



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Residenzialità e assistenza infermieristica
durante la pandemia di COVID-19**

Relatore:

**Dott. Giordano
Cotichelli**

Tesi di Laurea di:

Caterina Campanelli

A.A. 2019/2020

INDICE

ABSTRACT.....	1
INTRODUZIONE.....	2
COS'E' LA RESIDENZIALITA'.....	2
COVID-19 IN ITALIA.....	4
PREVALENZA PAZIENTI CONTAGIATI E DECEDUTI.....	6
SINDEMIA.....	8
MATERIALI E METODI.....	10
RISULTATI.....	11
LE RSA NEL PERIODO DI COVID-19.....	11
GLI INFERMIERI NELLE RESIDENZE.....	15
DISCUSSIONE.....	18
CONCLUSIONE.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	24

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Nel 2020 un nuovo tipo di virus ha iniziato a diffondersi partendo dalla Cina fino a raggiungere il grado di pandemia a livello globale, causando un'emergenza per il sistema sanitario, in maniera particolare interessato le strutture residenziali. Nella lotta a questa nuova emergenza il personale sanitario, in particolare quello infermieristico è stato colpito da questo evento.

SCOPO: Questa revisione della letteratura narrativa ha come obiettivo quello di fare una fotografia della situazione dell'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali durante l'epidemia di COVID-19 e l'impatto che questo ha avuto nel settore in attesa di dati epidemiologici non disponibili al momento.

MATERIALI E METODI: Per questa tesi la ricerca è stata fatta in rete attraverso il motore di ricerca Google utilizzando gli articoli disponibili che hanno preso in considerazione tre parole chiave che sono: infermiere, residenza e COVID.

RISULTATI: Gran parte degli infermieri che lavorano nelle RSA hanno riportato nei primi mesi della pandemia la mancanza di DPI, una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione e l'assenza di personale sanitario. Dai dati ricavati il 76,5% degli infermieri che hanno contratto il virus opera prevalentemente in strutture di ricovero e cura di cui la maggior parte è costituita da strutture ospedaliere seguite con il 4,2% le strutture socio-sanitarie. Nell'ambito delle strutture socio-sanitarie il 29,4% è costituito da Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), il 19,5% da casa di riposo o casa famiglia ed il 2,6% da hospice. Sono, fino a febbraio 2021, 81 gli infermieri deceduti per Covid, e circa 80 mila quelli contagiati

CONCLUSIONI: Con una revisione della letteratura narrativa a partire dall'inizio della pandemia fino ad oggi le informazioni e gli studi riguardanti l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali in tempi di COVID-19 risulta piuttosto scarsa, specialmente per le informazioni successive alla prima ondata non ci sono studi in materia riguardanti specificatamente le RSA e su come siano cambiate le condizioni degli infermieri.

INTRODUZIONE

A partire dal dicembre 2019, un nuovo tipo di coronavirus ha iniziato a diffondersi in Cina. Il primo caso di COVID-19 in Italia è stato dichiarato in data 6 febbraio 2020 e da allora, alla data del 4 marzo 2021, risultano 2.953.120 casi confermati, di cui 96.977 decessi.

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo essenziale nell'ambito del sistema sanitario e nella gestione dell'epidemia, lavorando in prima linea nella cura dei pazienti e assicurando che le misure di prevenzione e controllo siano implementate con il fine del contenimento dei contagi. Tuttavia, il contatto diretto con i pazienti li espone inevitabilmente ad un maggior rischio di contrarre l'infezione. Il personale sanitario, fin dall'inizio, ha svolto un ruolo cruciale nella gestione dell'epidemia, sia perché ha dovuto affrontare in prima linea la cura dei pazienti infetti con il conseguente maggior rischio a cui è esposto, sia perché ha dovuto assicurare la piena implementazione delle misure di prevenzione e controllo per il contenimento del contagio. Tali elementi hanno fatto sì che l'inizio dell'epidemia sia stato caratterizzato da un'elevata diffusione di contagi tra gli operatori sanitari, con percentuali rispetto ai casi registrati nella popolazione generale molto elevate. Gli infermieri sono risultati quindi come una categoria molto esposta, forse la più esposta tra gli operatori sanitari al rischio di contrarre il COVID-19. Questo perché gli infermieri sono l'anello più prossimo al paziente nelle varie strutture, è proprio per le caratteristiche del lavoro che prevedono un maggior contatto con i pazienti rispetto alle altre figure professionali della sanità, non solo nel caso del COVID ma per qualsiasi situazione.

COS'E' LA RESIDENZIALITA'

Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio sanitarie si definiscono come le strutture pubbliche o private, che erogano servizi residenziali di tipo socioassistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno non autosufficienti, affette da malattie croniche o in condizioni di fragilità che non hanno la possibilità di curarsi a domicilio in modo tale da garantire un'assistenza adeguata (medica, infermieristica, riabilitativa e

assistenziale) rispetto alle necessità dell'assistito e la fornitura di tutti i presidi e gli ausili necessari. (Ministero della Salute, 2019).

Le strutture residenziali possono garantire diversi bisogni assistenziali e, quindi, ospitare persone con problemi sanitari di diversa complessità tramite le varie tipologie di strutture, che possono essere principalmente di riabilitazione e assistenziali.

Le strutture sanitarie di riabilitazione (RSR) sono rivolte a soggetti affetti da minorazione fisica, psichica e sensoriale, principalmente dedicata alle persone in età geriatrica con gravi disabilità secondarie a patologie in fase cronica o post-acuta, che non necessitano di terapia medica intensiva. Hanno come obiettivo il recupero e il mantenimento del più alto livello di autonomia acquisibile, nonché la limitazione del danno involutivo. Le prestazioni di recupero possono essere infatti erogate a tempo pieno, a carattere diurno, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Le residenze sanitarie assistenziali (RSA) realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. È rivolta ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio. Si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente". Sono organizzate in unità di base dette nuclei o moduli, questi consentono di accogliere anche nella stessa struttura residenziale gruppi di ospiti di differente composizione senza peraltro determinare interferenze e salvaguardando la riservatezza personale, quest'organizzazione oltre a garantire la migliore assistenza agli ospiti, appare essere la più idonea per un razionale impiego del personale e delle risorse. Un nucleo è composto da un massimo di 20 posti letto, ma prevede la possibilità di eventuali deroghe ad opera di norme regionali, purché giustificate. (fondazione promozione sociale, s.d.)

Alti contesti di assistenza sanitaria residenziale territoriale sono le case di riposo, sono

strutture che erogano servizi principalmente alberghieri in quanto accolgono, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per solitudine o altri motivi, richiedono protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo.

Le case protette per anziani invece si differenziano dalle case di riposo perché gli anziani in questo caso non sono autosufficienti ma necessitano di un'assistenza generica di base, con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse. (Regione Marche, 2014)

Le strutture residenziali erogano i propri servizi tramite un'équipe multidisciplinare composta da varie figure professionali che collaborano tra loro per raggiungere degli obiettivi comuni al fine di migliorare la qualità di vita del paziente. L'équipe nelle strutture residenziali è formata principalmente dal medico di medicina generale, che si occupa della gestione clinica degli individui, dal coordinatore infermieristico, dagli infermieri che si occupano appunto dell'assistenza infermieristica continua e dagli operatori socio-sanitari che hanno il compito di soddisfare i bisogni primari delle persone in collaborazione con l'infermiere. Sono inoltre presenti o meno altre figure specialistiche in base ai bisogni dei pazienti come ad esempio fisioterapisti, psicologi, logopedisti ed educatori.

COVID-19 IN ITALIA

Lo scenario di diffusione epidemica può essere sintetizzato in tre fasi: la prima detta anche "prima ondata" è il periodo da febbraio alla fine di maggio 2020 ed è caratterizzato da una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale prevalentemente nel Nord del Paese, si sono contati oltre 211.750 decessi, 50.957 in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019. La seconda fase, "fase di transizione", è quella della stagione estiva che va da giugno a metà settembre in cui la diffusione è stata inizialmente molto contenuta, e la terza fase, "seconda ondata", è quella a partire dalla fine di settembre 2020, in questa i casi sono di nuovo aumentati rapidamente fino alla prima metà di novembre per poi diminuire, considerando i decessi

per il complesso delle cause si sono contati 213 mila morti, 52 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019. Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica.

Dall'inizio dell'epidemia e fino al 31 dicembre 2020 il contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità per il complesso delle cause è stato, a livello medio nazionale del 10,2%, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche (14,5% del Nord, al 6,8% del Centro e al 5,2% del Mezzogiorno) e fasce di età (4,6% del totale nella classe 0-49 anni, 9,2% in quella 50-64 anni, 12,4% in quella 65-79 anni e 9,6% in quella di ottanta anni o più).

Sono state analizzate le informazioni riportate dai medici in 4.942 schede di morte, di soggetti diagnosticati microbiologicamente con test positivo al SARS-CoV-2. Nelle schede di morte sono certificate, oltre a COVID-19, quelle condizioni e malattie che hanno avuto un ruolo nel determinare il decesso. Il COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte nell'89% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2, mentre per il restante 11% le cause di decesso sono le malattie cardiovascolari (4,6%), i tumori (2,4%), le malattie del sistema respiratorio (1%), il diabete (0,6%), le demenze e le malattie dell'apparato digerente (rispettivamente 0,6% e 0,5%). La quota di deceduti in cui COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte varia in base all'età, raggiungendo il valore massimo del 92% nella classe 60-69 anni e il minimo (82%) nelle persone di età inferiore ai 50 anni. Il COVID-19 è una malattia che può rivelarsi fatale anche in assenza di concause. Non ci sono infatti concause di morte preesistenti a COVID-19 nel 28,2% dei decessi analizzati, percentuale simile nei due sessi e nelle diverse classi di età. Solo nella classe di età 0-49 anni la percentuale di decessi senza concause è più bassa, pari al 18%. Il 71,8% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2 ha almeno una concausa: il 31,3% ne ha una, il 26,8% due e il 13,7% ha tre o più concause. Associate a COVID-19, le concause più frequenti che contribuiscono al decesso sono le cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), il diabete mellito (16%), le cardiopatie ischemiche (13%), i tumori (12%). Con frequenze inferiori al 10% vi sono le malattie croniche delle basse vie respiratorie, le malattie cerebrovascolari, le demenze o

la malattia di Alzheimer e l'obesità. Le complicanze di COVID-19 che portano al decesso sono principalmente la polmonite (79% dei casi) e l'insufficienza respiratoria (55%). Altre complicanze meno frequenti sono lo shock (6%), la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) ed edema polmonare (6%), le complicanze cardiache (3%), la sepsi e le infezioni non specificate (3%).

Le schede di morte Istat sono compilate da un medico curante o da un medico necroscopo che è tenuto a riportare l'intera sequenza di malattie o eventi traumatici che hanno portato al decesso, ed indicare eventuali altre patologie rilevanti che hanno contribuito ad esso pur non facendo parte di tale sequenza. La causa che ha avviato la sequenza di eventi

morbosi che hanno condotto al decesso è denominata causa iniziale, ed è quella utilizzata a livello internazionale per rappresentare i dati di mortalità di un paese. Tutte le altre cause che hanno contribuito all'esito finale e gli altri stati morbosi eventualmente presenti al momento del decesso che sono contenute nella scheda sono definite cause multiple. (Istat, Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2, 2020)

PREVALENZA PAZIENTI CONTAGIATI E DECEDUTI

È importante conoscere il quadro della popolazione italiana e del suo processo di invecchiamento per comprendere il motivo del grande impatto che ha avuto il COVID-19 in Italia rispetto ad altri paesi per quanto riguarda il contagio ed i decessi dovuti a questo.

Secondo i dati Istat il 1° gennaio 2019 gli individui residenti nel Paese con 65 anni di età ed oltre ammontano a 13,8 milioni, pari al 22,8 per cento del totale della popolazione, si nota un aumento superiore al 2% rispetto a 10 anni prima, nel 2009 sfioravano i 12 milioni e costituivano il 20,3 per cento. La misura di invecchiamento quantitativo è rappresentato con la percentuale di individui di 65 anni e oltre sul totale della popolazione.

Il processo di invecchiamento è correlato al costante aumento della speranza di vita, che oggi fa registrare un livello superiore agli 80 anni per gli uomini e uno sopra gli 85 anni per le donne. Se invece si vuole ragionare di invecchiamento in termini relativi bisogna aggiungere che, dalla seconda metà degli anni Settanta, le coppie italiane hanno smesso di avere un comportamento riproduttivo in grado di garantire il cosiddetto rimpiazzo delle generazioni (due figli per donna). Questi due processi demografici, sopravvivenza e fecondità, hanno dunque viaggiato in parallelo negli ultimi 40- 45 anni e si prevede che possano continuare a farlo nei prossimi decenni con una crescita progressiva. (Istat, 2020)

Poiché le persone vivono più a lungo e quindi hanno maggiori probabilità di sperimentare più malattie croniche, un numero sempre più significativo di soggetti si trova in condizione di vulnerabilità e/o fragilità, ed è maggiormente a rischio di incorrere in una perdita funzionale e/o di autonomia.

Si prevede che un numero crescente di adulti dovrà affrontare la necessità di prendersi cura di parenti molto anziani e talvolta fragili e quando questo non è effettuabile a domicilio per vari motivi che siano di impossibilità da parte della famiglia o in base alle necessità della persona.

Nel 2020 la pandemia di COVID-19 ha colpito tutto il mondo, in particolar modo l'Italia sia per essere stato uno dei primi paesi oltre la Cina ad esserne colpito sia per i suoi effetti riguardanti i contagi e la mortalità.

Infatti secondo i dati dell'ISS aggiornati al 27 gennaio 2021, in Italia su un campione di 85.418 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARSCoV-2 il numero di deceduti nei quali il COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte varia in base all'età, con valori minimi nelle persone di età inferiore ai 50 anni e massimi nella classe di età 80-89 anni.

L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è di circa 81 anni ed è più alta di 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione. A pesare il maggior numero di patologie, che si sovrappongono andando avanti con gli anni.

Già dopo i 65 più della metà delle persone convive con una o più malattie croniche e questa quota aumenta con l'età fino a interessare i tre quarti degli ultra 85enni.

In entrambi i generi la quota maggiore di decessi per Covid-19 si osserva per la classe di età 80 anni e più: 52 per cento decessi Covid-19. L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi, per un totale di 184.708 morti nel 2020. (Istat, Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020, 2021)

I malati cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi di Covid-19. Secondo i dati del report ISS “Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia”, le più comuni malattie croniche diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 nei pazienti deceduti sono:

- l'ipertensione arteriosa (65,8% dei decessi)
- il diabete mellito di tipo 2 (29,3%),
- le cardiopatie ischemiche (28,1%)
- la fibrillazione atriale (24,2%),
- le demenze (23,5%)
- l'insufficienza renale cronica (21,0%)
- la broncopneumopatia cronico ostruttiva (17,4%)
- i tumori attivi negli ultimi 5 anni (16,7%).

(Ministero della Salute, 2021)

SINDEMIA

Dal punto di vista etimologico “sindemia” deriva dal greco sin (insieme) e demos (popolo). Il carattere distintivo di una sindemia è in effetti la presenza di due o più patologie concomitanti, che interagiscono negativamente, influenzando sfavorevolmente il corso specifico di ciascuna e aumentano la vulnerabilità.

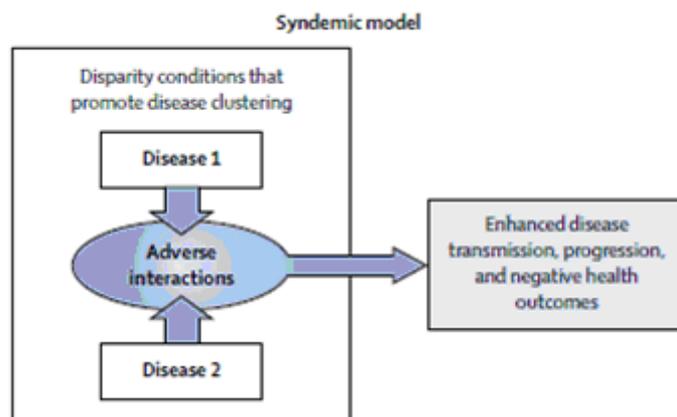


Fig.1: grafico del modello sintetico (Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet. 2017 Mar 4;389(10072):941-950)

Già negli anni novanta del secolo scorso, il medico e antropologo Merrill Singer identificava la sindemia come la concentrazione e l'interazione deleteria di due o più malattie o altre condizioni di salute in una popolazione, soprattutto come conseguenza dell'ineguaglianza sociale e dell'esercizio ingiusto del potere. Illustrando l'importanza di un "approccio sindemico" che esamini le conseguenze sulla salute delle interazioni tra le patologie e i vari fattori sociali, ambientali o economici che promuovono tale interazione e peggiorano la malattia, che non significa comorbilità. La comprensione di questi meccanismi è importante per la prognosi, il trattamento e le politiche sanitarie. (NBST, 2020)

Si è iniziato a parlare di COVID-19 come sindemia in seguito all'articolo "COVID-19 is not a pandemic" ovvero "il COVID-19 non è una pandemia" di Richard Horton, pubblicato il 26 settembre su "The Lancet" dove viene appunto definito non più come pandemia ma come sindemia. Il numero di persone affette da malattie croniche è in continuo aumento, le patologie sono principalmente ipertensione, obesità, diabete, neoplasie, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche.

Nel caso del COVID-19 per ottenere un'efficace risoluzione nel periodo attuale, ma eventualmente anche per casi di malattie infettive simili in futuro, agire sulle patologie non trasmissibili è un prerequisito per un'efficace contenimento della diffusione e della mortalità. Per questo si deve agire da un punto di vista più ampio tenendo anche conto di quei fattori come l'ambiente, la disparità sociale ed economica. (Horton, 2020)

È stata identificata anche un'ulteriore tipologia di sindemia, i dati e il parere degli scienziati rivelano che il SARS-Cov2 ci sta esponendo a un duplice rischio: non si tratta soltanto dell'eventualità di contrarre il virus, ma anche di sviluppare malessere psicologico a causa della contingenza. In particolare, disturbi psichiatrici come ansia, insonnia e depressione stanno affliggendo non solo chi è venuto a contatto con la malattia ma anche coloro i quali, a causa del virus, hanno vissuto la scomparsa dei propri cari, hanno perso il lavoro o subito gravi danni economici. A sottolinearlo sono stati anche gli esperti riuniti in occasione del recente Congresso Nazionale della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia.

un'incidenza di sintomi depressivi che cresce dal 6 al 32%; fino al 10% di chi ha perso un proprio caro per il Covid-19, anche a causa delle regole di contenimento del contagio che hanno impedito a molti di poter elaborare il dolore, rivedendo un'ultima volta il congiunto per l'estremo saluto.

Gli esperti hanno stimato che nei prossimi mesi potranno emergere fino a 800mila nuovi casi di depressione, a cui se ne andranno ad aggiungere almeno 150mila correlati alla crisi economica e alla disoccupazione. (Marrocco, 2021)

MATERIALI E METODI

Questa tesi ha come obiettivo quello di ottenere informazioni riguardo la situazione degli infermieri nelle strutture residenziali durante l'epidemia di COVID-19 e l'atto che questo ha avuto nel settore in attesa di dati epidemiologici non disponibili al momento. Si tratta dunque di una revisione della letteratura narrativa su una tematica ancora poco nota.

La ricerca si è concentrata sulla lettura degli articoli provenienti dal motore di ricerca principale Google, sono stati selezionati principalmente quelli provenienti da enti come Istat, ISS ed Inail assieme a quelli da altre fonti come quotidiani o siti web.

Gli articoli sono stati ricercati e selezionati utilizzando alcune parole chiave come: COVID-19 o coronavirus, pandemia, RSA, strutture residenziali, infermieri, personale sanitario.

RISULTATI

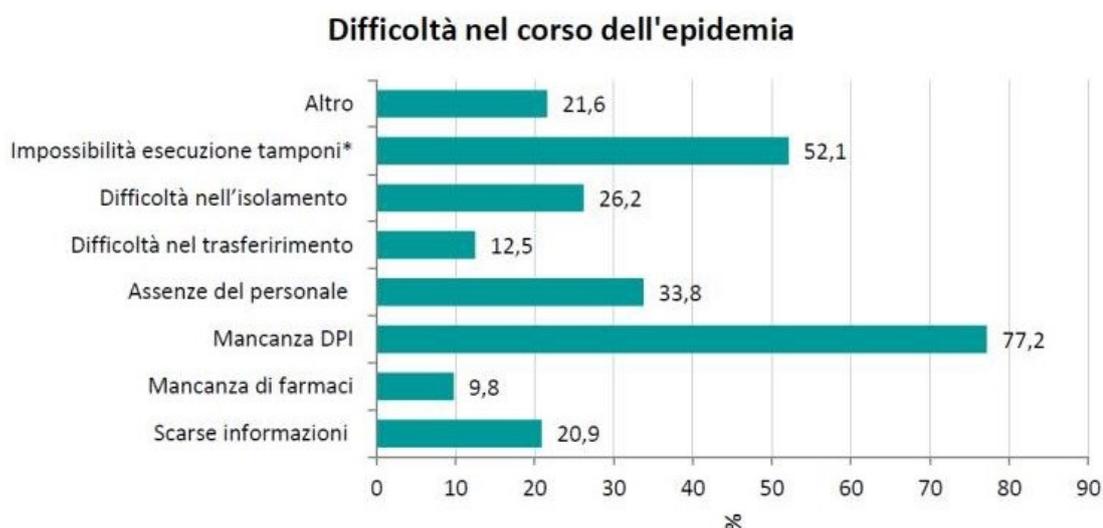
SITUAZIONE DELLE RSA NEL PERIODO DI COVID-19

A partire dal 24 marzo 2020 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale ha avviato una survey specifica sul contagio da COVID-19 nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA). L'obiettivo di questa è quello di monitorare la situazione e adottare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). La fonte dei dati è costituita da 3417 RSA presenti in tutte le regioni Italiane e le due province autonome, incluse nel sito dell'Osservatorio Demenze dell'ISS e presenti nei siti delle Regioni. Ad ognuno dei referenti di ogni singola RSA è stato inviato un questionario di 29 domande che esplora la situazione in corso a partire dal 1 febbraio 2020 e le procedure ed i comportamenti adottati per ridurre il rischio di contagio da COVID-19. La survey ha coinvolto 3292 RSA (96% del totale) distribuite in modo rappresentativo in tutto il territorio nazionale. Hanno risposto al questionario 1356 strutture il tasso di risposta è stato dunque del 41%.

Tra le 29 domande poste alle strutture ce n'erano alcune riguardanti gli operatori sanitari tra cui: quanti sono complessivamente gli operatori sanitari e di assistenza in attività nella struttura e sono stati riportati in media 2,5 medici, 8,5 infermieri e 31,7 OSS (operatori socio-sanitari), a questi si aggiungono fisioterapisti/terapisti/tecnici della riabilitazione, educatori/animatori, psicologi e assistenti sociali.

Per quanto riguarda i decessi, considerando qualunque causa di morte, in totale 9154

residenti sono deceduti dal 1° febbraio alla data della compilazione del questionario (26 marzo-5 maggio). Il tasso di mortalità, calcolato come numero di deceduti sul totale dei residenti è complessivamente pari all'9,1%. Nel totale dei 9154 soggetti deceduti, 680 erano risultati positivi al tampone e 3092 avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 7,4% del totale dei decessi ha interessato residenti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 e il 33,8% ha interessato residenti con manifestazioni simil-influenzali. Alla domanda quali sono le principali difficoltà nel corso dell'epidemia di coronavirus? Delle 1259 strutture che hanno risposto alla domanda, 972 (77,2%) hanno riportato la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale, mentre 263 (20,9%) hanno riportato una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione. Inoltre, 123 (9,8%) strutture segnalano una mancanza di farmaci, 425 (33,8%) l'assenza di personale sanitario e 157 (12,5%) difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere. Infine, 330 strutture (26,2%) dichiarano di avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da COVID-19 e 282 hanno indicato l'impossibilità nel far eseguire i tamponi.



**Informazione sull'impossibilità di eseguire tamponi disponibile dal 9 aprile*

Fig.2 (Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie, Iss 2020)

Una domanda per quello che riguarda gli operatori sanitari è quella se è stata riscontrata positività a tamponi per SARS-CoV-2 nel personale della struttura? Su 1320 strutture che hanno risposto a questa domanda 278 (21,1%) hanno dichiarato una positività per SARS-CoV-2 tra il personale della struttura, questo risente delle politiche adottate da ciascuna Regione, e a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi.

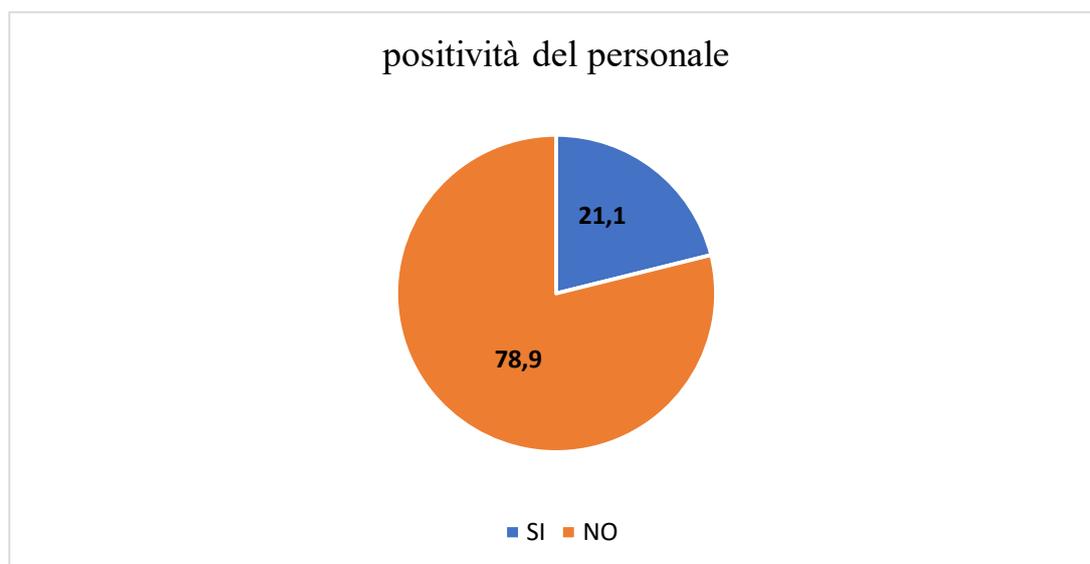


Fig. 3: elaborazione propria

Altre domande relative al personale sono state: è stato eseguito un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza anche con esercitazioni pratiche specifico per COVID 19 (Corso FAD dell'ISS, video...)? Il 64,9% delle strutture hanno risposto di sì e il 35,1% di no

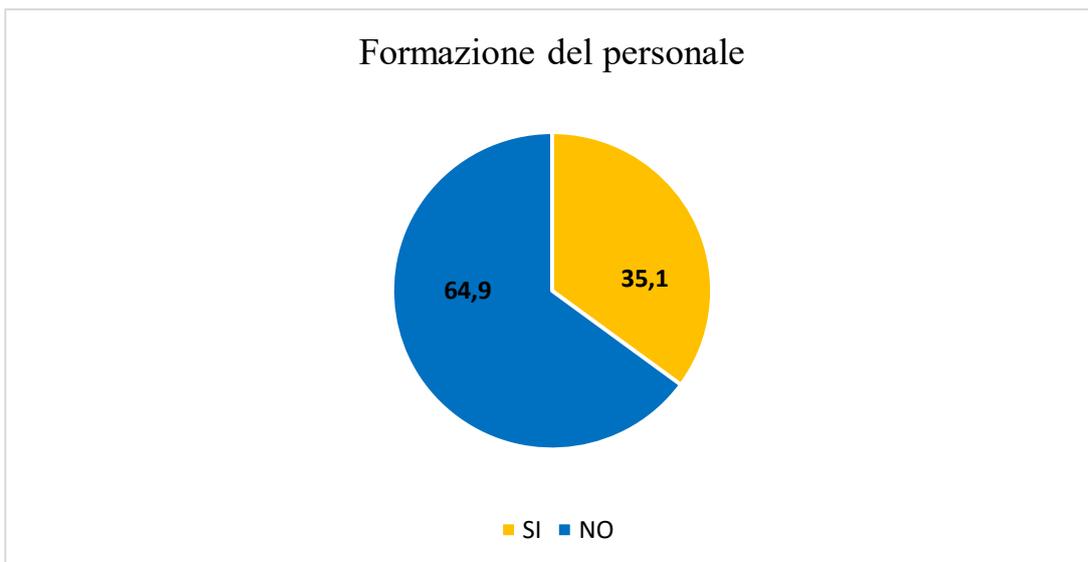


Fig.4: elaborazione propria

È stato eseguito un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza sull'uso corretto dei DPI? ...)? Il 93,3% delle strutture hanno risposto di sì e il 6,7% di no

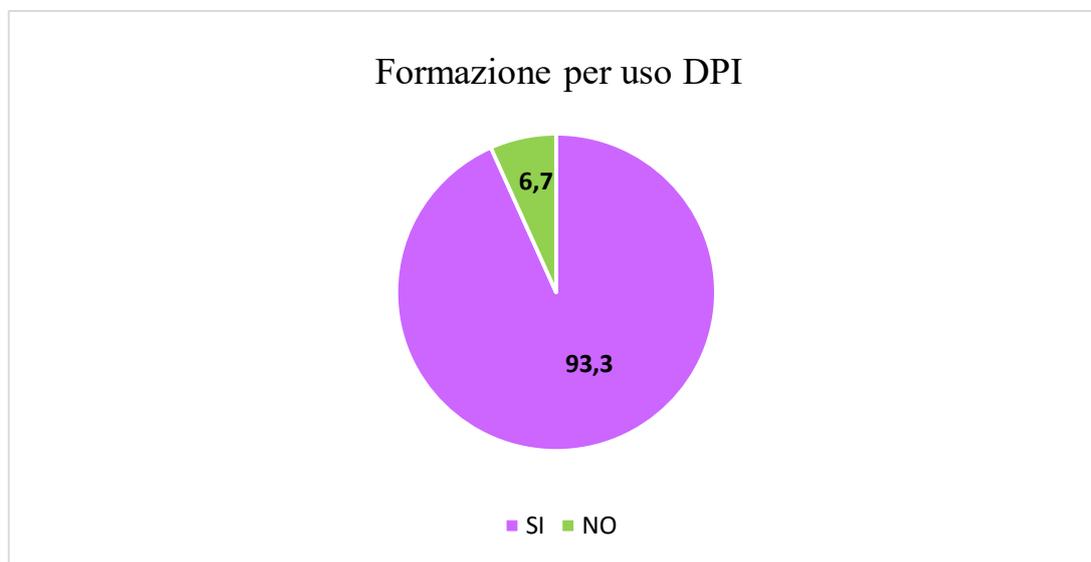


Fig. 5: elaborazione propria

Viene misurata la temperatura due volte al giorno ai residenti e al personale della struttura? ...)? Il 79,0% delle strutture hanno risposto di sì e il 21,0% di no. (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

GLI INFERMIERI NELLE RESIDENZE

In Italia, stando ai dati disponibili sulla base della sorveglianza epidemiologica integrata dell'ISS dall'inizio dell'epidemia al 24 febbraio 2021, sono stati registrati 122.717 casi confermati di operatori sanitari contagiati, di cui 288 decessi. La percentuale rispetto al totale si attesta al 4%, confermando il trend in discesa registrato a partire dal mese di luglio-agosto 2020, quando si erano rilevate percentuali intorno al 12%.

Il periodo di riferimento preso in considerazione dall'Inail per la raccolta dei dati parte dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile con l'obiettivo di fare una fotografia della prima ondata e del suo effetto sugli operatori sanitari utilizzando uno studio retrospettivo in sette regioni italiane.

Riguardo alla professione svolta, nel campione totale la maggior parte è costituita da infermieri (47,9%), in termini assoluti sono quasi 10 mila infetti su circa 260 mila infermieri a livello nazionale, seguita dai medici (20,5%) e dagli operatori socio-sanitari (OSS) (19,7%). Si noti come la categoria maggiormente colpita in tutte le macro-aree geografiche è rappresentata dagli infermieri con percentuali che variano dal 36,5% nel Nord-Est al 52,8% nel Nord-Ovest. Per quanto riguarda l'ambito (ospedaliero o territoriale) in cui gli operatori sanitari operano, si evidenzia, come in tutte le macro-aree geografiche, l'ambito maggiormente interessato sia quello ospedaliero (78,0%), seguito da quello territoriale (13,3%). Le categorie che rientrano in amministrazione o nella voce "altro" raggiungono percentuali minori, rispettivamente del 5,5% e del 3,2%. Rispetto alla tipologia di struttura presso la quale operano gli operatori sanitari a cui fanno riferimento i dati, emerge che sul campione totale, il 76,5% dei casi opera prevalentemente in strutture di ricovero e cura contro il 12,1% che dichiara di no; inoltre, si segnala l'11,4% di risposte mancanti. Tra le strutture di ricovero e cura, la maggior

parte (94,2%) è costituita da strutture ospedaliere; seguono con il 4,2% le strutture socio-sanitarie.

L'1,5% confluisce nella risposta "altro". Ad un maggior livello di dettaglio nel gruppo delle strutture ospedaliere, il 72,4% appartiene ad una azienda sanitaria locale

(ASL) o ad aziende ospedaliere o policlinici, segue il 14,0% afferente a strutture di cura private ed il 13,6% a Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Nell'ambito delle strutture socio-sanitarie, invece, il 29,4% è costituito da Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), il 19,5% da casa di riposo o casa famiglia ed il 2,6% da hospice. (INAIL, 2021)

Il Centro Studi della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) in sinergia con i giovani Infermieri dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari, ha portato a termine una ricerca sui decessi degli infermieri avvenuti in Italia con un approfondimento analitico e di studio dei dati raccolti su scala nazionale grazie anche alla fattiva collaborazione di tutti gli Ordini provinciali OPI d'Italia. La FNOPI ha deciso di avviare una attenta raccolta dati con l'obiettivo di monitorare la situazione nazionale dei propri professionisti, quantificando l'elenco di decessi registrati all'interno della professione infermieristica nei mesi di marzo, aprile e maggio 2020 a causa del Covid-19. Tuttavia il numero dei contagiati dal 28 aprile ha subito un continuo incremento, tanto da arrivare al 22 giugno ad un totale di 29.282 operatori sanitari positivi e, quindi, verosimilmente, di circa 14.000 infermieri contagiati dal virus.

In Italia risultano circa 445.000 gli infermieri iscritti agli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche e all'Albo nazionale detenuto dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Sanitarie. Su circa 445.000 ne risultano deceduti 40 fino al mese di maggio, di cui 32 con malattia Covid-19 (positività al tampone), 4 con malattia Covid-correlata (per i quali la patologia virale è stato un fattore favorente) e 4 infermieri (comunque positivi) per i quali la modalità di morte è stato il suicidio. Un punto di vista

differenti dello stesso fenomeno è riportato dal monitoraggio al 15 giugno 2020 condotto dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), considerando le denunce di infortunio riferite ai soli lavoratori assicurati, certifica che i decessi da Covid-19 sono in totale 236, di cui il 40% operatori sanitari e di questi il 61% è rappresentato dagli infermieri.

Per caratterizzare la tipologia dei decessi è tuttavia necessario avere informazioni sui deceduti, motivo per cui l'analisi condotta dalla FNOPI si basa sulle rilevazioni pervenute dagli ordini professionali degli infermieri. Analizzando l'età degli infermieri deceduti a causa della pandemia da Covid-19 si rileva che l'età media è compresa tra i 34 e gli 83 anni, con una media di 58,6 anni. Emerge che la fascia più colpita, con una percentuale del 30%, è quella compresa tra i 60 e 69 anni.

Focalizzando l'attenzione sul setting assistenziale nel quale gli infermieri deceduti operavano, i dati mostrano che la maggior parte di loro era in servizio in ospedale il 55%, cui fa seguito il 12.5% degli infermieri impegnati direttamente nelle RSA a cui si aggiunge un ulteriore 22.5% (totale 35%) di infermieri impegnati comunque nell'assistenza territoriale (rete ambulatoriale Asl, emergenza-urgenza sul territorio). (Centro Studi FNOPI, 2020)

Sono, fino a febbraio 2021, 81 gli infermieri deceduti per Covid, di cui 6 suicidi comunque contagiati. (FNOPI, 2021)

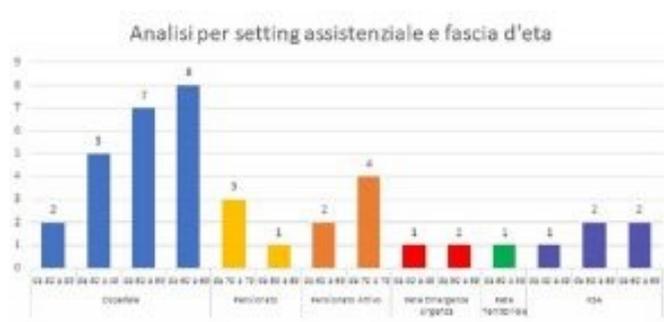


Fig.7. (COVID-19, l'impatto della pandemia: analisi degli infermieri deceduti, FNOPI, 2020)

DISCUSSIONE

Dai dati e dalle informazioni ricavate si nota che molti operatori sanitari si sono ammalati, in alcuni casi anche deceduti in seguito agli effetti del virus, tra questi gli infermieri sono stati una delle categorie più colpite. Il numero degli infermieri che contraggono il COVID-19 aumenta in maniera direttamente proporzionale al numero dei casi dei pazienti positivi presenti nel territorio, sia nella prima ondata dove il personale e le strutture non erano preparati adeguatamente sia nella seconda ondata.

Sono risultati proprio gli infermieri i lavoratori più a rischio perché il lavoro richiede una vicinanza ed un contatto stretto con il paziente. A questo viene inoltre aggiunto un altro fattore che è quello della carenza di personale sanitario, in quasi tutte le strutture residenziali, questa carenza ha spinto tutti gli operatori a turni di lavoro prolungati e talvolta estenuanti, esponendo gli infermieri a un carico emotivo e fisico incredibilmente intenso.

Le case di riposo e RSA italiane hanno una popolazione di circa 300.000 ospiti, al 75% over 80 e al 78% non autosufficienti era prevedibile che proprio in queste strutture le morti si sarebbero moltiplicate date le caratteristiche dei pazienti. Eppure, sia a livello nazionale che regionale si è dovuto constatare che non esisteva nessuna linea guida per emergenze di questo tipo nonostante le indicazioni e le promesse del dopo SARS.

E proprio le strutture dedicate agli anziani sono state lasciate senza indicazioni sino al 4 marzo e senza dispositivi di protezione individuale per i suoi operatori socio-sanitari. In questo contesto la delibera dell'8 marzo della Regione Lombardia che chiede alle RSA, in quel momento non pronte ad accogliere malati COVID, di farsi carico di pazienti COVID "a bassa intensità" per alleggerire gli ospedali sotto pressione liberando i posti letto. Questo dimostra un modo di vedere e di ragionamento dove l'ospedale è il centro e tutte le altre strutture territoriali gli siano in qualche modo subordinate a questo e ciò vale anche per le RSA, che diventano luoghi di supporto all'ospedale dove si cura il COVID, è stato poi chiarito che i positivi al virus dovevano andare in un reparto autonomo, mentre i posti letto liberi sarebbero stati eventualmente destinati ai pazienti negativi. Questo ragionamento risulta comunque non idoneo perché se in una RSA arriva un paziente positivo questo avrà un effetto sulla struttura, fin da subito sia l'Istituto Superiore della Sanità che l'OMS hanno specificato che il rischio di letalità sale al crescere dell'età e del numero delle patologie croniche delle quali la persona infetta sia portatrice, sapendo che nelle RSA sono ricoverati esattamente questi soggetti, sarebbe stato opportuno non chiedere a queste di mettersi al servizio degli ospedali, semmai il contrario. In varie strutture la chiusura era già disposta responsabilmente nei giorni seguenti il 23 febbraio in assenza di precise indicazioni regionali e senza aspettare il Dpcm del 4 marzo dove alla lettera m) si vietava "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

Sono state inoltre anche assenti le strategie per circoscrivere il rischio tra operatori ospedalieri (oltre 100 i medici morti e decine di infermieri) meno che mai ci si poteva aspettare di riuscirci nelle realtà socio-sanitarie residenziali per persone anziane e ancor più per quelle disabili, per gli operatori in particolare per gli infermieri la decisione di vietare gli accessi dall'esterno a familiari, volontari, visitatori, sapendo bene che questo avrebbe destabilizzato emotivamente gli ospiti anziani o disabili, ha richiesto perciò al personale un carico doppio di accudimento e vicinanza che si è andato a sommare al

carico di lavoro aggiuntivo già presente dovuto alla situazione in cui molti operatori erano già assenti per malattia portando gli infermieri a svolgere dei turni aggiuntivi che già influivano sulla loro salute e aumentando anche i rischi di contagio per gli infermieri. In quanto alla positività del personale, su 560 strutture che hanno risposto a questa domanda, il 17,3% hanno dichiarato una positività per SARS-CoV-2: la regione con più strutture con personale riscontrato positivo è la Lombardia (34,6%), seguita dalla provincia di Trento e Liguria (entrambe 25%) e dalle Marche (16.7%). (Arduini, 2020)

La prima fase ha colto impreparate le strutture residenziali che non avevano né un piano organizzativo né i mezzi e materiali necessari per affrontare questa nuova problematica. Le strutture avevano infatti riportato la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale, una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione e l'assenza di personale sanitario. Le strutture per anziani sono tra i luoghi più vulnerabili al covid-19. Ci vivono persone in età avanzata, a stretto contatto. Durante la prima ondata, il problema delle RSA italiane è stato l'impreparazione di queste strutture che non sono pensate per gestire un'epidemia di questa scala e di questa portata. Il personale non aveva né dei dispositivi di sicurezza né dei protocolli stabili all'inizio, le indicazioni sono state date successivamente e sono cambiate nel corso del tempo. I focolai di nuovo Coronavirus che interessano persone vulnerabili si sono presentati in quasi tutte le regioni italiane particolarmente in case di riposo, RSA, ospedali e altri luoghi che

ospitano persone anziane o vulnerabili. Nell'ambito dell'analisi di rischio condotta ogni settimana da ministero e ISS, infatti, i focolai di popolazioni vulnerabili rappresentano uno dei 21 indicatori presi in considerazione per la valutazione dell'impatto del nuovo coronavirus, un criterio qualitativo per valutare il rischio epidemico delle regioni. (Cottone, 2020) Come ad esempio il focolaio in atto nella RSA dell'Istituto Don Orione di Avezzano in provincia dell'Aquila, dove i casi sono complessivamente oltre 100, di cui circa 85 anziani e la restante parte operatori sanitari, quello di una RSA di Roma dove più di un terzo dei pazienti è positivo al Coronavirus assieme a quattro dipendenti della struttura o quello di una RSA di Monza con 33 positivi e sei decessi e molti altri focolai

che si diffondono su tutto il territorio italiano e per tutto l'arco del 2020 a partire da febbraio 2020 con un maggior numero di casi nelle due ondate. (Il sole 24 ore, 2020)

Date le condizioni di lavoro degli infermieri nelle residenze, dovute sia ad una carenza di personale che al carico di lavoro, questi hanno dovuto affrontare talvolta turni prolungati ed estenuanti. Tutto questo è andato ad influire negativamente sul benessere fisico e psichico portando molti infermieri ad una scelta, quella di abbandonare le strutture territoriali preferendo quelle di altre tipologie, come quella ospedaliera. Circa un terzo degli infermieri sono ricorsi a questa scelta, si tratta di 9.900 unità rispetto alle 29.700 totali registrate dall'Istituto superiore di sanità. Secondo Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni sanitarie (Fnopi), questa fuoriuscita avviene perché gli infermieri guardano anche alla qualità e alle prospettive del loro percorso professionale, alla formazione, alla qualità dei loro contratti, alla loro sicurezza sul posto di lavoro e alla qualità dell'assistenza realmente garantita ai pazienti. L'emorragia di personale nelle Rsa si frena solo con l'introduzione di un nuovo modello basato su cinque punti cardine: "Un rapporto adeguato infermieri-pazienti; il riconoscimento di una chiara leadership di direzione: coordinamenti infermieristici e dirigenze con competenze sociosanitarie evidenti; personale di supporto con formazione adeguata; la valorizzazione di formazione e competenze (percorsi su cronicità, fragilità, cure palliative; rinnovi contrattuali che nelle Rsa mancano ormai da oltre otto anni". (Montrella, 2021)

CONCLUSIONI

Questa revisione della letteratura narrativa ha raccolto i dati disponibili a partire dai primi mesi dell'arrivo del virus in Italia, febbraio 2020, fino ad i primi mesi dell'anno 2021 con l'obiettivo di fare una fotografia della situazione dell'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali durante l'epidemia di COVID-19 e l'impatto che questo ha avuto nel settore in attesa di dati epidemiologici non disponibili al momento.

La letteratura disponibile ad oggi riguardante l'obiettivo da ricercare è purtroppo ancora scarsa in termini di quantità e approfondimento dell'argomento per quanto riguarda l'impatto che la pandemia ha avuto ed ha tuttora sugli infermieri ed ancora meno approfondita quella nei confronti degli infermieri che operano sulle residenze territoriali. Dal materiale che è stato ottenuto si può concludere che quella degli infermieri è stata una delle categorie lavorative più colpite in termini di rischi per la salute data la vicinanza a persone positive al virus in termini di salute fisica, ma anche dal punto di vista della salute mentale è stata una categoria che ha vissuto l'impatto di questa emergenza, gli esempi più drammatici sono stati i sei infermieri che hanno posto fine alla propria vita dopo essere risultati positivi al tampone.

Nel caso degli infermieri che lavorano appunto nelle strutture residenziali il materiale disponibile è ancora più ridotto, quello che si può concludere da questo è questi oltre ad andare incontro ai rischi sopra descritti hanno avuto delle difficoltà aggiuntive specialmente all'inizio dell'emergenza in quanto erano assenti indicazioni specifiche per queste strutture su quali comportamenti adottare, perché molte strutture non erano fornite di dispositivi di protezione individuale (circa il 77,2%) e molti degli infermieri non hanno ricevuto sufficienti informazioni circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione (20,9%), questi dati sono relativi alle 1259 strutture che hanno risposto al survey dell'ISS di marzo 2020. Non ci sono successivi studi simili riguardanti specificatamente le RSA e su come siano cambiate le condizioni degli infermieri.

Un fattore importante che è andato a pesare sulle residenzialità e sugli infermieri che ci lavorano è stato quello della carenza del personale fin dalla prima ondata, non è successivamente migliorato ma al contrario è andato a peggiorare dovuto allo spostamento degli infermieri da queste strutture di residenza a quelle ospedaliere. Per far fronte a questo evento sarebbe opportuno apportare delle modifiche al fine di migliorare le condizioni di lavoro, ad esempio come espresso dalla presidente della fnopi Mangiacavalli, con l'introduzione di un nuovo modello basato su cinque punti cardine: Un rapporto adeguato infermieri-pazienti; il riconoscimento di una chiara leadership di

direzione: coordinamenti infermieristici e dirigenze con competenze sociosanitarie evidenti; personale di supporto con formazione adeguata; la valorizzazione di formazione e competenze (percorsi su cronicità, fragilità, cure palliative; rinnovi contrattuali che nelle Rsa mancano ormai da oltre otto anni.

BIBLIOGRAFIA

Arduini, S. (2020, Aprile). RSA: perché è successo? Vita.

Centro Studi FNOPI. (2020, Luglio). COVID-19, l'impatto della pandemia: analisi degli infermieri deceduti. Tratto da FNOPI.

Cottone, N. (2020, Novembre). Coronavirus, in crescita i focolai in Rsa e lungodegenze: 74 nuovi in Emilia, 57 in Piemonte, 46 nel Lazio, 35 a Bolzano. Tratto da ilsole24ore.

FNOPI. (2021, Febbraio). FNOPI. Tratto da Giornata degli operatori sanitari, un minuto di silenzio per ricordare.

fondazionepromozionesociale. linee guida del ministero della sanità sulle residenze sanitarie assistenziali.

Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. The Lancet.

Il sole 24 ore. (2020, Ottobre). Dalla Puglia al Trentino tornano i focolai nelle Rsa ed è stop alle visite. il sole 24 ore.

INAIL. (2021). Monitoraggio sugli operatori sanitari risultati positivi a Covid-19 dall'inizio dell'epidemia fino al 30 aprile 2020: studio retrospettivo in sette regioni italiane. Tratto da INAIL.

Istat. (2020). Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-COV-2.

Istat. (2020). Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia.

Istat. (2021). Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020.

Istituto Superiore di Sanità. (2020, maggio). Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie.

Marche, R. (2014). La residenzialità socio-assistenziale e socio-sanitaria nelle Marche.

Marrocco, A. (2021, Febbraio). “Il Covid-19 non è una pandemia, ma una sindemia”: il virus colpisce anche la psiche. Huffpost.

Ministero della Salute. (2019). Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Ministero della Salute. (2021, Febbraio). *Covid-19 - Anziani e persone fragili*.

Montrella, S. (2021, Gennaio). Un infermiere su tre ha deciso di lasciare le rsa. AGI.

NBST, N. (2020). La pandemia Covid-19 è anche sindemia.

Regione Marche. (2014). La residenzialità socio-assistenziale e socio-sanitaria nelle Marche.