



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**DALL'INFLUENZA SPAGNOLA AL
COVID-19: APPROCCIO STORICO-
COMPARATIVO SUL TEMA
DELL'INFERMIERISTICA A
CAVALLO TRA I DUE SECOLI**

Relatore: Chiar.ma
**D.ssa Serena
Frassini**

Tesi di Laurea di:
Luca Alessandrini

A.A. 2019/2020

Premessa	1
CAPITOLO I	
INTRODUZIONE	2
1.1 L'influenza Spagnola, il più grande olocausto medico della storia	2
1.2 Epidemiologia: le diverse ondate nel mondo e in Italia	4
1.3 L'impatto sul sistema sociale	9
1.4 La risposta dell'infermiere agli eventi pandemici	10
CAPITOLO II	
MATERIALI E METODI	13
2.1 Obiettivo e quesito della ricerca	13
2.2 Processo di ricerca	13
CAPITOLO III	
RISULTATI	17
3.1 Sintesi della letteratura	17
3.1.1 Macroarea A "Interventi non farmacologici" (utilizzo dei DPI, misure di igiene e disinfezione)	19
3.1.2 Macroarea B "Workforce"	27
3.1.3 Macroarea C "Territorio" (provvedimenti restrittivi, misure organizzative, educazione sanitaria e ruolo dell'infermiere)	29
3.1.4 Macroarea D "Atteggiamenti, dissenso, movimenti di protesta"	36
CAPITOLO IV	
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	40
4.1 Covid-19, influenza spagnola e ruolo del nursing: analogie e differenze	40
4.2 Conclusioni	45
BIBLIOGRAFIA	47

Premessa

Dorothy Deming era un'apprendista infermiera al Presbyterian Hospital di New York quando la città fu colpita dalla pandemia. Le fu assegnato un servizio di 12 ore in un "reparto antinfluenzale" e per 6 settimane, ha "vissuto nel bel mezzo dell'epidemia". Questa è la sua testimonianza:

"The newspapers and health authorities had given some warning but, even though our 250-bed hospital foresaw trouble, no one anticipated the suddenness of the attack. One day our student duties went on as usual: we attended classes and had supervised practice in the nursing care of patients. Then almost overnight the hospital was inundated by... victims".

"I giornali e le autorità sanitarie avevano dato qualche preavviso, ma anche se il nostro ospedale da 250 posti letto si aspettava dei problemi, nessuno aveva previsto la subitaneità dell'attacco. Fino al giorno prima le lezioni erano andate come al solito: abbiamo frequentato le lezioni e fatto pratica di assistenza infermieristica ai pazienti. Poi, nel giro di una notte l'ospedale venne sommerso dalle... vittime" (Deming, 1957, p. 1308).

La sua storia sembra provenire direttamente dai titoli che di recente che hanno riguardato la fase 1 della pandemia di coronavirus; in realtà gli eventi da lei descritti sono avvenuti 102 anni fa, durante l'epidemia della Grande Influenza, o Influenza Spagnola.

CAPITOLO I

INTRODUZIONE

1.1 L'influenza Spagnola, il più grande olocausto medico della storia

La pandemia di influenza H1N1, conosciuta come “Grande Influenza” o “Influenza Spagnola” del 1918-1919, è stata descritta come “il più grande olocausto medico della storia”. La mortalità totale le valse la definizione di più grave forma di pandemia della storia dell'umanità: si dice che abbia ucciso più persone in 24 settimane che l'AIDS in 24 anni e in un anno più di quante ne abbia uccise la peste nera del XIV secolo. Fu la prima delle pandemie del XX secolo che coinvolgono il virus dell'influenza H1N1. E si diffuse in tutti i continenti, correndo a bordo dei treni, delle navi e delle grandi vie di comunicazione aperte dalla modernità ottocentesca ma soprattutto con lo spostamento delle truppe durante il primo conflitto mondiale: le trincee e gli accampamenti sovraffollati della Prima Guerra Mondiale diventarono terreno fertile per la malattia e quando le truppe si spostavano, il contagio viaggiava insieme a loro.

I tassi di infezione e di mortalità per l'influenza aumentarono in tre distinte ondate a partire dal giugno 2018 fino all'inizio dell'estate 2019: la natura esatta del virus e le modalità di prevenzione sono venute alla luce molto lentamente e, anche se ci sono controversie sul tasso di mortalità, si stima che la spagnola abbia ucciso tra il 2 e il 5% della popolazione mondiale (Cipriano 2018 Barry, 2009; Johnson and Mueller, 2002).

La malattia ridusse notevolmente l'aspettativa di vita dell'inizio del XX secolo che, nel primo anno dal diffondersi della pandemia, risultava diminuita di circa 12 anni. La maggior parte delle epidemie influenzali

uccide quasi esclusivamente pazienti anziani o già indeboliti; al contrario, la pandemia del 1918 stroncò prevalentemente giovani adulti precedentemente sani. La malattia cominciò a manifestarsi, in modo sostanzialmente innocuo, all'inizio del 1918, mentre ancora infuriavano i combattimenti della "Grande Guerra": i sintomi erano febbre, brividi e dolori muscolari che duravano per 3-4 giorni e poi scomparivano. L'influenza si manifestava con febbre alta (39° - 40° C), mal di gola, mal di testa, stanchezza, dolori muscolari e articolari, congiuntivite e a volte nausea ed epistassi; nella maggior parte dei casi i sintomi duravano soltanto qualche giorno e si arrivava presto alla guarigione, ma non raramente, dopo un calo della febbre, si aveva un nuovo rialzo della temperatura che preannunciava l'insorgere delle complicazioni. Queste erano soprattutto a carico dell'apparato respiratorio (tracheo-bronchiti, bronchiti, catarri soffocanti, bronco-polmoniti, polmoniti, pleuriti) e spesso portavano alla morte. A causarle, la sovrapposizione di infezioni batteriche ma anche l'azione lesiva dello stesso virus influenzale. In alcuni casi si avevano anche complicazioni cerebrali (encefaliti) e gastroenteriche. Si segnalavano inoltre delle forme che potremmo definire "fulminanti" in cui non si presentava alcuna remissione della febbre e il paziente moriva in breve tempo, addirittura poche ore.

Sono state formulate diverse possibili spiegazioni per l'alto tasso di mortalità di questa pandemia. Alcune ricerche suggeriscono che la variante specifica del virus avesse una natura insolitamente aggressiva.

Un gruppo di ricercatori, recuperando il virus dai corpi delle vittime congelate, ha scoperto che la trasfezione negli animali causava una rapida insufficienza respiratoria progressiva e la morte attraverso una tempesta di citochine (una reazione eccessiva del sistema immunitario dell'organismo).

Si è quindi ritenuto che, nei giovani adulti, l'elevata mortalità fosse legata alle forti reazioni immunitarie; mentre la probabilità di sopravvivenza, in alcune aree, paradossalmente sarebbe stata più elevata in soggetti con sistema immunitario più debole, come bambini e anziani. Una volta ritrovato e ricostruito il virus responsabile della Spagnola, è stato possibile studiarlo più approfonditamente, ma le proprietà che lo hanno reso così devastante non sono state ben comprese.

All'influenza fu dato il nome di "spagnola" perché la sua esistenza fu riportata dapprima soltanto dai giornali spagnoli: la Spagna non era coinvolta nella Prima Guerra Mondiale e la sua stampa non era soggetta alla censura di guerra; nei paesi belligeranti invece, la rapida diffusione della malattia fu nascosta dai mezzi d'informazione, che tendevano a parlarne come di un'epidemia circoscritta alla Spagna.

1.2 Epidemiologia: le diverse ondate nel mondo e in Italia

Un fatto inconsueto fu che l'epidemia si diffuse in diverse ondate indipendenti dalle stagioni (per quanto riguarda l'emisfero settentrionale), mentre di solito l'influenza epidemica si diffonde in inverno. Anche se il periodo e il numero di ondate della Spagnola non sono ugualmente riconosciuti a livello globale, gli studiosi sono abbastanza concordi nel ritenere che la pandemia, negli USA e in altre nazioni, abbia avuto tre ondate distinte: la primavera del 1918, l'autunno del 1918 e l'inverno del 1918-1919. Alcuni autori considerano anche, in alcuni paesi, una quarta ondata del 1920-1921.

I contagiati dalla "spagnola" furono tra i 500 milioni e un miliardo su una popolazione globale di circa 1,8 miliardi di individui. Le stime effettuate vari

anni fa, parlano di 21,6 milioni di morti, mentre ricerche più recenti riportano cifre più alte: 24,7-39,3 (dati riferiti alla sola ondata autunnale) e 50-100 milioni di decessi in tutto il mondo. I primi casi si verificarono nel febbraio in Cina e in Spagna. Essendo il Paese iberico neutrale, i giornali spagnoli, non sottoposti a censura, diedero molto risalto al diffondersi dell'epidemia che per questo motivo fu chiamata la "spagnola". I primi casi negli U.S.A. si verificarono all'inizio di marzo: si trattava di reclute dell'esercito in addestramento nel Kansas. Nel mese di aprile l'influenza arrivò nelle trincee francesi e gli spostamenti dei soldati ne causarono la trasmissione a tutti i Paesi europei. La prima ondata somigliava alle tipiche epidemie influenzali; i più a rischio furono gli anziani o i già malati, mentre i più giovani e coloro che godevano di buona salute si riprendevano facilmente. Tra la fine giugno e gli inizi di luglio, la malattia era ormai diffusa in tutti i continenti: solo il Canada, gran parte dell'Africa e del Sudamerica non furono interessate dalla propagazione del morbo.

I primi isolati focolai della seconda (e questa volta letale) ondata si ebbero in Italia a partire da luglio. Ad agosto, quando iniziò la seconda ondata, il virus era mutato in una forma molto più letale e la malattia era largamente diffusa: Francia, U.S.A., America Centrale, Sudamerica, Africa Occidentale, India, Sudest asiatico, Cina, Giappone. Nel settembre 1918 l'epidemia era pronta a entrare nella sua fase più letale. È stato calcolato che le 13 settimane tra settembre e dicembre 1918 costituirono il periodo più intenso, con il maggior tributo di vite. A novembre era presente ovunque tranne che in Australia, dove arrivò solo all'inizio del 1919. La virulenza della Spagnola sembrò scemare a fine novembre, ma una nuova ondata epidemica, altrettanto micidiale, si fece sentire dalla fine di dicembre al febbraio-marzo 1919. In alcuni Paesi il virus ritornò a colpire, anche se con minor mortalità,

dalla fine del 1919 al marzo 1920. Seppure in assenza di statistiche precise, si pensa che le più colpite furono le giovani donne, probabilmente perché era a loro che spettava l'assistenza agli ammalati, sia in famiglia che negli ospedali (suore, crocerossine, infermiere ecc.); inoltre erano i comitati femminili a gestire l'accoglienza dei profughi, l'assistenza ai reduci e agli orfani di guerra, attività che esponevano notevolmente al rischio di contagio. Da non dimenticare che molte donne erano state inserite nel mondo del lavoro, spesso al posto degli uomini che erano partiti per il fronte: l'affollamento nelle fabbriche fu sicuramente un fattore favorente alla diffusione del virus.

La "spagnola" arrivò in Italia nel maggio 1918. Il nostro paese fu uno di quelli più colpiti dall'influenza spagnola; il tasso di mortalità è stato secondo solo a quello russo, dove le condizioni climatiche estreme aggravarono ulteriormente la situazione. Si stima che in Italia il morbo colpì in tre successive ondate oltre 4 milioni e mezzo di persone in tutto il Paese, uccidendone tra le 375mila e le 650mila, un numero impressionante, se si considera che all'epoca la popolazione italiana era composta da 36 milioni di cittadini. Per la prima ondata in Italia non si hanno i numeri riguardanti i casi tra i civili, perché l'influenza non era una malattia sottoposta all'obbligo di notifica. Piccoli focolai si registrarono ad Assisi, a Domodossola, a La Spezia, nelle province di Modena, Verona e Vicenza.

Nell'esercito, il picco dei contagi si ebbe a maggio mentre si osservò un decremento a giugno e uno ancora maggiore in luglio, quando la malattia sembrava essersi esaurita. In realtà, già a luglio avevano cominciato a manifestarsi i primi casi gravi tra la popolazione civile. Purtroppo, nessuno si rese conto del grave pericolo e non furono lanciati allarmi. Ad agosto la situazione peggiorò e fu colpito anche l'Esercito (500 infezioni con 13 morti

in un campo di addestramento presso Parma). L'episodio spinse il Ministero dell'Interno (da cui dipendeva la tutela della salute degli italiani) a inviare, il 22 agosto, un telegramma a tutti i Prefetti del Regno con le direttive per la profilassi della malattia. Nel mese di settembre anche i giornali cominciarono a parlare della nuova, devastante epidemia che ormai aveva raggiunto tutte le zone d'Italia. La fase più aggressiva si verificò tra luglio e ottobre di quell'anno, quando si ammalarono fino a tremila persone al giorno; anche stavolta, inizialmente la malattia attecchì negli affollati accampamenti militari. Ottobre fu il mese con il maggior numero di casi e di morti; a novembre l'epidemia sembrò rallentare ma ebbe una ripresa tra la fine di dicembre 1918 e gli inizi del 1919, poi il numero dei casi andò sempre più diminuendo finché, nella primavera-estate 1919, la malattia scomparve del tutto. Una quarta e ultima ondata epidemica investì l'Italia alla fine del 1919, toccò l'apice tra gennaio e febbraio 1920 per poi cominciare a esaurirsi fino all'estate, quando infine scomparve. Non si hanno dati precisi sul numero di decessi per Influenza Spagnola in Italia: l'influenza colpì soprattutto al Sud, ma la mortalità variava moltissimo da zona a zona, con punte del 70% in alcune città. Già provata dalla guerra, l'Italia venne messa in ginocchio anche perché tra i morti vi furono sia tantissimi medici e infermieri che addetti ai trasporti, ovvero autisti, tranvieri e ferrovieri, più esposti perché a contatto con un gran numero di persone. Le statistiche ufficiali parlano di 274.041 morti per influenza nel 1918 e di 37.781 nel 1919. A questi dovrebbero essere aggiunti gran parte dei decessi per influenza del 1920 (24.428), per una cifra complessiva di circa 320.000 decessi. Il numero potrebbe essere molto più alto dato che spesso, nei certificati di morte, non veniva indicata come causa l'influenza ma la polmonite. In Italia nel 1918 si registrò un eccesso di mortalità per polmonite di circa 100.000 casi rispetto agli anni precedenti, difficilmente spiegabile se

non collegato alla spagnola. Inoltre, andrebbero considerate anche le diagnosi errate e le frequenti omissioni della causa di decesso negli atti di morte, motivo per cui questi numeri potrebbero essere ulteriormente sottostimati. Questi sono i motivi per cui anche in Italia le cifre sulla mortalità riportate nei vari studi sono molto divergenti: 325.000-375.000 (dati riferiti solo alla seconda ondata), 390.000 o addirittura 600.000. Nella migliore delle ipotesi, morì per influenza spagnola lo 0.9% della popolazione italiana; se si considera valido il dato dei 600.000 morti, la percentuale arriva all'1.7%. Nel quadro europeo, l'Italia ebbe probabilmente il più alto numero complessivo di morti (dopo la Russia) e uno dei tassi più elevati di mortalità. Ancora più difficile è stabilire quanti italiani si ammalarono, dato che non ci sono dati statistici a riguardo. Stime effettuate dagli studiosi parlano di un italiano su sei, quasi il 17% della popolazione. Secondo l'Istituto Centrale di Statistica, la regione con il più alto numero di morti fu la Lombardia (36.653), seguita dalla Sicilia (29.966) e da Campania Lazio, Sardegna e Basilicata. Nel 1917, nelle Marche i decessi per influenza erano stati 102, salirono a 8.324 nel 1918, 1.429 nel 1919 e 1.015 nel 1920. Anche nelle Marche, come per le altre regioni, si ebbe un notevole incremento dei casi mortali di polmonite (+2.280) rispetto al 1917, attribuibile in gran parte, se non del tutto, alla spagnola: questo significa che, nel complesso, le vittime della spagnola nelle Marche furono almeno 13.000. Ancora più significativi sono i dati riguardanti l'influenza in quegli anni: le Marche nel 1917 ebbero un tasso di mortalità dello 0.8 per 10.000 abitanti mentre nel 1918 del 72.3. Nel comune di Macerata, a causa della spagnola, morirono quasi 400 persone (a fronte dei circa 300 soldati morti in quattro anni di guerra); in tutta la provincia maceratese i morti furono più di 3.200 (Ruffini).

Quando la crisi raggiunse il culmine, i servizi sanitari cominciarono a non farcela più. Le imprese di pompe funebri e i necrofori erano in difficoltà e fare funerali individuali divenne impossibile. Molti dei morti finirono in fosse comuni. La fine del 1918 portò un intervallo nella diffusione del virus e il gennaio 1919 vide l'inizio della terza e ultima fase.

Ormai la malattia era decisamente meno violenta: la ferocia dell'autunno e dell'inverno dell'anno prima non si ripeté e il tasso di mortalità si abbassò, ma l'ondata finale riuscì comunque a causare danni considerevoli.

L'Australia, che aveva immediatamente imposto l'obbligo della quarantena, riuscì a sfuggire agli effetti più virulenti fino all'inizio del 1919, quando la malattia arrivò anche lì, causando la morte di diverse migliaia di persone. Si ebbero casi di decessi per influenza (forse una forma diversa) fino al 1920, ma nell'estate del 1919 le politiche sanitarie e la naturale mutazione genetica del virus misero fine all'epidemia. Tuttavia, per chi aveva perso persone care o riportato complicanze a lungo termine, gli effetti si sarebbero fatti sentire per decenni.

1.3 L'impatto sul sistema sociale

La pandemia era inaspettata e fu un vero e proprio shock per una società che credeva di avere acquisito padronanza sulle malattie epidemiche. (Condrau and Worboys, 2007; Crosby, 1989; Crosby, 1976).

Poco si sa del lavoro degli infermieri durante la pandemia e sull'impatto sulla loro salute fisica e mentale. La ricerca storica statunitense si concentra sulla risposta alla pandemia a livello di salute pubblica mentre in Gran Bretagna gli approfondimenti storici fanno parte di studi più ampi condotti sul tema del *nursing* durante la Prima Guerra Mondiale e sono principalmente

concentrati su lesioni e malattie (Hallett, 2020; Hallett, 2014; Hallett, 2011). Quello che si sa, è che i medici esprimevano un senso di impotenza di fronte a questa malattia incurabile, che “l’attenzione infermieristica” era l’unica possibilità di recupero per i pazienti e che le stesse infermiere andarono ben oltre i loro normali doveri, lavorando ininterrottamente per ore e ore, orgogliose di salvare vite umane (Hile, 2018; Wood, 2017). Visto il sovraffollamento degli ospedali, gli infermieri della sanità pubblica si assunsero la responsabilità principale di assistere le migliaia di malati. Nelle città, dove i ghetti degli immigrati erano noti per essere “alveari di malattie”, gli infermieri visitavano i pazienti nei loro affollatissimi appartamenti e nelle case a schiera. In alcuni casi, le infermiere furono le prime e le sole a farlo.

Gli infermieri di tutti i paesi sviluppati sono stati oggetto di campagne per il riconoscimento professionale: in Gran Bretagna il riconoscimento formale del ruolo per la cura sia dei feriti nel primo conflitto mondiale che dei malati di Spagnola, è stato ottenuto nel dicembre 2019 con il Nurse Registration Act, documento che sanciva la regolamentazione della figura infermieristica (Hallettand Cooke, 2011).

1.4 La risposta dell’infermiere agli eventi pandemici

Cosa spinge l’infermiere a estenuanti sforzi fisici e psicologici per assistere e salvare la vita di una persona affetta da un’infezione incurabile? Come riesce a mantenere la calma e a trasmettere al contempo messaggi di rassicurazione? Qual è il segreto del suo essere “resiliente”? Queste sono le parole del direttore generale OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus: “Gli infermieri sono la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario. Oggi, molti di loro si trovano in prima linea nella battaglia contro Covid-19. Gli infermieri

nella pandemia da SARS-COV2 stanno svolgendo un ruolo fondamentale dal punto di vista professionale ma soprattutto umanitario. Nessuno di loro si è tirato indietro dal soccorrere e assistere le persone nel momento del bisogno sostenendo fatica, stress e isolamento sociale oltre al rischio della propria salute e in alcuni casi della vita.”

In “Espansione del ruolo infermieristico nella risposta alle pandemie globali”, (The International Year of Nurses and Midwives and COVID-19, *Walter De Caro*) l’American Academy of Nursing afferma che gli infermieri sono preparati ad assumere ruoli di leadership nelle decisioni politiche dei sistemi sanitari e possono predisporre, identificare, rispondere e dirigere gli interventi organizzativi da attuare in corso di pandemie globali che richiedono una risposta informata e coordinata a livello internazionale. In altre parole, gli infermieri sono (e sono sempre stati) equipaggiati in modo unico per affrontare la crisi prolungata di una pandemia e la loro presenza in prima linea è una delle nostre più grandi difese contro le malattie.

Come gli infermieri combattono il coronavirus ogni giorno? La risposta è semplice: “cura del paziente”. Mentre i ricercatori combattono virus come SARS-CoV-2 in laboratori e studi clinici, gli infermieri affrontano questa minaccia in modo diretto, interagendo con innumerevoli pazienti che potrebbero essere portatori del virus. Il loro ruolo è fondamentale per l’assistenza sanitaria e la risposta alla pandemia: elaborazione, valutazione e triage dei pazienti in modo rapido ed efficiente. Gli infermieri sono ideali per questo compito a causa della loro esperienza di lavoro diretto con i pazienti. Attingendo a tale esperienza e valutando rapidamente le condizioni di un paziente, la diffusione dell’infezione può essere (e spesso è) drasticamente limitata: i pazienti che risultano positivi o mostrano sintomi vengono rapidamente spostati in quarantena, proteggendo altri pazienti che

potrebbero non avere la malattia. Spetta principalmente al personale infermieristico mettere in atto misure e strategie per la prevenzione delle malattie infettive, diffondendo conoscenza e consapevolezza. Gli infermieri devono insegnare agli altri tutto ciò che praticano, dalla consapevolezza dei sintomi alle misure igieniche volte al prevenire la diffusione delle malattie contagiose e alla prevenzione delle malattie. In qualità di prima linea dell'assistenza sanitaria, gli infermieri hanno la responsabilità aggiuntiva di educare i propri pazienti e il pubblico in generale su come mantenere la buona salute e prevenire la diffusione del virus. Anche se informazioni e consigli come il corretto lavaggio delle mani, il distanziamento sociale e l'igiene possono essere trovate presso molte altre fonti, la voce degli infermieri è più forte delle altre. Per quasi due decenni, gli infermieri sono stati votati come la professione più affidabile negli Stati Uniti e quindi, mentre le persone possono dubitare delle notizie, dei politici o di ciò che leggono su Internet, è molto più probabile che ascoltino e prestino attenzione ai consigli (e alle indicazioni) degli infermieri.

CAPITOLO II

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo e quesito della ricerca

L'idea di sviluppare una tesi sul ruolo infermieristico nella più grande pandemia del secolo scorso nasce dalla curiosità di evidenziare differenze e analogie con l'emergenza sanitaria in atto. La revisione della letteratura sviluppata come oggetto del mio lavoro di tesi ha lo scopo di analizzare la letteratura riguardante in particolare il *nursing* durante l'Influenza Spagnola del 1918-1920 e di evidenziare aspetti inerenti le misure igieniche e preventive, l'organizzazione dell'assistenza a livello ospedaliero e territoriale, l'impatto sociale della pandemia, confrontarli con la attuale situazione e coglierne analogie e differenze. L'interesse riguardo a questa tematica nasce anche dal fatto che un approccio di tipo storico-comparativo non è contemplato nel programma di studio del corso di laurea in infermieristica.

2.2 Processo di ricerca

La documentazione utilizzata per la stesura di questa tesi è basata su documenti trovati su banche dati biomediche e in rete, libri di testo, testimonianze storiche, dissertazioni. La ricerca di materiale di letteratura si è protratta fino a settembre 2020. È stata condotta una revisione della letteratura di tipo tradizionale/narrativo attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), il motore di ricerca generica Google e quello specifico Google Scholar per effettuare un'ampia ricerca sulla letteratura accademica. L'interrogazione di queste banche dati è stata

effettuata utilizzando una serie di filtri e parole chiave (testo libero e termini MeSH). Una fonte importante è risultata essere anche il motore di ricerca Google, che ha permesso di reperire articoli e documenti di carattere storico. Sono stati esaminati tutti i titoli e gli abstracts, eliminando le referenze doppie, per selezionare gli articoli ritenuti rilevanti.

Criteria di inclusione: Articoli con abstract e full text disponibile, articoli senza full text se all'interno dell'abstract sono presenti dati rilevanti ai fini della ricerca, in lingua inglese e italiano, letteratura primaria (studi osservazionali e sperimentali), secondaria (revisioni sistematiche con o senza metanalisi, revisioni integrative) e terziaria (revisioni narrative, dissertazioni, editoriali, libri di testo, letteratura grigia) senza limiti temporali.

Criteria di esclusione: letteratura in altra lingua.

Le fonti di interesse per lo studio (primarie, secondarie e terziarie) e le relative strategie di ricerca sono illustrate in Tabella II. Per quanto riguarda il motore di ricerca Google è stata utilizzata sia l'opzione di "ricerca avanzata" sia l'operatore + davanti alle parole chiave identificate per fare in modo che queste comparissero assolutamente nella ricerca utilizzata (il simbolo + davanti alla parola consente di diminuire il numero di risultati trovati, per la gran parte non pertinenti, e di raffinare la ricerca.

Tabella 1. Fonti biomediche e relative strategia di ricerca

Parole chiave Spanish flu, nurses role, nursing, organization, influenza Spagnola, infermiere, assistenza infermieristica		
Banca Dati	Stringa e limiti	N° articoli reperiti
Pubmed	spanish flu nurs*	63
Google Scholar	"influenza spagnola" infermiere	133
	"influenza spagnola" nursing	26

	nurses nursing role OR organization "spanish flu" (ricerca avanzata)	3030*
Google	+nurses spanish flu	121
	allintext: assistenza infermieristica "influenza spagnola"	114
Cinhal	Boolean/Phrase: TX spanish AND TX flu AND TX nurses Source Types: Academic Journals, Magazines, Dissertations Language: English Major Heading: nurses, nursing role, organizational policies, professional recognition, history of nursing	35
*screenate le prime 100 referenze		

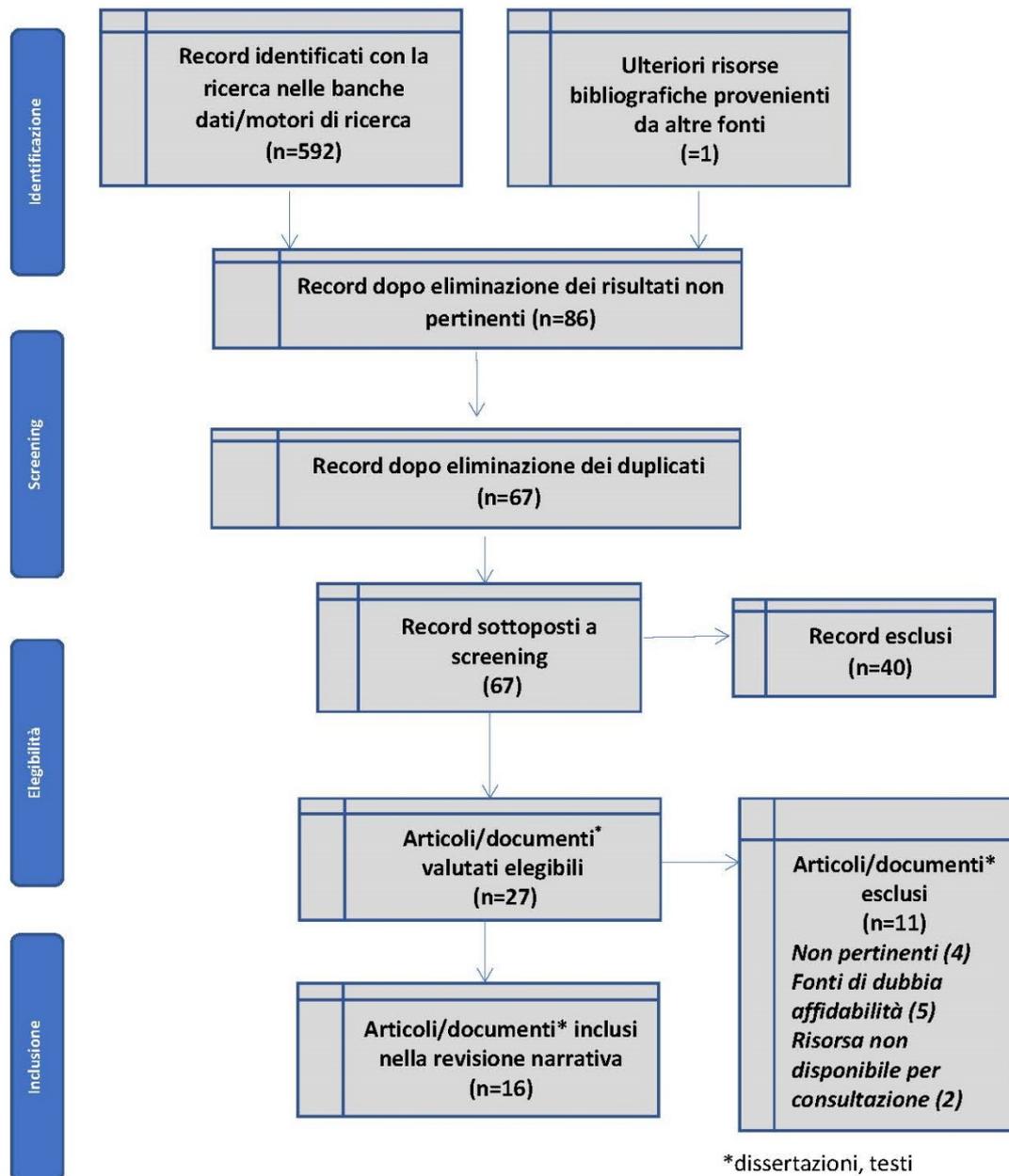
Combinando i risultati delle stringhe di ricerca si è ottenuto un totale di 592 riferimenti bibliografici/risultati di ricerca (record); il primo passaggio è stato quello di effettuare un primo screening eliminando i risultati/riferimenti bibliografici non inerenti ai temi della ricerca (86 risultati); poi si è proceduto all'eliminazione dei duplicati, considerando una sola volta gli articoli e i documenti che comparivano utilizzando due o più stringhe di ricerca, sia in Pubmed che in Cinhal che in Google e Google Scholar: sono stati così ottenuti 67 riferimenti/risultati. Per ognuno di questi è stato esaminato l'abstract, se si trattava di studio scientifico o l'intero testo, nel caso di articoli senza abstract e disponibili online. La ricerca ha prodotto anche un riferimento a un capitolo di testo disponibile per la consultazione in Google books.

Gli articoli/documenti ritenuti attinenti sono risultati 26, dei quali, 10 sono stati in seguito esclusi dopo attenta lettura, in quanto ritenuti non pertinenti alla ricerca o di dubbia affidabilità.

Sono stati quindi inclusi nella revisione 11 articoli, 2 dissertazioni e 2 capitoli di libri, (uno dei quali disponibile online in Google books e l'altro consultato tramite servizio bibliotecario) per un totale di 13 documenti. La revisione della letteratura, è stata integrata con la consultazione del testo "La

storia del *nursing* in Italia e nel contesto internazionale” (AA. VV., Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Alessandro Stievano Ed.Franco Angeli, 2015).

Nella Figura 1 il processo di ricerca della letteratura è stato schematizzato utilizzando una flow chart.



CAPITOLO III

RISULTATI

3.1 Sintesi della letteratura

La tabella di seguito è estrapolata dalla revisione di Roberts e Tehrani e illustra in maniera molto chiara e schematica alcune analogie e differenze tra la pandemia influenzale del 1918 e quella di coronavirus negli USA; questi e altri aspetti verranno esplicitati in maniera più puntuale e descrittiva in questa tesi attraverso la disamina della letteratura reperita.

Tabella 2 Confronto tra le pandemie del 1918 e del 2019 negli Stati Uniti.

Caratteristiche pandemiche	Pandemia influenzale del 1918	Pandemia di Coronavirus 2019
Epidemiologia		
Patogeno della malattia	Influenza A (H1N1)	SARS-CoV-2
Origine pandemica	Fort Riley, Kansas, Stati Uniti	Wuhan, Cina
Onde pandemiche	3	1 a partire dal 21 giugno 2020
Popolazione a rischio (età)	15-34 anni	65+ anni
Riduzione della speranza di vita	Sì	no
Mortalità complessiva	675.000	119.810 al 21 giugno 2020
Ambiente		
Ambienti ospedalieri	aria aperta	isolamento delle infezioni per via aerea
Misure di quarantena	sì	sì
Rischio correlato all'ambiente militare	sì	no
Rischio correlato al trasporto aereo	no	sì
Transito pubblico ridotto	sì	sì
Comportamento		
Riduzione dei contatti	sì	sì
Maschera in tessuto	sì	sì
Incontri pubblici	no	no
Resistenza politica	sì	sì
Proteste diffuse	no	sì

Caratteristiche pandemiche	Pandemia influenzale del 1918	Pandemia di Coronavirus 2019
Disuguaglianze		
Discriminazioni sanitarie (servizi e cure)	Si (sanzionato)	Si
Disuguaglianze di tipo economico	Si	si
Disuguaglianze tra aree urbane e rurali	Si	Si
Fattori di rischio preesistenti	Si	Si
Differenze di mortalità (razza)	Bianchi americani	Afro-americani

La documentazione reperita è stata analizzata attraverso l'identificazione di 4 macroaree e relative tematiche, una sorta di "filo conduttore" per evidenziare gli aspetti principali e il ruolo dell'infermieristica durante la pandemia di Influenza Spagnola, quindi cogliere analogie e similitudini con l'attuale emergenza sanitaria.

Le macroaree sono le seguenti:

A. Interventi non farmacologici

In questa parte vengono descritti i dispositivi di protezione individuale (DPI) e le loro modalità di utilizzo, le misure igieniche adottate, personali e ambientali, come furono organizzate le strutture di ricovero e cura

B. Workforce

In questa parte vengono descritti aspetti e problematiche relative al reclutamento di personale, alla carenza infermieristica, all'organizzazione del lavoro

C. Territorio

In questa parte vengono descritti i provvedimenti e le misure restrittive che furono adottate per limitare i contagi, il ruolo dell'infermiere quale educatore e nell'assistenza di comunità

D. Atteggiamenti, dissenso, movimenti di protesta

In questa parte vengono descritti le reazioni psicologiche della popolazione e le proteste insorte riguardo all'imposizione delle misure restrittive

Tutti i vari aspetti relativi alle tematiche sopra elencate sono stati così sistematizzati e "catalogati" per area/argomento; l'attenta lettura e disamina del materiale ha consentito di indagare a fondo sulle modalità sanitarie e organizzative con le quali la passata pandemia fu affrontata, il suo impatto sociale e l'importanza che rivestì il *nursing* in ambito preventivo e assistenziale, non solo a livello ospedaliero ma anche, e soprattutto, di comunità. I contenuti di ogni singola area provengono dai documenti citati (articoli, studi, testi, dissertazioni e letteratura grigia in generale).

3.1.1 Macroarea A "Interventi non farmacologici" (utilizzo dei DPI, misure di igiene e disinfezione)

a) Utilizzo dei DPI: efficacia, obbligatorietà e controversie nell'utilizzo delle maschere

Fonti bibliografiche:

- BMJ 2 nov 2018
- Warren T. Vaughn *Influenza: an epidemiological study* (Monographic) The American Journal Of Hygiene 1921

- Jordan EO *The influenza epidemic of 1918: preventive measures* JAMA. 1927;89(20):1689-1693. doi:10.1001/jama.1927.92690200001013
- Cohon Samuel *Face masks: what the Spanish flu can teach us about making them compulsory* The Conversation May 1, 2020 4.03pm BST
- Kelly M. Pyrek *100 Years after the Spanish Flu: Lessons Learned and Challenges for the Future* ICT Infection Control Today oct 10 2018
- Jennifer D. Roberts Shadi O. Tehrani *Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States* Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 4484; doi:10.3390/ijerph17124484
- Sabbatani S., Fiorino S. *La pandemia influenzale “spagnola”* The “Spanish influenza” pandemic *Le Infezioni in Medicina*, n. 4, 272-285, 2007

Nell’ottobre del 1918, a fronte delle drammaticità della situazione data dall’altissimo numero di morti e contagi, in USA le misure si fecero più stringenti e riguardarono anche l’uso della mascherina. L’Ufficio per la salute pubblica nazionale stampò dei volantini che invitavano tutti a indossarla; venivano confezionate e distribuite gratuitamente da volontari della Croce Rossa e i giornali pubblicavano istruzioni su come farle da sé o donarle. La Croce Rossa consigliava di non frequentare chi aveva tosse e raffreddore, non andare in posti poco ventilati, non condividere bicchieri e asciugamani, non stancarsi e preoccuparsi troppo, restare a casa in caso di raffreddore e indossare una mascherina nei luoghi chiusi. Un articolo pubblicato sul BMJ datato 2 novembre 1918 consigliava l’utilizzo di

maschere realizzate con “mezzo metro di garza, piegata come una benda triangolare, che copre naso, bocca e mento, e annodata dietro la testa”. In Italia un inserto pubblicitario del 6 gennaio 1919 dà notizia della possibilità di utilizzare una maschera-bavaglio di seta leggerissima imbevuta di un piacevolissimo liquido antisettico. Come oggi, il tema della maschera fu anche allora un elemento controverso. All’inizio dell’epidemia, le maschere erano popolari: l’Oklahoma City Times dell’ottobre 1918 descriveva un “esercito di giovani donne lavoratrici” che apparivano “su veicoli stradali affollati e alle loro scrivanie con i volti avvolti da scudi di garza”. Nello stesso mese, The Ogden Standard riportava che “le maschere sono di moda”, e il Seattle Daily Times scriveva, per esempio, che “le donne di Seattle indossano mascherine in maglia fine con i bordini di chiffon per tenere lontana la malattia”, mentre il Washington Times raccontava di come il loro uso stavano diventando “generalizzato” a Detroit. Fin dall’inizio l’efficacia delle maschere fu oggetto di dibattito scientifico; nell’ottobre del 1918 il batteriologo francese Charles Nicolle scoprì che l’agente che causava l’influenza era molto più piccolo di qualsiasi altro batterio conosciuto. I giornali americani iniziarono a diffondere la notizia e comparvero anche vignette che ironizzavano sull’uso delle maschere paragonandolo a “come usare recinzioni di filo spinato per escludere le mosche”, in un momento in cui i tassi di mortalità stavano aumentando in Canada e negli stati occidentali degli USA. Nonostante la scoperta di Nicolle, vennero emanate disposizioni per l’obbligatorietà della maschera, prima fra tutte la città di San Francisco nell’ottobre 1918, continuando a intermittenza per un periodo di tre mesi e prevedendo sanzioni; infatti le persone che non si attenevano alla disposizione venivano multate con sanzione pecuniaria di 5 dollari, equivalenti a circa 85 dollari di oggi. I giornali del tempo riportano

la notizia di persone arrestate per non avere osservato la norma dell'obbligatorietà delle maschere.

L'uso di maschere di garza a sei strati divenne poi obbligatorio a Washington e in alcune parti della California.

L'Alberta in Canada fece lo stesso, e il New South Wales, in Australia, seguì l'esempio quando la malattia arrivò nel gennaio 1919. Sulla costa orientale degli USA e in altri paesi incluso il Regno Unito erano semplicemente consigliate per la maggior parte delle persone. In Inghilterra le maschere erano consigliate solo come misura precauzionale nelle grandi città, e solo per alcuni gruppi, come i "fever nurses" a Manchester e Liverpool. Serie domande sull'efficacia sorsero solo nel marzo 1919 e solo all'interno della comunità scientifica: la maggior parte degli scienziati britannici le osteggiò e un articolo pubblicato su Lancet le definì un "rimedio discutibile".

L'imposizione dell'uso della maschera provocò proteste diffuse negli USA (vedi macroarea D) e, in realtà, questo atteggiamento era sostenuto dai dati delle statistiche: i risultati presentati alla fine del 1918 del miglior ospedale di San Francisco mostrarono che il 78% degli infermieri era stato infettato nonostante avessero indossato le maschere durante l'assistenza. Le autorità sanitarie confrontarono i tassi di mortalità di San Francisco con quelli delle vicine San Mateo, Los Angeles e Chicago, dove non c'era l'obbligo della maschera, evidenziando che i loro tassi di mortalità erano "non peggiori" o inferiori. Nel 1921 l'efficacia delle maschere era ancora oggetto di discussione. Secondo Vaughn il problema era il comportamento tenuto dal singolo: le maschere venivano usate fino a diventare sporche, indossate in modi che offrivano poca o nessuna protezione e l'obbligatorietà non superavano il "fallimento della cooperazione da parte delle persone", arrivando alla conclusione che "l'uso della maschera facciale è stato un fallimento".

Secondo Jordan, in uno studio pubblicato nel 1927 sul Journal of the American Medical Association, le maschere erano efficaci quando indossate da persone malate o da chi era direttamente esposto, inclusi infermieri e medici. Jordan riconosce che “le maschere sono scomode, come può testimoniare chiunque le abbia indossate” e richiedono molta “disciplina, autoimposta o altro” e che, in ultima analisi, “l’effetto della maschera indossata da tutta la comunità non è facile da determinare”.

L’utilizzo della maschera fu assai difforme anche in Italia, a seconda delle zone e dei provvedimenti locali adottati: a Bologna fu ritenuta inutile in quanto, come ricordava l’Ufficiale Sanitario del Comune Bellei, “il virus filtrabile dell’influenza passa attraverso qualsiasi maschera che permetta il passaggio dell’aria”.

b) Misure di igiene e di disinfezione personale e ambientale

Fonti bibliografiche:

- Corriere della sera settembre/ottobre 1918
- Corriere della sera settembre/ottobre 1918, gennaio 1919
- BMJ 2 nov. 1918
- All it changes nothing changes for the COVID-19 epidemic
- Ruffini Romano “Macerata durante la Spagnola, quante analogie col Coronavirus” CM Cronache Maceratesi, 5 aprile 2020

Gli USA furono il primo Paese a regolamentare la denuncia dei casi da parte dei medici e a diffondere misure per educare la popolazione a tenere comportamenti corretti ai fini della prevenzione del contagio.

Informazioni relative a misure igieniche e preventive da adottare furono principalmente diffuse attraverso i quotidiani. Si raccomandava l'utilizzo di collutori leggermente disinfettanti o di collutorio e gargarismi da praticare 2 volte al giorno con acqua calda e sodio clorato e di eseguire più volte al giorno il lavaggio delle mani. Le stanze in cui si soggiornano malati dovevano essere frequentemente aerate: era necessario prevenire le condizioni di sovraffollamento, i mezzi pubblici (tram) dovevano essere lavati e disinfettati.

Lo storico Ruffini riporta le indicazioni date ai cittadini maceratesi dall'Ufficiale Sanitario Ferruccio Nascimbeni: massima pulizia della persona e specialmente delle mani, ricorrere spesso a collutori con soluzione di disinfettanti (20 gocce di tintura di iodio in un litro d'acqua) e a unzioni delle narici con vasellina borica o mentolata, se colpiti dalla malattia non lasciare il letto se non quando la febbre è passata e ci si è alimentati per 2 o 3 giorni con cibi sostanziosi, non uscire di casa se non dopo un numero di giorni uguali a quelli della malattia (al di là delle indicazioni mediche e raccomandazioni varie, erano molto diffusi anche rimedi "fai da te", quali, per esempio, fare largo uso di aglio masticato e tenuto in bocca). Alla fine di settembre 1918 l'amministrazione comunale della città di Macerata ordinò la disinfezione di strade, mezzi di trasporto, uffici, ritrovi pubblici e chiese utilizzando acido fenico spruzzato con pompe a mano.

c) Organizzazione delle strutture di ricovero e cura

Fonti bibliografiche:

- BMJ 2 nov 1918
- All it changes nothing changes for the COVID-19 epidemic
- Jefferson T, Ferroni E The Spanish influenza pandemic seen through the BMJ's eyes: observations and unanswered questions BMJ 2009;

339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b5313> (Published 16 December 2009) Cite this as: BMJ 2009;339:b5313

- Corriere della sera ottobre 1918
- Deming Dorothy Influenza 1918- Relieving the great epidemic AJN, American Journal of Nursing: October 1957 - Volume 57 - Issue 10 - p 1308-1309
- Karen R. Robinson The Role of Nursing in the Influenza Epidemic of 1918-1919 Nursing Forum Volume 25, No. 2,1990
- Jennifer D. Roberts 1,* and Shadi O. Tehrani Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 4484; doi:10.3390/ijerph17124484

A fronte della seconda ondata, in letteratura sono descritte le misure di carattere organizzativo che furono adottate negli USA:

- negli ospedali fu ridotto il numero dei posti letto di degenza comune e creati reparti specifici separando i casi più gravi e complicati da quelli meno gravi; i casi complicati, a loro volta, furono raggruppati, se possibile, in base al tipo di complicanza;
- vennero predisposti letti ovunque lo spazio lo consentisse, corridoi, sale, uffici;
- pazienti medici e chirurgici vennero messi insieme e si eseguivano solo operazioni di emergenza;
- i letti furono separati con tende o altre barriere;
- cambiarono le modalità di dimissione: i convalescenti non venivano dimessi ma li si teneva sotto osservazione in strutture adiacenti agli ospedali; chi poteva essere rimandato a casa veniva rapidamente dimesso;

- vennero predisposte e attuate procedure periodiche di disinfezione dei reparti e di risanamento ambientale;
- vennero fermamente scoraggiate le visite ai pazienti degenti;
- vennero date indicazioni specifiche al personale di assistenza relative a vestizione, lavaggio delle mani e antisepsi del rinofaringe;
- tutti i pazienti con sintomi riconducibili all'infezione vennero separati in ambiente ambulatoriale;
- venne data disposizione per la disinfezione delle ambulanze;
- per fronteggiare l'emergenza posti letto vennero erette tende sui prati degli ospedali; gli ufficiali sanitari convertirono scuole, palestre, atri e grandi case private in ospedali di emergenza e all'aperto. In quanto tali, gli ospedali all'aperto divennero una pratica comune al tempo della pandemia del 1918.

In Italia vennero attuate misure organizzative simili, anche se in misura minore. Il Corriere della sera del 6 ottobre 1918 riporta l'adozione del divieto di visita agli ospiti del Pio Albergo Trivulzio. Una situazione molto critica viene riportata riguardo all'Ospedale Civile di Macerata: il direttore denunciò che tutte le misure profilattiche erano saltate a causa del fatto che la struttura era stracolma di pazienti e che quelli con Influenza Spagnola erano tenuti insieme agli affetti da patologie comuni, con estremo pericolo di diffusione dell'infezione. Con l'ordinanza del 1° novembre 1918 l'Ufficio d'Igiene del Comune di Macerata raccomandò per la prima volta l'uso del camice, di una piccola maschera di garza e di un filtro di ovatta da applicare al viso a coloro che assistevano i malati; il 2 novembre il Sindaco fece affiggere per tutta la città un manifesto in cui con le "norme per la profilassi dell'influenza", nel quale veniva consigliato anche di "evitare eccessi nel mangiare e nel bere".

3.1.2 Macroarea B “Workforce”

Fonti bibliografiche:

- Elizabeth Hile “Like brave soldiers: nursing and the Spanish influenza epidemic of 1918 in the United States” Thesis, Bowling Green State University
- Jennifer D. Roberts 1,* and Shadi O. Tehrani Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4484; doi:10.3390/ijerph17124484
- All it changes nothing changes for the COVID-19 epidemic
- Deming Dorothy Influenza 1918- Relieving the great epidemic *AJN, American Journal of Nursing: October 1957 - Volume 57 - Issue 10 - p 1308-1309*
- Ruffini Romano “Macerata durante la Spagnola, quante analogie col Coronavirus” *CM Cronache Maceratesi*, 5 aprile 2020

L’epidemia evidenziò negli USA sia una grave carenza di personale medico, in particolare sul territorio, che di infermieri: quasi 9000 infermieri americani addestrati erano stati dispiegati all’estero per la guerra in Europa e altre migliaia erano stati inviati nei campi militari americani, lasciando gli ospedali civili gravemente sguarniti. Fu necessario potenziare il personale sanitario con medici e farmacisti militari e richiamo in servizio medici in pensione. Gli infermieri furono riassegnati, le ferie del personale sanitario furono annullate e furono estese le ore di servizio. gli infermieri laureati

dovevano usare sia studenti di medicina che “alunni infermieri” per aiutare. All’interno degli ospedali, dove i reparti erano straripanti, le infermiere laureate supervisionavano gli infermieri, gli studenti di medicina, le allieve infermiere e i volontari laici nella fornitura di cure.

Per coordinare l’assistenza infermieristica in risposta all’epidemia, a metà ottobre 1918 fu costituito il Consiglio di emergenza degli infermieri della città di New York, la cui presidente fu Lillian Wald, direttore dell’Henry Street Settlement. L’apporto del volontariato fu di fondamentale importanza: si pensi che 1500 infermiere si offrirono volontarie prima ancora che la Croce Rossa disponesse del denaro per pagare i loro servizi. La Croce Rossa Americana attuò pratiche discriminatorie razziali, rifiutando donne afroamericane che offrirono la loro collaborazione come infermiere. Nell’edizione del 2 novembre 1918 del “The Chicago Defender” si legge che il decano dell’Hiram College dell’Ohio non permise a un’infermiera afroamericana di nome Olive Walker di prendersi cura dei malati di influenza del college. Anche per i medici afroamericani vigevano restrizioni per la cura dei bianchi americani durante questo periodo: di fatto, il razzismo e la segregazione legalizzata limitarono in maniera importante l’accesso alle strutture sanitarie ai professionisti sanitari afroamericani e non di razza bianca. Un altro aspetto da evidenziare è quello relativo all’utilizzo della figura infermieristica a scopo propagandistico e a sostegno del morale della popolazione (vedi war nurses): nel periodo della pandemia in numerosi articoli di giornale si trovano immagini di infermiere raffigurate come angeli e come eroine.

In Italia il governo Orlando impose inizialmente una rigida censura sulle notizie relative all’epidemia, per evitare allarmismo nella popolazione. Mentre nelle comunicazioni ufficiali si informava che l’andamento epidemico era benigno, il Sindaco di Macerata scriveva nella corrispondenza

riservata con il Prefetto “*Causa impressionante aumento casi influenza infettiva seguiti spesso da morte, medici condotti dichiarano assolutamente insufficiente opera loro e chiedono scampo gravi responsabilità sia provveduto urgente collaborazione altri medici. Essendovi assoluta deficienza medici civili, pregasi Vossignoria disporre perché assistenza Sanitaria sia subito integrata dall’opera di medici militari*”. Gli studenti dell’ultimo anno di medicina vennero inquadrati negli ospedali dopo un breve corso di formazione, ma dai resoconti sembra che molti malati, soprattutto in aree periferiche, non videro mai un medico e tanti morirono in casa senza sapere perché. I medici che c’erano visitavano fino a 100 malati al giorno e lamentavano il rischio elevato di contrarre la malattia. Lo storico Ruffini riporta che nel territorio di Macerata i pochi medici che facevano servizio avevano una media di 80 ammalati al giorno e che, soltanto dopo ripetute insistenze, fu concesso un medico della Croce Rossa e saltuariamente un altro medico militare.

3.1.3 Macroarea C “Territorio” (provvedimenti restrittivi, misure organizzative, educazione sanitaria e ruolo dell’infermiere)

a) Provvedimenti restrittivi

Fonti bibliografiche

- Cohon Samuel “Face masks: what the Spanish flu can teach us about making them compulsory” The Conversation, May 1, 2020 4.03pm BST
- Sabbatani S., Fiorino S. La pandemia influenzale “spagnola” The “Spanish influenza” pandemic. Le Infezioni in Medicina, n. 4, 272-285, 2007

- Tognotti Uugenia “La ‘spagnola’ in Italia. Storia dell’influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)” Franco Angeli, 2015

Negli Stati Uniti nessuna malattia nella storia in epoca pre-Covid-19 ha portato a restrizioni così intrusive come l’influenza spagnola. Queste misure includevano la chiusura di scuole, chiese, centri termali, teatri, sale cinematografiche, grandi magazzini, barbieri e regolamentavano anche quanto spazio doveva essere assegnato alle persone nei luoghi pubblici al coperto; anche le riunioni pubbliche subirono restrizioni. Fu esteso l’orario di apertura delle farmacie. I negozi potevano restare aperti per dieci ore al giorno, ma non venivano ammesse più di sei persone alla volta. I funerali pubblici non erano consentiti. Anche le corse dei servizi di trasporto pubblici furono potenziate per ridurre la congestione del traffico negli orari di punta; vennero disposte anche la rimodulazione degli orari di lavoro per settore, in modo tale che, anziché iniziare il lavoro alle 9:00, alcune fasce di lavoratori anticipavano o posticipavano l’inizio della giornata lavorativa. A Seattle e a Washington, veniva richiesto ai passeggeri di indossare maschere facciali prima di salire a bordo dei tram; a differenza delle disposizioni che vigevano a New York City (dove scuole e teatri non vennero chiusi), le riunioni pubbliche furono proibite e a Chicago (Illinois), Reno (Nevada) e Madison (Wisconsin) si chiusero teatri, cinema e scuole serali.

Erano previste multe per chi tossiva, starnutiva, sputava, si baciava e persino chiacchierava all’aperto - quelli che il Boston Globe chiamava “grandi chiacchieroni”. Furono assunti poliziotti con il solo compito di radunare i bambini che giocavano agli angoli delle strade e, occasionalmente, anche nei loro cortili.

Le restrizioni furono altrettanto severe in Canada, Australia e Sud Africa, in misura minore nel Regno Unito e nell'Europa continentale. Dove c'erano tali restrizioni, il pubblico accettava tutto con poche obiezioni. Nel novembre 1918 fu disposta la chiusura delle scuole. In Italia nell'ottobre del 1918 fu data disposizione di sospendere i cortei funebri, di suonare le campane, di apporre manifesti funebri e di chiudere le porte in segno di lutto per non allarmare la popolazione; altre disposizioni furono quelle di chiudere le osterie la sera, limitare l'accesso ai mezzi pubblici e sospendere le visite nei luoghi di ricovero e cura. A Macerata il 1° novembre 1918 il Sindaco vietò l'accesso al cimitero ed emise un'ordinanza con la quale si faceva divieto a chiunque, eccetto personale medico e di assistenza, di entrare in contatto, sia in privato, sia in ospedale, con persone malate di influenza. Si vietò anche di visitare le salme di coloro che erano deceduti per questa malattia e che, come tali, non potevano rimanere esposte al pubblico. La censura rinforzata dalla guerra creò sulla stampa una plateale discrepanza tra le lunghe colonne di necrologi dedicati alle vittime illustri delle città e gli stringati trafiletti di cronaca con cui si voleva rassicurare la popolazione trasmettendo solo informazioni di servizio. Da un lato, infatti, non si poteva fare a meno di usare i giornali per comunicare le misure di emergenza per il contenimento dell'epidemia, per esempio la chiusura di cinema e teatri o il divieto di altri tipi di assembramento, compresi i funerali, ma dall'altro andava evitato ogni cenno all'orrore che si stava vivendo, con intere famiglie devastate e centinaia di bambini rimasti orfani senza nessuno che si occupasse di loro. Chiunque provasse a segnalare quel che stava accadendo veniva accusato di disfattismo.

Il 31 dicembre 1918, di fronte alla ripresa dell'epidemia, vennero reintrodotte le precedenti restrizioni e si sollevò il problema dell'aumento del numero delle corse del trasporto pubblico per consentire un minore

affollamento dei veicoli. Pochi giorni dopo fu prescritto che, oltre ad arieggiare i mezzi di trasporto, nessun passeggero potesse viaggiare in piedi. In Italia, in realtà, si sconsigliò di viaggiare, ma i treni non furono mai fermati, si impose il coprifuoco serale nelle città, si invitarono i cittadini a evitare il più possibile contatti ravvicinati, ma si trattò nel più dei casi di provvedimenti disattesi, anche perché i controlli erano decisamente pochi. Gli italiani continuavano anche a scambiarsi la mano per salutarsi, una tradizione difficile da estirpare anche in tempo di pandemia, tanto che Mussolini, dalle colonne del suo “Il Popolo d’Italia”, nel maggio del 1919, scrisse testualmente “basta con questa sudicia abitudine della stretta di mano”.

Le misure restrittive furono molto diverse anche in Italia, a seconda dei provvedimenti locali adottati: a Bologna, per quanto riguarda le misure profilattiche, non fu applicata nessuna disposizione particolare contro l’influenza, come la chiusura dei cinema, delle scuole, la limitazione delle rappresentazioni teatrali, ecc. Fu solamente deciso di ricoverare gli influenzati gravi nella Scuola Masi - trasformata in ospedale dall’Autorità militare per i bisogni della guerra - in quanto l’Ospedale Maggiore era insufficiente per il gran numero di malati che facevano domanda di ammissione. Secondo il parere dell’Ufficiale Sanitario del Comune, Bellei, il ritardo di 15 giorni nella riapertura delle scuole a settembre non rivestì un significato particolare nella riduzione del contagio, anche perché tale provvedimento temporaneo non modificò sostanzialmente l’impatto epidemico. A Bologna gli asili, diversamente che da altre città italiane, rimasero sempre aperti perché ospitavano i figli di tanti soldati le cui mogli erano impiegate nell’industria bellica, e che, in caso di chiusura, sarebbero rimasti privi di assistenza. Bellei sottolineava che non si era osservata alcuna differenza nel decorso dell’epidemia a Bologna rispetto alle città italiane ove

erano stati applicati provvedimenti restrittivi particolarmente rigorosi, anzi ricordava che la mortalità era stata minore rispetto a numerose altre città.

b) Misure organizzative sul territorio, educazione sanitaria e ruolo dell'infermiere

Fonti bibliografiche:

- Karen R. Robinson The Role of Nursing in the Influenza Epidemic of 1918-1919 Nursing Forum Volume 25, No. 2,1990
- Patricia D'Antonio Nursing Interventions Through Time: History as Evidence Springer Publishing Company 2010 (Capitolo 3 “Treating influenza 1918 and 2010: recycled intervention” a cura di Arlene W. Keeling)
- Keeling AW. “Alert to the necessities of the emergency”: U.S. nursing during the 1918 influenza pandemic. *Public Health Rep.* 2010;125 Suppl 3(Suppl 3):105-112. doi:10.1177/00333549101250S313
- Navarro JA. Influenza in 1918: an epidemic in images. *Public Health Rep.* 2010; 125 Suppl 3 (Suppl3): 9-14. doi: 10.1177/00333549101250S304

L'impatto della pandemia a livello territoriale è descritto principalmente dalla letteratura americana. Negli USA, a differenza di altri paesi, vedi l'Italia, erano già stati creati dipartimenti sanitari e di sanità pubblica ben organizzati. Le agenzie infermieristiche, in numero crescente dai primi anni del Novecento, si trovavano principalmente nei grandi centri e molte aree rurali erano lasciate scoperte, e questo fu un problema durante l'epidemia.

Fu fondamentale il ruolo delle associazioni, come l'American Red Cross, la Visiting Nurse Association, la Blue Circle Nurses, le Public Health Nurses e molte altre negli USA: in particolare, il ruolo dei "public health nurses" ovvero gli infermieri di sanità pubblica, come testimonia E. Westphal, assistente sovrintendente del Visiting Nurse Association di Chicago. A Boston, la Instructive District Nursing Association (IDNA) è stata al centro della risposta infermieristica: l'epidemia intorno alla metà settembre "aveva raggiunto proporzioni schiacciati" (visitati in agosto 1.492 pazienti, a settembre 4.664); il 6 ottobre, quando l'influenza ormai dilagava nella città, la direttrice infermieristica Mary Beard riferì che le infermiere IDNA si stavano prendendo cura di "3.074 pazienti malati di influenza o polmonite". Alla fine del mese, le infermiere avevano effettuato "39.690 visite, contro le 15.713 visite nell'ottobre 1917". Anche le infermiere del Visiting Nurse Society di Philadelphia furono subissate di lavoro. la società, che di solito non forniva assistenza domiciliare ai pazienti affetti da malattie contagiose, iniziò a prestare assistenza domiciliare ai malati d'influenza. Anche a New York, la situazione era quasi identica. Quando l'influenza iniziò a diffondersi drammaticamente alla fine di settembre, le "visiting nurses" del Henry Street Settlement (HSS), dirette da Lillian Wald, legate ad agenzie sociali e alle chiese, furono tra le prime a rispondere. Nei primi quattro giorni di ottobre, quando le infermiere del Settlement ricevettero "chiamate per 467 casi diagnosticati di polmonite e influenza", la Wald scrisse al Commissario per la Salute di New York per informarlo del lavoro che le infermiere stavano facendo, del fatto che tutto il personale stava curando casi di influenza e polmonite con tutto ciò di cui disponeva, medicazioni, termometri, alcool per spugnature, Listerine, whisky e pochi altri farmaci, fornendo assistenza, in particolare, a centinaia di giovani famiglie di immigrati. In alcuni casi, le infermiere furono non solo le prime ma anche le uniche a intervenire. Trascorso qualche giorno da questa comunicazione della Wald, la Divisione

Atlantica della Croce Rossa convocò i dirigenti infermieristici di New York per “valutare i modi e i mezzi di mobilitazione per combattere l’epidemia”. Il risultato di tale riunione fu la formazione del Consiglio di Emergenza degli Infermieri, che ha poi coordinato tutte le richieste di infermieri, cibo e ambulanze; fu organizzato, tra l’altro, anche un corpo autisti volontari della Croce Rossa che, con mezzi dedicati, portavano le infermiere di casa in casa nei distretti, facilitando così anche il trasporto di forniture dei beni di prima necessità.

Tra gli aspetti più problematici dell’assistenza infermieristica durante la pandemia vi furono la carenza di risorse a disposizione nelle aree rurali e lo scarsissimo numero di infermiere: le poche infermiere dovettero attivare quello che oggi chiameremmo “problem solving” per prestare assistenza a questi malati: mattoni caldi, sacchetti di sale o di sabbia riscaldati al posto delle borse dell’acqua calda, utilizzo di sedie per approntare letti di emergenza, costruire barelle rudimentali con assi di legno e trapunte per imbottirle e renderle un minimo confortevoli, sciogliere la neve per disporre di acqua per fare il bagno ai pazienti, solo per fare alcuni esempi. A volte le infermiere che prestavano il loro servizio nelle zone di campagna dovevano fare lunghi viaggi per rifornire le abitazioni di acqua potabile, trasportare in barattoli di alluminio utilizzati per la frutta, l’acqua bollita da utilizzare in caso di parti o interventi chirurgici effettuati in condizioni di emergenza e di estrema precarietà; i vetri delle finestre venivano insaponati per schermare la luce. In tutti i contesti, le infermiere fornirono assistenza di base cambiando la biancheria, occupandosi dell’igiene e dell’igiene corporale, della cucina e dell’alimentazione, oltre che del controllo della temperatura, dell’attività cardiaca e respiratoria, fornendo impacchi di ghiaccio e aspirina per ridurre la febbre, o cerotti di senape e sciroppi per la tosse per alleviare

la congestione polmonare. L'assistenza infermieristica raggiunse ogni angolo del paese.

Furono proprio gli infermieri americani a richiedere alle autorità una sorta di linee guida dell'epoca sul modo più efficace di gestire l'epidemia: a fronte di tale richiesta, il Committee on Administrative Measures for Relief pubblicò sulla rivista *The American Journal of Nursing* una sintesi delle misure più importanti per affrontare l'epidemia. Questo rapporto includeva sezioni sulle misure sociali e di soccorso, norme da rispettare per vitto, lavanderia, decessi, analisi di casi/situazioni che potevano presentarsi, educazione, misure preliminari e regole generali di comportamento.

3.1.4 Macroarea D “Atteggiamenti, dissenso, movimenti di protesta”

Fonti bibliografiche:

- Jennifer D. Roberts and Shadi O. Tehrani *Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States* *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4484; doi:10.3390/ijerph17124484
- Cohon Samuel *Face masks: what the Spanish flu can teach us about making them compulsory* *The Conversation* May 1, 2020 4.03pm BST
- Ruffini Romano “Macerata durante la Spagnola, quante analogie col Coronavirus” *CM Cronache Maceratesi*, 5 aprile 2020

L'imposizione della mascherina provocò proteste:

molti avevano cominciato a diffidare delle maschere e le consideravano una violazione delle libertà civili. Secondo un rapporto pubblicato in prima

pagina del sul Garland City Globe dello Utah nel novembre 1918 “l’uomo medio indossa la maschera appesa dietro il collo fino a quando non avvista un poliziotto” e “la maggior parte delle persone fa buchi alla maschera per infilare sigari e sigarette”. A San Francisco si creò la lega anti-maschera e forti furono le proteste e gli episodi di disobbedienza civile. La gente si rifiutava di indossare maschere in pubblico oppure ostentava a indossarle in modo improprio; alcune persone finirono in prigione per non averle indossate o per essersi rifiutati di pagare multe, in alcuni stati occidentali i giudici si rifiutavano regolarmente di indossarle nelle aule di tribunale e nel New South Wales, le segnalazioni di violazioni inondarono letteralmente i giornali subito dopo che le maschere furono rese obbligatorie e nemmeno i barellieri che trasportavano vittime dell’influenza seguivano le regole.

Con la devastazione e i lutti causati dall’epidemia di Spagnola, la violenza esplose: in alcune zone ci furono persone uccise per non aver indossato le maschere e il tasso di omicidi e suicidi salì alle stelle. Le ideologie suprematiste bianche e le teorie scientifiche razziste, avanzando ipotesi sull’inferiorità biologica, fisiologica e morale degli afroamericani, avevano generato nei loro confronti un clima di grande pregiudizio: la pandemia del 1918 acuì questi pregiudizi esistenti, ulteriormente rafforzati dai titoli dei giornali contemporanei, come “Rush of Negroes to City Starts Health Inquiry”; “I negri arrivano a migliaia: pericolo per la salute”; o “L’influsso da negri porta la malattia”. Come già evidenziato (vedi macroarea “workforce”), il pregiudizio razziale nei confronti degli afroamericani impattò in modo considerevole anche sull’assistenza infermieristica. Rispetto agli immigrati, invece, fu solo una piccola parte dei nativi americani a incolparli per l’epidemia: a Denver, la comunità italiana fu accusata di aver contribuito a diffondere l’influenza non prestando ascolto agli avvertimenti del dipartimento sanitario che proibiva le visite ai malati. Questa fu

l'eccezione che confermò la regola, tuttavia, e in generale gli immigrati non furono stigmatizzati come portatori della malattia.

C'era un grande clima di paura che portava alla diffidenza: le persone si guardavano con sospetto, si facevano percorsi per potersi evitare camminando separati gli uni dagli altri. Per evitare qualsiasi contagio, alcuni si barricavano in casa, rifiutando di avere visite e uscendo soltanto quando era indispensabile. Non mancarono anche in quel tempo quelle oggi chiamiamo "fake news". L'Influenza Spagnola fu attribuita a *Haemophilus Influenzae*, un batterio isolato alla fine dell'Ottocento dal biologo Richard Pfeiffer, di nazionalità tedesca, e i complottisti del tempo dicevano, in piena propaganda di guerra, che questo non fosse stato un caso; solo nel 1930 la malattia fu associata a un virus.

Il complottismo caratterizzò anche la pandemia di spagnola: soprattutto negli Stati Uniti si diffuse il sospetto che i germi responsabili dell'epidemia fossero stati nascosti nelle compresse di aspirina dal nemico per indebolire il fronte alleato. In questo caso potrebbe esserci un fondo di verità, in quanto gli esperti non escludono che l'aspirina, tra i pochi rimedi allora a disposizione per contrastare la febbre alta e il mal di testa tipici della malattia, possa aver contribuito ad aumentare in alcuni contesti il carico di vittime, soprattutto favorendo i fenomeni emorragici descritti dalle cronache dell'epoca, e inusuali con la comune influenza. Mentre infatti oggi si consiglia di non superare i 3/4 grammi al giorno, le autorità statunitensi raccomandavano dosaggi fino a 30 grammi al giorno. Altre fake news circolarono, riguardo all'ipotesi che la malattia non fosse altro che un'arma biologica messa in circolo dal nemico: dal porto di Boston, dove si riteneva che la piaga si fosse diffusa negli Stati Uniti, una donna giurava di aver visto alzarsi una nube tossica da una nave tedesca camuffata, mentre altri sospettavano che agenti nemici fossero sbarcati da U-boot, penetrati nottetempo in rada, e avessero sparso il contenuto di fiale contenenti il germe in cinema, teatri e altri luoghi frequentati. Anche in Italia la gente, presa dalla paura, si lasciò andare a interpretazioni del tutto insensate, come affermare che l'epidemia era stata appositamente diffusa dal

governo che, facendo morire donne e bambini, si liberava dall'obbligo di corrispondere i sussidi e le pensioni alle famiglie dei richiamati alla guerra. Anche in Italia c'era chi diceva che l'epidemia era una sorta di guerra batteriologica, della quale i tedeschi erano i responsabili e chi credeva la diceria che la malattia fosse stata buttata sulla popolazione da un dirigibile che spargeva il morbo sotto forma di una polvere rossa.

CAPITOLO IV

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Covid-19, influenza spagnola e ruolo del *nursing*: analogie e differenze

Alla luce di quanto emerso dalla panoramica della letteratura, si è cercato di cogliere e schematizzare le principali analogie e differenze tra le due pandemie, riguardo al ruolo dell'assistenza infermieristica e dell'impatto di queste malattie diffuse sul sistema sociale. Vedi Tabella 3.

Tabella 3: quadro sinottico

ANALOGIE E DIFFERENZE: PUNTI FOCALI	
INFLUENZA SPAGNOLA	COVID-19
	
Personale sanitario	
<ul style="list-style-type: none">• Risorse umane insufficienti (medici e infermieri impegnati al fronte e negli accampamenti militari)• Infermiere riassegnate a reparti di pazienti infetti• Infermiere volontarie• Ferie sospese/cancellate• Orario di servizio prolungato• Proteste dei medici per le estreme condizioni lavorative (poco personale e mezzi inadeguati), molti casi di abbandono del servizio• Richiamo in servizio di medici in pensione, personale potenziato con medici militari	<ul style="list-style-type: none">• Risorse umane insufficienti (programmazione sanitaria non rispondente al fabbisogno)• Infermieri e personale di supporto riassegnati a reparti semi-intensivi/intensivi• Ferie sospese/cancellate• Orario di servizio prolungato

Utilizzo maschere	
<ul style="list-style-type: none"> • Obbligatorietà difforme nei vari Paesi • Sanzioni, arresti per i trasgressori (norme variabili da Stato a Stato) • Maggior parte degli scienziati contraria • Maschere come accessorio di moda 	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligatorietà • Sanzioni per i trasgressori • Maggior parte degli scienziati a favore • Maschere come accessorio di moda
<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento domiciliare con altissimo rischio di contagio e mortalità per le condizioni di sovraffollamento, in particolare nelle aree rurali • Ruolo fondamentale delle società infermieristiche (Visiting Nurse Association, la Blue Circle Nurses, le Public Health Nurses) e del volontariato (American Red Cross) • Figure infermieristiche chiave: “Public health nurse” e “Visiting nurse” • Istituzione del New York City Nurses ‘Emergency Council (Presidente infermiera Lilian Wald) per coordinare la risposta infermieristica all’epidemia • Ruolo infermieristico di spicco a livello decisionale centrale • Ruolo fondamentale dell’assistenza infermieristica sul territorio: sforzi enormi nelle aree rurali, mancanza di risorse 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione assistenza territoriale • Isolamento domiciliare, rischio di contagio inter familiare medio-alto • Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) • Ruolo marginale dell’assistenza infermieristica sul territorio • Ruolo infermieristico marginale a livello decisionale centrale
Organizzazione assistenza ospedaliera	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del numero dei pazienti in carico • Solo chirurgia d’emergenza • Reparti misti con pazienti medici e chirurgici • Creati specifici reparti • Pazienti separati in base alla gravità e tipo di complicanze • Dimissione precoce dei convalescenti • Strutture intermedie adiacenti l’ospedale per osservazione pre-dimissione • Visite vietate • Aumento dei posti letto e allestimento di strutture a tenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del numero dei pazienti in carico • Solo chirurgia d’emergenza • Creati specifici reparti Covid-19 • Aree intensive e semi-intensive • Strutture di cura intermedie post-COVID • Visite vietate • Aumento dei posti letto e allestimento di strutture a tenda
Misure organizzative per il personale Sanitario	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicazioni specifiche relative a misure sanitarie, sociali, educative e 	<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida multidisciplinari internazionali

di soccorso (da fonti infermieristiche: Committee on Administrative Measures for Relief, NOPHN-National Organization for Public Health Nurses)	
Misure di impatto sociale	
<ul style="list-style-type: none"> • Distanziamento sociale: divieti agli assembramenti • Posticipo della riapertura delle scuole a data imprecisata • Chiusura di cinema e teatri, chiese, centri termali, grandi magazzini, barbieri • Riduzione orario di apertura negozi • Negozi aperti 10 ore al giorno ma non più di 6 persone alla volta • Allungamento dei turni delle farmacie • Potenziamento corse mezzi pubblici negli orari di punta • Divieto di celebrare funerali pubblici • Vietato ingresso cimiteri • Rimodulazione orari di lavoro (anticipo/posticipo) • No chiusure: le principali attività economico-produttive lavorarono a regime (sostegno allo sforzo bellico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Distanziamento sociale: divieti agli assembramenti • Rimodulazione dell'offerta didattica (DAD) • Istituzione di "zone rosse", lockdown generalizzato, chiusura di tutte le attività non necessarie • Potenziamento corse mezzi pubblici negli orari di punta • Divieto di celebrare funerali pubblici • Flessibilità, turnazioni e alternanza di giornate lavorate in presenza e da remoto, "smart working"
Informazioni	
<ul style="list-style-type: none"> • Censura dell'informazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Overload informativo
Figura dell'infermiere	
<ul style="list-style-type: none"> • Centralità dell'assistenza di base nel processo di cura della malattia (inefficacia cure mediche) • Altissimo numero di contagi e decessi (non quantificabili) • "Infermiere eroine" "War nurses" (scopo propagandistico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza specialistica • 14.000 infermieri contagiati in Italia al 22/06/2020 (studio FNOPI) • "Infermieri eroi", riconoscimenti pubblici
Movimenti di protesta	
<ul style="list-style-type: none"> • Anti-Mask League (1918, San Francisco) • Negazionismo: modesto • Discriminazione razziale: forte • Atteggiamento pregiudiziale verso gli immigrati: debole 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimenti no mask (2020) Spagna, USA, Germania, Italia • Strumentalizzazione politica delle proteste • Negazionismo: forte • Discriminazione razziale: modesta • Atteggiamento pregiudiziale verso gli immigrati: moderato

Lo scopo di questo lavoro di tesi era quello di analizzare, attraverso la consultazione della letteratura, le assonanze e le similitudini tra il ruolo e il lavoro degli infermieri durante la pandemia di influenza spagnola del 1918-

1919 e l'attuale di coronavirus. Gli elementi cardine del nursing durante la pandemia di spagnola sono stati l'adozione delle misure igieniche di base, gli interventi terapeutici di supporto e l'assistenza di tipo respiratorio, preservando la funzione fino a quando la risposta immunitaria del soggetto colpito era in grado di sradicare la malattia; gli infermieri di oggi, in realtà, hanno svolto una funzione molto simile, coadiuvati dalla moderna tecnologia sanitaria, tecnologie quale la ventilazione assistita e a pressione positiva continua delle vie aeree. Le infermiere di primi anni del XX secolo erano consapevoli di avere svolto un servizio sanitario essenziale, sia negli ospedali militari che civili, e sono rimaste al loro posto fino alla fine dell'emergenza sanitaria, dimostrando abnegazione e grandissimo spirito di sacrificio. Le testimonianze del tempo riportano all'unanimità il loro alto grado di resilienza (capacità di far fronte in maniera positiva per rimuovere eventi traumatici e riorganizzare positivamente la propria vita), ma è anche vero che esiste una correlazione tra resilienza ed esiti sfavorevoli come il *burnout*, la debolezza, l'astenia persistente e la malattia grave.

L'impatto della pandemia del 1918 è stato molto forte non solo sulla salute fisica ma anche su quella psicologica: la neuroastenia era la diagnosi più comune delle infermiere traumatizzate, lo stress e l'accumulo della tensione durante il periodo di servizio attivo le cause più comuni. A ciò si aggiunge che molti infermieri hanno ricevuto pensioni di invalidità di guerra per traumi psicologici ma non hanno poi ricevuto alcun tipo di altro aiuto e per loro non è più stato possibile esercitare la professione e guadagnarsi da vivere.

Riguardo all'utilizzo dei DPI, le infermiere di allora utilizzavano camici e maschere di cotone lavati ad alte temperature nelle lavanderie degli ospedali, resi in tal modo sicuri per il loro utilizzo e, per il momento storico e le conoscenze di cui si disponeva, ebbero a loro disposizione i migliori mezzi di prevenzione; all'inizio della pandemia di coronavirus, gli infermieri di

tutto il mondo hanno prestato assistenza in condizioni di notevole rischio, con grande carenza e, spesso, indisponibilità delle misure di protezione. Da una relazione destinata al Royal College of Nurses (RCN) il 39% degli infermieri britannici, intervistati durante un sondaggio a livello nazionale, ha dichiarato che gli è stato chiesto di riutilizzare DPI contrassegnati come monouso. Il 16 aprile 2020 il RCN ha emanato linee guida ufficiali sulla possibilità che infermieri senza DPI possano rifiutarsi di assistere i pazienti: è un'affermazione senza precedenti per questa associazione professionale che non aveva mai, in 104 anni di storia, sancito la possibilità per l'infermiere di non erogare un trattamento salvavita essenziale. L'aspetto che maggiormente emerge da questo lavoro è il ruolo fondamentale che ebbe il nursing di base a livello di cura, a fronte del totale fallimento delle cure mediche, l'importanza dell'associazionismo infermieristico e di figure quali le "visiting nurses" e le "public health nursing", che, con le poche risorse a disposizione, si presero cura della moltitudine di malati presenti sia nelle aree urbane, disagiate e sovrappopolate, che nelle zone rurali, per i quali l'accesso a strutture ospedaliere già sovraccariche sarebbe stato impossibile. Il fatto che la stesura di documenti di indirizzo per le misure sanitarie e terapeutiche, sociali, educative e di soccorso da mettere in atto per erogare un'assistenza uniforme e sicura fossero stati richiesti a gran voce dalle associazioni o provenissero comunque da fonti infermieristiche, è indicativo del ruolo predominante della professione infermieristica nella prima grande pandemia dell'era moderna.

La figura e la leadership di Lillian Wald, fondatrice dell'assistenza infermieristica di comunità in USA, hanno avuto un rilievo fondamentale nella gestione dell'emergenza "influenza spagnola". Fondatrice dell'Henry Street Settlement, fu riconosciuta come un leader influente nel servizio e nella cura di tutta New York City, coordinando altre organizzazioni e guidando un vero esercito di infermieri nella lotta contro l'epidemia sul

territorio newyorkese; pur con il grandissimo impegno profuso, non è emersa nessuna figura infermieristica per il ruolo di decisore o di leader durante la pandemia di Covid-19, e questo è motivo di amarezza per la classe professionale. Nel 1918 gli Stati Uniti non si fecero cogliere del tutto impreparati perché il Public Health Service aveva precedentemente stabilito piani nazionali per far fronte a situazioni emergenziali come una epidemia infettiva; inoltre, la professione infermieristica si affidò alle sue infrastrutture infermieristiche pubbliche ben consolidate, al Comitato della Croce Rossa Nazionale e a una rete diffusa di agenzie sociali, chiese e volontari laici. La loro esperienza può servire da lezione.

4.2 Conclusioni

L'inutilità delle cure mediche del tempo ha fatto risaltare ancor di più l'importanza delle cure infermieristiche. La Spagnola è stata un'esperienza frustrante per i medici che, fiduciosi dei grandi successi ottenuti in campo della medicina all'inizio del XX secolo, avevano sviluppato la convinzione di poter gestire qualsiasi flagello ed ha generato un senso opprimente di fallimento per la professione medica anche di fronte alla popolazione. Al contrario, per gli infermieri il *nursing* in tempo di pandemia fu motivo di orgoglio e riconoscimento pubblico. In un contesto come quello, era l'assistenza di base a fare la differenza, le infermiere non solo avevano raggiunto i loro obiettivi ed erano andate ben oltre le aspettative che si avevano nei loro confronti. La Spagnola ha segnato anche una grande affermazione di genere: le infermiere, ferventi sostenitori del cambiamento sociale, hanno mostrato una grande preoccupazione per la salute della società in generale. Esempi di questo possono essere visti nei loro sforzi non solo per trattare i pazienti, ma per insegnare a intere comunità le pratiche igieniche di base e istruirle sull'importanza di coprirsi la bocca durante la

tosse e sputare nei fazzoletti, bollire la biancheria sporca e spalancare le finestre per far entrare aria fresca. In una parola, le infermiere hanno fornito un'assistenza di tipo olistico, che si prende cura della mente e del corpo. Anche la pandemia di Covid-19 ha, e sta ancora sottoponendo gli infermieri a uno sforzo notevole. Lo stretto contatto con i pazienti e la carenza di personale sanitario, che ha spinto tutti gli operatori a turni di lavoro prolungati e talvolta estenuanti, hanno esposto gli infermieri a un carico emotivo e fisico incredibilmente intenso, a dover spesso far fronte all'isolamento, al senso di impotenza di fronte alla sofferenza dei propri pazienti.

Tra le sfide più grandi, oltre all'incremento del lavoro di reparto, è stato e lo è ancora adesso la gestione del piano emotivo di questa situazione: la convivenza con la paura di potersi ammalare e, soprattutto, quella di mettere in pericolo le proprie famiglie. Fondamentale in questa emergenza è stata la coesione tra i gruppi di lavoro, che ha permesso di far fronte alle problematiche e garantire le cure ai pazienti nel modo migliore possibile.

La pandemia influenzale del 1918 ha provocato un terribile bilancio di morte e distruzione: molti sopravvissero ma con corpi indeboliti e menti inclini alla depressione per gli anni a venire. Eppure le immagini fotografiche della pandemia non ritraggono tanto la calamità dei tempi, ma piuttosto l'ingegnosità e il senso di solidarietà che essa ha suscitato. Ovunque, i comuni cittadini si offrivano volontari come infermiere o conducenti di ambulanze, donavano cibo e biancheria da letto per i malati, accoglievano bambini orfani, si prendevano cura di familiari e amici malati e lavoravano per aiutare le loro città, i loro paesi a crescere attraverso la crisi. L'infermieristica è stata fortemente supportata dal volontariato e dall'altruismo delle persone comuni. La storia della grande pandemia influenzale del 1918, quindi, non è solo una storia di morte e tragedia, ma anche di fratellanza, comunità e aiuto al prossimo.

È opportuno ricordarsi che nell'immediato futuro saremo noi gli infermieri che si prenderanno cura della popolazione, quindi proprio per questo dovremo essere ancor più consapevoli di quello che è stato, di ciò che è successo e di quel che sarà. Rielaborando l'accaduto alle nostre spalle, dovrà sempre più appartenerci l'obiettivo comune di non commettere errori e svolgere un'educazione terapeutica preventiva sempre più mirata a contenere quei comportamenti guidati da disinformazione sulle norme contenitive riguardanti la trasmissione infettivologica degli agenti patogeni.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

Articoli

- Cohon Samuel “Face masks: what the Spanish flu can teach us about making them compulsory”. *The Conversation*, May 1, 2020 4.03pm BST
- Deming Dorothy Influenza 1918 Relieving the great epidemic *AJN*, *American Journal of Nursing*: October 1957 - Volume 57 - Issue 10 - p 1308-1309
- Jefferson T, Ferroni E, The Spanish influenza pandemic seen through the BMJ’s eyes: observations and unanswered questions *BMJ* 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b5313> (Published 16 December 2009) Cite this as: *BMJ* 2009;339:b5313
- Jennifer D. Roberts Shadi O. Tehrani *Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States* *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4484; doi: 10.3390/ijerph17124484
- Jordan EO *The influenza epidemic of 1918: preventive measures* *JAMA*. 1927; 89(20): 1689-1693. doi: 10.1001/jama.1927.92690200001013
- Karen R. Robinson The Role of Nursing in the Influenza Epidemic of 1918-1919 *Nursing Forum* Volume 25, No. 2, 1990
- Kelly M. Pyrek *100 Years after the Spanish Flu: Lessons Learned and Challenges for the Future* *ICT Infection Control Today* oct 10 2018
- Warren T. Vaughn *Influenza: an epidemiological study* (Monographic) *The American Journal Of Hygiene* 1921
- Sampaolesi, Riccardo L’influenza “spagnola” nelle Marche: il caso di Castelfidardo (1918-1920) *Proposte e Ricerche* nr. 56.2006 283-314
- Ruffini Romano “Macerata durante la Spagnola, quante analogie col

Coronavirus” CM Cronache Maceratesi, 5 aprile 2020

- Keeling AW. “Alert to the necessities of the emergency”: U.S. nursing during the 1918 influenza pandemic. *Public Health Rep.* 2010; 125 Suppl 3 (Suppl 3): 105-112. doi: 10.1177/00333549101250S313
- Navarro JA. Influenza in 1918: an epidemic in images. *Public Health Rep.* 2010; 125 Suppl 3 (Suppl 3) :9-14. doi: 10.1177/00333549101250S304
- Sabbatani S., Fiorino S. La pandemia influenzale “spagnola” The “Spanish influenza” pandemic. *Le Infezioni in Medicina*, n. 4, 272-285, 2007
- Gordon O et al (2020) Learning from the past? Spanish influenza and the lessons for Covid-19. *Nursing Times* [online]; 116: 10,27-31.

Dissertazioni

- All it changes nothing changes for the COVID-19 epidemic
- Elizabeth Hile “Like brave soldiers: nursing and the Spanish influenza epidemic of 1918 in the United States” Thesis, Bowling Green State University.

Libri

- AA. VV., Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Alessandro Stievano “La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale” Ed. Franco Angeli, 2015)
- Patricia D’Antonio *Nursing Interventions Through Time: History as Evidence* Springer Publishing Company 2010 (Capitolo 3 “Treating influenza 1918 and 2010: recycled intervention” a cura di Arlene W. Keeling)
- Tognotti Eugenia “La ‘spagnola’ in Italia” Franco Angeli, 2015

Sitografia

- <https://www.ilpost.it/2020/07/24/macherine-influenza-spagnola/>
- <https://biomedicalcue.it/coronavirus-complotti-fantascienza-e-scienza-neri-a-confronto/22217/>
- <https://www.cnr.it/it/nota-stampa/allegato/n-1928>.
- <https://it.insideover.com/societa/sars-cov-2-e-influenza-spagnola-analogie-e-differenze.html>
- <https://www.linkiesta.it/2020/04/perche-linfluenza-spagnola-e-un-capitolo-dimenticato-della-storia-italiana/>