



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**UNA PROFESSIONE SOTTO STRESS: GLI
INFERMIERI E L'EMERGENZA DA
SARSCOVID2.**

Relatore:
Dott. Cotichelli Giordano

Tesi di Laurea di:
Brocchini Simone

Correlatore:
Dott. Palumbo Pasquale

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 SARSCOV-2.....	1
1.1 Le pandemie del passato.....	1
1.2 Piani antipandemici.....	3
CAPITOLO 2 LA SITUAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA...5	
2.1 L'esordio in Italia del SarCov-2.....	5
2.2 La situazione in Lombardia.....	6
OBBIETTIVO.....	8
MATERIALI E METODI.....	9
LIMITI.....	9
RISULTATI.....	10
DISCUSSIONE.....	12
CONCLUSIONE.....	20
BIBLOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	21

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1. SarsCov-2

1.1 Le pandemie del passato.

Nel dicembre 2019 è stato segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il virus "SarsCov-2" come responsabile dell'epidemia di COVID - 19. L'incidenza della SarsCov2 (Sindrome respiratoria acuta grave - coronavirus) nel 2002 e 2003 e la MersCov (Sindrome respiratoria del Medio Oriente - coronavirus) nel 2012 hanno mostrato il potenziale per la trasmissione di Cov emergenti da animali a umano e da persona a persona.

La COVID - 19 è stata la terza malattia altamente epidemica rilevata negli ultimi due decenni, con un tasso di mortalità inferiore a SARS e MERS, diverso da paese a paese. Secondo le statistiche dell'OMS, ci sono 117.573.007 casi confermati e 2.610.925 decessi (11 Marzo 2021) causati dall'elevata capacità di trasmissione di SarsCov-2. Quindi, per caratterizzare l'infezione acuta negli esseri umani come risultato della SarsCov-2, scienziati e governi hanno adottato urgentemente misure decisive per monitorare il suo focolaio e condurre ricerche eziologiche. La maggiore trasmissibilità, le varie manifestazioni cliniche e la minore patogenicità di COVID-19 potrebbero essere il risultato della diversità nella biologia e nella struttura del genoma della SarsCov-2 rispetto a SarsCov e MersCov.

Già dai primi anni del XXI secolo la SARS ha rappresentato la prima minaccia globale. Comparsa in Cina nella provincia del Guangdong alla fine del 2002 fu' la causa di svariati focolai epidemici. Tra il 12 e il 15 marzo 2003, L'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la prima volta, ha lanciato un allarme mondiale, imponendo il posticipo di tutti viaggi dalle aree colpite o verso le aree colpite.

In Italia, come in tutta Europa, si è dovuto affrontare un'emergenza e organizzare eventuali risposte. Alla fine di marzo la morte del medico Carlo Urbani fu un importante campanello di allarme che contribuiva a far prendere una posizione più marcata da parte dell'OMS e sensibilizzare il Paese. A metà aprile veniva costituita una Task Force contro la SARS che aveva prevalentemente un compito di prevenzione. Sino alla fine di aprile, l'incremento di casi di SARS in estremo Oriente e l'arrivo di alcuni casi sospetti o

probabili nel nostro Paese, determinava un livello di allerta piuttosto marcato che culminava, agli inizi di maggio, con la riunione dei Ministri della Sanità europei; a Bruxelles, si apriva un dibattito serrato sulle misure da prendere a livello aeroportuale e sulla loro potenziale efficacia. Infine, con l'arrivo dell'estate e lo spegnersi dei focolai epidemici, iniziava la fase di riflessione sul da farsi nell'evenienza di una ricomparsa della Sars. Il Ministero della Salute, a seguito dell'allarme globale, crea un elaborato con scritte varie misure atte a contenere la diffusione di una eventuale ricomparsa della SARS.

Gli obiettivi principali erano:

- 1-identificare e isolare velocemente i casi di SARS, sia i sospetti sia i probabili nel momento del loro arrivo in Italia;
- 2-identificare e isolare immediatamente i casi SARS proveniente da aeree considerate a rischio nei 10 giorni seguenti al rientro;
- 3-porre sotto sorveglianza i contatti dei casi di SARS;
- 4- fornire indicazioni e formazione per la prevenzione e controllo della SARS in ambito ospedaliero;

L'Italia, come tutta l'Europa all'epoca fu' fortunata perché prima della data dell'allarme globale da parte dell'OSM non erano presenti casi nel territorio nazionale. Stessa cosa non si può affermare per l'attuale pandemia. Non è possibile dire se il piano contro la pandemia da SARS abbia funzionato o meno ma probabilmente non sarebbe stato sufficiente in situazioni di emergenza più gravi di quella di allora. All'epoca il nostro Paese aveva dato grande importanza alle tratte aeroportuali, facendo screening dei passeggeri in arrivo da aree infette, informazioni sui probabili sintomi e studiando eventuali contatti dei SARS positivi. I casi riscontrati in Europa furono circa una decina quindi un numero troppo esiguo per permettere un bilancio della capacità della prevenzione del contagio da parte del nostro paese.

1.2 Piani antipandemici.

L'OMS, dopo l'epidemia di SARS del 2003, ha obbligato tutti i governi a dotarsi di un piano anti-pandemico. Nel 2005 sono state dettate, sempre dall'organizzazione mondiale della sanità, le linee guida per arrivare alla stesura dei vari piani. L'Italia completa la stesura del piano nel 2006 e il suo principale obiettivo è rafforzare la preparazione a livello nazionale e locale, in modo da:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
2. minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia;
3. ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
4. assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;
5. garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
6. monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi sono:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.
5. Mettere a punto un piano di formazione.
6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione.
7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera

continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi. Il piano deve essere valutato periodicamente e stabilito in base alla situazione epidemiologica.

Questo piano pandemico non viene più modificato o commentato da una istituzione fino al 2018. Nel settembre del 2018 venne organizzata una riunione tecnica con gli esperti dell'Oms dove evidenziavano la necessità di chiarire quali fossero le linee guida dei nuovi piani pandemici. Dalla riunione una pandemia non veniva considerata solo un problema della sanità, ma dell'intera società, quindi un nuovo piano pandemico andava analizzato da tutti i ministeri, forze sociali e lavoratori del settore sanitario. La pandemia andava trattata come un problema più ampio e bisognava considerare ogni suo risvolto non solo quello prettamente sanitario. Poi, sempre seguendo le indicazioni dell'organizzazione mondiale della sanità: "occorreva pensare a modelli statici e matematici più evoluti ed era venuta fuori la criticità della mancanza di un piano di comunicazione pandemico". Nel 2018 il piano pandemico in Italia non fu elaborato. Solo a marzo 2019 si nominano dei nomi per formare dei gruppi che andranno a lavorare su principi base che saranno resi pubblici ad aprile dello stesso anno. Nell'estate 2019 viene convocato un incontro internazionale per fare un'esercitazione pandemica. Essendo presenti persone da tutto il mondo in un paio di giorni si completano aspetti formali e tecnici che andranno a costituire la bozza di un nuovo piano. A quest'ultima andavano aggiunti i contributi di ciascun gruppo di lavoro ma la classe dei medici di famiglia, Regioni e farmacisti non la inviarono in tempo per la stesura. Il resto è storia recente. L'Italia quindi a Febbraio 2020 si ritrovava ad affrontare l'inizio di una pandemia con un piano aggiornato al 2006. Nel nuovo piano lo Stato doveva adeguarsi alle molteplici indicazioni provenienti dall'Oms, predisponendo una serie di misure, come l'ampliamento delle terapie intensive, che avrebbero avuto un ruolo fondamentale nel contrasto di qualsiasi tipo di pandemia come il COVID-19. Soltanto nel 2021 a seguito della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 gennaio 2021 ha sancito l'accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale ha durata per il triennio 2021-2023.

CAPITOLO 2. La situazione infermieristica in Italia.

2.1 L'esordio in Italia del SarsCov2.

In considerazione della rapida accelerazione della diffusione del SarsCov2 l'Italia si è ritrovata del tutto impreparata a fronteggiare questa emergenza: Il Sistema Sanitario Nazionale si è ritrovato in carenza di dispositivi di protezione individuale, di medici e di infermieri. La scarsità di D.P.I. ha portato ad un aumento di contagi tra le linee del personale medico ed infermieristico aggravando ancora di più la situazione. Il nostro S.S.N. si presentava nel Marzo 2020 in maniera impreparata e mal organizzata per affrontare la 'normalità' e la pandemia ha scoperto la fragile situazione sanitaria italiana.

Analizzando il rapporto annuale dell'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) in materia di salute (Health at a Glance) consegnato nel 2019 si ha una panoramica sulla gravità della situazione italiana. Il problema è in particolare per il personale infermieristico. Sono stati analizzati 37 paesi del mondo, e la media rivela un numero di infermieri ogni 1000 abitanti pari a 8,2. In Italia, sono all'incirca 5,5 ogni 1000 abitanti, in tutti i paesi del nord Europa gli infermieri sono 10, peggio dell'Italia solo 8 paesi di cui europei unicamente la Turchia (2,1), la Grecia (3,3), e la Polonia (5,1). Simile alla nostra la situazione in Spagna (5,7), nel Regno Unito si attestano 7,8 ogni 1000. La maggior parte dei paesi europei mostra numeri a doppia cifra: Francia (10,3), Olanda (10,5), Svezia (10,9) e Germania (12,9), la punta è toccata da Svizzera e Norvegia che rispettivamente hanno 17,2 e 17,8. Il numero di medici è di 4 ogni 1000 abitanti e il numero di posti letto è pari a 3,2 rispetto ad una media rispettivamente di 3,5 e 4,7. Si evidenzia quindi che il problema riguarda più gli infermieri rispetto i medici in quanto quest'ultimi si ritrovano una media più alta di quella OCSE. Il rapporto medici infermieri resta uno dei più bassi dei paesi OCSE perché si attesta 1:1,5 mentre la media è di 2,7. La Nostra professione non solo è sotto la media ma è anche "anziana" in quanto dal 2000 al 2017 abbiamo un aumento del 36% di infermieri di età pari o superiore ai 50. Un dato che si contrappone al numero limitato di infermieri è l'aumento della aspettativa di vita degli italiani che si attesta di 83,24 con conseguente aumento di pazienti con demenza. Entro il 2050 l'OCSE prevede una proiezione di una persona su 25 che vivrà con demenza. Quindi paradossalmente aumenta il bisogno ma diminuiscono gli infermieri. Un altro dato estremamente critico è il numero di posti in terapia intensiva che è di 2,6 ogni 1000

abitanti collocando l'Italia al quartultimo posto in Europa. Questi dati sono frutto di anni di tagli da parte delle istituzioni italiane nei confronti del sistema sanitario nazionale provocando una forte carenza degli infermieri in Italia. Problematica sollevata da più parti, dalla FNOPI al GIMBE, da sindacati di varia estrazione a prestigiosi centri di studio. Possiamo affermare che la professione infermieristica è uno degli indicatori da tenere in considerazione per indicare la qualità dell'organizzazione e l'efficienza dei servizi in un paese sviluppato.

2.2 La situazione in Lombardia.

Nella prima fase della pandemia nel nostro Paese la regione più colpita fu' la Lombardia; nonostante sia la regione più ricca d'Italia e tra le più ricche d'Europa. A favorire la progressione del virus sicuramente è il fatto che la Lombardia non solo è la regione più popolosa d'Italia, ma anche la più densamente abitata. Questo comporta che sia l'area del paese in cui gli scambi, gli spostamenti, l'affollamento dei mezzi pubblici e in generale i rapporti intrapersonali sono più intensi.

L'emergenza ha messo in discussione il modello sanitario lombardo, da anni descritto come eccellenza e invece rivelatosi complice per come è organizzato nella propagazione del virus. Il sistema sanitario lombardo negli ultimi decenni ha privilegiato una privatizzazione della sanità. Il sistema usato dalla giunta Lombarda per smantellare il sistema sanitario è l'accorpamento. Fondere più ospedali in uno, diminuendo personale, posti letto e attrezzature. Acclamato come una miglioria data dall'accentramento delle risorse in realtà è solo un impoverimento a livello territoriale in quanto un cittadino per accedere alle cure ospedaliere deve raggiungere obbligatoriamente un grande ospedale. L'unica possibilità è quella di optare per servizi privati spesso non convenzionati. L'organizzazione è spesso non uniforme nella regione dovuta alla suddivisione dei servizi sanitari regionali. Nel 2015 le Aziende Sanitarie Locali (ASL) furono sostituite dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS). Quest'ultime sono suddivise in 8 macroaree: Milano Città Metropolitana, Pavia, Val Padana, Brescia, Bergamo, Brianza, Montagna e Insubria. Le precedenti aziende ospedaliere furono rinominate come Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST). Durante l'emergenza ognuna delle varie ATS si è ritrovata ad agire per conto proprio e senza coordinamento con le sue gemelle, il risultato è che è

sempre mancata a livello regionale una gestione integrata e coordinata dell'emergenza. Diversa invece la posizione dei vari OPI (Ordini professioni infermieristiche) che nelle prime fasi della pandemia si sono dimostrati coesi e uniti fin da subito.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa tesi è quello di tracciare un quadro attuale della professione infermieristica nel contesto drammatico della pandemia Covid19, con la testimonianza della situazione che stanno vivendo gli infermieri, sia come professione infermieristica stessa sia come soggettività sociale chiamata in causa in questi momenti di difficoltà quotidiana per l'intero paese.

L'intento sarà quello di fare una fotografia a questo terribile anno, attraverso la letteratura professionale, ad una delle regioni più colpita: la Lombardia. Verrà svolta una revisione della letteratura narrativa e saranno analizzati i comunicati stampa da parte degli OPI lombardi e da parte della FNOPI. Il tutto servirà per leggere il dramma della situazione attraverso le parole degli infermieri.

MATERIALI E METODI

Per condurre questo studio è stata fatta una raccolta di informazioni principalmente su PubMed e Google Scholar e sono stati utilizzati i documenti forniti dai siti ufficiali FNOPI e OPI Bergamo.

Per il seguente elaborato si è fatto riferimento alla situazione infermieristica a Marzo 2020 e saranno utilizzate due tipi di fonti:

- letteratura grigia: documentazione non convenzionale e non disponibile attraverso i normali campi commerciali. Sono diffusi dagli stessi autori o da enti e organizzazioni pubbliche e private, senza fini di lucro. Molto importante per trattare un quadro della situazione;
- istituzionali: è l'insieme di tutti i comunicati analizzati, rilasciati da fonti istituzionali tramite comunicati stampa.

LIMITI

I limiti di questo studio sono: i materiali di natura infermieristica, sociologica e antropologica per poter leggere la situazione a fondo non sono stati prodotti. Altro limite sta nel fatto che lo studio è svolto da un futuro infermiere marchigiano, questo presuppone più oggettività dello studio ma non c'è presenza sul territorio.

RISULTATI

Si andrà a effettuare un'analisi quantitativa e dei comunicati da parte della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. Prendendo in considerazione il primo trimestre dell'anno abbiamo una diminuzione di 16 comunicati, in particolare si può notare che, nonostante il virus si sia diffuso nel periodo di marzo si ha comunque una diminuzione dei comunicati, segno che ancora non erano stati elaborati provvedimenti, in quanto si stava valutando quale fosse la maniera migliore per agire. Si nota invece, un aumento significativo nei mesi di aprile, maggio e giugno che corrispondono al trimestre successivo all'esordio della pandemia. Complessivamente in questi tre mesi si attesta un aumento di 25 comunicati rispetto al 2019, segnale che la Federazione si è dimostrata presente fin da subito. Nel terzo e quarto trimestre si presenta comunque un aumento in ogni mese ad eccezione di novembre. In complessivo si ha un aumento di 36 comunicati nel 2020 rispetto al 2019 che corrisponde circa al 50% in più.

Mese	2019	2020	Incremento
Gennaio	7	5	-2
Febbraio	8	3	-5
Marzo	14	7	-7
Aprile	1	8	+7
Maggio	3	11	+8
Giugno	0	10	+10
Luglio	0	7	+7
Agosto	1	5	+4
Settembre	3	7	+4
Ottobre	3	8	+5
Novembre	12	10	-2
Dicembre	6	13	+7
TOTALE	58	94	+36

(Tabella 1; Nostra produzione; Differenza numero di comunicati 2019/2020)

Oltre ad un aumento quantitativo dei comunicati, si ha anche un cambiamento qualitativo.

Le tematiche trattate in questo ultimo anno sono cambiate a causa della pandemia, la maggior parte dei comunicati tratta il discorso Covid19. Nel 2019 gli argomenti trattati erano nella maggior parte dei casi riguardanti la normale amministrazione e per comunicazione di progetti. Nei comunicati del 2020 gli argomenti trattati evidenziano un profondo cambiamento rispetto a quelli dell'anno precedente in quanto rispecchiano il contesto sanitario attuale. Si evidenzia l'utilizzo di termini più empatici che si fanno carico del dolore dei colleghi impegnati in questa battaglia, più drammatici per quanto riguarda la situazione sanitaria e si contano diversi appelli disperati al ministero. Vengono annunciate diverse iniziative per dimostrare la presenza della federazione come #NoiConGliInfermieri e #NonchiamateciEroi, campagne di raccolta fondi per gli infermieri colpiti da Covid. Presenti vari comunicati dove vengono sollecitate le università sul numero di nuovi infermieri ammessi al test di ingresso e sul blocco prolungato delle lauree magistrali.

In generale la modalità di comunicazione e gli argomenti trattati da parte della FNOPI si è adattata al periodo di pandemia dimostrando un profondo cambiamento e una forte vicinanza agli infermieri.

DISCUSSIONE

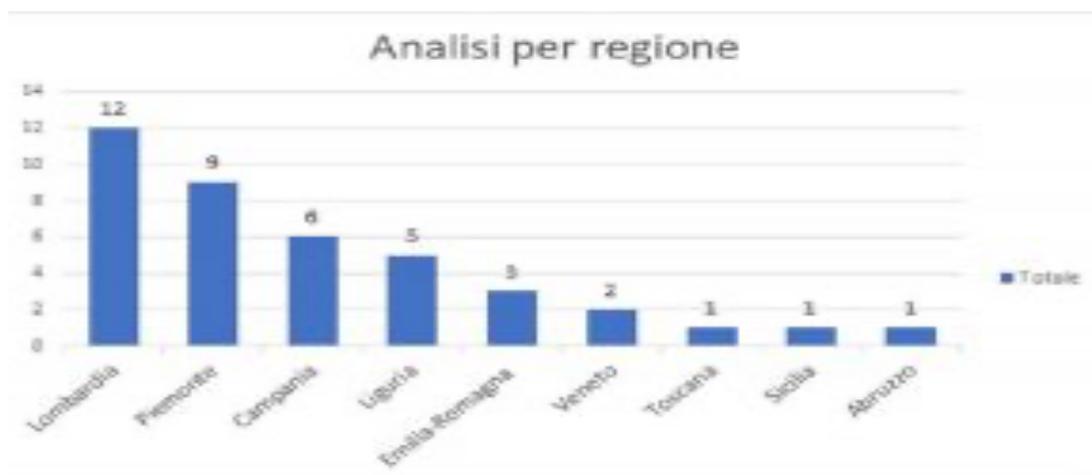
L'Italia è stata una delle nazioni più colpite in Europa, ha dovuto affrontare una crisi sanitaria senza precedenti, con gravi carenze organiche di professionisti sanitari e di materiali di approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale, applicando modelli organizzativi nuovi, trasformando rapidamente degenze ospedaliere e riorganizzando il lavoro per combattere la pandemia.

Il mondo sanitario, già profondamente in crisi prima dell'emergenza pandemica, è stato sottoposto ad una prova di forza che ha superato grazie alla volontà, professionalità e al lavoro delle risorse che lo compongono. Gli infermieri, i professionisti sanitari, medici, personale sociosanitario, collaboratori ospedalieri sono stati per tutto il periodo chiamati "eroi" dall'opinione pubblica per aver svolto il lavoro che, in condizioni fisiologiche, ha sempre caratterizzato la loro professione e il loro impegno deontologico-morale. La maggioranza degli operatori ha risposto alla chiamata, come ha sempre fatto, durante l'emergenza pandemica e, soprattutto nella prima ondata, si è assistito ad un numero elevato di infermieri e medici deceduti a causa della malattia contratta in reparto durante l'intero periodo iniziale. Sono stati dei veri e propri soldati impiegati in una guerra dove il nemico era il virus. Oltre ai decessi diretti causati dalla malattia c'è stato un aumento di suicidi dovuti allo stress e alla situazione che si era venuta a creare. Il 15/07/2020 la FNOPI attraverso un comunicato stampa ha analizzato i vari decessi e dati evidenziano 40 infermieri deceduti (dato aggiornato al 18/06/2020): 32 dovuti direttamente dalla malattia Covid-19(positivi al tampone), 4 con malattia Covid-correlata (per i quali la patologia virale è stato un fattore favorente) e 4 infermieri per i quali la modalità di morte è attribuita al suicidio. L'incidenza dei positivi tra gli infermieri rispecchia l'andamento epidemiologico della pandemia per cui si nota che la maggior parte degli operatori sanitari positivi sono lombardi.

OPERATORI SANITARI POSITIVI PER REGIONE (%)	
REGIONI	OPERATORI SANITARI POSITIVI (%)
Lombardia	61,57
Emilia Romagna	10,77
Veneto	8,45
Toscana	3,89
Friuli Venezia Giulia	2,41
Puglia	2,12
Sardegna	2,03
Provincia Autonoma Bolzano	1,85
Provincia Autonoma Trento	1,55
Liguria	1,44
Umbria	0,82
Marche	0,75
Abruzzo	0,62
Calabria	0,48
Piemonte	0,38
Lazio	0,29
Sicilia	0,29
Molise	0,25
Basilicata	0,02
Valle d'Aosta	0,02
Campania	0,01
ITALIA	100,00

(Tabella 2 comunicato stampa FNOPI 15/07/2020)

L'analisi per regione conferma i dati generici di decessi per Covid-19. La sola regione Lombardia copre infatti il 30% di deceduti con ben 12 decessi. Anche dal punto di vista dei decessi è stata la regione più colpita



(Tabella 6 comunicato stampa FNOPI 15/07/2020)

Il fatto che il 10% degli infermieri non sia riuscito a fronteggiare l'emergenza pandemica, arrivando alla decisione di togliersi la vita, ha portato la FNOPI ad intraprendere un'azione concreta per arginare situazioni pericolose di stress psicologico; la Federazione ha infatti deciso di promuovere l'iniziativa "ABCDE: corso gratuito antistress e burn-out per i professionisti della salute", definito come "un vero e proprio DPI mentale" che ha l'obiettivo di ridurre l'ansia e lo stress causati dalla pandemia da Covid-19. Il 10 Aprile 2020 la FNOPI dà il via ad una raccolta fondi, chiamata "Fondo di Solidarietà", dedicata agli Infermieri colpiti nella lotta al Covid-19, i quali saranno impiegati per la riabilitazione fisica e mentale. Successivamente anche aziende come Barilla e Ferrero hanno svolto campagne in favore di infermieri e delle loro famiglie.

Le morti di molti dei nostri colleghi potevano sicuramente essere evitate se, a inizio pandemia, fossero stati disponibili i D.P.I. necessari e il supporto psicologico adeguato. La FNOPI, successivamente alla comparsa dei primi casi e ai primi disagi legati alla pandemia, esordisce con un comunicato il 9 marzo 2020, il quale sarà il primo di un vero e proprio "bollettino di guerra". Questo comunicato recita una forte presa di posizione da parte della FNOPI nel quale viene denunciata una mancanza di dispositivi di protezione individuale e viene fatto notare che ancora non si sapeva in maniera chiara quando sarebbero arrivati a disposizione degli operatori. Si evidenzia, anche a proposito della sospensione dei congedi ordinari, che nessun infermiere si è mai tirato indietro nel momento del bisogno; questa decisione influiva solo negativamente in quanto era un'occasione per stressare ulteriormente il personale impiegato. Si scrive anche dell'esigenza di provvedimenti contro la violenza sugli operatori sanitari in quanto le aggressioni sono aumentate a causa del divieto agli accompagnatori dei pazienti di restare nelle sale di attesa dei dipartimenti emergenze e accettazione e dei pronto soccorso. Il comunicato termina con tre righe significative: "i molti attestati di stima nei confronti dei professionisti sanitari impegnati in questa emergenza, definiti come eroi. Tutto molto bello. Ma oltre alle dichiarazioni ora servono fatti concreti per salvaguardare anche la salute e la sicurezza di tutti gli operatori della sanità."

Nei giorni successivi furono pubblicati altri comunicati ma il 16 marzo la FNOPI ci tenne a rimarcare che nonostante i solleciti il numero di dispositivi dati in dotazione era ancora insufficiente. Criticato anche l'atteggiamento di chi coordinava a livello nazionale per la considerazione avuta verso chi ha contratto il COVID19, dove si supposeva che la causa sia stata per atteggiamenti personali e non all'alto rischio lavorativo. Inoltre, per correre ai ripari nei primi giorni, furono effettuate campagne di assunzioni di massa, generando però solo posti di lavoro precari e non impegnandosi a fare contratti di lunga durata. Si invoca l'aiuto del Governo per evitare un massacro psicologico e morale. A Brescia, il 22 Marzo, gli ordini lombardi di tutte le province della regione pubblicarono un comunicato congiunto dove si definisce "intollerabile il trattamento avuto nei confronti degli infermieri lombardi". Un evento tutt'altro che scontato, dato che tutti gli ordini lombardi si trovano d'accordo su tre principali tematiche:

- l'organico degli infermieri.

Viene commentata la scelta del governo che pochi giorni dopo pubblicò un bando per arruolare in una task force, che sarà impiegata nelle zone più colpite, 500 infermieri e 300 medici, per formare una prima linea d'assalto contro il virus. Questa task force sarà impiegata proprio nel territorio lombardo, la zona più danneggiata da questa pandemia. Questo aiuto seppur fondamentale non viene ritenuto la soluzione migliore, in quanto non crea un reale aumento del personale ma solo una cosa utile nell'immediato, ma non a lungo termine.

- L'assenza di infermieri a tavoli tecnici istituiti per l'emergenza.

Nonostante si viveva una situazione ai limiti dell'esaurimento fisico ed emotivo sul campo, gli infermieri venivano esclusi ai tavoli tecnici istituiti per l'emergenza, segnale di una considerazione pressoché nulla per chi sta lottando in prima linea contro la COVID-19. Decisione inconcepibile in quanto i rappresentanti degli infermieri potevano contribuire in maniera fondamentale ad organizzare e programmare interventi di maggiore efficacia ed efficienza, appresi sul campo.

- Riduzione personale.

Si assisteva a organici progressivamente ridotti, sia per le scelte di tagli storici, sia perché, si veniva allontanati a causa di presunta positività o, come era stabilito nel decreto regionale, al minimo rialzo di temperatura. Di conseguenza ci fu un numero incredibile di esoneri temporanei dovuti ad una e disarmante mancanza di D.P.I. Veniva ancora ricordata la necessità di rifornimenti sul campo.

Il comunicato si conclude con tre richieste fondamentali: rispetto, attenzione e ascolto. Tre punti importantissimi che al momento non erano stati attribuiti alla nostra professione.

Poco meno di un mese, dopo il primo comunicato riguardo la pandemia, fu' elaborato un corso online reso disponibile il 7 aprile, in cui si trattava le varie disposizioni per proteggere gli infermieri e gestire l'emergenza. Si stava combattendo una battaglia su due fronti, sia sul campo, dagli infermieri in prima linea, sia dagli esperti del settore, per emanare linee guida e materiale sempre aggiornato. Dato la gravità della situazione tutti i cittadini iniziarono a capire cosa sono gli infermieri e quanto valgono davvero, ci si rendeva conto quanto erano professionali e disponibili nonostante turni infernali mai interrotti. L'Opi di Bergamo in merito pubblicò una lettera rivolta ai cittadini: "Ci rivolgiamo a voi, che, come noi, vivete in questa importante e bella provincia, poiché ogni azione compiuta secondo le regole della prevenzione e della lotta a COVID-19, non sono solo di aiuto per chi vi aiuta, ma lo sono soprattutto per voi stessi e per le persone a voi vicine". Dato che gli operatori sanitari avevano in mano le vite dei cittadini, si richiedeva da questi ultimi uno sforzo a rispettare le leggi e a seguire le indicazioni per arginare il contagio. "Da un gesto semplice, come il lavaggio delle mani e una serie di regole per evitare contatti di massa, diamo la possibilità ai più fragili di scongiurare di contrarre un'infezione che, per loro, potrebbe avere esiti davvero negativi, oltre a ridurre i casi di contagio e relativi ricoveri ospedalieri.". "Noi infermieri non dobbiamo affrontare solo l'aspetto clinico e assistenziale dell'epidemia, difficilissimo e durissimo vista la novità e la diffusione del virus, ma anche quello umano". L'OPI Bergamasco diramò questa lettera perché in quel periodo i cittadini si ritrovavano a subire pesanti restrizioni

della vita intrapersonale e lavorativa come la chiusura delle attività produttive. Era un modo per tendere la mano ai cittadini e dimostrare la propria presenza, la quale era fondamentale dato che il 18 marzo 2020 a Bergamo, città italiana simbolo del dramma della prima ondata della pandemia, si vedeva per le strade una fila di camion militari lasciare al cimitero i feretri dei bergamaschi vittime del coronavirus. Oltre a cittadini, L'OPI scrive anche ai colleghi per ringraziare la professionalità, umanità, coraggio e generosità che stavano dimostrando.

“In questi giorni gli infermieri stanno silenziosamente sostenendo il sistema salute coprendo a volte le lacrime dietro le mascherine ed è evidente che non lasceranno mai questa battaglia.” Perché le battaglie si possono vincere, ma le cicatrici dovute al vissuto dei colleghi, soprattutto i bergamaschi restano.

Interessante l'iniziativa delle colleghe lombarde dell'ospedale di Brescia che hanno svestito il camice ed hanno dato forma al progetto “Cocci di Covid”, prendendo esempio dall'arte giapponese del kintsugi, la quale consiste nell'utilizzo di oro per riparare oggetti di ceramica rotti, in modo da impreziosire l'oggetto; questa pratica simboleggia l'idea che dall'imperfezione possa nascere una forma migliore di perfezione estetica e interiore. In questo periodo le infermiere hanno identificato, nell'oggetto rotto, se stesse, le quali rappresentano una professione toccata nel profondo dalla situazione vissuta nei reparti, le cicatrici simboleggiano un vissuto che non verrà dimenticato ma rimarrà impresso nella professione infermieristica per sempre, andando ad abbellirla ancora di più.



(Foto 2; Giornale di Brescia; Melissa Ricci; Articolo 04/07/2020)

Una professione da sempre sfruttata e ignorata dalle istituzioni nonostante sia alla base del processo di assistenza del cittadino. Una categoria che rappresenta oltre il 41% delle forze del Servizio sanitario nazionale e oltre il 61% degli organici delle professioni sanitarie. La certezza emersa era quella che la sanità non funziona senza infermieri, lo aveva riconosciuto anche l'ex premier Conte che alla camera il 12 Aprile 2020 affermava "non ci dimenticheremo di voi". Da questa situazione la FNOPI elaborò, il 13 Aprile, 7 richieste per un futuro migliore:

1. un'area contrattuale infermieristica che riconosca peculiarità, competenza e indispensabilità;
2. una indennità infermieristica che, al pari di quella già riconosciuta per altre professioni sanitarie della dirigenza, sia parte del trattamento economico fondamentale, non una "una tantum" e riconosca e valorizzi sul piano economico le profonde differenze rispetto alle altre professioni, sempre esistite, ma rese evidenti proprio dal COVID-19;

3. garanzie sull'adeguamento dei fondi contrattuali e possibilità di un loro utilizzo per un'indennità specifica e dignitosa per tutti i professionisti che assistono pazienti con un rischio infettivo;
4. garanzie di un adeguamento della normativa sul riconoscimento della malattia professionale in caso di infezione con o senza esiti temporanei o permanenti;
5. immediato adeguamento delle dotazioni organiche con l'aggiornamento altrettanto immediato della programmazione degli accessi universitari: gli infermieri non bastano, ne mancano 53mila ma gli Atenei puntano ogni anno al ribasso;
6. aggiornamento della normativa sull'accesso alla direzione delle aziende di servizi alla persona: siamo sul territorio, dove l'emergenza ha dimostrato che non è possibile prescindere da una competenza sanitaria di tipo assistenziale a garanzia degli ospiti. Come nelle RSA, ad esempio, dove si stanno destinando proprio infermieri, quelli del contingente dei 500 volontari scelti dalla Protezione civile, ma anche a domicilio con cronici, anziani, non autosufficienti e così via;
7. superamento del vincolo di esclusività, un'intramoenia infermieristica già scritta anche in alcuni DDL fermi in Parlamento che gli consenta di prestare attività professionale a favore di strutture sociosanitarie (RSA, case di riposo, strutture residenziali, riabilitative...), per far fronte alla gravissima carenza di personale infermieristico di queste strutture. Applicando anche nel caso la legge 1 del 2002 di 18 anni fa quindi, che prevedeva prestazioni aggiuntive e possibilità che altro non sono se non il richiamo in servizio di pensionati e contratti a tempo determinato utilizzati una tantum (ma indispensabili a quanto pare) per COVID-19.

CONCLUSIONE

La pandemia causata dal Covid-19 ad inizio 2020 ha trasformato i modelli di vita delle persone sottoponendole a cambiamenti radicali dal punto di vista sociale, economico e lavorativo. L'Italia, è stata fra le più colpite in Europa e nel mondo, ha dovuto affrontare una crisi sanitaria senza precedenti. Una sfida impreveduta e di difficile gestione dove il Paese è arrivato impreparato con un piano pandemico risalente al 2006, nonostante negli anni era stata sollecitata alla stesura di uno nuovo, in cui si sottolineava quanto fosse importante potenziare terapie intensive e aumentare il numero infermieri in calo da decenni, situazione resa ancora più complicata dalle mancanze di approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale. Prendendo in esame l'organizzazione sanitaria della regione Lombardia, considerata la più efficiente grazie alle risorse che offre il territorio, si è dimostrata inadeguata nel fronteggiare una situazione di estrema emergenza, come l'attuale pandemia.

Analizzando la situazione lombarda si è potuto tracciare un quadro della professione infermieristica nel contesto drammatico in cui stiamo vivendo.

Questo è stato possibile analizzando i vari comunicati da parte degli OPI lombardi e da parte della FNOPI.

Dai comunicati si evidenzia che la professione infermieristica, nonostante fosse sotto stress, è stata all'altezza della situazione, dimostrando un impegno deontologico-morale fuori dal comune, e presente in prima linea nella battaglia contro la pandemia con volontà e professionalità.

Dai risultati si riscontra un aumento di comunicati, segno della vicinanza da parte della FNOPI. I cambiamenti sono stati anche qualitativi, utilizzando un linguaggio diverso, più empatico e più drammatico, attraverso il quale risalta l'importanza che hanno gli infermieri nella società, sia come professionisti che come cittadini, in particolare in situazioni che richiedono un forte e organizzato sistema sanitario, come il contesto attuale.

Possiamo affermare che anche le rappresentanze istituzionali e associative si sono dimostrate all'altezza della situazione, nonostante l'estrema difficoltà e sofferenza vissuta.

Il lavoro svolto da queste ultime è stato fondamentale per cercare di dare tutele e risposte nelle prime fasi, in cui il piano organizzativo non era ben delineato e sufficiente a

provvedere alle necessità richieste, come DPI e numero di infermieri. Fondamentale è stato il confronto tra le parti politiche e i rappresentanti infermieristici, il quale ha permesso di risolvere le incertezze iniziali, con conseguente maggiore organizzazione ospedaliera. Quest'ultima ha portato alla creazione immediata di corsi di formazione, supporto psicologico, approvvigionamento DPI e campagne fondi per gli infermieri colpiti dalla malattia.

La situazione vissuta ha dimostrato l'importanza della professione infermieristica e si può affermare che ha rappresentato i cittadini in ambito sanitario in maniera adeguata, a dimostrazione del fatto che siamo un pezzo indicativo della società e lo saremo per sempre.

BIBLIOGRAFIA

- Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia. Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda. Milano
- Forastiere F, Micheli A, Salmaso S, Vineis P. Epidemiologica e Covid-19 in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione (Editoriale)* 2020;24 (2). Scaricato il 01.04.2020
- Giansanti D, D'Avenio G, Rossi M, Spurio A, Bertinato L, Grigioni M. *Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 54/2020).
- Gideon Lichfield. We're not going back to normal. *Technologyreview.com*, 31.03.2020
- Health at a Glance 2018
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 497–506. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- ipsitch M, David L, Swerdlow P, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed.
- Ksiazek, T. G., Erdman, D., Goldsmith, C. S., Zaki, S. R., Peret, T., Emery, S., Tong, S., Urbani, C., Comer, J. A., Lim, W., Rollin, P. E., Dowell, S. F., Ling, A. E., Humphrey, C. D., Shieh, W. J., Guarner, J., Paddock, C. D., Rota, P., Fields, B., DeRisi, J., ... SARS Working Group (2003). A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *The New England journal of medicine*, 348(20), 1953–1966. DOI: [10.1056/NEJMoa030781](https://doi.org/10.1056/NEJMoa030781)
- Kuiken, T., Fouchier, R. A., Schutten, M., Rimmelzwaan, G. F., van Amerongen, G., van Riel, D., Laman, J. D., de Jong, T., van Doornum, G., Lim, W., Ling, A. E., Chan, P. K., Tam, J. S., Zambon, M. C., Gopal, R., Drosten, C., van der Werf,

S., Escriou, N., Manuguerra, J. C., Stöhr, K., ... Osterhaus, A. D. (2003). Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet (London, England)*, 362(9380), 263–270. DOI:[10.1016/S0140-6736\(03\)13967-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13967-0)

- La spesa per la prevenzione in Italia (2006-2013): analisi descrittiva, trend regionali e confronti internazionali. *Epidemiologia & Prevenzione* (2016);
- Maciocco G. Emergenza Coronavirus: tempi di precarietà. *Epidemie e globalizzazione*.
- Ministero della Salute. (2019). Telemedicina , linee di indirizzo nazionali. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/documentazione>.
- Ministero della Salute. (2020). Nuovo Coronavirus, Misure di contenimento. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>.
- Ministero della Salute. (2020). Nuovo Coronavirus. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>.
- Nacoti M, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM*, March 21, 2020. doi: 10.1056/CAT.20.0080
- OECD (2018), *Caring for Quality in Health, Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2018), *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2018), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2018), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italy: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale. CCM – Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Ministero della Salute 200
- Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P. (2020). Cosa sono i Coronavirus. *Istituto Superiore della Sanità. Epicentro*, 15(2), 22-23.

- Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P. & Siddu, A. (2020). SARS-CoV-2: emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. *Istituto Superiore della Sanità, Epicentro*, 18(5), 45-47.
- Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P., D'Ancona, F.P., & Siddu, A. (2020). Pandemia Covid-19. *Istituto Superiore della Sanità, Epicentro*, 16(2), 36-38.
- Siddu, A. (2020). SARS-CoV-2: dichiarazione di pandemia. *Istituto Superiore di Sanità, Epicentro*, 23(13), 76-78.
- World Health Organization. *Contact tracing in the context of COVID-19: interim guidance*. Geneva: WHO; 2020.

SITOGRAFIA

www.ecodibergamo.it

www.epicentro.iss.it

www.esteri.it

www.fnopi.it

www.giornaledibrescia.it

www.ipavsi.it

www.iss.it

www.lastampa.it

www.nurse24.it

www.opibg.it

www.opibrescia.it

www.opicomo.it

www.opicremona.it

www.opilecco.it

www.opilomb.it

www.opivarese.it

www.osce.org

www.quotidianosanita.it

www.regione.lombardia.it

www.salute.gov.it

www.salute.gov.it

www.sondrio.it

www.thesubmarine.it

www.unibs.it

www.who.int