento dell'anziano nelle attività di vita quotidiana significative, attingendo al suo vissuto esperienziale per aiutarlo a impegnarsi nuovamente in attività significative e aumentare il senso di competenza, soddisfazione ed efficacia suscitando nuovo interesse per l'occupazione e aumentando la percezione soggettiva della propria qualità di vita (Abraham et al., 2017).

Quando si parla di cura della demenza non si fa riferimento al trattamento esclusivo della persona stessa, ma ad una presa in carico globale, che coinvolge anche il caregiver e l'ambiente (sociale e fisico) che la circonda, compreso il personale di assistenza e il sistema di cura.

È proprio il nostro intervento con i caregiver e i relativi cari che in questo periodo ha subito drasticamente un cambiamento. Il fatto che siano limitati gli ingressi in struttura non permette ai pazienti di tenere vivi quei contatti quotidiani familiari che hanno un'importante valenza dal punto di vista emozionale, motivazionale e mnesico.

Nella struttura dove lavoro quindi si è pensato di utilizzare la videochiamata/chiamata per ovviare a quanto descritto finora. Un'attività a livello emotivo molto impattante sia per i pazienti sia per noi operatori che fungiamo da direttori di questo "coro di emozioni".



La paura maggiore dei parenti è che i propri cari si possano dimenticare di loro e che il tempo provochi senza rispetto il completo oblio. I familiari vivono una situazione di impotenza e isolamento incredibili che si riflette inevitabilmente su noi operatori. Ancora di più, come si può ben capire, c'è la necessità di supporto del caregiver che deve completamente affidarsi alle nostre informazioni e quindi noi dobbiamo poter mantenere anche quella fiducia tanto sudata negli anni.

Per il terapeuta occupazionale, l'agire umano è alla base del benessere della persona, e tutto ciò che costituisce una limitazione per lo stesso, comporta una disfunzione occupazionale che può essere risolta esclusivamente attraverso la promozione di attività particolarmente significative.

Da questo punto di vista nulla si è modificato se non il fatto di registrare più spesso le attività con mezzi tecnologici e inviarle ai parenti che possono anche da lontano essere parte integrante della quotidianità. Molti sono i messaggi di ringraziamento per questa iniziativa perché, come evidenziano, loro si sentono ancora partecipi della vita dei loro cari.

#### **E i nostri ospiti?**

Sono proprio loro la nostra motivazione. In questo momento diventiamo ancor di più i loro affetti in un certo senso più parenti. Loro continuano ad effettuare le attività e ad essere partecipi. In alcuni frangenti però noi operatori commentiamo il fatto che a modo loro si rendono conto che qualcosa è cambiato. Come attenti osservatori si notano momenti di apatia, di maggiori disturbi del comportamento, di gesti inconsueti. Ecco ci tengo a sottolineare allora che noi terapisti occupazionali abbiamo qui tutte le armi per poter gestire al meglio questa situazione e soprattutto per renderla meno frustrante, ma più positiva.

#### **E noi operatori?**

Come succede sempre nelle difficoltà ci siamo compattati, abbiamo scoperto abilità di colleghi che non conoscevamo a fondo e che forse per superficialità non abbiamo mai indagato. I ruoli diventano spesso marginali e ci si aiuta vicendevolmente supportandosi

nei momenti di sconforto. Anche per l'équipe che attivamente supporta i nostri ospiti è importante avere dei riscontri positivi per poter fronteggiare al meglio il disagio, le preoccupazioni anche all'interno del contesto lavorativo. Quindi continuare a rendere il nostro ospite attivo, partecipe e non farlo sentire abbandonato crea e genera positività nell'équipe che non sperimenta il fallimento.

Anche dal punto di vista relazionale ci siamo dovuti adattare e abbiamo costretto in poco tempo anche gli ospiti ad adattarsi a questa nuova situazione.

Per agevolare la comunicazione siamo stati abituati ad utilizzare l'espressione del viso, la mimica e il tatto, la tonalità di voce, il labiale, ora ci presentiamo con una mascherina che ci fa intravedere gli occhi, costretti ad alzare la voce per stabilire una conversazione e il tatto sostituito da guanti che non provocano sicuramente calore umano. Si aggiunge inoltre il fatto di non poter accettare o dare un bacio quando gli ospiti lo desiderano, mantenere la distanza senza poter dare una giusta e razionale giustificazione ai nostri gesti, ecco dobbiamo fare i conti anche con tutto ciò.

Occorre imparare a rimodulare il tutto scontrandoci spesso con le difficoltà date dalla patologia.

#### **Altra realtà del territorio piemontese ci viene fornita da V.P.**

Da alcune settimane la nostra quotidianità ha subito delle modificazioni, abbiamo apportato dei cambiamenti nella programmazione delle attività facendo così posto ad una serie di interventi che potessero mettere in contatto ospiti con i propri parenti tramite invio di

Il fatto che siano limitati gli ingressi in struttura non permette ai pazienti di tenere vivi quei contatti quotidiani familiari che hanno un'importante valenza dal punto di vista emozionale, motivazionale e mnesico

foto, filmati oppure videochiamate. Ospiti che presentano un quadro di medio-grave deterioramento cognitivo non sono in grado di comprendere in maniera corretta le motivazioni che portano a non vedere il proprio caro, ci troveremo davanti una persona che non presenta un esame di realtà corretto e che a volte riporterà gli eventi in maniera "distorta". Con questa tipologia di ospiti, quando è possibile, è necessario spiegare la situazione con parole semplici, accompagnate da un tono di voce tranquillo e rassicurante cercando di smorzare gli stati di ansia e agitazione.

Da alcune settimane i nostri ospiti ci vedono girare per la struttura dotati di dpi (maschere, guanti, camice ed occhiali) non è semplice per alcuni ospiti capire il perché indossiamo queste protezioni, spesso ci chiedono cosa sta succedendo, cosa sono queste "strane cose che abbiamo sulla faccia".

Come dicevo in precedenza, oltre alle attività programmate, le quali vengono svolte rispettando le indicazioni date relative alla distanza e ai DPI, abbiamo inserito un servizio di videochiamate, invio di filmati e foto con l'obiettivo di mantenere un collegamento con i propri cari, al fine di ridurre le distanze e mantenere il ricordo. La scelta su quale metodo utilizzare per comunicare con i familiari è stato deciso calandolo sulle esigenze della persona tenendo in considerazione il suo quadro clinico, per alcuni ospiti non è indicato contattare il proprio parente con la videochiamata poiché questa metodica potrebbe causare l'insorgenza di disturbi del comportamento come ansia, agitazione o destabilizzarne l'equilibrio.

Caratteristici delle persone affette da demenza sono quelli che vengono definiti BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia), disturbi comportamentali come deliri, allucinazioni, aggressività, agitazione e molti altri, a volte per cercare di ridurre tali manifestazioni utilizziamo la vicinanza o il contatto fisico; tali metodiche attualmente sono state sostituite da altre terapie non farmacologiche come ad esempio la *doll therapy*.

In questi giorni ho potuto osservare, con alcuni ospiti, una diminuzione della partecipa-

zione alle attività di Terapia Occupazionale di gruppo, poiché alcuni avevano la tendenza a rimanere nella propria stanza in attesa della telefonata del proprio figlio. In questi casi, ho contattato personalmente il figlio spiegando l'accaduto e facendo "squadra" con lui così da migliorare l'adesione e la compliance durante le attività proposte.

Abbiamo inserito un laboratorio di cura del sé, così da poter dare l'opportunità agli ospiti che ne sentivano la necessità di essere pettinate, poiché in questo particolare periodo la parrucchiera non può più accedere alla struttura.

L'ultima testimonianza ci arriva da:

**Giulia Mecca, terapeuta occupazionale presso RSA Virgo Potens, Moncrivello (VC) dove è stato istituito il progetto "Distanti ma vicini"**



Vista l'impossibilità di accedere alla struttura l'RSA Virgo Potens di Moncrivello ha da qualche settimana avviato, con grande successo, l'iniziativa "Videochiamata per restare vivi e meno soli".

Nell'era della tecnologia digitale nulla è impossibile e anche le distanze possono essere colmate perciò l'iniziativa, nata in risposta alle recenti disposizioni ministeriali di prevenzione e contrasto al COVID-19, nasce con lo scopo di favorire il contatto virtuale degli ospiti e dei pazienti con le loro famiglie, riducendo così il senso di solitudine e di isolamento di chi si trova ricoverato in struttura e al momento non può ricevere visite.

Per questo abbiamo pensato a un'alternativa che fosse in grado di mettere totalmente al centro la sicurezza degli ospiti senza mettere in secondo piano il legame con le loro famiglie, favorendo quel clima familiare che si cerca costantemente di garantire, anche e

soprattutto in momenti difficili.

La vicinanza dei familiari e degli amici è stata sempre per i nostri ospiti, una risorsa emotiva importante e mai trascurata nei programmi riabilitativi.

L'attività è stata pensata e svolta in équipe interdisciplinare tra terapeuta occupazionale, logopedista e psicologa poiché nella presa in carico di questi pazienti è importante garantire non soltanto l'aspetto assistenziale infermieristico ma tutti gli aspetti socio-psico-relazionali che possono migliorare la qualità di vita del soggetto.

L'obiettivo è quello di creare, attraverso l'ausilio di un tablet e delle videochiamate, un canale diretto tra gli ospiti e i caregiver preservando in questo modo l'identità della persona e gli affetti familiari.

La famiglia, i parenti e gli amici sono il vero collante tra la realtà protetta dell'RSA e il mondo esterno.

L'attività viene svolta tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 16:00 e le chiamate vengono effettuate attraverso due dispositivi provvisti di WhatsApp secondo una programmazione in base alle richieste esterne pervenute.

In questa fase critica dove la routine quotidiana è stata fortemente sconvolta dagli eventi e ha perso il suo aspetto rassicurante, il nostro ruolo ha come obiettivo quello di frenare la perdita di motivazione, di partecipazione e di contatti relazionali e di favorire la continua stimolazione.

Un'idea nata per creare una sorta di abbraccio virtuale che ci auguriamo possa far sentire meno soli i nostri degenti definendola una riaffermazione della vita.

Dalle esperienze riportate dalle colleghe sul territorio si può evincere che le necessità in questo periodo storico sono variate rispetto a quelle di tre mesi fa quando ancora non si parlava di isolamento legato al COVID-19 o di DPI e precauzioni; proprio per questo motivo emerge la naturale flessibilità della professione del terapeuta occupazionale che essendo una professione client centred si modula e adatta a quelle che sono le esigenze della popolazione non fornendo trattamenti standardizzati ma altamente personalizzati. ●



# Ansia e stress, non sottovalutare i segnali

**Il disagio psicologico, spesso inevitabile, cui sono sottoposti gli operatori delle strutture desta la preoccupazione del mondo degli psicologi che non esita a lanciare un chiaro allarme: occorre intervenire. In questa intervista rilasciataci da David Lazzari, presidente CNOP ci siamo fatti spiegare qual è la situazione e a cosa stiamo andando incontro**



**David Lazzari**  
presidente CNOP  
(Consiglio Nazionale  
ordine degli psicologi)

**P**er affrontare il disagio psicologico degli operatori sanitari, la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) hanno promosso un'iniziativa congiunta. I rispettivi presidenti – Barbara Mangiacavalli (FNOPI) e David Lazzari (CNOP) – si sono rivolti al Ministro della Salute Speranza e alla Conferenza delle Regioni per chiedere che siano attivati in forma coordinata gli psicologi esistenti e arruolati quelli che servono per attivare azioni mirate per assicurare il sostegno psicologico agli operatori in trincea. *“In queste settimane le necessità di intervento legate alla pandemia hanno determinato situazioni e condizioni lavorative nella professione infermieristica tali da generare diffuse e significative condizioni di disagio psicologico. Legate non solo ai ritmi di lavoro ma anche a alla necessità di affrontare*

*l'impatto emotivo e relazionale generato dalle condizioni peculiari di questa emergenza. Disagio psicologico in gran parte inevitabile ma certamente affrontabile e gestibile, non solo per salvaguardare la salute dei lavoratori ma anche per ridurre l'impatto negativo sulla performance lavorativa. Gli studi sulle conseguenze psicologiche della crisi sanitaria sugli operatori sanitari, ma anche i mille segnali che giungono mostrano una grave ricaduta sulla professione infermieristica. Una situazione destinata a produrre conseguenze anche più accentuate nel medio periodo, visto l'andamento tipico dei disturbi da stress: un'onda destinata a crescere”. “Per affrontare in appropriatezza, efficacia ed efficienza questa situazione – evidenziano FNOPI e CNOP – è necessario che siano attivati con urgenza gli interventi psicologici idonei, considerando anche il fatto che la tempestività è un fattore decisivo per l'efficacia e la riduzione degli esiti, che acquistano valenza di profilassi. Chiediamo pertanto che siano attivati in tutti i contesti sanitari, a cominciare da quelli più*

*esposti, interventi coordinati da parte degli psicologi, utilizzando quelli già presenti e provvedendo con le possibilità previste dal DL 9 marzo n. 14, che fa specifico riferimento al reclutamento degli psicologi in emergenza. Considerando il fatto che gli psicologi strutturati, soprattutto nei contesti ospedalieri, risultano del tutto carenti".*

Noi abbiamo intervistato il presidente CNOP per capire qual è la situazione nei corridoi delle strutture residenziali italiane.

**Dott. Lazzari, gli aspetti psicologici di questa emergenza sono devastanti. Quali sono i principali contraccolpi psicologici legati a questo momento per chi si occupa di assistenza alle persone in difficoltà?**

Stiamo registrando l'insorgenza diffusa di fenomeni di ansia, stress, depressione insonnia tra chi è impegnato in prima linea sul fronte dell'emergenza sanitaria. Il problema si sta allargando purtroppo anche a chi lavora in luoghi 'sensibili' come le case di riposo per anziani, dove vivono gli anziani che sono le persone più deboli e maggiormente esposte contro il virus. I professionisti dell'assistenza sentono inevitabilmente il rischio del contagio e la responsabilità di accudire la categoria più esposta.

**Quali sono i sentimenti più diffusi tra il personale che opera a contatto con anziani e disabili? (Penso ad esempio al personale che lavora nelle strutture assistenziali)**

Vasto e variegato è il mondo degli operatori socio-sanitari e in generale dell'assistenza a categorie deboli, anziani e disabili in primis. Oltre a medici e infermieri, ci sono fisioterapisti, terapisti occupazionali, operatori socio-sanitari, caregiver. Tutte figure fondamentali, ognuna con un ruolo insostituibile.

Si ritrovano catapultati in una situazione completamente nuova. Prima il contagio potenzialmente letale era un fenomeno remoto. La cura delle malattie infettive era circoscritta in pochi reparti altamente attrezzati. Ora ci si ritrova tutti al fronte. Le case di riposo per anziani in particolare sono diventate strutture di frontiera dove il virus è particolarmente pericoloso perché può colpire i più deboli e

indifesi.

Gli operatori delle strutture assistenziali hanno una responsabilità molto pesante: devono impedire che il contagio entri, devono mantenere i livelli di assistenza dove il contagio è già esploso.

**Forte stress e paura possono essere considerati 'sentimenti' diversi con impatti distinti sulla psiche degli operatori?**

La paura di contagiarsi è naturale e ci può spingere verso un atteggiamento ancor più attento e controllato. Lo stress è invece uno stato d'animo sempre negativo che va arginato e superato. Perché porta a un malessere psicofisico, peggiora la qualità della nostra esistenza e ha un impatto negativo anche sulla prestazione lavorativa.

**Qual è il pericolo più grande in questi momenti?**

Quello di isolarsi, di lasciarsi andare, di cercare rifugio in se stessi richiudendosi, di negare il problema facendo finta di nulla.

**In qualche modo è possibile far fronte all'emergenza psicologica dei professionisti?**

L'emergenza psicologica va affrontata. I professionisti dell'assistenza devono richiedere e ottenere supporto dagli psicologi potendo contare su un sostegno strutturato. Per questo deve essere potenziata la presenza di psicologi all'interno del SSN.

Finalmente ci si è resi conto di quanto sia esiguo il numero di psicologi in corsia e per questo il Governo ha autorizzato le assunzioni nelle Asl e negli ospedali. Ora tocca alle Regioni darsi da fare con le immissioni in ruolo. Dobbiamo dare assistenza lì dove in questo momento si sta verificando il massimo livello di stress ai danni degli operatori e professionisti sanitari. E poi dovremo affrontare uno strascico di problemi psicologici nella popolazione quando, al termine dell'emergenza, avremo un ritorno alla normalità pieno di incognite.

**Il CNOP è in prima linea con iniziative ad hoc. Quali?**

Abbiamo messo in campo una iniziativa chiamata #psicologionline. Vi hanno aderito oltre 10mila psicologi che si sono resi disponibili per consulti a distanza. Ci sono poi molte iniziative a livello territoriale. Ma il punto fondamentale è dotare ospedali e Asl di un adeguato numero di psicologi per dare assistenza a quanti ora sono in prima linea e a quanti avranno bisogno di sostegno quando finirà la quarantena.

### **Vediamo la questione dal punto di vista pratico: come riconoscere l'insorgenza di un problema psicologico? Esistono dei campanelli di allarme a cui prestare attenzione?**

Quando la situazione di malessere diviene persistente e il disagio ci impedisce di vivere appieno le nostre giornate. Quando avvertiamo ansia, se ci sentiamo depressi o soffriamo di insonnia. In questi casi ci troviamo in situazioni che vanno affrontate e risolte.

### **Cosa occorre fare se si capisce di aver bisogno di sostegno?**

Si chiede aiuto. Si contatta uno psicologo e si ottiene un sostegno per superare il disagio e recuperare una situazione di benessere. È un'indicazione che sarà condivisa e apprezzata dai professionisti del sostegno a disabili e anziani. Perché, come loro stessi sanno bene, quando c'è un problema specifico bisogna rivolgersi a chi ha le competenze per affrontarlo. Dunque, a fronte di un disagio psicologico, ci si deve rivolgere a uno psicologo.

### **Cosa, invece, non si dovrebbe mai fare?**

Mai negare il problema o far da sé con autodiagnosi, ricerche su internet, ricorso a improbabili esperti privi di qualifica.

### **Esistono dei metodi /accorgimenti per mantenersi lucidi e, per quanto possibile, calmi in queste ore drammatiche?**

Bisogna rimanere al centro della propria rete di relazioni curandosi di sé e dei propri affetti. Mantenere i rapporti di lavoro garantendo il dovuto impegno se siamo in smart working. Darsi da fare per aiutare il prossimo, non solo i familiari e gli amici. Confortare chi vediamo in difficoltà o in solitudine. Perché la solidarietà



fa bene sia a chi riceve sia a chi dà.

### **Come è cambiato, in questa emergenza, l'approccio al lavoro di chi opera a contatto con i pazienti 'fragili'?**

Soprattutto chi ha a che fare con anziani, in strutture di riposo, si ritrova a dover operare in un luogo delicatissimo, dove un contagio può portare alla morte di decine di anziani, così come sta accadendo in molte realtà del



La Fase 2

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi insieme a tutti gli Ordini regionali rileva che l'ultimo decreto del Governo interviene sugli aspetti economici della crisi, ma sembra ignorare completamente l'allarme sulle conseguenze della pandemia per la Salute Psicologica delle cittadine e dei cittadini. Ma non c'è vera ripresa senza salute psicologica. L'OMS ha riconosciuto l'importanza fondamentale del ruolo della psicologia e dello psicologo nella tutela della salute, come "stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Anche il recentissimo documento della Nazioni Unite parla chiaro: non possiamo aspettare oltre. L'emergenza sanitaria e l'evidente bisogno psicologico della popolazione hanno costretto a una attivazione di solidarietà della professione: migliaia di professionisti hanno prestato la loro opera gratuitamente in centinaia di iniziative locali e nazionali.

Lo stesso Ministero della Salute ha attivato un numero verde di sostegno psicologico grazie al lavoro solidale di duemila psicologi. Su dieci psicologi mobilitati per la pandemia, sette lo hanno fatto in modo del tutto solidale (sondaggio CNOP sugli iscritti). Ma la solidarietà non basta. E oltretutto non si può chiedere a dei professionisti di lavorare gratuitamente per mesi. I bisogni psicologici dei cittadini necessitano di considerazione e rispetto; i professionisti devono essere sostenuti e riconosciuti. La comunità professionale e scientifica

della Psicologia italiana chiede al Governo e al Parlamento l'inserimento di misure concrete a protezione della Salute Psicologica. In questa direzione, è fondamentale l'assunzione di psicologi e la previsione di investimenti specifici. Negli ultimi tre anni sono andati in pensione il 25% degli psicologi del SSN senza che siano stati sostituiti.

La psicoterapia è quasi scomparsa dal servizio pubblico, e il disagio ottiene solo psicofarmaci come risposta. In questa fase storica senza precedenti si è mostrata l'esigenza di un coordinamento più efficace tra Ospedali e Territorio: è necessario allora recuperarlo attraverso la previsione, il potenziamento e la valorizzazione delle Unità di Psicologia che si interfacciano con i bisogni assistenziali e il territorio attraverso le varie figure come lo psicologo di cure primarie, di continuità assistenziale, per assicurare interventi di prossimità e di comunità. Accanto a queste risposte strutturali è importante pensare a un "bonus" per le fasce più a rischio e a basso reddito per l'accesso rapido a interventi nel privato per consentire risposte immediate. Senza questi provvedimenti urgenti non ci sarà risposta neanche per le necessità più urgenti e le situazioni più vulnerabili, come i sopravvissuti al Covid, i parenti dei deceduti, gli operatori sanitari, ma anche i minori in situazioni di disagio, le donne vittime di violenza, le persone con disabilità, a rischio di disturbi psichici e suicidio. Non c'è salute senza salute psicologica, si curano persone oltre che corpi.

Paese. Il rischio ora è diffuso e strutturale. Va affrontato con saldezza d'animo, con procedure e materiali di sicurezza, con competenza.

**È cambiata la percezione del 'rischio'?**

Prima del coronavirus, un contagio potenzialmente letale era un'eventualità molto remota, una cosa da film. I pazienti con malattie infettive, rarissime quelle mortali, erano rinchiusi in pochi reparti specializzati dedicati a patologie

particolari. Ora ci si può ammalare semplicemente parlando con una persona. Siamo in una situazione completamente nuova dove si percepisce una sensazione di rischio strutturale. La pressione si sente, lo stress aumenta. Il 'rischio' diviene una presenza che ci accompagna nei gesti più semplici. Siamo in uno scenario completamente nuovo in cui la serenità d'animo va conquistata e difesa rispetto a un contesto ostile e preoccupante. ●

# Villaggio Amico nell'emergenza Covid

**Paura, incertezza e nuove abitudini. L'emergenza Covid ha un forte impatto su pazienti e operatori del settore. Grazie a questo approfondimento siamo andati a vedere come sta affrontando la situazione una delle strutture più importanti d'Italia, Villaggio Amico**



**Michela Strozzi**  
Psicologa e  
psicoterapeuta  
Villaggio Amico

**Marina Indino**  
Direttore generale  
Villaggio Amico

Villaggio Amico, la Residenza sanitaria assistenziale di Gerenzano (VA), ha attivato uno sportello di consulenza telefonica gratuita con la psicologa e psicoterapeuta della struttura, la dottoressa Michela Strozzi. Stando alle prime evidenze, infatti, panico, ansia, ipocondria o addirittura odio nei confronti delle persone che potrebbero contagiare sono solo alcuni degli stati d'animo che prevalgono in questo periodo e Villaggio Amico ha deciso di offrire un aiuto valido e concreto non solo alle persone del territorio – per cui diventa sempre più un punto di riferimento – ma anche a tutti coloro che, da ogni parte d'Italia, avessero la necessità di un consulto. *“La diffusione del Coronavirus sta diventando un evento critico anche dal punto di vista psicologico: oltre alla paura del contagio, ciò che*

*si osserva è un improvviso cambiamento nella nostra quotidianità, nei nostri ritmi, nel nostro modo di stare insieme. – ha spiegato la dottoressa Strozzi – Pur essendo la paura un'emozione utile, nei momenti di emergenza si rischia che prenda il sopravvento dando luogo ad atteggiamenti irrazionali o a comportamenti inadeguati. Offrire uno spazio di primo supporto psicologico può essere utile per avere suggerimenti che aiutino a recuperare la stabilità emotiva e ad evitare quindi che una lecita paura diventi ansia individuale o panico collettivo”.* Noi abbiamo quindi contattato la dottoressa che è entrata per noi nel merito di alcuni aspetti molto interessanti. La condizione di emergenza conseguente alla diffusione del Coronavirus rappresenta un evento critico e potenzialmente traumatico anche dal punto di vista psicologico. Lo stato di allerta prolungato nel tempo si somma al fatto che le ferite emotive per ciò che sta accadendo non colpiscono solo il singolo individuo, ma si manifestano anche nella dimensione del gruppo e



della comunità. Problematiche psicologiche possono insorgere in maniera acuta oppure con ripercussioni nel lungo periodo, fino a compromettere le modalità di reazione e di adattamento. Ancor più delicata è la condizione delle persone con fragilità, degli anziani con demenza e dei loro familiari, delle strutture che li accolgono.

Tenuto conto di tale complessità, ma anche della novità della situazione, a Villaggio Amico, fra le diverse procedure elaborate e messe in atto, è stato realizzato un progetto di supporto psicologico, basato sull'integrazione delle indicazioni della Psicologia dell'Emergenza specifiche per il COVID-19, nel contesto della RSA. L'attenzione è stata rivolta a tutte le figure professionali della struttura così come alle persone ospiti e ai loro familiari.

Per quanto riguarda il personale della struttura, la possibilità di accesso al servizio di supporto psicologico è diretta e può avvenire su richiesta dell'operatore stesso, oppure su segnalazione della Direzione e delle figure di

coordinamento. Viene inoltre utilizzata una modalità di outreaching, secondo la quale la psicologa si sposta nei vari reparti con l'obiettivo di intercettare eventuali situazioni di difficoltà e quindi proporre il suo intervento senza che sia l'operatore a dover prendere l'iniziativa. In una condizione di emergenza è infatti molto importante rendersi visibile per ricordare la propria presenza e disponibilità. I colloqui possono essere effettuati con modalità diverse:

- vis à vis, in ambienti adeguati;
- in videochiamata;
- al telefono;
- individuali;
- in gruppo.

Questo difficile periodo, a Villaggio Amico, viene vissuto con un'elevata dose di attenzione e di impegno ad ogni livello e con emozioni che si stanno modificando con il passare del tempo. Ognuno dei professionisti presenti in struttura è chiamato ad una for-

mazione continua e a una modificazione significativa di alcuni aspetti delle proprie modalità di lavoro. È stato pertanto necessario un periodo di adattamento che ha richiesto fatica anche dal punto di vista emotivo: nelle prime settimane è stata infatti più presente e intensa la paura sia di poter essere veicolo di contagio sia di poter essere contagiati. Una volta sperimentata l'adeguatezza e la validità delle misure adottate, l'eccesso di timore si è ridimensionato fino a raggiungere livelli adeguati al contesto. Questo ha permesso, nel corso delle settimane, di creare lo spazio per un rinnovato senso di padroneggiamento della situazione problematica e di fiducia, alimentato anche dalla notevole collaborazione emersa fra i diversi professionisti.

Le emozioni disturbanti più comuni finora emerse durante i colloqui sono state:

- paura;
- tristezza/angoscia;
- senso di costrizione;
- rabbia.

Durante i colloqui ciò che viene fatto per re-

golare l'attivazione emotiva è:

- dare alla persona la possibilità di decomprimere attraverso la condivisione empatica (defusing);
- fare psicoeducazione indicando le emozioni e i sintomi noti nelle reazioni da stress e da stress post traumatico, in modo da permettere di riconoscersi in attivazioni comuni sebbene disturbanti;
- utilizzare tecniche corporee (esercizi di grounding e di respirazione) per abbassare il livello di attivazione fisiologica ed emotiva;
- fornire indicazioni di auto protezione emotiva per favorire l'emergere delle risorse individuali e di comunità e delle strategie di coping.

Questi sono gli strumenti che la persona avrà sempre a disposizione come pronto intervento in caso di bisogno e come indicazioni di auto protezione emotiva.

Viene fissato almeno un colloquio di follow-up. Nel caso in cui però emergano caratteristiche di personalità particolarmente disfun-



zionali o sintomi legati a disturbi dell'umore o a disturbo da stress post traumatico, si rende necessario l'invio ad altri professionisti per integrare l'intervento con un altro tipo di trattamento (farmacologico, EMDR, psicoterapia, ecc.).

In generale, si suggerisce di non trascurare il proprio stato emotivo, considerato il fatto che le cattive notizie arrivano a ondate, alle quali dobbiamo essere, di volta in volta, pronti. Deleterio, può essere invece, negare o minimizzare il problema: questo non permetterebbe di avere quel sano livello di paura che porta alla protezione di sé e degli altri.

Per quanto concerne le persone ospiti di Villaggio Amico, il focus va posto sul distacco fisico improvviso e prolungato dai propri cari oltre ad una modificazione della comunicazione con gli stessi. A questo va aggiunto il fatto che gli operatori lavorano indossando i dispositivi di protezione individuale e che vi sono limitazioni negli spostamenti all'esterno dei vari nuclei.

Ciò che si riscontra sono reazioni emotive e comportamentali diverse e che si sono mo-

dificate nel corso delle settimane, spesso nella direzione dell'adattamento. Da parte del personale, è stata incrementata l'attenzione nell'osservare e segnalare questi aspetti. Come è noto, in particolare per le persone con demenza, è proprio nelle modificazioni del comportamento, che si possono cogliere segnali di qualcosa di emotivamente disturbante, una volta escluse problematiche di tipo fisico. Con molte delle persone ospiti, alcune anche con demenza, è possibile effettuare dei colloqui di supporto psicologico per valutare la situazione e capire poi, insieme ai colleghi, come organizzare l'intervento. Con le persone, che a causa delle loro difficoltà cognitive non utilizzano il linguaggio verbale come canale di comunicazione più efficace, ad esempio, si valutano interventi specifici legati alla stimolazione sensoriale o relazionale, da inserire nelle attività quotidiane.

In questo senso, si stanno dimostrando di grande utilità le videochiamate, ben accolte anche dalle persone con demenza. Vedere il volto, incontrare lo sguardo, percepire il tono di voce sono stimoli necessari al nostro cervello per tornare sintonizzati e connessi e per recuperare, o mantenere, quella speciale sensazione di esistere ancora per propri cari. Un altro aspetto rilevante nel lavoro con gli ospiti,

in questo periodo, è stato il mantenimento della maggior parte delle attività educative, di terapia occupazionale, di fisioterapia e relative alla cura di sé.

In questa situazione, uno spazio considerevole è stato dedicato anche ai familiari, alla loro inevitabile sofferenza per il distacco dai loro cari e alla loro preoccupazione. L'intervento è basato, anche in questo caso su una modalità di outreaching: le telefonate vengono effettuate dalla psicologa ai familiari senza attendere una tradizionale richiesta di consu-

Ciò che si riscontra sono reazioni emotive e comportamentali diverse e che si sono modificate nel corso delle settimane, spesso nella direzione dell'adattamento



Uno spazio considerevole è stato dedicato anche ai familiari, alla loro inevitabile sofferenza per il distacco dai loro cari e alla loro preoccupazione

lenza da parte loro. L'obiettivo è infatti quello di raggiungere attivamente i familiari per conoscerne lo stato d'animo e il vissuto relativo al fatto di non poter accedere alla struttura, in modo da intercettare le situazioni particolarmente critiche e prenderle in carico con recall a cadenza settimanale o quindicinale. Rispetto ai familiari che hanno una persona con demenza al domicilio, invece si è pensato di dare supporto e vicinanza attraverso

la pubblicazione sui social network, di articoli con indicazioni riguardo agli aspetti emotivi, relazionali e di comportamento e video settimanali in cui una Terapista occupazionale illustra attività piacevoli da svolgere insieme.

Un'altra iniziativa messa in atto da Villaggio Amico per l'emergenza coronavirus, è lo Sportello di supporto psicologico gratuito rivolto alla popolazione. Il servizio è attivo due pomeriggi a settimana, senza prenotazione. L'iniziativa è stata operativa dalla prima settimana di marzo e proseguirà per tutta la durata dell'emergenza. Le persone che ci contattano hanno perlopiù sintomatologia ansiosa legata sia alla

paura del contagio sia al senso di costrizione che deriva dalle limitazioni del lockdown.

Stiamo tutti facendo esperienza di una condizione nuova, mettendo in campo le nostre idee, la nostra etica, il nostro impegno e, talvolta, le nostre caratteristiche umane.

### Villaggio Amico

Ma complessivamente, la struttura Villaggio Amico come ha affrontato l'emergenza Covid? Lo abbiamo chiesto alla dottoressa Iodino, Direttore generale.

**Il COVID-19 è un'emergenza senza precedenti. Come avete affrontato il problema nella vostra struttura?**

Già in data 22/2 abbiamo iniziato a ragionare sui passi da intraprendere per la sicurezza di tutti. Il 23/2 è stata istituita una équipe multidisciplinare, definita équipe Covid, formata da diverse professionalità con differenti esperienze. Già dal 23/2 abbiamo deciso di chiudere la struttura. Una chiusura che ha coinvolto tutti i servizi aperti al territorio e i servizi semi-residenziali: CDD, CDI, poliambulatori, palestra, piscina, centro di formazione e asilo nido. E contemporaneamente sono state avviate le comunicazioni ai familiari che hanno accolto la notizia da un lato con dispiacere perché non potevano vedere i parenti ma dall'altro condividendo la decisione per la tutela dei propri cari.

È stato attivato per i familiari un servizio di chiamate e videochiamate, ad oggi possiamo contare 2.000 chiamate e videochiamate fatte. Ai familiari è stata concessa la visita in caso di fine vita (non dovuta a Covid) di grandi anziani centenari, con un percorso strutturato protetto per accedere in struttura.

Il personale inserito nei servizi semi-residenziali è stato riorganizzato e allocato nella RSA per un potenziamento delle risorse presenti nei reparti perché la situazione richiedeva maggiori risorse a fronte di una potenziale assenza di operatori.

È stato realizzato un progetto di supporto psicologico telefonico gratuito già attivo dal 9/3 con la psicologa Strozzi, per gli operatori, gli ospiti e aperto al territorio.

### Come è cambiato il vostro lavoro?

Il nostro lavoro è cambiato perché il solo pensiero che il nostro comportamento interno ed esterno possa portare ad un potenziale contagio ci fa vivere la quotidianità con sottile e puntuale attenzione in ogni nostra azione. Ogni operatore è sensibilizzato e formato. È stato avviato un processo di formazione continua, sia a livello teorico, con le dovute precauzioni, sia direttamente sul campo. Una formazione che ha applicato tutte le procedure sviluppate ad hoc per la situazione Covid con predisposizione di zone di isolamento potenziale. Formazione per l'équipe Covid con webinar con ISS.

### Quali cambiamenti avete riscontrato nei

**vostrici pazienti?**

Gli ospiti hanno dovuto affrontare il cambiamento delle loro abitudini sociali, non poter vedere i familiari, non poter vedere il volto degli operatori coperto dalle mascherine. Il cambiamento ha riguardato anche l'impossibilità a svolgere attività in luoghi diversi e in piccoli gruppi e l'interruzione di attività ricreative come per esempio gite, messe, e progetti intergenerazionali con asili e scuole elementari del territorio.

Un aspetto importante è la mancanza del contatto ravvicinato, il tocco e la stretta di mano. Anche solo il dover essere informati su ciò che sta accadendo... ma ognuno con il proprio livello cognitivo è arrivato a una consapevolezza della realtà.

D'altro canto gli ospiti riconoscono che questo periodo li ha allontanati dalla socializzazione del territorio ma li ha uniti tra loro e con il personale, rafforzandone così gli affetti.

Tutti questi cambiamenti hanno portato a rendere "normale" ciò che non lo era e non lo è.

**Quale invece l'impatto psicologico dei vostri professionisti?**

Impatto psicologico sugli operatori è maggiormente quello di dover rivedere ogni singola azione e dover svolgere le loro attività avendo la consapevolezza di poter essere causa di contagio. È necessario mantenere un comportamento corretto. Reperire i DPI per alcuni poteva essere un problema, quindi abbiamo deciso di fornire settimanalmente kit con guanti, mascherina e gel per una corretta prevenzione anche all'esterno. Supporto psicologico anche per operatori. Dal 24/2 possiamo contare un tasso di assenteismo per malattia (non dovuta a Covid) molto basso e il desiderio degli operatori di rientrare presto per supportare la struttura.

Gli spazi comuni vengono utilizzati in fasce orarie differenti per mantenere le distanze e in numeri ridotti per evitare assembramenti. Anche gli spazi della mensa sono stati organizzati per mantenere le distanze di sicurezza. Accessi agli spogliatoi pensati con percorsi diversificati in entrate e uscita.

A ogni singolo professionista abbiamo richiesto l'esclusività in quanto alcuni dei professionisti che lavorano nella struttura lavoravano

anche in altre realtà, evitando il passaggio in più strutture si evita un potenziale contagio.

**Come si è riorganizzata la vostra struttura? Cominciamo dagli spazi alla luce del 'distanziamento sociale': come sono cambiati?**

Triage all'ingresso per tutti gli operatori e figure esterne come manutentori e fornitori il cui accesso in struttura è necessario per diversi aspetti.

Formazione sul campo quotidiana a tutti gli operatori sull'uso dei DPI e sul lavaggio delle mani. Formazione sulla tenuta dei comportamenti sia all'interno sia all'esterno della struttura. Una riorganizzazione di tutte le attività legate alla sanificazione con acquisti mirati di strumenti e materiale per l'igienizzazione degli spazi interni e esterni, le camere dell'ospite, spogliatoio personale ecc., più volte al giorno.

**Questioni di sicurezza di operatori e pazienti: quali le vostre strategie messe in campo?**

C'è stata una compartimentazione di tutti i reparti di degenza. Già la nostra organizzazione prevedeva reparti suddivisi con équipe dedicate e il compartimentarle ha ulteriormente vietato la promiscuità di operatori che lavorano in diversi reparti. Di fatto ogni reparto ha la propria équipe senza che gli operatori si spostino da un reparto all'altro. Acquistati tamponi per tutto il personale e gli ospiti. Acquistati DPI in maniera massiva per tutto il personale nonostante le difficoltà di approvvigionamento con previsione a lungo termine. Con un esborso economico importante.

**Ci sono attività che avete dovuto sospendere?**

Attività sospese: volontariato, messe, tirocini e tutte le attività educative svolte da professionisti esterni che sono state riorganizzate con il personale interno della struttura (per esempio l'arteterapia).

**Il 'distanziamento sociale' avrà un effetto anche sui vostri servizi?**

Il distanziamento ha già effetto su tutti i nostri servizi perché si prevede un numero ridotto per i servizi aperti al territorio. ●

# Occhi puntati sulle RSA

**Un piano straordinario per la gestione dell'emergenza COVID-19 con un'attenzione specifica alla delicata situazione delle RSA. Questo è quanto chiesto da Cittadinanzattiva che si è schierata in prima linea a fianco di operatori e pazienti. In questa intervista emergono aspetti importanti che ci aiutano a capire meglio la situazione delle strutture italiane. Seguiamo il loro ragionamento**

Gli esperti  
di Cittadinanzattiva

## Qual è il ruolo delle RSA in questa emergenza Covid-19?

L'evolversi della situazione epidemiologica da COVID-19, in queste settimane ha drammaticamente messo in luce, un'emergenza nell'emergenza, quella delle RSA e dei territori nei quali sono ubicate. In un numero sempre crescente di territori, le RSA costituiscono il principale "focolaio" di espansione del Coronavirus, tanto è vero che nei casi più severi si è reso necessario chiudere i territori presso i quali tali strutture si trovano rendendoli zone rosse. Non aver messo in atto per tempo piani straordinari per la gestione dell'emergenza nelle RSA ha di fatto creato danni enormi, a volte irreversibili, non solo agli ospiti delle RSA ma anche al personale tutto in esse impiegato e alle comunità locali dei territori dove sono collocate le RSA.

## I resoconti che trapelano descrivono uno scenario 'inimmaginabile'. Stando alle segnalazioni che state raccogliendo voi qual è l'attuale situazione delle RSA in prima linea?

Le situazioni più urgenti vengono segnalate dalla Lombardia, ma anche da Piemonte, Lazio, Puglia e Sicilia. Le segnalazioni che riceviamo arrivano dai parenti degli ospiti delle RSA ma anche da operatori sanitari e non. I familiari ci segnalano principalmente la grande difficoltà ad interloquire con i pazienti ospitati nelle RSA ma anche ad avere notizie certe rispetto alle loro condizioni di salute. Gli operatori, segnalano, invece la carenza o l'inadeguatezza dei DPI, la mancanza di linee guida specifiche e di una formazione adeguata nella gestione dell'emergenza epidemiologica nelle RSA. In entrambi i casi si segnalano grandi ritardi nella somministrazione dei tamponi in caso di sintomi da Covid.

## Partiamo dal problema più segnalato:

**la carenza di strumenti di protezione. È davvero così?**

Fortunatamente più passano i giorni e più la situazione migliora, nel senso che man mano si stanno fornendo i dispositivi di protezione individuale agli operatori e agli ospiti. Tuttavia, ci sono ancora ritardi e riceviamo lamentela sulla carenza dei dispositivi e sull'adeguatezza degli stessi.

**Occorre anche fare un distinguo tra sicurezza-operatori e sicurezza-pazienti. Come si stanno organizzando le strutture?**

La situazione è a macchia di leopardo e purtroppo, nonostante vi siano delle linee guida molto chiare emanate lo scorso 25 marzo in una Circolare del Ministero della Salute, ci sono molte differenze nella gestione della

sicurezza. In ogni caso, abbiamo solo un quadro parziale, poiché al momento non ci sono dati certi relativi a tutte le RSA.

**Quali sono le vostre possibili soluzioni?**

Abbiamo chiesto alle Regioni, con una lettera-appello, di adottare con estrema urgenza un piano straordinario per la gestione dell'emergenza con un focus specifico per le RSA. Fra le richieste: identificazione delle strutture residenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti

È fondamentale che gli operatori abbiano una formazione specifica sulla gestione di emergenze sanitarie e di pandemie



Dal Rapporto sulle politiche della cronicità emerge che per quanto riguarda RSA e lungodegenze, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), segue la mancanza di specialisti (37%) e la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%)

da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio; dispositivi di protezione per tutto il personale che opera nelle residenze sanitarie assistite; tamponi per gli operatori sanitari e socio-sanitari; percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale operante nelle RSA; l'adozione di modelli di gestione del rischio per le cure come avviene per gli ospedali; potenziamento del personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento

straordinario già attivati per le strutture di ricovero ospedaliero. E ancora, continuare a garantire i servizi mensa, lavanderia e pulizia. E garanzia per i familiari degli assistiti di ricevere tutte le informazioni in merito al loro stato di salute e a eventuali trasferimenti presso altre strutture.

**Posto che lo scenario a cui stiamo assistendo è apocalittico, come sta reggendo il personale delle strutture a questo 'stress-test' senza precedenti?**

Anche in questo caso non abbiamo un quadro di carattere generale ma parziale e limitato alle segnalazioni che stiamo ricevendo. Il personale segnala la grande difficoltà a lavorare senza gli strumenti adeguati ed indicazioni chiare, tuttavia emerge

una grande professionalità, resilienza e umanità nella gestione di situazioni anche drammatiche.

**C'è il tempo per formare gli operatori del settore a quel che si ritrovano ad affrontare?**

Gli operatori avrebbero dovuto essere formati in tempi normali alla gestione del rischio e

ad affrontare casi da emergenza epidemiologica, questo nella gran parte dei casi non si è fatto. Adesso, si deve trovare il tempo per farlo perché è fondamentale che gli operatori abbiano una formazione specifica sulla gestione di emergenze sanitarie e di pandemie.

**Le segnalazioni al vostro portale sono state molte. Quali scenari devono attendersi le RSA italiane nel prossimo futuro?**

A parlare non sono solo le segnalazioni arrivate alla nostra mail [coronavirus@cittadinanzattiva.it](mailto:coronavirus@cittadinanzattiva.it) in queste settimane ma, ad esempio, quello che da anni ci dicono i cittadini e che raccontiamo con i nostri Rapporti annuali sulla sanità. C'è un problema di costi, ad esempio: i cittadini ci segnalano di spendere fino a 60mila euro all'anno per la retta delle strutture sanitarie residenziali o semiresidenziali. C'è un problema di numeri e disponibilità di queste strutture sul territorio: sappiamo che le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono più numerose in Veneto (789), Piemonte (605) e Toscana (319) ma, se si considera che nelle restanti regioni il numero di RSA è mediamente meno di un decimo della Toscana, qualcosa sull'offerta territoriale certamente non torna. Dal Rapporto sulle politiche della cronicità che presentiamo ogni anno, emerge che per quanto riguarda RSA e lungodegenze, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), segue la mancanza di specialisti (37%) e la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%). La riabilitazione non è totalmente garantita dal SSN, visto che in un caso su cinque il cittadino deve integrare a proprie spese per avere le ore sufficienti e uno su tre deve addirittura provvedere privatamente del tutto. Per questo, è urgente che Stato e Regioni lavorino al DM 70 dell'assistenza territoriale che, analogamente a quanto si è fatto per gli ospedali, definisca gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici da garantire a tutti i cittadini in tutte le aree del Paese: dal nord al sud, nelle grandi città come nei piccoli centri e nelle aree interne più disagiate. Abbiamo bisogno di poter contare non solo sull'ospedale, ma di trovare nel territorio un punto di riferimento affidabile e presente sempre. ●

le vostre esigenze sono il nostro obiettivo

- ✓ perfetta igiene
- ✓ rispetto della cute
- ✓ praticità d'uso
- ✓ sicurezza

**BIODERM**<sup>®</sup>  
LINEA DERMATOLOGICA ISODERMICA



**METODICA APPLICATIVA**

approvata ogni giorno da oltre 250.000 cuti sensibili

CAMBIO NOTTURNO SERENO

**SALVIETTE con total gen**  
SPECIFICHE PER IGIENE SENZA ACQUA  
DI CUTI DELICATE - SENSIBILI - FRAGILI

**pH AUTOEQUILBRANTE**  
CLINICAMENTE TESTATE



40 pz.

SALVIETTE XXL  
TESSUTO EXTRA SOFT

**BIODERM**<sup>®</sup>  
MOUSSE  
DERMODETERGENTE  
con creatina e pantenolo

**INNOVATIVA  
SCHIUMA DETERGENTE  
DERMOPROTETTIVA**

PER LA DELICATA IGIENE  
DI PELLI MOLTO SENSIBILI  
E FACILMENTE IRRITABILI



**AEROSOL NON INFIAMMABILE**



IGIENE EFFICACE E PRATICA

da sempre vicino alla tua pelle

[www.farmoderm.it](http://www.farmoderm.it)

# Scompenso cardiaco, non trascuriamo le priorità

**Puntare su sistemi di monitoraggio e di diagnostica da remoto è la chiave di volta nella gestione di numerose patologie, quali, ad esempio, lo scompenso cardiaco, ancor più in questa particolare emergenza sanitaria che impone un distanziamento. L'iniziativa #IoRestoA Casa ne mostra tutta l'utilità e l'efficacia. Entriamo nel merito con questo approfondimento del presidente AIAC, il dott. Luca Santini**

**Luca Santini**  
 Dirigente Cardiologo della  
 U.O.C. Cardiologia del presidio  
 ospedaliero G.B. Grassi di Ostia.  
 Presidente Regionale di AIAC  
 – Associazione Italiana di  
 Aritmologia e Cardioritmologia  
 – Lazio



L'innovazione tecnologica, abbinata al progredire della conoscenza scientifica in campo medico, ha portato a una migliorata capacità di trattamento degli stati acuti delle malattie, con conseguente miglioramento dell'esito sulla mortalità ma, anche, a un inevitabile incremento di pazienti cronici. Oggi stiamo assistendo a un costante innalzamento dell'età media con un progressivo invecchiamento della popolazione che ha portato con sé, in tutto il mondo, generazioni più longeve e attive e maggiori aspettative di vita. Per contro, la maggiore longevità comporta da un lato l'aumento di patologie croniche, con la crescente domanda di prestazioni sanitarie e, dall'altro, di nuclei monofamiliari, con la richiesta di assistenza sociale e medica. Dall'ultimo sondaggio effettuato all'inizio del 2016, emerge che le Resi-

denze Sanitarie in Italia sono 12.828 con un numero complessivo di 390.689 posti letto (in media 6,4 posti letto ogni 1.000 persone residenti) occupati per il 75,2% da 'over 65'. Tali presidi rappresentano una risposta ai problemi di tante famiglie che non avrebbero, altrimenti, la possibilità di gestire a casa i propri anziani, garantendo loro un adeguato livello di cure e assistenza sociosanitaria. Per loro natura, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano l'attuale soluzione di tipo residenziale per la cura di anziani in condizioni di non autosufficienza, spesso affetti da problemi cronici multipli e complessi (scompenso cardiaco, BPCO, diabete, vasculopatia cerebrale ecc.) che delineano un quadro di instabilità clinica tale da rendere questi soggetti molto fragili, a elevato rischio di patologie acute che necessitano di interventi ospedalieri. L'emergenza senza precedenti che il Paese sta attraversando ha, purtroppo, evidenziato che alla fragilità dei pazienti è spesso 'corrisposta' anche una fragilità delle

strutture, in molti casi non adeguatamente attrezzate a prevenire e/o fronteggiare situazioni mediche difficili.

I numeri aiutano a comprendere la dimensione e rilevanza dei problemi. Prendendo in esame alcune delle patologie più diffuse nelle Residenze Sanitarie, si può stimare che circa il 50% delle cause di ospedalizzazione siano dovute a problemi respiratori, cardiovascolari e cadute (dal programma INTERACT: Interventions to Reduce Acute Care Transfers). Inoltre, secondo una valutazione condotta da Regione Lombardia per fotografare la popolazione ospite nelle RSA, e finalizzata a definire specifiche strategie assistenziali, è stato rilevato che ben l'81,9% dei ricoverati soffre di qualche patologia cardiovascolare. Di questi, il 20,7% sono patologie cardiache di varia gravità e complessità.

Nell'ambito delle problematiche cardiache un tema rilevante è – per esempio – rappresentato dallo scompenso cardiaco, una delle patologie più frequenti negli 'over 65'.

Lo scompenso cardiaco (anche insufficienza cardiaca) è una condizione patologica, cronica e progressiva nella quale il cuore non è in grado di pompare sangue in misura adeguata alle richieste dell'organismo. Questo comporta il progressivo peggioramento del quadro clinico e la comparsa di sintomi quali affaticamento, difficoltà respiratorie, tosse, sintomi invalidanti che possono richiedere diversi ricoveri ospedalieri. Quasi la metà dei pazienti (circa il 46%) viene, infatti, ricoverato nuovamente per insufficienza cardiaca nel giro di sessanta giorni.

Si stima che la patologia coinvolga, in Europa, 30 milioni di pazienti, con milioni di ricoveri ospedalieri e numerosi decessi ogni anno. In Italia ne soffre oltre 1 milione e mezzo di persone, con 170.000 nuovi pazienti ogni anno e circa 500 ricoveri al giorno.

Alle cause strettamente correlate con l'età si associano, in genere, condizioni cronico-degenerative quali ipertensione arteriosa, diabete, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, ecc.

Per questo, lo scompenso cardiaco rappresenta, oggi, una delle prime cause di ospedalizzazione, con una degenza media di oltre dieci giorni e costi, a carico del Servizio Sani-

tario Nazionale, superiori a 550 milioni di euro l'anno.

Si aggiunga che molti anziani cardiopatici sono anche portatori di dispositivi cardiaci, impiantati diversi anni prima, ma che richiedono, sempre e comunque, monitoraggio costante e controlli sistematici. Per molti pazienti, l'impianto di un defibrillatore o di un pacemaker ha significato anni di benessere e qualità della vita, qualità che deve essere mantenuta e preservata anche in età avanzata.

Nelle Residenze Sanitarie l'assistenza cardiologica e specialistica è affidata, in genere, a strutture mediche esterne, un aspetto che di per sé richiede organizzazione, procedure, coordinamento. In questo contesto, i controlli cui devono essere sottoposti i portatori di dispositivi cardiaci e che prevedono periodici spostamenti verso gli ambulatori, aggiungono problemi organizzativi per il trasporto, l'assistenza di caregiver e/o infermieri dedicati, ecc.

Nel periodo dell'emergenza Coronavirus i controlli successivi all'impianto sono stati semplificati e migliorati da un'iniziativa, #IoRestoaCasa con HeartLogic<sup>TM1</sup> di Boston Scientific, rivolta ai pazienti portatori di propri dispositivi a rischio di scompenso cardiaco e ai Centri Ospedalieri che hanno in carico i pazienti per il follow-up successivo all'impianto. L'iniziativa ha assicurato, anche nel periodo di chiusura degli ambulatori, il livello e la continuità delle cure, contribuendo contemporaneamente a 'decongestionare' le strutture ospedaliere. L'iniziativa ha consentito infatti di attivare gratuitamente il sistema diagnostico HeartLogic, l'unico attualmente disponibile che segnala con oltre un mese

Nelle Residenze Sanitarie l'assistenza cardiologica e specialistica è affidata, in genere, a strutture mediche esterne

<sup>1</sup> Il servizio diagnostico per insufficienza cardiaca HeartLogic<sup>TM</sup> è uno strumento diagnostico validato per rilevare il peggioramento graduale dell'insufficienza cardiaca (HF) con il trascorrere dei giorni o delle settimane utilizzando misurazioni fisiologiche multiple.

di anticipo la possibile insorgenza di scompenso cardiaco, permettendo di intervenire per tempo per scongiurare l'aggravarsi della condizione clinica.

Introdotta in Italia da un paio d'anni, ma non ancora diffusa in modo capillare, il sistema consente di monitorare costantemente i cardiopatici già portatori di defibrillatori, di trasmettere informazioni al Centro ospedaliero che ha in cura il paziente e di segnalare con largo anticipo l'eventualità che si verifichi un episodio di scompenso cardiaco, con necessità di ricovero ospedaliero.

Validato da studi clinici internazionali e messo a punto dalla Ricerca biomedica Boston Scientific, HeartLogic si basa su un algoritmo multi-parametrico che 'integra' i dati rilevati dai sensori – collocati sul dispositivo impiantato – che valutano i toni cardiaci, la frequenza e il volume respiratorio, l'impedenza toracica, la frequenza cardiaca, l'attività fisica. Qualora si verificano variazioni anomale del trend numerico rispetto ai valori standard, HeartLogic le segnala tempestivamente, consentendo ai medici di intervenire prima che la situazione clinica possa degenerare. COVID-19 ha purtroppo accentuato molti fattori di rischio dei pazienti scompensati che – costretti a rinunciare ai controlli ospedalieri – avrebbero potuto incorrere in peggioramenti. Attraverso HeartLogic queste situazioni possono essere rilevate con largo anticipo e, quindi, evitate. Secondo lo studio internazionale 'multiSense' il sistema rileva la possibile insorgenza di insufficienze cardiache con un anticipo di ben 34 giorni e nel 70% dei casi.

Ha commentato con soddisfazione il dottor Luca Santini che segue molti pazienti cardiopatici ospitati presso Residenze Sanitarie: "Oggi, l'insufficienza cardiaca è la prima causa di ricovero ospedaliero nelle persone di età superiore ai 65 anni e ha un notevolissimo impatto economico sui Sistemi Sanitari. Dopo il ricovero ospedaliero iniziale, il 24% dei pazienti con insufficienza cardiaca viene nuovamente ricoverato entro 30 giorni. La storia naturale del paziente scompensato, infatti, prevede fasi di stabilità clinica progressivamente più brevi, interrotte da sempre più frequenti improvvise riacutizzazioni che richiedono l'ospedalizzazione

e compromettono ineluttabilmente la prognosi del paziente. Appare evidente quindi che l'obiettivo terapeutico più importante deve essere quello di ridurre le ospedalizzazioni dovute alle riacutizzazioni improvvise. Questo possiamo farlo solo giocando d'anticipo, intervenendo precocemente al primo segnale di destabilizzazione del quadro clinico, ben prima quindi che compaiano i sintomi tipici dello scompenso acuto. Grazie a HeartLogic, questo obiettivo può essere raggiunto con ottimi risultati. In particolare, nella nostra esperienza con l'algoritmo HeartLogic, abbiamo riscontrato che – in molti casi – alla base del peggioramento clinico dei pazienti c'era anche una riduzione dell'aderenza terapeutica; in questi casi, la diagnosi precoce del graduale e progressivo deterioramento dello stato di compenso ci ha permesso di ripristinare tempestivamente la terapia adeguata, prima che il quadro clinico evolvesse negativamente fino a richiedere un'ospedalizzazione. Altro risultato – a mio avviso particolarmente rilevante – è stato quello di poter ottimizzare la gestione delle risorse dedicando maggior attenzione ai pazienti più critici che necessitano di un controllo più stretto e frequente e riservando a



quelli più stabili un programma di controlli più dilazionato nel tempo. Questo è stato possibile grazie alla notevole capacità di HeartLogic di stratificare i pazienti con scompenso cardiaco. La nostra esperienza, infatti, ci ha insegnato che i pazienti senza segnalazioni HeartLogic non vanno incontro a peggioramenti rilevanti e improvvisi del quadro clinico, mentre i pazienti in cui viene generata una segnalazione HeartLogic sono quelli che necessitano di un intervento mirato precoce e di un follow up più frequente. Una gestione basata sugli alert HL, quindi, si è dimostrata più significativa in termini di costo/efficacia rispetto ad una strategia di controlli regolari, calendarizzati in modo uniforme per tutti i pazienti. Attraverso HeartLogic, attivato gratuitamente nel periodo di massima emergenza e sovraffollamento ospedaliero, è stato possibile monitorare in modo accurato e sistematico molti pazienti portatori di dispositivi ospitati presso le Residenze Sanitarie. Questo ha evitato in molti casi i controlli presso gli ambulatori Ospedalieri e dato un aiuto concreto alle Residenze Sanitarie che hanno potuto organizzare diversamente l'assistenza ai propri pazienti senza affrontare gli abituali spostamenti. Lad-

dove si siano verificati episodi di scompenso cardiaco, sono stati segnalati con largo anticipo direttamente dal sistema e questo ci ha consentito di intervenire per tempo, gestendo gli aspetti fisiopatologici della malattia, regolando i trattamenti, assicurando la stabilizzazione della patologia. Lo abbiamo fatto in condizioni di sicurezza, tutelando la salute dei pazienti e contribuendo a prevenire molti accessi in Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco che avrebbero aggravato tante situazioni ospedaliere e aggiunto rischi a pazienti già molto fragili".

È bene non dimenticare, prescindendo dalle emergenze contingenti, che uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale, sia per i pazienti che vivono a domicilio, sia per gli anziani ospitati nelle Residenze Sanitarie, è quello di fornire a tutti le migliori cure e assistenza medica, evitando quanto più possibile i ricoveri e tenendo i pazienti "fuori dagli Ospedali". Un tema di notevole rilevanza che ha trovato e trova in HeartLogic un alleato prezioso, sia per i pazienti, sia per il Sistema Sanitario. ●



# La tecnologia per superare il distanziamento

**La riabilitazione e la gestione dei pazienti cronici possono divenire operazioni difficili in tempi di distanziamento sociale. Un aiuto, però, ci viene dalla tecnologia, con soluzioni di monitoraggio a distanza che garantiscono costante tracciabilità e la gestione contemporanea di più pazienti da remoto. Vediamone i dettagli in questo approfondimento**

**N**

Marzia Bonfanti,  
Elisabetta Garagiola,  
Emanuela Foglia,  
Daniele Bellavia,  
Emanuele Porazzi  
Centro sull'Economia e il  
Management nella Sanità  
e nel Sociale, LIUC-Università  
Cattaneo, Castellanza, Italia

Nell'ambito delle misure adottate dal Governo per il contenimento e la gestione dell'emergenza, che stiamo vivendo in queste settimane, c'è anche quella di incentivare il più possibile il lavoro agile, cosiddetto "smart working": una modalità a cui molti dei datori di lavoro, purtroppo, non si erano mai approcciati prima. Invece oggi ne siamo immersi, destreggiandoci tra nuovi software per riunioni a distanza, e-mail e condivisione degli schermi, sperimentandone anche le criticità (in termini di infrastrutture e di connessioni multiple a internet), tipiche di soluzioni non testate in condizioni di "utilizzo a pieno regime". Si pensa che il telelavoro o smart working sia applicabile solo a certe tipologie di attività lavorative, tipicamente e soprattutto quelle così dette "da

ufficio"... e se così non fosse? Utopico che si possa applicare un nuovo modello "smart" anche alla cura dei pazienti? Assolutamente no, anzi, è realistico ipotizzare la proposta di un vero e proprio cambio del modello di cura, in grado di portare significativi vantaggi, non solo per i pazienti, ma anche per le organizzazioni sanitarie.

Stiamo parlando della "telemedicina", ossia l'insieme di tecniche mediche che unitamente alle applicazioni tecnologiche e digitali permette di garantire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a distanza. Ovviamente non può essere applicabile a tutti i tipi di prestazioni, ma ben si applica, per esempio, a un consistente numero di attività, volte al monitoraggio e alla gestione di medio e lungo periodo dei pazienti cronici, oppure ancora utili per il controllo dei pazienti e per garantire la continuità dell'assistenza.

In condizioni "normali", la telemedicina può andare incontro alle esigenze di pazienti che abitano in luoghi remoti, e che necessitano

di controlli *post operatori*, oppure che hanno problemi di deambulazione o di trasporto, o, ancora più semplicemente, può supportare il potenziamento dei servizi territoriali, più prossimi al domicilio dei pazienti, ricorrendo all'accesso ospedaliero solo in caso di diagnosi di un problema sanitario maggiore.

Tali soluzioni possono assicurare una maggiore equità di accesso alle cure, ma anche una riduzione dei costi sia a carico del paziente (costi di trasporto, e al tempo stesso costi a carico dei *caregiver*) sia del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, in senso più ampio, adottando dei protocolli caratterizzati da maggiore semplicità di gestione e da una liberazione di agende di ambulatorio in sede ospedaliera, che possono essere riconvertite per differenti attività.

Per fare tutto ciò, ovviamente, sono necessari degli investimenti in tecnologie e anche un'attività di riorganizzazione interna, essenziale, per permettere di gestire al meglio nuovi percorsi e processi.

In situazioni di emergenza, come quella attuale, però, l'implementazione di tali soluzioni tecnologiche e digitali diventa essenziale per modificare il paradigma di cura e garantire il normale controllo e monitoraggio dei pazienti che, altrimenti, sarebbe rallentato o addirittura bloccato. Soluzioni basate sulla telemedicina, infatti, consentono di liberare preziose risorse all'interno dell'ospedale, per fornire la possibilità di avere un maggiore *focus* proprio sui pazienti affetti da COVID-19 e per riorganizzare i processi ospedalieri interni, nonché evitando il più possibile il contagio tra pazienti COVID-19 e non.

Le soluzioni tecnologiche con monitoraggio a distanza, grazie alla presenza di dispositivi che garantiscono una costante tracciabilità e un invio di dati paziente, potrebbero consentire agli operatori di seguire contemporaneamente più pazienti da remoto. In caso di improvviso aggravamento presso il proprio domicilio, gli operatori sono in possesso di tutte le informazioni utili per intervenire tempestivamente e programmare eventualmente un accesso ospedaliero, pianificando adeguatamente i percorsi, dunque, con una maggiore sicurezza per i pazienti e per le strutture sanitarie.

In questo modo anche i pazienti percepiscono un'assistenza vicina alle proprie esigenze, e forse anche migliore di quella ospedaliera, poiché vissuta con tranquillità tra le mura domestiche.

Tale soluzione potrebbe essere estesa anche per ulteriori visite di controllo, così come per eventuali necessità di consulto. Con sistemi a distanza, evitando il più possibile gli accessi in ospedale, si eviterebbero situazioni pericolose di contagio, ma al tempo stesso si potrebbe

garantire la continuità di servizio che, per esempio, in questo momento storico, non viene garantita. Nonché tali soluzioni potrebbero garantire quella netta divisione tra percorsi COVID-19 e non COVID-19, che oggi costa un grande sacrificio di riorganizzazione se necessita di implementazione fisica all'interno delle strutture.

Serve però un cambio di mentalità, ossia una visione più proattiva, che percepisca il valore intrinseco di queste soluzioni digitali e tecnologiche, nell'ottica di una pianificazione e programmazione sanitaria lungimirante, che preveda quindi, per il futuro, la possibilità di persistenza di questa tipologia di emergenze sanitarie. Taluni sistemi sanitari, probabilmente avendo già vissuto alcune problematiche simili, o perché abituati all'essere teatro di conflitti, come per esempio il contesto israeliano, sono già pronti e organizzati in questo senso, sicuramente più proattivi a tale modifica e riorganizzazione. Servono anche un cambio nella programmazione sanitaria e maggiori investimenti in tecnologia, così da rendere subito fruibili tali soluzioni alla cittadinanza.

La buona notizia è che, in Italia, non siamo poi così lontani da questo traguardo! Esistono già molti esempi applicativi e si necessita di una messa a sistema di queste soluzioni, per non viverle solo come delle *best practice*, ma per renderle delle realtà disponibili a tutti.

Serve un cambio di mentalità, ossia una visione più proattiva, che percepisca il valore intrinseco di queste soluzioni digitali e tecnologiche

Anche all'interno del contesto di Regione Lombardia, si stanno attivando e si sono già attivate delle attività di sperimentazione e validazione di interessanti soluzioni tecnologiche avanzate, proprio cercando di incentivare politiche proattive, rivolte al cambiamento del paradigma di cura.

Un esempio a questo riguardo è l'ecosistema di teleriabilitazione ideato e testato attraverso il progetto SIDERA^B (Sistema Integrato DomiciliarE di Riabilitazione Assistita orientato al Benessere). L'attività progettuale, finanziata da Regione Lombardia nel 2018, mediante fondi POR FESR, è condotta da un ampio e variegato partenariato di aziende (Telbios s.r.l. Amiko s.r.l. Grifo Multimedia s.r.l. Tenacta Group s.p.a.) ed enti di ricerca (Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus; Politecnico di Milano; Università Carlo Cattaneo – LIUC; Università degli Studi Milano – Bicocca). SIDERA^B è nato con l'obiettivo di progettare, sviluppare e validare una piattaforma per la continuità di cura al domicilio in termini di riabilitazione e assistenza, supportata da tecnologie innovative per pazienti con patologie croniche di particolare rilevanza, quali bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (di seguito BPCO), Malattia di Parkinson (e patologie neurodegenerative – di seguito MP), e scompenso cardiaco cronico (SCC).

La sperimentazione di quest'innovativa piattaforma, sotto la guida clinica di IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, ha preso avvio lo scorso settembre coinvolgendo circa 150 pazienti e si concluderà nei prossimi mesi di giugno-luglio 2020.

I pazienti arruolati, sono chiamati a svolgere attività riabilitative personalizzate a casa, sotto il costante monitoraggio degli operatori sanitari in merito al grado di aderenza al programma, ma anche attraverso il rilevamento di alcuni parametri vitali. Per riabilitazione personalizzata si intende un pacchetto riabilitativo che viene adeguato alle esigenze e ai tempi di recupero funzionale di ogni singola persona. L'approccio è multiprofessionale per abbracciare i molteplici parametri della complessità della persona presa in cura e raggiungere gli obiettivi definiti mediante il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Una riabilitazione personalizzata fornisce inoltre



un fattore molto importante, ossia la possibilità di modificare in tempo reale il piano riabilitativo del paziente, in caso di difficoltà o problematiche, che vengono intercettate dal personale e prontamente risolte, proprio con il supporto della tecnologia.

Da un punto di vista operativo la somministrazione del programma riabilitativo per il domicilio avviene attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma, la piattaforma SIDERA^B accessibile online utilizzando i tablet consegnati ai pazienti coinvolti nella sperimentazione. Tale piattaforma richiede al paziente un impegno di circa 40 minuti al giorno, per cinque giorni alla settimana per 3 mesi in caso di SCC, 4 mesi in caso di BPCO e MP. Il paziente può decidere liberamente in quali orari eseguire gli esercizi, in relazione alle sue preferenze e necessità. I dati relativi all'andamento delle sedute di riabilitazione (per esempio se e come sono stati effettuati gli esercizi) sono automaticamente registrati nella piattaforma informatica anche mediante feedback actigrafico, nonché feedback mediante scale che misurano la fatica percepita, durante l'atto riabilitativo. Particolare attenzione è stata riposta nella scelta degli esercizi consigliati che prevedono attività aerobiche di potenziamento cardiovascolare eseguite con un cicloergometro, attività di rinforzo della muscolatura toracica (SCC e BPCO), di destrezza per gli arti superiori con rinforzo e attività cognitive di stimolazione specie delle funzioni esecutive (MP). Durante il periodo di trattamento, sempre tramite la piattaforma SIDERA^B, può essere richiesto al paziente



di effettuare misurazioni di alcuni parametri fisiologici (ad es. pressione arteriosa in SCC, saturimetria in BPCO, frequenza cardiaca in MP), garantendo in questo modo anche un controllo e un monitoraggio clinico della patologia, nonché la possibilità di supervisionare l'evoluzione della stessa e intervenire, in caso di aggravamento o riacutizzazione, con delle prestazioni *ad hoc*. Il curante può verificare su piattaforma l'andamento del percorso riabilitativo, così da apportare modifiche, in caso di necessità.

In questo momento di emergenza, tutti i pazienti che stanno utilizzando la piattaforma SIDERA<sup>AB</sup>, stanno proseguendo lo studio, monitorati in remoto dai clinici, senza rischi per gli stessi e senza una interruzione del servizio, come stanno purtroppo sperimentando i pazienti che seguono un percorso riabilitativo e di cura tradizionale. Chi necessita, infatti di riabilitazione ambulatoriale, oggi non può vedersi garantito il servizio, chi invece è degente, all'interno delle strutture riabilitative, non può essere visitato dai parenti, con un negativo impatto psicologico.

In questo scenario di emergenza risultano pertanto facilmente apprezzabili il vantaggio di avere soluzioni di telemedicina quali la teleriabilitazione. Tuttavia, proprio in ragione non solo dell'imprevedibilità di tali scenari, ma anche delle consuete difficoltà di presa in carico dei pazienti cronici che necessitano di riabilitazione, l'adozione di una tale innovazione tecnologica in pratica clinica potrebbe permettere una riduzione significativa non solo della condizione di disabilità, ma anche

dei ricoveri in regime di degenza ordinaria, nonché dell'attività ambulatoriale, con conseguenti vantaggi in termini organizzativi, economici e di qualità di vita.

La possibilità di definire aree di miglioramento del percorso e di copertura di nuove prestazioni per la popolazione, definisce l'esistenza non solo di una maggiore sostenibilità complessiva, ma anche della possibilità di generare maggiori esiti positivi di salute: qualsiasi intervento in grado di aumentare i benefici per la popolazione, oltre a essere un intervento sanitario preferibile, rappresenta anche un fattore positivo in grado di migliorare gli outcome per il sistema, nel suo complesso.

Da questo punto di vista, tali risultati attesi appaiono essere pienamente coerenti con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Cronicità (2016), che promuovono un'evoluzione verso la cosiddetta "Value Based Medicine", vale a dire verso una medicina efficace, ma sostenibile sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione, con la necessità di garanzia delle cure) sia in termini di valori individuali e sociali (in grado di conciliare le linee guida EBM con gli effettivi bisogni/valori del paziente e della comunità in cui vive). Uno spaccato, dunque, di possibili nuovi scenari, di potenziali soluzioni, ma anche di nuovi modelli di *care*... per fare una riflessione comune e per ricordarci quanto sarebbe importante, non farci trovare impreparati nel prossimo futuro... pur sperando vivamente, di non vivere mai più una esperienza simile. ●

# Integrità e professionalità, i risultati di una survey

**Un valore etico da legare, o forse sarebbe meglio dire radicare, alle professioni sanitarie.**

**Quelli che vi proponiamo sono i risultati di un imponente lavoro di ricerca che ha interessato 6.781 operatori, di cui il 60% in ambito riabilitativo. Un progetto di eccezionale portata dal quale potremmo trarre interessanti spunti di riflessione. Entriamo nel merito**

## Il gruppo del progetto EtiCare

Il gruppo che ha curato questo lavoro all'interno del progetto EtiCare è composto da:  
 Michela Giannetti, Massimo Brunetti, Anna Rosa Accornero, Susanna Agostini, Alessia Cabrini, Cristina Comi, Maria Concetta Crupi, Lucia Intruglio, Giuseppe Marazia, Paola Pirocca, Cristina Rosetti, Michela Rossini, Arianna Sellari, Alessandro Beux.  
 Per informazioni [www.tsrn.org/eticare](http://www.tsrn.org/eticare)

La mancanza di integrità nel mondo della salute è un problema che porta a danni maggiori rispetto ad altri settori della società perché tocca le persone in momenti di bisogno e vulnerabilità. Gli interessi sono molti e gli episodi di corruzione mettono in luce quando l'interesse del cittadino viene accantonato a favore di interessi privati. Dietro il tema dell'integrità della salute, vi è una visione della stessa non solo come bene privato della singola persona, ma come bene comune a cui tutti siamo chiamati a dare il nostro contributo.

Si tratta di trasformare le asimmetrie informative e la mancanza di sufficiente conoscenza da problema in opportunità. Facendo quindi luce sulla complessità del sistema e mettendo al centro in modo concreto i cittadini. E nel fare questo l'etica e i valori giocano un ruolo di primo piano, essendo il punto da cui partire per riuscire a tra-

grado di guidare ogni giorno gli operatori del settore.

Ogni giorno i cittadini cercano una risposta a un problema legato al loro benessere e al contempo una grande e complessa organizzazione fatta di professionisti e strutture sanitarie e sociali cerca di dare una risposta ad esso. È naturale che dietro a questa sequenza di azioni ruotino molti interessi, la maggior parte dei quali legittimi. Se nella maggior parte dei casi le persone vivono una esperienza positiva nell'interazione fra questa domanda di salute e la relativa risposta, si possono tuttavia nascondere comportamenti opportunistici, non tesi al benessere della singola persona, ma mirati a soddisfare interessi particolari.

Il primo e più importante elemento che viene minato quando si è in presenza di un episodio di corruzione o di infiltrazione criminale nel sistema della salute è legato alla fiducia da parte delle persone. Va tuttavia subito detto con forza che la maggior

parte di coloro che lavorano nel sistema della salute sono persone oneste che ogni giorno operano per il bene dei cittadini e dei pazienti. E sono pochi quelli che sporcano il buon lavoro e la reputazione dei molti, creando dei danni enormi e andando a incidere sulla fiducia delle persone.

Per corruzione si intende l'abuso del potere e della fiducia che vengono dati ad un operatore del sistema, pubblico o privato, per fare il proprio interesse, di un partito, di una associazione o altro. E la non tutela dell'interesse del singolo cittadino con il suo problema di salute o della collettività, quando si parla di un interesse generale come ad esempio in tema ambientale.

La definizione generale di corruzione va al di là dei reati penali e ricomprende la mal-amministrazione, ossia il cattivo uso delle risorse di cui la società dispone, che possono essere pubbliche o private. Del medico nei confronti del paziente, del ricercatore che fa solo l'interesse dell'industria farmaceutica che sostiene la ricerca, del dirigente che compra materiali scadenti, di chi non gestisce al meglio i rifiuti, di chi non controlla in modo adeguato gli alimenti che mangiamo o i luoghi di lavoro in cui operiamo, del politico che compie scelte per difendere interessi delle lobbies, che magari gli finanziano la campagna elettorale<sup>1</sup>.

Si tratta quindi di condizioni di rischio che vanno individuate e gestite in modo adeguato. Come vedremo la prevenzione della corruzione e delle mafie ricade in quella che viene definita gestione del rischio, azione che mira soprattutto a prevenire i problemi. Sono due le principali condizioni di rischio: le asimmetrie informative e i conflitti di interesse e quando i due si associano si possono creare situazioni di rischio.

Il primo fattore di rischio per l'integrità del sistema riguarda un elemento costitutivo che caratterizza il sistema della salute ed è la non perfetta conoscenza/asimmetria informativa della realtà da parte di cittadini e spesso anche degli operatori, quando per lo stesso problema vengono fornite risposte diverse. E qui entra in gioco il tema degli interessi: que-

ste differenze di opinioni e punti di vista potrebbero essere eticamente accettabili se legate al cercare di fare il bene del paziente, molto meno se invece se legate al fatto di fare gli interessi privati di qualcuno. Rimanendo in ogni caso aperto il tema sul chi decida l'accettabilità etica della cosa.

L'altro elemento di rischio sono i conflitti di interesse<sup>2</sup>. Fenomeno sempre esistito nell'ambito della salute: si pensi che già nel Medioevo si poneva il tema di evitare contiguità fra medici e coloro che dispensavano medicinali, e fu l'Imperatore Federico II il primo a porre delle regole in questa direzione<sup>3</sup>.

In generale abbiamo dei potenziali conflitti di interesse quando una persona ha un interesse privato che potrebbe incidere sulla tutela dell'interesse primario, rappresentato dal cittadino. Sappiamo che di per sé avere un conflitto di interesse non rappresenta un problema, semplicemente è un campanello di allarme di una situazione a rischio, su cui vanno prese le opportune misure di attenzione.

Spesso siamo abituati a fare una classificazione in cui consideriamo i mafiosi più pericolosi dei corrotti, in quanto li pensiamo più violenti. Questa in realtà è una sottovalutazione dei problemi che la corruzione può portare. Pensiamo al danno che un ricercatore può far nascondendo gli effetti collaterali di un farmaco e poi quella molecola viene assunta da milioni di persone che avranno anche pesanti effetti collaterali<sup>4</sup>, o anche solo pre-

<sup>2</sup> Dirindin N., Rivoiro C., De Fiore L. *Conflitti di interesse e salute. Come industrie e istituzioni condizionano le scelte del medico Il Mulino* 2018

<sup>3</sup> Franco Lupano, *Non habeo societatem cum aliquo apothecario, Occhio Clinico n. 5 maggio 2007, p. 28-29*

<sup>4</sup> Gotzsche PC *Medicine letali e crimine organizzato. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il*

Dietro il tema dell'integrità della salute, vi è una visione della stessa non solo come bene privato della singola persona, ma come bene comune a cui tutti siamo chiamati a dare il nostro contributo

<sup>1</sup> Vannucci A. *Atlante della corruzione 2012* Edizioni Gruppo Abele

scrivendo un farmaco o un integratore per far raggiungere il budget a chi lo promuove. O dell'apicoltore che sparge l'antibiotico nella sua arnia in modo del tutto inappropriato, o dell'uso improprio degli antibiotici negli allevamenti, che indirettamente a distanza di tempo faranno sviluppare resistenze a quelle molecole.

Questi esempi ci portano a dire come ogni atto corruttivo e mafioso nel sistema della salute abbia un impatto che può essere letto da diversi punti di vista<sup>5</sup>:

- **sulla salute e sicurezza delle persone:** generando malattie, disabilità e morti evitabili. Si pensi ad una discarica con rifiuti pericolosi, un dispositivo medico non sicuro, un cantiere in cui i lavoratori operano in condizioni rischiose, un intervento chirurgico inutile;
- **economico:** con uso in modo improprio delle risorse disponibili, sia acquistando beni e servizi a prezzi inadeguati, sfruttando la corruzione per arrivare a imporre quelle scelte, sia facendo scelte terapeutiche e assistenziali errate per favorire interessi specifici;
- **di freno alla innovazione:** chi è corrotto non vuole cambiare il sistema e si oppone ad ogni forma di miglioramento della situazione esistente;
- **di equità:** gli atti corruttivi producono essi stessi disuguaglianze e colpiscono

sistema sanitario 2015 Giovanni Fioriti Editore

5 Come prevenire illegalità e corruzione nel sistema sanitario e sociale In Pratica 2015 Il Pensiero Scientifico Editore

maggiormente le persone che hanno meno possibilità di difendersi, anche in termini di conoscenze del sistema<sup>6</sup>.

Per affrontare questi temi nell'ambito delle professioni sanitarie nel 2017 è nata una collaborazione fra il progetto "Illuminiamo la salute" e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia medica e delle professioni sanitarie, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (TSRM PSTRP). Il progetto "Illuminiamo la salute" è nato nel 2012 ed è promosso da Libera, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte e Gruppo Abele per la promozione dell'integrità nel sistema della salute. La Federazione TSRM PSTRP è nata con la L.n.3/2018 e rappresenta 19 professioni sanitarie e 61 Ordini Provinciali e interprovinciali e si stima che rappresenti circa 220 mila professionisti sanitari.

L'obiettivo dell'analisi presentata in questo lavoro è quello di individuare le aree a maggiore rischio di integrità delle diverse professioni sanitarie e di individuare le buone pratiche che i professionisti propongono di adottare. Il presente lavoro si colloca in un più ampio progetto sul tema dell'etica delle professioni sanitarie, che si pone l'obiettivo di fare sì che il tema dell'etica e dei valori sia sempre più preso in considerazione all'interno delle professioni sanitarie e anche dentro le aziende sanitarie (progetto EtiCare – www.tsrp.org/eticare).

6 Sul tema della lotta alle disuguaglianze nella salute si legga Marmot M. – La salute disuguale. la sfida di un mondo ingiusto 2016 Il Pensiero Scientifico Editore

Domande del questionario		
	Domande	Possibili risposte
1	In quale ambito professionale operi?	Elenco delle 19 professioni sanitarie
2	In generale quanto percepisci importante il tema della scarsa integrità e della corruzione nella società italiana?	Per niente importante/poco importante/importante/molto importante
3	Quanto percepisci importante il tema della scarsa integrità e della corruzione nel tuo ambito professionale?	Per niente importante/poco importante/importante/molto importante
4	Negli ultimi 12 mesi hai assistito direttamente a fenomeni di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del tuo ambito professionale?	Sì/no
5	Se sì, ci puoi indicare la tipologia?	Testo libero
6	Hai delle proposte per aumentare l'integrità del tuo ambito professionale?	Testo libero

Tabella 1

Numero di risposte al questionario			
Ambito professionale	Numero risposte	%	Categorie professionali
Riabilitativo	4.035	60%	Educatore professionale, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista e Assistente di oftalmologia, Podologo, Tecnico riabilitazione psichiatrica, Terapista neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale
Diagnostico	1.290	19%	Tecnico audiometrista, Tecnico neurofisiopatologia, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica
Assistenziale	835	12%	Dietista, Igienista dentale, Tecnico audioprotesista, Tecnico fisiopatologia e perfusione cardiocircolatoria, Tecnico ortopedico
Prevenzione	517	8%	Assistente sanitario, Tecnico prevenzione ambiente e luoghi lavoro
Totale risposte	6.781	100%	

Tabella 2

### Metodi

Al fine di raggiungere l'obiettivo dell'analisi è stato sottoposto nel mese di settembre 2019 via mail un questionario di 6 domande (tabella 1) a tutti i professionisti appartenenti alla Federazione TSRM PSTRP. La survey è stata resa disponibile per tre settimane.

I risultati sono stati analizzati solo con analisi statistiche descrittive, in quanto non si è cercato una rappresentatività statistica delle singole professioni.

### Risultati

Al questionario hanno risposto 6.781 operatori, di cui il 60% in ambito riabilitativo (tabella 2).

Il 64% dei professionisti che hanno fornito una risposta reputa "molto importante" il tema della scarsa integrità e della corruzione nella società italiana (tabella 3). Tale valore si abbassa al 46% quando la stessa domanda viene posta rispetto al proprio ambito professionale. Per entrambe le domande le due professioni che percepiscono maggiormente tale fenomeno sono i tecnici ortopedici e i tecnici audioprotesisti.

Rispetto all'aver assistito direttamente negli ultimi 12 mesi a fenomeni di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del proprio ambito professionale in media il 32% dei professionisti risponde affermativamente. Anche in questo caso le professioni che percepiscono maggiormente il problema sono le due sopra citate, quelli meno coinvolti gli

assistenti sanitari.

In generale fra le forme che i professionisti hanno ritenuto di segnalare di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del proprio ambito professionale si segnala come preponderante il fenomeno dell'abusivismo delle professioni (17% delle risposte), il tema della selezione del personale (11%) e quello generale dei favoritismi (11%) (tabella 4). Un'analisi di questa risposta per tipologia professionali mostra:

- nel caso dell'abusivismo le professioni che maggiormente sentono il problema sono gli igienisti dentali (con il 47% delle loro risposte), i podologi (44%) e i dietisti (35%);
- nel caso dei problemi legati alle selezioni del personale hanno segnalato maggiormente il problema i TSRM e i podologi (entrambi con il 25% delle loro risposte);
- nel caso dei favoritismi gli assistenti sanitari (con il 40% delle loro risposte) e i tecnici della riabilitazione psichiatrica (30%).

Altre forme di mancanza di integrità riguardano solo per fare alcuni esempi la collusione fra prescrittori, aziende produttrici e rivenditori di dispositivi, il tema della prescrizione di diete senza alcuna evidenza, l'effettuazione di esami a persone conosciute saltando le liste di attesa, la ricezione di vantaggi per la

segnalazione ai pazienti di colleghi, l'effettuazione di interventi terapeutici inutili, ecc.

In generale le soluzioni proposte dai professionisti hanno riguardato principalmente due categorie: il rafforzamento dei controlli (per il 36% delle risposte) e lo svolgimento di attività formative sui temi dell'etica e dell'integrità (16%) (tabella 5). Nello specifico delle singole professioni le risposte hanno riguardato:

- per quanto riguarda i controlli le professioni che hanno maggiormente segnalato la cosa sono i terapisti occupazionali (per il 56% delle loro risposte) e i tecnici ortopedici (53%);
- sul tema della formazione hanno segnalato maggiormente gli educatori professionali (per il 32%), gli assistenti sanitari (il 28%) e i tecnici della prevenzione ambientale (26%).

L'analisi delle proposte mostra alcuni temi legati ad una buona gestione delle risorse umane, come le supervisioni e gli audit sulle attività svolte, il lavoro in team multidisciplinari e le politiche legate al benessere degli operatori.

### Discussione

I risultati della presente indagine ci forniscono alcune importanti indicazioni rispetto al tema della integrità all'interno del sistema salute.

Per prima cosa che i professionisti ritengono importante questo ambito. Lo abbiamo visto dal numero di risposte nelle tre settimane in cui il questionario è stato aperto. E le professioni sanitarie possono dare un contributo importante per disegnare politiche capaci di rispondere in modo efficace e senza bu-

Valutazione dell'integrità e corruzione per profilo professionale				
		Nella società italiana	Nella propria professione	Hanno assistito ad un episodio nei 12 mesi precedenti
		% che percepisce <b>molto importante</b> il tema della scarsa integrità e della corruzione nella <b>società italiana</b>	% di professionisti che percepiscono <b>molto importante</b> il tema della scarsa integrità e della corruzione nel proprio ambito professionale	% di professionisti che negli ultimi 12 mesi <b>hanno assistito direttamente</b> a fenomeni di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del tuo ambito professionale
	<b>Totale complessivo</b>	<b>64%</b>	<b>46%</b>	<b>32%</b>
1	Tecnico ortopedico	74%	63%	62%
2	Tecnico audioprotesista	69%	60%	53%
3	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	61%	40%	40%
4	Terapista occupazionale	57%	43%	36%
5	Dietista	67%	53%	36%
6	Igienista dentale	67%	50%	34%
7	Educatore professionale	68%	45%	34%
8	Fisioterapista	61%	45%	33%
9	Tecnico sanitario di radiologia medica	62%	48%	32%
10	Logopedista	65%	42%	32%
11	Tecnico fisiopatol. e perfusione cardioc.	64%	39%	31%
12	Terapista neuro e psicomotricità età evol.	63%	42%	30%
13	Tecnico audiometrista	65%	52%	29%
14	Ortottista e Assistente di oftalmologia	65%	42%	26%
15	Tecnico sanitario laboratorio biomedico	65%	49%	26%
16	Podologo	61%	44%	25%
17	Tecnico prev. ambiente e luoghi lavoro	62%	51%	25%
18	Tecnico neurofisiopatologia	52%	37%	25%
19	Assistente sanitario	65%	43%	18%

Tabella 3



roccrazia alla domanda di integrità che viene posta dalla società a tutto il sistema salute. Da queste risposte emerge la volontà di essere coinvolti ad organizzare al meglio il proprio servizio, senza dover subire scelte che non mirano alla qualità dell'assistenza ai pazienti. Esso rappresenta infatti uno dei punti più delicati per la vita delle persone e non ci possiamo permettere che avvengano episodi come quelli descritti, convinti peraltro che siano marginali rispetto al totale delle prestazioni. In ogni caso abbiamo il dovere da un lato di conoscere e fare emergere queste situazioni e dall'altro di mettere in campo tutte le forze che abbiamo per prevenirle.

È arrivato il momento di non lasciare più sole le aziende sanitarie a gestire questo tema, perché il rischio di avere una visione burocratica è molto alto. Burocrazia che crea anticorpi e a volte è essa stessa generatrice di situazioni opache. Lavorare sul tema della integrità significa costruire organizzazioni snelle, semplificare i percorsi di diagnosi e

assistenziali, renderli trasparenti e facilmente conoscibili, sia in termini di struttura organizzativa, di esiti ottenuti e di risorse impiegate. Come le risposte del questionario mettono bene in evidenza, i temi riportati toccano la salute a 360 gradi: dalla sicurezza degli interventi, alla loro efficacia e appropriatezza, all'organizzazione dei percorsi assistenziali. Anche da qui si vede bene come sia necessario adottare un approccio di gestione del rischio integrata, che superi le barriere fra i diversi rischi esistenti nelle aziende sanitarie (clinico, dei lavoratori, privacy, strutturale, integrità, ecc). Questo per favorire sia l'efficacia delle azioni di mitigazione del rischio, sia per rendere più efficienti questi meccanismi.

E il tema dei valori e dell'etica deve essere assunto dalle singole organizzazioni come elemento centrale del loro agire quotidiano. A partire dalle professioni che maggiormente evidenziano problemi legati all'integrità, nel nostro caso ad esempio quelle legate all'ambito ortopedico e audioprotesico, dove la

Fenomeni di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del proprio ambito professionale a cui i professionisti hanno assistito negli ultimi 12 mesi		
		% risposte
1	Abusivismo delle professioni	17%
2	Problemi legati alla selezione del personale	11%
3	Presenza di favoritismi	11%
4	Mancanza di trasparenza	8%
5	Inappropriatezza nell'assistenza	6%
6	Prescrizioni fatte per interessi	5%
7	Inappropriata gestione delle liste attese	4%
8	Lavoro svolto in "nero"	3%
9	Problemi legati agli appalti	2%
10	Problemi legati ai percorsi assistenziali	2%
11	Presenza di corruzione	2%
12	Presenza di mobbing	1%
13	Presenza di truffe	1%
14	Deviazione dei pazienti visti nel pubblico verso percorsi privati	1%
15	Inadeguati comportamenti legati agli orari di lavoro	1%

Tabella 4

spinta innovativa e commerciale risulta più forte. Innovazione che deve essere al servizio delle persone e non il contrario.

In termini di problemi emersi, il tema dell'abusivismo della professione spicca come tema molto sentito dagli operatori intesa come tutela del cittadino e non come difesa corporativistica delle professioni. A questo si associa il fenomeno del lavoro "in nero", anche da parte dei professionisti che operano nelle aziende sanitarie e lo sviamento dei pazienti dal pubblico verso il privato o la inadeguata gestione delle liste di attesa.

I problemi segnalati nell'ambito della gestione delle risorse umane mostrano la necessità di un approccio proattivo e non solo di gestione amministrativa in questo ambito. I problemi legati alle selezioni del personale, la presenza di favoritismi, il mobbing e i comportamenti inadeguati rispetto all'orario di lavoro sono tutti elementi che andrebbero gestiti con un approccio innovativo delle risorse umane all'interno delle organizzazioni sanitarie. Troppo spesso nelle aziende sanitarie troviamo ancora solo una gestione del personale che si occupa della parte burocrati-

ca di questo e non della parte di sviluppo delle risorse umane presenti in azienda.

La valorizzazione delle competenze, delle risorse dei diversi professionisti sanitari ed il loro effettivo riconoscimento nell'organizzazione delle aziende sanitarie e dei servizi può avvenire solo nella misura in cui esistano una reale conoscenza delle diverse professionalità e la volontà di creare una rete di servizi caratterizzata da una effettiva interprofessionalità. L'analisi qualitativa delle risposte fornite in molti casi si collega a questa criticità.

L'altro punto riguarda il tema dell'appropriatezza degli interventi, dove molti operatori ne segnalano la mancanza anche attraverso le prescrizioni di esami diagnostici e terapie fatte solo per interessi economici. Anche in questo caso è necessario uno sforzo importante sia da parte delle aziende sanitarie, sia anche degli ordini professionali per arrivare ad offrire interventi sicuri e di dimostrata efficacia terapeutica. Da questo punto di vista molti professionisti sottolineano l'inutilità delle prescrizioni di integratori e di diete basate su nessuna evidenza.

In termini di proposte la maggior parte dei professionisti suggerisce il rafforzamento dei controlli, segno che esiste ancora molta strada da fare per mettere in piedi dei sistemi di controllo mirati al miglioramento delle pratiche assistenziali. In questo ambito il percorso da fare è quello di identificare, a partire dai processi assistenziali, i punti a maggiore rischio di integrità andando a definire controlli efficaci ed efficienti, che non appesantiscano il lavoro quotidiano degli operatori ed evitando una inutile logica burocratica.

L'altro elemento suggerito dai professionisti è quello della formazione e della crescita culturale sui temi dell'etica e dei valori, andando a rafforzare le buone pratiche. In questo caso il contributo che gli ordini professionali possono dare a tutto il sistema della salute è importante, perché portano il punto di vista di chi tutti i giorni opera a contatto con i cittadini e i pazienti.

Formazione e informazione rivolta anche verso i cittadini, spesso inconsapevoli delle complesse dinamiche esistenti dietro le risposte ai loro bisogni di salute, per andare a dare una risposta al diritto alla conoscenza spesso

troppo poco esercitato.

Anche il tema della trasparenza e dell'informazione verso i cittadini e verso tutti i portatori di interesse è un elemento suggerito e su cui lavorare a tutti i livelli del sistema. Sia in termini di conoscenza dei contenuti delle professioni sanitarie, sia in termini di esiti delle attività delle stesse.

In termini di gestione delle risorse umane, interessante notare come in molti suggeriscano l'uso estensivo di strumenti come le supervisioni e gli audit sulle attività svolte, il lavoro in team multidisciplinari e le politiche legate al benessere degli operatori. Questo elemento mostra una logica non burocratica nella ricerca delle soluzioni di questi fenomeni e mirata al trasformare i problemi in opportunità di cambiamento.

In merito al tema dell'appropriatezza le proposte vanno nella direzione della Evidence Based Practice anche attraverso l'adesione a iniziative come quella suggerita dal progetto internazionale Choosing Wisely. La sezione italiana ([choosingwiselyitaly.org](http://choosingwiselyitaly.org)) ha pubblicato sul proprio sito un manifesto di pratiche inutili o addirittura dannose da abolire nel mondo sanitario, in linea con il suo motto che suggerisce in modo molto chiaro la linea da intraprendere "fare di più non significa fare

meglio"<sup>7</sup>.

Questi risultati saranno la base per lo sviluppo del progetto sui temi dell'etica delle professioni che andrà in due direzioni sinergiche. Da un lato la definizione di una unica Carta Etica dei professionisti appartenenti alla Federazione TSRM PSTRP. Dall'altro lo sviluppo del progetto EtiCare ([www.tsrn.org/eticare](http://www.tsrn.org/eticare)), con l'obiettivo di trasformare i valori e l'etica in azioni concrete quotidiane, facendo leva sulle buone pratiche che è possibile mettere in campo per l'integrità della salute.

I risultati di questo lavoro ci rafforzano nel convincimento che il tema della integrità delle professioni rappresenti uno dei pilastri fondamentali del sistema della salute, per sostenere la fiducia da parte dei cittadini da un lato e il senso di appartenenza degli operatori dall'altro.

#### Conflitti di interesse

Il presente lavoro è stato elaborato nell'ambito di un progetto sostenuto dalla Federazione TSRM PSTRP sull'integrità delle professioni sanitarie. Non sono presenti potenziali conflitto di interesse. ●

<sup>7</sup> Pirocca P. Fare di più non significa fare meglio – *Fisioterapisti* 2019; 69: 12-14

#### Proposte per aumentare l'integrità del proprio ambito professionale

		% risposte
1	Rafforzare i controlli a tutti i livelli	36%
2	Fare formazione sull'etica e sull'integrità	16%
3	Aumentare i compensi degli operatori	4%
4	Aumentare la trasparenza	4%
5	Favorire il riconoscimento delle professioni da altri professionisti	3%
6	Aumentare l'informazione sulle professioni verso i cittadini	3%
7	Aumentare le sanzioni	3%
8	Aumentare la meritocrazia	3%
9	Favorire il whistleblowing	2%
10	Favorire la pratica basata sulle evidenze scientifiche	2%
11	Favorire strumenti come la supervisione e audit	2%
12	Lavorare sul codice etico e sui valori	2%
13	Aumentare la rotazione	1%
14	Favorire il lavoro in team multidisciplinari	1%
15	Favorire politiche legate al benessere degli operatori	1%

Tabella 5



### Chiavi in mano per arredi strutture per la terza età ed ospedali. Dal 1937

Da oltre 80 anni i prodotti della Malvestio contribuiscono a migliorare il comfort dei pazienti e degli operatori sanitari. Malvestio, con la sede principale a Villanova (PD) è il primo gruppo in Italia ed è presente in oltre 20 nazioni straniere.

Da sempre è impegnato nello studio e nella realizzazione di letti specialistici per case di riposo e ospedali. Produce inoltre mobili ed attrezzature in arredi chiavi in mano per il buon funzionamento di intere strutture.

Ogni prodotto Malvestio porta con sé un pò del luogo in cui siamo cresciuti e da cui abbiamo ereditato la cultura del lavoro e la filosofia d'impresa: essere cittadini del mondo ma orgogliosi delle nostre origini.

[www.malvestio.it](http://www.malvestio.it)



### Deambulatore Mowego A1 90 cm

Il deambulatore MoweGO, grazie ai supporti per il bacino e il torso, favorisce un mantenimento attivo della postura eretta e la rieducazione al cammino. Il meccanismo per l'accesso facilitato e le molle a gas di sospensione del sellino rendono il dispositivo particolarmente comodo e semplice da usare.

Consigliabile per bambini con deficit cognitivi, persone con disturbi del sistema nervoso centrale o complicazioni post-traumatiche a carico del sistema locomotorio. Modello con circonferenza supporto toracico di 90 cm. Adatto anche per l'uso all'esterno.

[www.chinesport.it](http://www.chinesport.it)



### Enterprise 5000X

Il nuovo letto ospedaliero Enterprise® 5000X offre vantaggi significativi per pazienti, assistenti e strutture sanitarie.

Le sfide quotidiane affrontate dal personale infermieristico nei reparti ospedalieri hanno ispirato Arjo nel migliorare la soluzione consolidata e affidabile per gli ospedali in tutto il mondo. Nello sviluppare il nuovo letto ospedaliero Enterprise 5000X, Arjo si è concentrata sulle esigenze principali dei clienti comuni a tutti gli ambienti sanitari, ossia: sicurezza per il degente/paziente e l'assistente; conformità alle norme internazionali; apparecchiature robuste, intuitive e facili da usare; soluzioni incentrate sulla qualità dell'assistenza per i degenti/pazienti.

[www.arjo.com/it](http://www.arjo.com/it)



### 2050CR

Contenitori per biancheria sporca in alluminio anodizzato.  
 Contenitore in alluminio anodizzato; pareti nervate, non perforate.  
 Sportello anteriore in tre parti: la parte inferiore fissa, la parte centrale scorrevole e la parte superiore pieghevole e montata su cerniere.  
 Coperchio in due parti: 1/3 fisso e 2/3 apertura a 130 ° con cerniere in nylon e acciaio inossidabile.  
 Maniglia a spinta sul lato corto.  
 Paraurti di base in gomma perimetrale; rubinetto di scarico.

[www.francehopital.com](http://www.francehopital.com)



### Sentida 7-i

Sentida 7-i è un letto da degenza basso e universale che stabilisce nuovi parametri per quanto riguarda l'elettronica ed i sistemi di sensori, con standard finora disponibili soltanto nei letti ospedalieri. In più il letto da degenza mantiene sempre le caratteristiche di comfort e design che sono tipiche di tutti i prodotti wissner-bosserhoff. Riduzione dei disagi grazie allo speciale letto di degenza sentida 7-i. Grazie alla funzionalità multipla negli ambiti: assistenza intensiva, accudimento di pazienti affetti da demenza senile, cure palliative, post-acuti e riabilitazione psichiatria geriatrica, cure preventive.

[www.ladumer.com/it](http://www.ladumer.com/it)



### App.Parenti

L'applicazione informatica a supporto dei parenti degli ospiti  
 App.Parenti è un'applicazione che si integra con il software gestionale ABC. Web, estendendo la gestione dell'Ospite nelle Strutture socio-sanitarie anche al rapporto diretto con i parenti. App.Parenti consente di "aprire un canale informativo" rivolto ai Parenti degli Ospiti, in modo personalizzato, tramite le scelte che la Struttura socio-sanitaria può fare attraverso le parametrizzazioni disponibili. Le modalità operative di dialogo sono due:

- la messaggistica indirizzata al Parente,
- il quadro clinico-assistenziale dell'Ospite messo a disposizione del Parente.

[www.margottamedical.it](http://www.margottamedical.it)

## COMITATO CONSULTIVO

**Fulvio Basili**, direttore generale del Gruppo Ecosafety - consulente tecnico dell'INAIL

**Nevio Boscarol**, responsabile economico Servizi e Gestionale UESG - ARIS

**Maria Bosco**, medico geriatra, Asl RmE

**Gabriella Casu**, membro Consiglio Direttivo AITO

**Gilberto Cherri**, referente nazionale GIS (gruppo di interesse specialistico) fisioterapia geriatria

**Francesco Della Gatta**, past president Associazione Italiana Terapisti Occupazionali - AITO

**Simonetta Del Signore**, membro Consiglio Direttivo AITO

**Michele Senatore**, presidente AITO

**Giovanni Sallemi**, direttore generale Villa Bianca

**Mauro Tavarnelli**, presidente AIFI

# residenze SANITARIE

Residenze Sanitarie - Anno V  
**N. 29 - Maggio/Giugno 2020**

**Direttore Responsabile**  
Maria Giulia Mazzoni

**Grafica e impaginazione**  
Giulia Pissagroia

**Redazione**  
Antonella Padularosa, Oriana Mazzini

**Collaboratori**  
Alberto Blasi, Patrizia Grassini

**Commerciale**  
Massimiliano Genna

**Gestione e servizi**  
Marco Bompiani

**ISSN** – 2611-8327

**ROC** – Registro Operatori di Comunicazione n. 17883 – Pubblicazione bimestrale – Registrazione Tribunale N. 37-2015 del 03/03/2015

Edisef Roma  
Poste Italiane S.p.A.  
Spedizione in abbonamento postale 70%  
Roma Aut C/RM/09/2016  
Euro 10,00

**Abbonamento annuale**  
Euro 48,00 - cartaceo  
Euro 32,00 - digitale

**BONIFICO BANCARIO**  
Banca Popolare di Sondrio Ag. 34  
Via Gregorio VII, 348 - 00165 ROMA  
IBAN: IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

**Siti Internet**  
www.edisef.it  
www.residenzesanitarienews.it

**Sede legale**  
Corso della Repubblica, 205  
04012 Cisterna di Latina (LT)

**Redazione e abbonamenti**  
Piazza Pio XI, 62 - 00165 Roma  
Tel 06 66013885  
Fax 06 6626717  
Abbonamenti 06 61774006  
Redazione: redazione@edisef.it  
Abbonamenti: abbonamenti@edisef.it

Finito di stampare nel mese di  
Giugno 2020 presso:  
Rotoform srl  
Via dei Tamarindi, 14  
00134 Roma (RM)

### INDICE INSERZIONISTI

ALSCO ITALIA	p. 4
CHINESPORT	II cop.
COREMEC	IV cop.
SYS-DAT SANITÀ	III cop.
FARMODERM	p. 45
FATER	p. 11
LIDI GROUP	p. 2

La collaborazione è sempre gradita, ma deve rispettare alcune caratteristiche tecniche.  
Articoli – I testi devono essere originali, liberi da diritti d'autore verso terzi e non sottoposti ad altre pubblicazioni.  
La decisione sull'eventuale pubblicazione è ad esclusiva discrezione della Redazione. I testi devono pervenire in formato elettronico in qualsiasi forma di Word Processing e non devono superare le 15.000 battute (spazi inclusi). Grafici, loghi e immagini a corredo devono pervenire in redazione in f.to jpg, tiff, pdf o eps con risoluzione minima di 300 dpi.

Testi e immagini devono essere inviati a:  
**redazione@edisef.it**  
oppure visti in originale a:  
EDISEF - Piazza Pio XI, 62 - 00165 ROMA



### PER COLLABORARE

“ Un unico fornitore in grado di fornire  
le migliori soluzioni per soddisfare  
al meglio ogni tipo  
di esigenza ”



**SYS-DAT SANITA'**

Soluzioni gestionali per la sanità

Case di Riposo, Centri Diurni, R.S.A., Fondazioni,  
Assistenza Domiciliare, Poliambulatori, Case di Cura

[www.sysdatsanita.it](http://www.sysdatsanita.it)



**SYS-DAT SANITA' srl** - Saronno tel. 02.96718.1 - [info@sysdatsanita.it](mailto:info@sysdatsanita.it)



*Quanto è importante dare sicurezza, recuperare autonomia, facilitare la verticalizzazione e lo spostamento?*



*TRASOL 1*

*La linea di ausili TRASOL aiuta le persone:  
pazienti, ospiti ed operatori*

*TRASOL 1: trasferisce i pazienti, con equilibrio precario, dal letto alla carrozzina in sicurezza e senza gravare sull'operatore*

[www.coremec.it](http://www.coremec.it)



*TRASOL 3*

[www.deatorino.it](http://www.deatorino.it)

[www.galeno.com](http://www.galeno.com)



*TRASOL 2*

*TRASOL 2 & 3: trasferire e trasportare le persone da un ambiente ad un altro in sicurezza*