

Ottobre
2020 - N. 67

ISSN 2281-9479

Algorà

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ORDINE DI COMO

SPECIALE EMERGENZA NUOVOCORONAVIRUS



2020 | P. 48
Anno Mondiale
dell'Infermiere

DI PAOLA POZZI

La nuova sede
Opi Como

DI MANUELA ALUNNI

Emergenza Covid19 | P. 24
le testimonianze

Quattro infermieri
comaschi dal Papa

DI VALERIO MAUTONE



OPI COMO

Ordine delle Professioni Infermieristiche

Agorà

Ottobre 2020 - N. 67

Direttore Responsabile:

Dario Cremonesi

Vice Direttore e Capo Redattore

Massimo Franzin

Comitato di Redazione:

Paola Pozzi, Elena Cavadini,
Alessandra Kiszka, Federica Viganò,
Giuseppe Chindamo, Alessandro D'Angelo

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di Como - Via Oltrecolle, 73 - 22100 Como

Proprietario:

OPI Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como
con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538
e-mail: info@opicom.it

Lettere alla Redazione:

Per scrivere al direttore,
invia una mail a: info@opicom.it

Per scaricare la rivista online:

www.opicom.it
AGORA'

FOTO IN COPERTINA

ASST CREMONA - Marzo 2020 - Durante le prime fasi della
pandemia da NuovoCoronavirus infermieri di Como hanno
svolto attività di assistenza e cura nelle strutture di LODI,
CREMONA e di tutta la ZONA ROSSA.

In questa foto, l'infermiera di triage del Pronto Soccorso
dell'Ospedale Maggiore di Cremona.

L'Editoriale

IL TRIENNIO DEI CAMBIAMENTI

di Dario Cremonesi

Lettere alla Redazione

- 7 Il ricordo di Flaminia Uberti Conte
- 8 L'emergenza Covid19
- 9 CIAO JAVIER!

Speciale elezioni 2020

- 10 A novembre prime elezioni dell'Ordine

L'evento

- 12 OPI Como la nuova sede è realtà
- 13 5 settembre in Duomo
- 15 Quattro infermieri comaschi dal Papa

L'infermiere in ambito psichiatrico

- 19 La relazione terapeutica tra l'infermiere e la persona con
disagio psichico

Articolo scientifico

- 22 Convivere con l'ulcera cutanea

Emergenza COVID19

- 24 La mia esperienza in un reparto Covid19
- 36 Pronto Soccorso in epoca post-Covid
- 38 Covid-19: siamo "solo" degli infermieri
- 45 Covid19 e lockdown

L'infermiere di famiglia

- 26 L'Infermiere di famiglia e di comunità
- 27 Quali competenze e requisiti

Diritto e rovescio

- 29 La nuova legge contro la violenza a danno degli operatori
sanitari

L'Ordine Informa

- 33 Iscrizioni e cancellazioni

Infermiere nella Storia

- 40 Evoluzione Infermieristica nella storia delle pandemie

Commissione Formazione

- 47 Il decreto scuola è legge

Commissione Immagine

- 48 Onu: 2020 anno mondiale dell'infermiere e dell'ostetrica

Gruppo Giovani Opi Como

- 58 Ai tempi del Nuovocoronavirus

Letti per voi

- 59 Recensioni libri

Il triennio dei cambiamenti

OPI Como, tempo di bilanci



Dario Cremonesi
Presidente Ordine
delle Professioni
Infermieristiche
Provincia di Como

A distanza di 3 anni dall'insediamento del consiglio direttivo uscente, a esaurimento fisiologico del mandato istituzionale, arriva inevitabile il momento in cui si "tirano le somme". Come per ogni esperienza professionale che volge al termine, attraverso una retrospettiva si ripercorrono i sentieri che hanno portato al raggiungimento di mete inaspettate, tanto sorprendenti quanto effettivamente guadagnate sul campo. A solo un mese dall'insediamento del Consiglio Direttivo nel 2017, l'allora Collegio IPASVI ha vissuto il primo grande sovvertimento strutturale. La Legge 3/2018 ha di fatto ereditato quella golden age professionale, scandita da miles di valore, a firma di grandi protagonisti dell'evoluzione della professione infermieristica: Donne, che nei diversi ambiti disciplinari, hanno tracciato le fon-

damentali tappe evolutive nei diversi contesti formativi, operativi e organizzativi, il cui comportamento agito, all'interno delle complesse dinamiche della politica professionale, riverbera oggi nel posizionamento strategico della professione infermieristica, tanto nel panorama nazionale quanto in quello internazionale. Con la Legge 3/2018 è decaduto definitivamente l'ultimo baluardo di "ausiliarità" per mutazione dello status giuridico derivante dal passaggio da Collegi a Ordini: non più quindi enti ausiliari dello stato, bensì sussidiari. Se nel primo caso infatti i Collegi non svolgevano una funzione amministrativa attiva, ma si dedicavano a funzioni di iniziativa e di controllo, con la Legge "Lorenzin", proprio in ricontrao del principio di sussidiarietà, i neo Ordini sono stati chiamati a svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello

Stato. Ancora, con la Legge 3/2018 nascono definitivamente gli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche, per gli Albi degli Infermieri e Infermieri Pediatrici, nonché la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. In analogia a quanto avvenuto internamente alla professione, la Legge ha ovviamente riguardato uno spettro attuativo anche su tutte le altre professioni sanitarie, dalle Ostetriche alle professioni tecniche e della riabilitazione confluite in un unico maxi Ordine contenente ben 19 professioni sanitarie e relativi albi.

I primi passi

Il nostro Consiglio Direttivo ha immediatamente avviato la propria operatività abbracciando il nuovo investimento identitario di rappresentanza professionale, dando corpo ai progressivi riferimenti normativi che hanno permesso la trasformazione e costituzione

dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Como, OPI Como. Un nuovo nome, un nuovo acronimo, lo stesso storico simbolo, preservato a memoria storica. È da subito parso fondamentale ritenere che la permeabilità del cambiamento dovesse passare attraverso un registro comunicativo innovativo, puntuale e corale, affinché tutti i colleghi potessero riconoscersi nel neonato organo di rappresentanza, quindi identificare nitidamente quanto e come il cambiamento avesse connotazioni di riposizionamento strategico formali e sostanziali. Dall'assunto di base di comportamenti professionali orientati da un'informazione sana, positiva e pervasiva, è stato da subito rinnovato il layout del sito ufficiale dell'Ordine, più snello e dalla consultazione rapida e intuitiva, così come sono stati ampliati i contenuti di riferimento e

aggiornamento ad ampio raggio. Sono state progressivamente implementate modifiche alle pagine social, da Facebook all'apertura di un account ufficiale Instagram, non prima di aver però curato gli aspetti formativi, normativi e di efficacia, dedicati agli amministratori designati alla web communication e ai componenti del Consiglio Direttivo. Analogo rilievo e importanza sono stati garantiti, tramite un Ufficio Stampa dedicato, anche per la comunicazione verso l'esterno, dall'Ordine alle Istituzioni, ai media e, attraverso questi stakeholder, anche e soprattutto ai cittadini.

Portatori di interesse e reti di significato

Il cambio di passo sostanziale ha portato il Consiglio Direttivo a riflettere sul significato di costruire alleanze proattive con altri attori diretti e indiretti del sistema salute presenti

sul territorio: l'Ordine dei Medici, l'Ordine dei Farmacisti, le Associazioni di Volontariato, i Sindaci, le rappresentanze comunali e provinciali, il Tavolo Territoriale Confindustria Como Sanità, il Gruppo Provinciale dei Giovani Imprenditori di Como (all'interno di Confcommercio Como). In questo elenco infatti, sono annoverati i portatori di interesse che hanno concorso, attraverso legami fiduciari e propositivi, alla realizzazione di iniziative informative, formative, solidaristiche e operative che, messe a sistema, hanno generato valore per i cit-

tadini, per i professionisti e, non ultimo, per il riconoscimento dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche

all'interno delle reti di significato che insistono sul territorio provinciale, accrescendone il valore percepito e la rilevanza dell'identità professionale degli infermieri, sia come famiglia professionale sia come professionisti irrinunciabili del Servizio Sanitario Nazionale. Numerosi sono stati gli eventi generativi che hanno contribuito a diffondere l'immagine desiderata della professione infermieristica: dall'esperienza condivisa con Croce Rossa Italiana presso il Campo Governativo per l'accoglienza e l'assistenza sanitaria ai migranti, alla costante pre-

senza annuale al progetto "Young", ideato per orientare il futuro di giovani studenti

al mondo universitario e professionale, dagli eventi formativi organizzati dalla Commissione Formazione per i colleghi inseriti nei diversi contesti lavorativi, o i convegni annuali organizzati in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, a momenti di formazione/informazione rivolti ai cittadini, promossi da altri Ordini professionali o Farmacie, con forte inclusione dei professionisti infermieri. Due grandi eventi, e non sarebbe mancato il terzo se non per cause di forza maggiore, hanno scandito aggiornamenti professionali che hanno

ospitato importanti personalità di livello nazionale, la Prof.ssa Marisa Cantarelli

e la Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche Dott.ssa Barbara Mangiacavallo, oltre alle istituzioni rilevanti per il territorio, dai Sindaci alla Provincia, dalle Forze dell'Ordine alla Croce Rossa Italiana, con grande apertura verso altri Ordini e cittadini, attraverso testimonianze ed esperienze delle comunità di pratica comasche.

Infermieri e Università

Lo storico legame tra Ordine e Università, quale laboratorio di edificazione di nuove leve professionali, ha proseguito un'intesa contraddistinta da condivisione di idee e proficua collaborazione. L'Ordine delle Professioni Infermieristiche è entrato nelle attività formative professionalizzanti della virtuosa Sede di Como dell'Università degli Studi dell'Insubria, e ha ingaggiato studenti nelle iniziative di orientamento alla scelta del percorso universitario, per avvicinare i futuri infermieri al mondo lavorativo e alla rappresentanza professionale. In occasione dei convegni annuali, le commissioni operative dell'Ordine (immagine, formazione e ricerca, esercizio professionale e libera professione, solidarietà) hanno stanziato fondi per premiare le tesi di laurea di studenti che si sono distinti per argomenti originali ed accattivanti e hanno favorito la costante

pubblicazione delle stesse sul periodico di informazione "Agorà". La premialità e il reciproco atteggiamento inclusivo hanno permesso un costante scambio di saperi, nonché la costituzione di un network efficace per il reclutamento di giovani infermieri –attraverso la costituzione di una specifica consulta– che hanno curato per l'Ordine le pagine ufficiali dei social, mediante la pubblicazione programmata di aggiornamenti relativi all'esercizio professionale o a temi di salute, di interesse interno ed esterno alla professione, perseguendo virtualmente le finalità istituzionali dell'Ordine stesso. Grazie alla costante attività partecipativa della consulta giovani infermieri, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como è entrato a pieno titolo nel Gruppo Provinciale dei Giovani Imprenditori di Como (interno a Confcommercio Como).

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche e Commentario

Un altro traguardo, necessario e ambito, che sancisse la crescita professionale di tutti gli ambiti disciplinari, ha visto la luce nell'Aprile 2019 quando, nel Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, è stato approvato con voto unanime il nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Risultato di intensi, ardui e prolungati lavori di studio ed elaborazione, operati da un gruppo allargato costituito dalla FNOPI, che includesse colleghi, magistrati, bioeticisti, successive audizioni con altri Ordini, Associazioni



Professionali, di cittadini e pazienti, e ancora consultazioni con esponenti filosofi e teologi, il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (ed. 2019) è oggi contemporaneamente strumento di memoria, introspezione e orientamento degli Infermieri per gli Infermieri. Sin da subito diffuso attraverso ogni mezzo e canale disponibile a tutti i colleghi e interlocutori, il Codice Deontologico è rapidamente diventato patrimonio della comunità professionale: dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica alle Direzioni delle Professioni Sanitarie delle Aziende pubbliche, private accreditate e private pure e per nostro e loro tramite, a tutti gli Infermieri del territorio. Il nuovo Codice Deontologico è stato driver dei temi selezionati per un convegno tenutosi nello stesso 2019 “#nurses2care: la capacità di generare valore”. I relatori hanno colto la sfida di declinare nella propria quotidianità le sostanziali novità ricomprese negli articoli e nei capi del Codice Deontologico, avvicinando quindi le innovazioni etico-professionali all'operatività dei diversi ambiti, stimolando l'orientamento dei comportamenti alla visione sottesa al Codice Deontologico stesso, al fine di renderlo pervasivo. Attraverso leve vantaggiose offerte dai contenuti del Codice, il focus dell'evento ha riguardato la L. 8 marzo 2017 n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, pubbli-

cata in G.U., serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore il 1 aprile 2017, e la L. 22 dicembre 2017 n. 219, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, nel rispetto dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. “Il Codice è degli infermieri e per gli infermieri e per i cittadini che sono il loro primo pensiero, il loro primo obiettivo. Il Codice rappresenta gli infermieri e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre agli assistiti” (Mangiacavalli B., 2019). Al fine di rendere ulteriormente fruibile il nuovo Codice Deontologico, la FNOPI ha nominato un gruppo di



FNOPI – Empowering Nurses.

Infermieri e COVID-19

La provincia di Como, al pari del resto della Lombardia, seppur in misura lievemente più contenuta per incidenza di casi di contagio e ricoveri in Terapia Intensiva rispetto ad altre province, ha affrontato e gestito gli effetti dell'efferata pandemia determinata dall'infezione SARS-CoV-2. Nel Febbraio 2020, nell'apparente quiete di un sabato pomeriggio in cui si guardava con circospezione quanto stesse accadendo nell'emisfero orientale, a Wuhan in Cina, la FNOPI veniva convocata dal Ministero della Salute, al fine di costituire un cordone di sicurezza negli aeroporti di Malpensa e Fiumicino, per poi procedere con altri di pertinenza internazionale. I compo-

relativo e preventivo, in un lasso temporale pressoché impercettibile è cambiato tutto. Uno scenario inquietante si è rapidamente palesato agli occhi increduli dei professionisti sanitari, tutti indistintamente coinvolti, che hanno iniziato ad operare in un teatro di imprevedibilità e timore, per via di informazioni precarie e in rapida mutazione, per dispositivi di protezione da individuare e reperire con diffusa difficoltà, per spropositato numero di pazienti che, in modo incontrollato, venivano condotti in pronto soccorso o lo raggiungevano con mezzi propri, in condizioni cliniche estremamente labili e dall'evoluzione incerta. In pochi giorni le strutture sanitarie hanno operato una mutazione strutturale e organizzativa rapida, in risposta ad un bisogno emergente incontenibile. Il Paese è entrato in totale lockdown: i soli ambienti vitali erano connessi

COMMENTARIO
al
NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
delle
Professioni Infermieristiche

A Luca Benci, con stima e riconoscenza
Gli infermieri

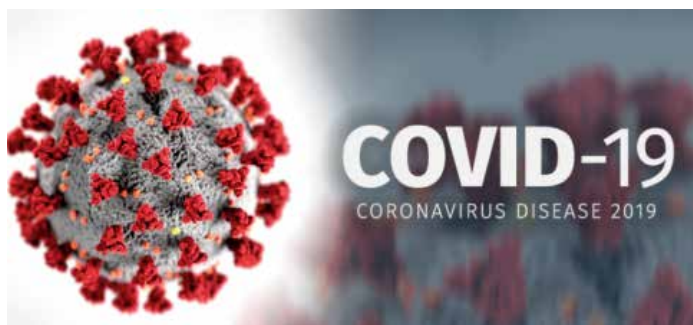
CAPO VI – ORGANIZZAZIONE
Bruno Cavaliere, Marco Contro, Dario Cremonesi, Pio Lattarolo,
Maria Grazia Proietti, Maurizio Zega

71

lavoro per la redazione del commentario, includendo oltre a diversi Presidenti, anche professionisti di riferimento per i diversi ambiti disciplinari e/o per expertise e competenze specialistiche. L'Ordine delle professioni Infermieristiche di Como ha partecipato alla stesura del Capo VI denominato “Organizzazione”, pubblicato nel Maggio 2020 su Ebook

nenti del Comitato Centrale si sono mossi attivando gli Ordini delle province prosimali agli aeroporti, tra cui Como, che hanno a loro volta intercettato attraverso i propri canali, un numero consistente di liberi professionisti pronti a mettersi a disposizione della Federazione, del Ministero e, ancor più, della salute del cittadino. Da quelle prime operazioni di carattere cau-

a beni di prima necessità e, ovviamente, a tutti gli ambienti di cura irrinunciabili. Niente più reparti, niente più setting operativi tradizionali o unità d'offerta socio-sanitarie differenziate, niente più linee di attività programmate. Solo macro-percorsi attorno ai quali si è semplificato e analogamente complicato, in un lungo periodo di osimorica organizzazione,



tutto il Sistema Sanitario Regionale e locale: COVID e NO-COVID, laddove era possibile individuarli e distinguerli.

E se gli ospedali hanno affrontato periodi di collasso operativo legato all'esaurimento psico-fisico delle risorse, già decimate dalle politiche che hanno contraddistinto gli ultimi dieci anni di SSN, le unità d'offerta socio-sanitarie (RSA, Strutture di Cure Intermedie) sono state travolte dall'assenza di piani programmatici emergenziali, dall'esiguo numero di operatori, dalla precarietà di dispositivi di protezione individuale e dalla complessità assistenziale e instabilità clinica di ospiti e pazienti colpiti dall'infezione.

Solo dopo mesi di ininterrotta difficoltà fisica ed emotiva, in cui gli infermieri e gli altri professionisti

hanno alternato isolamento ad interminabili turni di assiduo e continuo lavoro, laddove fortunatamente non erano direttamente interessati dall'infezione da COVID-19, la situazione del Paese ha intravisto un'aura di normalizzazione della curva dei contagi e della relativa situazione di ospedali e strutture socio-sanitarie.

Se l'estate ha permesso di beneficiare di periodi di riposo e ristoro, è purtroppo nuovamente tempo di organizzare il sistema e le risorse per la preannunciata seconda ondata, quantitativamente complicata dalla concomitante influenza stagionale, caratterizzata da sintomi sovrapponibili. I meccanismi operativi sanitari adottati e formalizzati durante il lockdown verranno chiaramente ereditati per gestire la recrudescen-

za dei casi complessi di pazienti colpiti da infezione, tuttavia, molto potrà essere contenuto, monitorato e complessivamente gestito a livello domiciliare o di rete territoriale, se il sistema sanitario regionale riterrà di investire prontamente in risorse e capillare organizzazione dei servizi extra ospedalieri, da collegare, potenziare e sviluppare anche in una prospettiva epidemiologica maggiormente sistemica ed europeista, già sperimentata, corroborata e vincente.

Conclusioni

La disamina affrontata ha toccato solo i punti salienti di un'avventura avvincente durata un trentennio, molte ancora sono state le iniziative intraprese e le attività svolte nel primo mandato dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Como.

Abitare i luoghi di cura è indubbia declinazione della consapevole scelta di esercitare la professione infermieristica; trasferire contenuti, metodi e modelli professionali alle nuove generazioni di infermieri è da

intendersi sia come slancio motivazionale sia come accrescimento in senso lato anche dei professionisti assistenti di tirocinio e docenti che, misurandosi con evidenze scientifiche e best practice, concorrono all'aggiornamento e alla formazione; ricercare attraverso studi quantitativi, qualitativi e misti, trasferendone i risultati in pubblicazioni, convegni e, più in generale, attraverso ambienti di generalizzazione delle conoscenze, contribuisce ad accrescere il posizionamento scientifico della professione infermieristica.

Scegliere di rappresentare i propri colleghi nelle fila della politica professionale proprie di un Ordine, specie se di recente istituzione, è sinonimo di responsabilità e di fedeltà ad una scelta professionale quotidianamente riconfermata, in nome e per conto individuali e della comunità infermieristica.

Presiedere in questo intenso e complesso triennio l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Como è stato indubbiamente un grande privilegio.

PEC OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFESSIONISTI ISCRITTI ALL'ALBO

Ricordiamo a tutti i professionisti iscritti ad OPI Como **che non hanno ancora attivato la pec**, di provvedere al più presto all'attivazione, in quanto il D.L. 16 luglio 2020 n. 76, **cd Decreto Semplificazioni**, ha apportato importanti modifiche alla legge 28/01/2009 n. 2 che ha introdotto l'obbligatorietà della PEC per i professionisti iscritti all'albo. Alla luce della nuova normativa, ogni professionista iscritto all'albo che non comunicherà all'Ordine la propria pec, ovvero richiederà l'attivazione della pec fornita gratuitamente da OPI Como (link al modulo), riceverà, con raccomandata a.r. **diffida** ad adempiere entro e non oltre il termine di trenta giorni decorrenti dal ricevimento della stessa. In caso di mancata ottemperanza alla diffida, **l'Ordine dovrà comminare la sanzione della sospensione del professionista inadempiente dal relativo albo fino all'avvenuta comunicazione del domicilio digitale**.

Si chiede pertanto la massima collaborazione al fine di evitare l'attivazione di tale procedura che, non solo si ripercuoterebbe negativamente sull'iscritto che, con la sanzione disciplinare della sospensione dall'albo si vedrebbe costretto ad interrompere l'attività lavorativa, ma anche sull'Ordine che dovrà impegnare ulteriori risorse umane ed economiche per dar corso a tale adempimento obbligatorio.

La segreteria dell'Ordine è a completa disposizione per qualsiasi ulteriore informazione.

IL RICORDO DI FLAMINIA UBERTI CONTE

Già Presidente del Collegio di Como



a cura di Paola Pozzi

LA DIDATTICA

Ciao Flaminia. ti ricordi di noi? Correva il lontano 1983, e noi frequentavamo il secondo anno. Scuola Regionale, per essere ammessi bastava il biennio di scuola superiore, proprio quello che ho fatto io.

Le corsie del vecchio S. Anna erano ai tempi corridoi lunghi e stretti, pochi bagni, 50 e più posti letto. E noi allieve a percorrerli su e giù, estate primavera autunno e inverno. Ogni mattina e il pomeriggio a lezione. C'era l'Antonina, c'era l'Angela. E poi c'eri tu, Flaminia la didattica. Quella che ci ha insegnato parole magiche. Imbibire.

Ogni mattina ci dicevi, ci sono gli anziani da lavare. Non c'erano OSS, OTA. C'erano i generici, i nostri cari vecchi generici, ah che nostalgia, e gli infermieri, e poi noi, le allieve. Gli anziani andavano lavati cambiati e sbarbati prima di colazione, rimessi a letto per poi ricominciare daccapo. Poi c'era l'alcool saponato da preparare, una mistura da cuocere con alcool denaturato e sapone che a pensarci adesso, solo per la sicurezza della preparazione i risk manager avrebbero un infarto.

La tua ricetta magica: crema di sapone di marsiglia scaldata in un pentolone e appena intiepidisce va versato nei flaconi di vetro delle flebo svuotati e lavati. Appena inizia a raffreddare, ma poco, aggiungete l'alcool, quello rosa e agitate per bene. Si deve formare una crema rosa che va stesa sul sedere dei nostri ammalati per proteggerli dalle piaghe da decubito. Che solo a pensare ai PDTA che abbiamo ora, questo rimedio può sembrare solo stregoneria. Poi c'erano padelle e pappagalli e arcelle da lavare, sterilizzare,

erano i tempi del titolo non accademico di Infermiere Professionale. Erano i tempi delle due mani e pochi guanti. Erano i tempi del mansionario.

Ma erano anche i tempi in cui tu ci dicevi mi raccomando ragazzi, aprite la vostra mente, e preparatevi a cambiare, non vi voglio sentir dire abbiamo sempre fatto così, prendete il coraggio a due mani e andate avanti giorno per giorno.

Grazie Flaminia



FLAMINIA UBERTI CONTE



di Barbara Mangiacavalli*

"Con la scomparsa di Flaminia Uberti Conte perdiamo una delle ultime testimoni del periodo che ha preceduto l'avvio dell'attuale crescita della professione infermieristica.

Presidente dell'allora Collegio e docente di infermieristica fino alla fine degli anni '90, è stata il mio predecessore alla guida del Collegio in cui ho ricoperto l'incarico fino al 2004, anno in cui si era nel vivo della crescita della nostra professione dopo la legge 42 e la legge 251.

Ma è stata anche mia insegnante e da lei ho imparato molto delle basi della professione che oggi mi onoro di rappresentare a livello nazionale alla presidenza della Federazione degli ordini.

Il nostro territorio non era facile da gestire professionalmente.

L'assistenza ha sempre richiesto un'organizzazione particolarmente articolata e la presenza di numerose strutture aveva bisogno di garanzie sul mantenimento del giusto equilibrio e utilizzo delle professionalità.

In questo Flaminia Uberti Conte è stata tra chi ha gettato le basi del carattere della nostra professione che poi si è sviluppato e oggi è fortemente tutelato dalla presenza e dalla rappresentanza ordinistica.

È quindi con profonda tristezza che la ricordo in questo momento, sottolineando che tutti dobbiamo sempre essere consapevoli che se oggi la nostra professione ha raggiunto gli alti livelli che le vengono sempre di più riconosciuti è proprio perché c'è nel passato chi ha saputo gettare le basi per la sua crescita."

* Presidente FNOPI e Direttore Socio-Sanitario ASST Nord Milano



L'EMERGENZA COVID19

L'esperienza al "Villa Aprica"

Sono un infermiere neo-laureato, ho iniziato a dicembre la mia prima esperienza lavorativa presso la medicina interna di un ospedale privato a

Como. A poco più di tre mesi dall'inizio di questa esperienza mi sono trovato ad affrontare un'esperienza surreale, per l'emergenza coronavirus. Tutto è partito con due giorni di mutazione dove tutti i pazienti negativi sono stati trasferiti dall'unità operativa, per permettere l'apertura di un reparto per pazienti COVID di ogni fascia d'età.

Il SARS-COV 2 era nuovo per noi infermieri, per i medici e per gli operatori di supporto, nessuno lo conosceva ma eravamo costretti a saperne di più informandoci per attuare la vestizione e per intraprendere un'assistenza degna di nome.

La prima paziente arrivava dall'ASST di Bergamo, che ormai era al completo. Quel primo giorno è stato

particolare. Era la prima vestizione e in generale era tutto nuovo e ricco di incertezza e paura costante di contrarre questo virus.

Ovviamente, per effettuare tutto nella massima sicurezza, noi sanitari indossavamo per entrare a contatto con i malati, i

dispositivi di protezione individuale (DPI) completi, ovvero: tuta, mascherina, visiera, guanti e calzari. Fortunatamente e grazie alle strategie intraprese nella mia realtà non ci sono stati contagi importanti tra infermieri e medici, a dimostrazione che la sicurezza delle attività era stata un valore aggiunto alla professionalità. Purtroppo però, la mascherina e la vestizione completa aumentavano in modo esponenziale la fatica, ma in quel momento non era importante.

Inoltre, l'isolamento del reparto per i pazienti era un

isolamento anche per noi, solo un telefono ci collegava con l'esterno, e questo non ha di certo aiutato ad affrontare la situazione.

Il secondo giorno di apertura del reparto è stato soggetto ad un afflusso importante di persone da

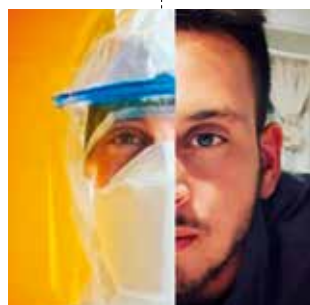
al termine delle terapie e alla negativizzazione dei tamponi. Ma ovviamente, abbiamo dovuto far fronte anche a situazioni più impegnative, con pazienti che si aggravavano e necessitavano di cure più intensive.

Pian piano avvicinandosi all'estate la temperatura aumentava e con il caldo la concentrazione andava sciamando, per non parlare della difficoltà a respirare e la difficoltà con quella vestizione persino a riconoscere il collega. I turni erano di dodici ore con una pausa centrale per garantire l'efficacia dei DPI e l'interruzione dell'attività lavorativa.

A fine turno i segni sul volto e la stanchezza erano sempre più presenti, ed il rientro a casa era quasi un miraggio.

Poi iniziarono ad arrivare i primi referti negativi ai tamponi naso-faringei, fino alla dimissione dell'ultimo paziente. un'esperienza altamente formativa a livello professionale ed umano, che porterò nel mio bagaglio culturale, ma con troppe vittime tra pazienti e colleghi.

Ho sentito molte persone fare la guerra al complotto, dicendo "il COVID-19 non esiste!". Ma vi assicuro che esiste, è solo invisibile.



* Infermiere laureato presso l'Università degli Studi dell'Insubria. Ora studente del Master in Area Critica dell'Università Milano Bicocca. Infermiere presso l'Istituto Clinico "Villa Aprica" di Como. Da novembre presso l'U.O. di Pronto Soccorso dell'Ospedale Valduce.

A close-up portrait of a middle-aged man with dark hair, wearing a light blue shirt and a dark tie. He is resting his chin on his hand and looking directly at the camera with a slight smile. The background is blurred, showing what appears to be a balcony railing and some greenery.

Lettere alla Redazione

a cura degli infermieri dell'U.O. di Rianimazione
dell'Ospedale Valduce di Como

CIAO JAVIER

Oggi ci stringiamo dolorosamente in quell'abbraccio negato in questi mesi e che non ci ha permesso di accompagnare il nostro amico e collega Javier.

Javier era speciale. Può sembrare retorico dirlo ora, ma non è così.

Era speciale come poche persone sanno esserlo e quando hai la fortuna di percorrere un tratto di strada con loro non puoi più dimenticarle.

Era tenace e coraggioso, arrivava dal lontano Perù, con sacrificio e dedizione è diventato infermiere in Italia. Un percorso non facile, ma lui, come ci ha sempre dimostrato, le difficoltà e la vita le affrontava in silenzio, con un sorriso discreto dipinto sul viso che spesso si trasformava in una risata contagiosa e liberatoria.

Professionale e generoso, presenza costante e silenziosa, aveva assistito e condiviso le sofferenze di tante persone.

Le parole di Javier arrivavano al momento giusto, parole di incoraggiamento e sostegno, ironiche e di conforto. Tollerava comprendeva e non giudicava.

Javier era così e non è stato di meno durante i mesi più critici della pandemia, periodo in cui si è speso con generosità e professionalità nell'assistenza ai pazienti degenti in Terapia Intensiva. Proprio pochi giorni fa ci sono arrivate le parole di un ex paziente ora guarito: "Siete riusciti a farmi sentire meno solo e a risollevarmi l'umore, nonostante fossi letteralmente confinato dietro a quel vetro e impossibilitato a parlare, ringrazio Javier per il notevole conforto datomi durante la mia degenza in terapia intensiva, ...".

Javier porta con sé una parte della nostra vita e nei nostri cuori rimarrà una parte della sua, per sempre.

I TUOI COLLEGHI E AMICI

A NOVEMBRE PRIME ELEZIONI DELL'ORDINE



Sabato 28, Domenica 29 e Lunedì 30 novembre 2020

Il 2020 sarà l'anno della chiamata al voto per i 445.000 Infermieri e Infermieri Pediatrici che dovranno rinnovare le cariche presso i rispettivi Enti Ordinalistici.

Nell'ultimo trimestre dell'anno (presumibilmente nel mese di novembre) OPI Como andrà al voto.

In questo articolo verranno elencati i cambiamenti che sono stati introdotti rispetto agli anni precedenti.

Con l'entrata in vigore della legge n. 3 del 11 gennaio 2018 la normativa legata al rinnovo degli organi dell'Ente è totalmente cambiata.

Nasceranno le Commissioni d'Albo e saranno modificati radicalmente i Collegi dei Revisori dei Conti.

Come si svolgeranno le operazioni di voto:

Tutti gli iscritti all'Ordine alla data dell'indizione delle elezioni riceveranno via pec (ai professionisti non ancora dotati di pec in posta ordinaria) avviso di convocazione con le indicazioni delle date, orari e sede delle elezioni.

La votazione per l'elezione del Consiglio Direttivo, della Commissione d'Albo

nonché del Collegio dei Revisori è valida, in prima convocazione, quando abbiano votato almeno i due quinti degli iscritti o, in seconda convocazione, almeno un quinto degli iscritti. A partire dalla terza convocazione la votazione è valida qualunque sia il numero dei votanti.

Registro dei revisori legali e da tre membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi.

Di cosa si occupano il Consiglio Direttivo e la Commissione d'Albo?

Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine spettano le seguenti attribuzioni:

1. iscrivere i professionisti

5. interpersi, se richiesto, nelle controversie fra gli iscritti, o fra un iscritto e persona o ente a favore dei quali questi abbia prestato o preli la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di mancata conciliazione, dando il suo parere sulle controversie stesse;

6. provvedere all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine e proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti il bilancio preventivo e il conto consuntivo;

7. proporre all'approvazione dell'assemblea degli iscritti la tassa annuale, anche diversificata tenendo conto delle condizioni economiche e lavorative degli iscritti, necessaria a coprire le spese di gestione, nonché la tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari.

Alle Commissioni di Albo spettano le seguenti attribuzioni:

1. proporre al Consiglio direttivo l'iscrizione all'albo del professionista;
2. assumere, nel rispetto dell'integrità funzionale



Organi da eleggere per OPI Como:

n. 15 rappresentati per il Consiglio Direttivo

n. 9 rappresentanti per la Commissione di Albo Infermieri

n. 5 rappresentanti per la Commissione di Albo Infermieri Pediatrici

n. 2 rappresentanti per il Collegio Revisori dei Conti

n. 1 rappresentante supplente per il Collegio Revisori dei Conti

Una importante novità in merito ai Revisori dei Conti è che il relativo Collegio deve essere composto da un Presidente iscritto nel

all'Ordine nel rispettivo albo, compilare e tenere gli albi dell'Ordine e pubblicarli all'inizio di ogni anno;

2. vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine;

3. designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale;

4. promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, anche in riferimento alla formazione universitaria finalizzata all'accesso alla professione;

* Coordinatore Infermieristico DSM ASST Lariana – SPDC Ospedale Sant'Anna, CRM - Emergenza Territoriale Psichiatrica Como

dell'Ordine, la rappresentanza esponentiale della professione

3. adottare e dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari nei confronti di tutti gli iscritti all'albo e a tutte le altre disposizioni di Ordine disciplinare e sanzionatorio contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
4. esercitare le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie, come individuate dalla legge e dallo statuto;
5. dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione.

Per gli Ordini che comprendono un'unica professione le funzioni e i compiti della Commissione di albo spettano al Consiglio direttivo.

Durata del mandato:

La durata del mandato passa da tre a quattro anni

Quali sono le regole da rispettare?

Gli eletti non possono svolgere ruoli di rappresentanza sindacale; chi ha svolto incarichi apicali all'interno del Consiglio direttivo può essere rieletto nella stessa carica consecutivamente una sola volta.

Chi potrà essere eletto?

Saranno eleggibili tutti gli iscritti all'albo, compresi i consiglieri ed i componenti del Collegio dei Revisori uscenti, purché abbiano presentato candidatura singola o per lista.

Candidature

Le liste di candidati, nonché le singole candidature, alle cariche di componente del Consiglio direttivo dell'ordine, della Commissione di

albo e del Collegio dei Revisori dovranno essere sottoscritte dal candidato e da un numero di firme almeno pari all'Organo per il quale si candida.

Le liste dei candidati dovranno:

- essere complete di tutti gli organi da eleggere (tranne la Commissione di Albo Infermieri Pediatrici che potrà non essere eletta)
- essere sottoscritte da tutti i candidati e da un numero di firme almeno pari al numero dei componenti degli Organi da eleggere
- indicare un referente di lista



- rispettare equilibrio di genere ossia contenere una rappresentanza di entrambi i sessi nella misura minima di 1/3 dei componenti totali della lista

Per ogni candidatura e firma sostenitore dovrà essere allegata la copia di un documento di identità in corso di validità.

Le singole candidature e le liste potranno essere presentate entro 10 giorni prima della data della prima convocazione mediante posta elettronica certificata (como@cert.ordine-opi.it) o a mano presso la sede dell'ordine previo appuntamento.

L'Ordine darà riscontro, entro 5 giorni, circa l'accettazione della candidatura/lista.

Nella prima riunione del Consiglio direttivo, verificato il numero legale, come primo adempimento obbligatorio, i consiglieri eleggono in sequenza il presidente, il vice-presidente, il segretario e il tesoriere. La votazione avviene per scrutinio segreto o, all'unanimità, per acclamazione.

Operazioni di voto

Il voto potrà essere espresso con le seguenti modalità:

- indicando il nome della lista (in questo modo verrà indicata la preferenza per tutti i componenti della lista)

renza per tutti i componenti della lista)

- indicando singolarmente i nomi di tutti i componenti della lista
- indicando i nominativi appartenenti a liste e/o singole candidature

Il voto espresso verso iscritti non candidati sarà considerato non valido.

Sul sito dell'Ordine, il giorno successivo alla delibera di indizione delle elezioni, si provvederà a pubblicare uno spazio dedicato "Speciale Elezioni" con tutte le informazioni normative, fac-simile candidature singole e per lista, nonché i programmi elettorali ove richiesto dai candidati.

È importante sottolinea-

re che gli Ordini sono enti pubblici non economici a carattere associativo dotati di autonomia patrimoniale e finanziaria e finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti ed hanno due obiettivi prioritari:

1. perseguire l'interesse pubblico a tutela degli operatori sanitari e a difesa degli utenti;
2. gestire in maniera appropriata la responsabilità patrimoniale delle proprie scelte che, secondo i canoni della pubblica amministrazione, devono essere ispirati a criteri di efficienza, economicità, trasparenza e imparzialità.

Per tali ragioni i candidati devono possedere senso di responsabilità ed essere disponibili a impegnarsi con interesse e spirito di collaborazione.

Essere membro del Consiglio Direttivo significa portare avanti il compito con spirito di servizio alla professione, per il suo sviluppo e per la sua tutela.

Riferimenti normativi

I riferimenti normativi sono attualmente pubblicati sul sito dell'Ordine al seguente link: <https://opicomo.it/rinnovo-degli-ordini-degli-ordini-provinciali-e-della-fnopi/>

E sono i seguenti:

- legge 11 gennaio 2018 n.3
- Decreto Ministero della Salute Elezioni – 15/03/2018
- Regolamento Fnopi Elezioni
- Decreto Ministero della Salute Consiglio Direttivo – 11/06/2019
- Decreto Ministero della Salute Commissione Albo – 11/06/2019

OPI COMO

LA NUOVA SEDE È REALTÀ

L'evento

di Manuela Alunni e Massimo Franzin



Nata dall'esigenza di spazi nuovi, più fruibili dagli iscritti e dagli studenti, il consiglio direttivo in carica ha impiegato molte energie per il progetto "sede nuova". Dopo la fase progettuale, dopo i lavori di adeguamento e ristrutturazione, la ditta dei lavori ha consegnato le chiavi e dopo il trasloco siamo riusciti ad allestire quella che è per noi la nuova sede. Interamente pagata (non è stato acceso infatti nessun tipo di mutuo) è di proprietà dell'Ordine degli Infermieri di Como, un bene durevole per cui non dovrà più essere necessario impegnare nessuna spesa di

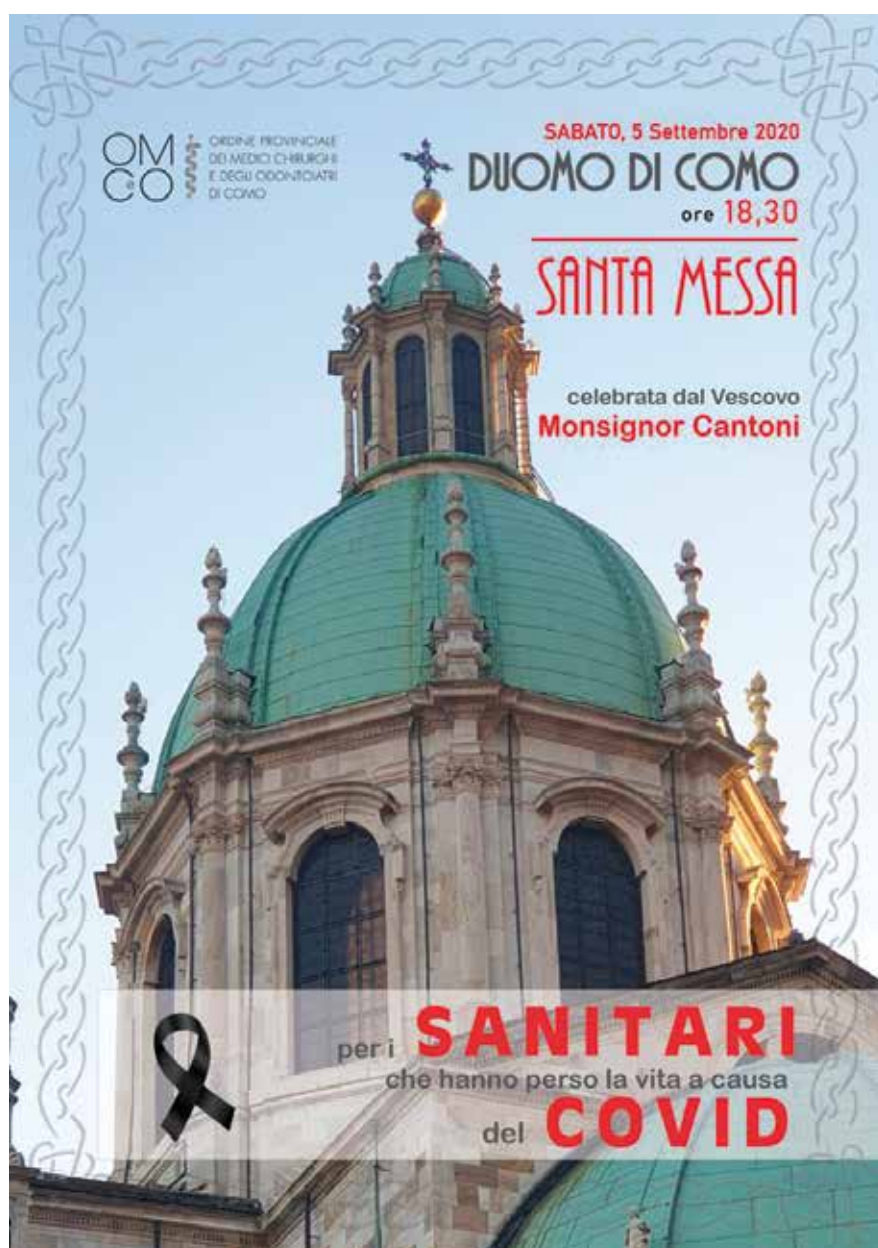
locazione con un considerevole risparmio per l'ordine e per gli iscritti. Risorse che potranno essere spese per formazione, servizi, consulenze ed interventi proprio destinati agli infermieri iscritti all'Ordine di Como. La sede è collocata all'Interno del Complesso denominato "Como Alta" in Via Oltrecolle a Como proprio di fronte al Supermercato Esselunga e nello stesso edificio dove trova spazio il Ristorante "Road House". Dotato di parcheggio al coperto ed esterno è facilmente raggiungibile dalla "SS342 Briantea" e dal centro di Como sia da Camerlata-Muggiò che da

San Martino. Gli spazi sono suddivisi in un'area a prevalente utilizzo segreteria, un'area delimitata per corsi/riunioni/consigli e un'area riservata al personale dove trova spazio tutta la parte documentale. Appena sarà possibile verrà attivata un'area biblioteca digitale per iscritti e studenti dove poter consultare tutte le piattaforme di banche dati scientifiche e pubblicazioni d'interesse. Si ricorda che per qualsiasi accesso alla segreteria è necessario prendere appuntamento inviando una mail a info@opicom.it oppure chiamando allo 031.300.218.

L'evento
a cura di Massimo Franzin

5 SETTEMBRE IN DUOMO

commemorazione medici e infermieri



L'OMCEO di Como ha organizzato una Messa di commemorazione per i colleghi defunti durante l'emergenza Nuovocoronavirus e di ringraziamento per tutti gli operatori che si sono prodigati per assistere, curare e soccorrere i malati di questa immane pandemia. "I comaschi non potranno dimenticare il vostro impegno e sacrificio", così il vescovo di Como, Oscar Cantoni, si è rivolto durante l'omelia di sabato 5 settembre scorso in Duomo ai camici bianchi che hanno preso parte alla cerimonia per medici, infermieri, farmacisti, veterinari, soccorritori volontari



e crocerossine che si sono spesi per gli altri durante i lunghi mesi del lockdown. “Un esempio – ricorda Dario Cremonesi, presidente dell’Ordine delle professioni infermieristiche di Como – del senso di abnegazione di un’intera categoria. Quanto accaduto ha dell’incredibile, ha avuto connotazioni di insostenibilità, paura e sfinito, ma mai di resa”. Al termine della S. Messa un intenso momento musicale eseguito dall’Orchestra da camera Franz Terraneo che ha condiviso con i sanitari il bisogno di ricordare,



ringraziare ed elaborare quanto vissuto i mesi passati. Sono stati eseguiti brani de “Le Quattro Stagioni di Antonio Vivaldi” e “l’Adagio” (Konzert für Oboe violine Streicher und General Bass BWV 1060) di Johann Sebastian Bach.





QUATTRO INFERMIERI COMASCHI DAL PAPA

La storia dei fratelli Mautone

La rianimazione covid

Mi chiamo Valerio Mautone, sono il secondo di quattro fratelli, tutti infermieri e lavoro al Sant'Anna di Como, questa pandemia ci ha portati dritti in Vaticano, vi racconterò la storia, e i fatti sono questi: era la fine di febbraio, dell'anno del covid, dopo i primi casi di Codogno, capiamo che la Cina non era poi così lontana, ad uno a uno i nostri reparti vengono chiusi, o trasformati in reparti covid, i miei fratelli erano già in prima linea, lavorando in sala operatoria di neurochirurgia, ero stato risparmiato dal fronte, la cosa non mi faceva sentire benissimo, volevo dare il mio contributo.

Non ho dovuto aspettare molto, ai primi di marzo le sale operatorie vengono bloccate a tempo indeterminato, si garantiva solo urgenza ed emergenza, capiamo subito che qualcosa di terribile stava accadendo, ma non più in Cina a 6000km, ma in casa nostra, si susseguono riunioni ed esercitazioni, vestizioni e svestizioni, i contagi aumentato in modo esponenziale, è un misto di panico,

incredulità e sgomento, i Dpcm del presidente Conte si susseguono, andiamo verso il lockdown generale, sembra essere dentro un film dell'orrore, era la mattina del 9 marzo si indice una riunione di emergenza, i dirigenti e i coordinatori chiedono 15 volontari da inviare nelle rianimazioni covid.

Eravamo impietriti, sapevamo cosa voleva dire andare in una rianimazione covid, la paura del contagio, la paura di infettare i propri cari, alcuni erano in lacrime, altri disorientati, ma nei giorni appena trascorsi avevamo visto i pazienti covid accedere alle rianimazioni, in isolamento, impauriti e soprattutto soli, non ho avuto dubbi, era lì che serviva aiuto, era lì che dovevo andare,

alla fine i volontari si sono fatti avanti, ed io con loro, il 10 e l'11 di marzo un retraining assfissante, il 12 eravamo pronti, si iniziava, i miei primi pazienti covid, spesso arrivavano svegli, una breve chiacchierata cercando di infondere coraggio, il rianimatore gli spiegava che la saturimetria non reggeva, e

che i polmoni erano in sofferenza, e che di lì a poco li avremmo dovuti intubare, un'ultima chiamata a casa, un saluto alla moglie, ai figli, ai nipoti, con la speranza di poterli rivedere.

Sono state giornate terribili, turni massacranti, le continue pronazioni, il sudore e le lacrime all'interno dello scafandro si mescolavano, segnandoti il viso e l'anima, ma si andava avanti giorno dopo giorno, turno dopo turno, senza mai tirarsi indietro.

In tv sentivamo i numeri, dei nuovi infetti, dei guariti

e dei decessi, ma c'era un dato che non veniva reso pubblico, i sopravvissuti, coloro che avevano sconfitto il virus, ma erano rimasti feriti nel corpo, e nell'a-

nimo, una scena rimarrà indelebile nella mia mente, un uomo, un padre, viene a conoscenza del fatto che i suoi figli non vedendolo da mesi, lo ritenevano morto, ed erano assistiti da uno psicologo, ci guarda e ci fa capire di voler fare una videochiamata, non ne ha le forze, ma vuole a tutti i costi

che i figli lo vedano, noi siamo con lui, lo mettiamo al centro del letto, copriamo la tracheostomia, ammiccava un sorriso, alza il pollice della mano destra, e i figli scoppiano a piangere, il loro papà è vivo, e sta combattendo per tornare lì da loro, quanta dignità in pochi piccoli gesti.

Pensavamo che dal punto di vista professionale sarebbe stata durissima, infatti lo era, ma non immaginavamo che l'aspetto emotivo e psicologico, sarebbe stato ancor più duro.

Il sogno, la fede, e la missione.

Parlando la sera con i miei fratelli, abbiamo cominciato a capire che eravamo testimoni di un dramma, di una piaga biblica, mio fratello Raffaele ci confida di aver sognato Madre Teresa di Calcutta, nel sogno eravamo tutti insieme in un reparto covid, e ci diceva, respirate e andate avanti, abbiate fede, il vostro lavoro è una missione.

Dalle parole del Papa, abbiamo capito che dio era con noi, che le persone erano con noi, per sostenerci e darci forza.

È infatti ci è arrivata solidarietà da ogni luogo, chiunque aveva qualcosa che potesse servire, lo ha



* Infermiere presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione dell'ASST Lariana

donato, abbiamo cominciato a credere che l'amore fosse più contagioso del virus.

Ed in noi quattro fratelli, è cominciato a nascere un sogno, una sorta di missione, quella di portare la testimonianza di questa immane tragedia davanti al santo padre, attraverso delle lettere che rappresentano le lacrime dei sanitari e dei pazienti sopravvissuti, e le nostre divise che rappresentano il nostro sudore, il tutto da donare al Santo Padre.

I mass-media

È cominciato tutto il primo aprile 2020, il quotidiano la provincia di Como, ci dedica tutta la prima pagina, i quattro fratelli infermieri uniti contro il covid, nato da un post su facebook che mio fratello Raffaele aveva postato, mettendo in evidenza che fossimo 4 fratelli, tutti infermieri, e tutti in prima linea contro il covid. Da lì in poi ci hanno contattato tantissime redazioni, e tante tv, siamo stati ospiti da La7 nella trasmissione Tagada, su Rai 2 da Magalli con Fatti vostri, in cui raccontavamo la nostra particolare storia, quattro fratelli infermieri, con il papà infermiere e relative mogli e mariti, la mamma sarta che cuce mascherine per i vicini, un messaggio di unità familiare che non è passato inosservato, ci nota la Famiglia Cristiana che ci chiede l'esclusiva della storia, siamo felici di dargliela,



l'articolo è stupendo, ricco di contenuti e foto, riusciamo anche a raccontare il nostro sogno di portare le lettere e le divise al papa.

Poi approdiamo su Rai 1, nella bellissima trasmissione a sua immagine, ci dedicano l'intera puntata, in cui abbiamo parlato di tutta la nostra storia, davvero molto commovente, riceviamo decine di chiamate di persone in lacrime. Il caporedattore ci chiama e dice, il papa vi ha visti, non credevamo alle nostre orecchie, su due piedi abbiamo deciso di scrivergli una lettera, indirizzandola alla Santa Sede, in cui raccontavamo tutta la storia, e il sogno di consegnargli le lettere e le divise, attraverso un pellegrinaggio sulla via Francigena, la scriviamo a quattro mani, io ed i miei fratelli, la imbuciamo con la speranza che qualcuno la legga, ma non sappiamo se arriverà mai a destinazione, ma il sogno ci dà la forza di non mollare, e di infondere fiducia e fede nei pazienti.

Fine dell'emergenza, la malattia e il vaticano

Nel frattempo i mesi in ria-covid passavano, e nonostante le brutture viste, i pazienti che sopravvive-

vano ti davano tanta forza, il cucciolo della ria-covid, Andrea Merlo un ragazzo di 24 anni si era salvato, dopo due settimane di intubazione era fuori pericolo, ci facciamo una promessa, quella di rivederci fuori per un aperitivo, appena i tempi lo avessero permesso. Sento che il peggio è passato, i pazienti cominciano a diminuire e le rianimazioni cominciano a svuotarsi, siamo tutti felici, è tempo di ritornare a casa, ognuno nei propri reparti di appartenenza. Sembra di aver vinto la guerra, e invece il destino beffardo mi aveva teso una trappola, un'ultima battaglia da vincere, il 15 maggio i primi sintomi, la paura, la negazione, ma i test confermano, si tratta di covid, vengo subito messo in quarantena restrittiva a casa, ed inizio tempestivamente la terapia con Idrossiclorichina, Azitromicina, e Clexane, la febbre, la



spossatezza, la nausea e i problemi gastrointestinali mi riducono uno straccio, avendo lavorato in ria, sapevo cosa mi attendeva se avessi contratto le forme severe della malattia, di notte facevo fatica a dormire, rivivevo i peggiori momenti della ria-covid, per

fortuna attraverso i social media, potevo trovare conforto e parole di sostegno anche nel cuore della notte. Vivere in isolamento restrittivo per 42 giorni nella propria casa, senza poter toccare o baciare tuo figlio, o tua moglie, sembrava una punizione che davvero non pensavo di meritare, le settimane passavano, e dalla tac i polmoni erano apposto, sospiro di sollievo, restavano spossatezza e problemi gastrointestinali, ma ormai ci convivevo da oltre un mese. Nel frattempo mi sentivo con Andrea il paziente di 24 anni, ormai ne aveva compiuti 25, ed era lui ora che mi dava forza, e mi ricordava della promessa fatta, che ci saremmo visti per un aperitivo.

Il 20 di giugno lo ricordo molto bene, ero bloccato a letto, avrei dovuto ripetere i tamponi il 24 e il 25, sperando di essermi negativizzato, ma l'isolamento ormai mi aveva logorato, ricevo una chiamata da un numero privato, rispondo e sento una voce che dice, sono Padre Leonardo Sapienza dalla Santa Sede, lei è Valerio, gli dico di sì e lui, allora quando pensate di venire a Roma, il papa vi aspetta, non credevo alle mie orecchie, il nostro sogno si stava realizzando, ma il covid si era messo di mezzo, gli dico della malattia, ma lui già sapeva e voleva sincersarsi delle mie condizioni, gli spiego che ero ancora positivo, nonostante la maggior parte dei sintomi erano passati, e mi fa una promessa, a settembre verrete dal Santo Padre, e io gli faccio un'altra promessa, verrò a Roma a piedi in pellegrinaggio.

La guarigione, l'attesa, ed il pellegrinaggio

Il 29 di giugno la tanto agognata libertà, doppio tampone negativo, e finalmente posso riabbracciare mia moglie e mio figlio, si ricomincia a vivere, riesco finalmente ad incontrare Andrea Merlo, beviamo un drink assieme e ripercorriamo i momenti bui della sua malattia, vuole essere spiegato cosa gli facevamo non avendo memoria di nulla, gli racconto tutto, e lui era davvero felice di aver riempito quei vuoti, mi faccio consegnare la sua lettera, foto di rito, e gli prometto che l'avrei data personalmente al papa.

Ma i giorni passavano e la telefonata non arrivava, ho pensato in Vaticano avranno altro a che pensare, si saranno dimenticati di noi, anche i miei fratelli erano molto scoraggiati, il nostro sogno sembrava svanire.

Poi una mattina di agosto, arriva una chiamata solito numero anonimo, rispondo ed era il Prefetto della Santa sede, mi dice Valerio non ci siamo dimenticati di voi, quando venite a Roma?

Gli dico, scusi Padre Leonardo ma la data la decidiamo noi? E lui, certo organizzatevi con il lavoro, dovete fare un pellegrinaggio, che è molto impegnativo, ditemi il giorno che arrivate, e fissiamo l'udienza.

A quel punto realizzo della promessa fatta del pellegrinaggio, avevo pochissimi



giorni, per comprare zaino, scarpe, le credenziali da far timbrare.

Sento i miei fratelli, e decidiamo per la prima settimana di settembre, purtroppo però loro non hanno ottenuto i giorni per fare il pellegrinaggio, sono combattuto, fare 120 km da solo sarà durissima, ma avevo fatto una promessa, e poi un evento successo pochi giorni prima mi aveva scosso, il 21 agosto il collega della rianimazione del

Valduce di Como, Javier Chunga, ammalatosi a maggio, aveva combattuto per tre lunghi mesi, ed alla fine era morto.

Avevo deciso che questo pellegrinaggio sarebbe stato in memoria di tutte quelle persone che il covid aveva portato via.

Chiamo in Vaticano e gli dico che sarei riuscito ad arrivare per il 3 o 4 di settembre, perfetto risponde Padre Leonardo, ci vediamo il 4 settembre ore 11.30

piazza San Pietro, colonnato di destra, porta di Bronzo.

Il pellegrinaggio

Parto domenica 30 Agosto arrivo in auto a Viterbo, parcheggio in stazione Viterbo porta romana, zaino in spalla e comincia l'avventura, ho una vecchia guida della via Francigena, sono 5 tappe da circa 25 km ciascuna, dovrei arrivare a Roma il 3 settembre, riabbracciare la mia famiglia e i miei fratelli che sono andati in treno, riposarmi e l'indomani incontrare il Papa.

È stata un viaggio incredibile, di giorno si camminava, quasi sempre in solitaria, la sera si dormiva nei monasteri, un viaggio introspettivo, nel quale ho avuto modo di riflettere, i primi giorni tanta pioggia, il secondo giorno 16 km da solo tra i boschi sotto una pioggia torrenziale, mi avevano quasi fatto demordere, ma poi è arrivato il sole e il morale è salito, ho fatto incontri interessanti, con persone eccezionali, uno scrittore Sardo, un chimico Tedesco, che mi hanno

poi è sparito. La frencigena è una strada di rara bellezza, peccato sia poco frequentata dai pellegrini. Le vesciche hanno rischiato di rovinare tutto, le medicavo la sera, la mattina le fasciavo, stringevo i denti ed andavo avanti.

Ho visitato borghi di rara bellezza, come la bella e accogliente Capranica, la bella e austera Sutri, Isola Farnese, ma l'emozione di salire su a Monte Mario e vedere di fronte la cupola di San Pietro, mi ha fatto dimenticare tutti i dolori, e tutte le fatiche.

Arrivato davanti alla Basilica di San Pietro, mi sono inginocchiato, ho baciato la terra, mi son fatto il segno della croce, e ho riabbracciato finalmente tutta la mia famiglia.

L'udienza privata dal Papa

La mattina del 4 settembre 2020, alle ore 11 siamo tutti pronti, in piazza San Pietro, con nostro stupore c'è il tg1 ad intervistarci, facciamo un'intervista, e subito proseguiamo, con noi abbiamo una bolla papale recanti nostri nomi, e l'indicazione di un portone di bronzo nel colonnato di destra, ma la fila è la stessa per andare nella basilica di San Pietro,

eravamo in ritardo e c'erano un centinaio di turisti in fila, chiediamo ad un poliziotto, e scopriamo che dal portone di bronzo entrano sole le autorità, mostriamo la nostra lettera, e

gli agenti con molto garbo ci scortano fino alla porta, ci dicono di qui in poi non è più nostra giurisdizione, dovete parlare con le guar-



die svizzere, guardiamo su e vediamo due alabardieri Svizzeri che sbarrano il passaggio, timidamente

chelangiolesca, una scala di rara bellezza, che ci conduce ad un'altra scala monumentale la scala pio IX,



saliamo lo scalone monumentale, e consegniamo l'invito papale, ci dicono di attendere un attimo, dopo pochi minuti arriva il capo delle guardie svizzere, ci invita ad entrare ed aspettare un attimo, arrivano i Sediari che si occupano del cerimoniere, e consegniamo loro le lettere e le divise, poi arriva Padre Leonardo Sapienza reggente della Prefettura della santa sede, ci salutiamo, gli racconto brevemente il pellegrinaggio, sorride vedendomi camminare a fatica e dice, i giovani di oggi non camminano più, sorride ancora di più quando mio padre gli dice che ho incontrato un lupo, lui mi guarda e sorride, guardando mio padre dice, come San francesco, così cominciamo il cammino di avvicinamento al Papa, di fronte a noi c'è la scala regia, che porta alla cappella sistina, ma i sedari ci fanno cenno di seguirli sulla scala Mi-

di li abbiamo avuto accesso al cortile San Damaso, proseguiamo su per le Logge Vaticane, la loggia di Raffaello è da togliere il fiato, la sala Clementina, la sala del trono, la sala del Concistoro dove papa Benedetto XVI fece il discorso di abdicazione a fa-



vo re di Papa Francesco, in ogni sala ci facevano accomodare e aspettare, questo cerimoniale serve a stupire gli ospiti illustri, a noi in realtà per stupirci era bastato il portone di bronzo. Giungiamo nella sala degli ambasciatori, siamo nell'appartamento privato del papa, Padre Leonardo ci guarda e dice, vi riceverà nella sua biblioteca priva-



ta dove ha ricevuto Trump, Obama, Putin siamo senza parole, neanche il tempo di realizzare e suona un campanello, esce il Prefetto, il tedesco Georg Ganswein e dice, il papa è pronto ad accogliervi. Entriamo e lui era lì ad aspettarci con un gran sorriso, le nostre lettere e le nostre divise erano già adagate sulla sua scrivania, ci avviciniamo, gli raccontiamo che le divise rappresentano il sudore dei sanitari, la fatica e l'impegno, e le lettere sono le lacrime versate, e le speranze dei sopravvissuti al dramma, guarda la divisa, tocca le lettere e dice, in ogni lettera sento un cuore che batte, le leggerò una ad una, lo ringraziamo di averci ricevuto, ma lui ci ferma subito e dice, vi ho fatti venire qui, perchè sono io che devo ringraziare voi, non il contrario, le prime lacrime cominciano a solcare il viso. Ci sediamo e ognuno di noi racconta la propria esperienza, lui ci ascolta, ed è molto diretto va dritto al cuore, ci ha racconta delle preghiere contro la pandemia, l'angelus in solitario in piazza San Pietro deserta, facendoci capire che chi ha fede in Dio non è mai solo. Ha dimostrato

tutto il suo affetto verso i sanitari, dicendoci, Dio fatto uomo sarebbe un infermiere, voi curate le ferite una ad una, ascoltate le persone, vi prendete cura delle persone. Ci ha chiesto di pregare per lui, e ridendo ci dice a favore però, non contro, poi ci ha invitato ad alzarci, e fare una preghiera insieme a lui, un Avemaria con il Papa, sembrava un sogno ad occhi aperti, il tempo era bloccato, poi ci ha dato la sua benedizione, ci siamo abbracciati, e prima di andarcene ha voluto donare un presente a tutti noi, un rosario con le effigi papali accompagnato da un pensiero, che custodiremo per sempre. Una giorno ricco di lacrime, tanti ricordi, tante emozioni, una giornata storica per la mia famiglia, e per tutti gli infermieri.



La relazione terapeutica tra l'infermiere e la persona con disagio psichico



Modalità che migliorano gli outcomes assistenziali in un contesto ospedaliero

Abstract

La relazione interpersonale tra infermiere e paziente in ambito psichiatrico riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri. La formazione di una relazione terapeutica di qualità tra l'infermiere di salute mentale e la persona con disagio psichico non è un evento istintivo e richiede grande abilità e competenze specializzate per sviluppare e mantenere relazioni efficaci. Il lavoro quotidiano in un contesto ospedaliero, per acuti, richiede che gli infermieri abbiano la capacità di gestire esperienze continuamente nuove e imprevedibili e sempre attraverso cure di alta qualità. La letteratura discute vari aspetti del significato di relazione terapeutica dal punto di vista degli infermieri e dei pazienti nella pratica clinica del-

le unità psichiatriche. Lo scopo della seguente revisione della letteratura è quello di delineare come l'infermiere possa instaurare una relazione terapeutica utile a migliorare gli outcomes assistenziali nella persona assistita con disagio psichico. Per far ciò è stata condotta una ricerca di fonti su banche dati autorevoli, quali MedLine, CINAHL e PsycINFO, la cui ricerca ha portato alla selezione di 11 articoli in full text. I risultati riscontrati dagli studi identificano diverse modalità attuabili dall'infermiere nel contesto ospedaliero al fine di migliorare gli outcomes assistenziali. Questi comprendono approcci comportamentali con la persona assistita, profili relazionali secondo le necessità, le situazioni cliniche, la tipologia di popolazione e/o diagnosi, interventi organizzativi, implementazione di evidence, individuazione di fattori ostacolanti e costrutti basali dell'instaurazione della relazione terapeutica tra infermiere e paziente.

Sarebbero opportune ed auspicabili ulteriori ricerche su questo argomento e maggior consapevolezza da parte dell'infermiere nel considerare questi aspetti all'interno della pratica clinica.

ESTRATTO DELLA TESI



I disturbi mentali sono in continuo aumento. Di conseguenza vi è un forte impatto sulla salute e su aspetti sociali, umani ed economici. Pertanto, tali condizioni rappresentano una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In psichiatria, la capacità di comunicare è alterata nelle persone con disagi psichici e pertanto la Relazione Terapeutica (RT)

tra l'infermiere e il paziente risulta essere il cuore della pratica assistenziale e rappresenta uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri, per potersi avvicinare a questa condizione di sofferenza. La letteratura discute diversi aspetti del significato di relazione terapeutica talvolta definita come una relazione d'aiuto, una relazione di fiducia o alleanza terapeutica.

Gli obiettivi della RT sono molteplici, in particolare riguardano: aumentare l'efficacia di interventi infermieristici, facilitare soluzioni a problemi di natura assistenziale, migliorare l'aderenza terapeutica, aumentare la qualità di vita e permettere il raggiungimento degli outcomes assistenziali ottimali.

È doveroso chiarire che in letteratura non è emersa una definizione univoca e chiara del significato di outcome assistenziale. Ad ogni modo l'outcome assistenziale si intende un risultato, un esito di cura, definibile come un comportamento, una condizione o una percezione che sia misurabile da parte dell'infermiere. Deve essere focalizzato sulla persona assistita ma può essere

* Infermiere laureatosi presso Università degli Studi dell'Insubria. Ha iniziato subito a lavorare in cardiologia riabilitativa e in area medica. Attualmente presta servizio in area critica, in ps all'ospedale valduce di Como. Sin da studente è sempre stato attento e scrupoloso verso la relazione terapeutica

L'infermiere in ambito psichiatrico

esteso alla famiglia/comunità. In particolar modo gli outcomes assistenziali in ambito psichiatrico possono includere le conoscenze del paziente, i comportamenti/atteggiamenti, l'uso di risorse, la capacità di gestire la casa, il benessere, la qualità di vita, la capacità di svolgere attività di vita quotidiana, socializzare, mantenere e/o potenziare le capacità residue e l'aderenza alla terapia.

A fronte di quanto affermato la domanda di search che mi sono posto è la seguente: "Come l'infermiere può instaurare una relazione terapeutica utile a migliorare gli outcomes assistenziali nelle persone assistite con disagio psichico, in un contesto ospedaliero?"

Per poter rispondere alla mia domanda di search ho consultato banche dati internazionali e autorevoli come MedLine sulla piattaforma elettronica PubMed, CINAHL e PsycINFO, in quanto specifici per la disciplina infermieristica e con un cospicuo numero di materiale full text scaricabile. L'accesso è avvenuto mediante il portale d'ateneo, InsuBRE.

Le parole chiave utilizzate sono molteplici e si rimanda alla versione della tesi integrale. Le modalità di ricerca impiegate sono state effettuate in tutte le banche dati attraverso parole libere, su PubMed ho utilizzato anche Mesh e in CINAHL le Subject Headings. Gli operatori booleani adoperati per legare le parole chiave sono stati AND e OR.

La raccolta degli studi all'interno delle diverse banche dati è avvenuta

nel rispetto della coerenza con il quesito di ricerca, includendo criteri e limiti come l'età (adulti), il periodo di pubblicazione (ultimi 10 anni), lingua (inglese), formato (full text), contesto (ospedaliero), studi (di interesse infermieristico, approccio qualitativo, quantitativo e misto, revisioni della letteratura e studi pilota). Ho voluto escludere metanalisi, revisioni sistematiche della letteratura, letteratura grigia e opinioni d'esperti e studi duplicati. In questo modo ho reperito e analizzato un totale di 11 studi di cui 8 per ricerca diretta e 3 reperiti per references.

Come percorso metodologico è stato essenziale conoscere i punti di vista sia degli infermieri che dei pazienti nell'instaurare la RT di qualità, in quanto entrambe le prospettive possono influire sulla pratica clinica quotidiana. Questo ha permesso di venire a conoscenza già di aspetti positivi e negativi. Da questi ultimi ho approfondito ed analizzato le barriere, i limiti e i fattori ostacolanti la RT. Questo mi ha permesso di conoscere le lacune e le problematiche che influiscono nella costruzione della RT e inoltre mi ha permesso di avere un quadro globale, ben completo sull'argomento e mi ha permesso così di trovare modalità

che possono migliorare gli outcomes assistenziali, rispondendo al quesito posto in partenza.

Per quanto riguarda le prospettive ho incluso 5 fonti (2 review: Dziopa et al., 2009; Moreno – Poyato et al., 2016 e 3 studi qualitativi fenomenologici: Chambers et al., 2015; Stenhouse RC, 2011 e Hawamdeh et al., 2014).

Dagli studi emerge che il concetto di RT ha un significato fondamentale e mentalmente uguale per l'infermiere e il paziente nelle unità psichiatriche. Emergono costrutti e principi basali e cardini nell'instaurare la RT (es. basati su concetti di fiducia, empatia, ascolto attivo e comprensione, accessibilità...). emerge da parte degli infermieri il desiderio di aiutare promuovendo espressioni verbali dei propri assistiti, mentre da parte dei pazienti emerge il desiderio di essere aiutati e ricevere una determinata assistenza con attenzione all'aspetto umano.

Per quanto riguarda i limiti, le barriere e i fattori ostacolanti la RT ho selezionato 2 studi (Pazargadi et al. 2015, studio qualitativo fenomenologico e Thomson et al. 2012, ad approccio misto).

Da questi studi emergono diverse barriere ed ostacoli legati all'infermiere (es. inaccessibilità, caratteri-

stiche caratteriali, presa di potere/posizione), legati al paziente (mancanze di conoscenze, incapacità nella comunicazione) e legate all'organizzazione e all'ambiente lavorativo (sovraccarico di lavoro, carenza di personale, rapporto infermiere-paziente elevato, mancanza di spazi consoni, privati, privi di interferenze). Emerge anche il concetto di tempo terapeutico, che risulta troppo scarso in contesti come quello ospedaliero.

In risposta al quesito di ricerca posto inizialmente ho individuato 4 modalità che migliorano gli outcomes assistenziali in un contesto ospedaliero. Il primo è descritto nello studio ad approccio misto di Dziopa et al., 2009: gli autori vanno a descrivere diversi sviluppi di RT come modalità e propongono 3 profili relazionali da utilizzare secondo situazioni cliniche, popolazione di riferimento e patologia.

Il primo profilo definito Equal Partner prevede una relazione piuttosto paritaria, basata sulla dignità, il rispetto e la cooperazione reciproca. Gli autori consigliano questo approccio durante l'interazione con adolescenti. Il secondo profilo, definito Senior Partner, prevede una netta distinzione dei ruoli con lo scopo di preservare la dignità dell'assistito. Utile in un contesto forense e in ambito di neuropsichiatria infantile. Infine ultimo profilo è definito Protective Partner che invece si basa sul sostegno e supporto adottando stili di comunicazione più empatici e vicini all'assistito, adatto in persone adulte con dia-



L'infermiere in ambito psichiatrico

gnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

La seconda modalità è descritta all'interno dello studio di Bjorkdahl et al., 2010 andando a descrivere due approcci relazionali, quello definito "il bulldozer" e "il ballerino". Nel primo caso l'infermiere adotta un comportamento piuttosto rigido, autoritario e dove utilizza imposizioni e azioni di controllo sul paziente, al fine di mantenere sicurezza, ordine e rispetto di regole di reparto. L'altro approccio prevede l'adozione di un comportamento più accessibile, empatico, rispettoso e sensibile, al fine di mantenere vicinanza con la persona assistita, generando senso di sicurezza e fiducia e quindi garantendo cure centrate sulla persona.

Gli autori suggeriscono di utilizzare i 2 approcci in maniera congiunta e interscambiarli per aver netti miglioramenti sugli outcomes. Ulteriore sviluppo visto come modalità di miglioramento degli outcomes assistenziali è rappresentata dal "formulation team", descritto nello studio qualitativo fenomenologico di Berry (2017).



degenza psichiatrica, che sta crescendo di popolarità nel Regno Unito. Questo intervento coinvolge l'intera équipe multidisciplinare, permette di fornire cure personalizzate e centrate sulla persona attraverso il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia e fornisce opportunità di riflessione, sostegno emotivo e scambio di idee tra colleghi su difficoltà riscontrate nelle interazioni quotidiane con i pazienti.

Infine, lo studio quantitativo quasi sperimentale di Moreno-Poyato et al. (2018) descrive attraverso l'utilizzo di due scale di valutazione, la Working Alliance Inventory (WAI) per il livello di alleanza terapeutica e la Interpersonal Reactivity Index (IRI) per misurare la tendenza empatica attraverso l'intervento di fornire e implementare evidence (linee guida) su come stabilire RT di qualità.

I risultati riscontrati portano a un netto miglioramento sull'intera scala per quanto riguarda l'alleanza

terapeutica ($p=.010$) e in fattori più specifici come obiettivi ($p=.025$) e attività ($p=.004$). Allo stesso modo è risultato un netto miglioramento anche per la tendenza empatica sull'intera scala e nel fattore specifico denominato "fantasy", che corrisponde al senso di utilità dell'infermiere ($p=.002$).

Concludo dicendo che la RT deve essere considerata una risorsa preziosa in un contesto psichiatrico. È fondamentale utilizzare e modulare stili e approcci comunicativi differenti a seconda della popolazione, situazione clinica e contesto lavorativo, oltre ad aver caratteristiche proprie di ascolto attivo, comprensione, empatia e accessibilità.

Fondamentale agire sul settings ambientale e sui fattori ostacolanti, creando ambienti privati, intimi per entrare maggiormente in contatto con i propri assistiti. Ulteriore aspetto emergente è la necessità di fornire e garantire cure personalizzate e centrate sulla persona assistita. Dedicare tempo al paziente permette inoltre di aumentare la qualità di cura dei pazienti rispetto al recupero clinico, allo svi-

luppo di comportamenti a rischio e alla soddisfazione dell'utente. Ulteriori sviluppi sono sicuramente l'uso del formulation team (intervento organizzativo), al fine di migliorare la comunicazione e il lavoro d'équipe. Emerge infine l'importanza del costante aggiornamento attraverso le migliori evidence best practice.

Personalmente credo che la RT possa essere la chiave primaria per migliorare gli outcomes assistenziali in un ambito così delicato come quello psichiatrico. Sarebbe interessante che vengano condotti ulteriori studi in merito a tale argomento, implementando la metodologia quantitativa, producendo risultati più concreti e generalizzabili, data la numerosità di studi qualitativi presenti in letteratura.

È dunque auspicabile e mi auguro pertanto che questo lavoro possa essere preso in considerazione e che i professionisti sanitari interiorizzassero questi concetti preservando sempre la RT, come valore aggiuntivo e per fare la differenza.

Bibliografia

- Alsyouf W.S., Hamdan-Mansour A.M., Hamaideh S.H., Alnadi K.M. (2018) Nurses' and Patients' Perceptions of the Quality of Psychiatric Nursing Care in Jordan. *Research & Theory for Nursing Practice*, 32(2): 226-238.
- Barelli P., Spagnolli E. (2014) *Nursing di salute mentale*. Roma: Carocci Faber.

BIBLIOGRAFIA CONTINUA...



Esso consiste in un intervento a livello organizzativo all'interno dei reparti di



Convivere con l'ulcera cutanea

IL RUOLO DELL'INFERMIERE VULNOLOGO



La vulnologia è una disciplina che si occupa della prevenzione e della cura, a 360 gradi, delle lesioni cutanee acute e croniche.

Ferite ed ulcere, spesso non interessano solo la cute, ma anche il derma, i tessuti sottocutanei e nei casi più gravi possono coinvolgere il tessuto muscolare ed osseo.

Le persone affette da lesioni cutanee sono in continuo aumento e la stima nazionale è di circa 2 milioni; questo dato è da correlarsi all'invecchiamento della popolazione e alle sue comorbidità. Sicuramente le complicanze correlate all'allettamento, ovvero le lesioni da pressione, risultano essere le

principali ulcere, in termini d'incidenza, con un tasso pari al 19%. Ma quando parliamo di vulnologia, non dobbiamo pensare solo alle lesioni da pressione. La fisiopatologia e le condizioni cliniche che predispongono la genesi delle lesioni possono essere diverse, sia in ambito ospedaliero, sia



sul territorio. Pensiamo all'alterazione del circolo, causa principale di formazione di lesioni cutanee degli arti inferiori, ovvero ulcere flebostatiche (origine arteriosa, venosa, miste e linfatiche). Tra le più frequenti, inoltre, ritroviamo anche le *Moisture Associated Skin Damage* (MASD - danni alla cute associati all'umidità) o *Incontinence Associated Dermatitis* (IAD - danni alla cute associati all'incontinenza urinaria

e/o fecale), le ulcere del piede diabetico, le infezioni del sito chirurgico, conosciute come *Surgical Site Infection* (SSI), le complicanze stomali, le Skin tears (lesioni da "strappo") e le ustioni.

Tra le condizioni cliniche che possono riguardare il wound care, vi sono, inoltre, ulcere definite "atipiche", con un tasso d'incidenza inferiore rispetto alle precedenti, ma con un importante onere socio-sanitario. Queste lesioni comprendono quelle reumatologiche, per le quali è essenziale riconoscere il contributo che la disfunzione immunitaria gioca nella

guarigione della ferita, tra queste ricordiamo le ulcere sclerodermiche, le vasculiti, il pioderma gangrenoso ed il Lupus Eritematoso Sistemico (LES), le *malignant fungating wounds*, ovvero le lesioni neoplastiche, la calcifilassi, l'idrosadenite suppurativa e ulcere cutanee in corso di patologie infettive.

Infine, un contesto particolare del wound care, è rappresentato sia da quello neonatale/pediatrico sia



* Infermiera presso l'ASST Lariana - Dipartimento di chirurgia. Master di I livello Infermiere specialista in Vulnologia. Membro GOIP Vulnologico ASST Lariana. Consulente aziendale Vulnologia ASST Lariana.

da quello del fine vita. Nel primo contesto, le ulcere oltre ad avere impatto negativo per la salute, comportano un coinvolgimento psicoemotivo. Lo sviluppo di queste complicanze è da riferirsi alla necessità di intensità

delle cure, a cui si associa l'utilizzo o la presenza di devices, e all'elevato numero di minori con disabilità, come la spina bifida. Nel secondo

contesto, invece, si modifica drasticamente l'obiettivo di cura, che non risulta più essere il trattamento e la guarigione, ma la palliazione, ovvero la limitazione dell'in-

sorgenza delle complicanze legate alla presenza di lesioni, il miglioramento del comfort e la gestione del dolore, attraverso la cooperazione multidisciplinare. È vero però che nonostante il progresso sanitario negli ultimi anni, inteso come comprensione dei processi biologici favorevoli la riparazione tissutale e la disponibilità di dispositivi e medicazioni avanzate in commercio, spesso il professionista sanitario si trova davanti a situazioni in cui non si riesce ad intravedere un

esito positivo. Il percorso della persona con ulcera è principalmente caratterizzato da disagio, imbar-

azzo, paura della presa in carico tardiva, dalla continua ricerca dello specialista "giusto"; spesso, ignari anche dell'esistenza di ambulatori specialistici, vivono situazioni di ansia

e stress che influiscono negativamente sullo stato immunologico, esponendo la persona stessa ad ulteriori complicanze.

Pertanto, si può comprendere come le persone portatrici di ferita o ulcera "non healing", ossia che non mostrano alcun segno di guarigione, convivano con essa in una sorta di impotenza, isolamento e rassegnazione. Molteplici sono infatti le dichiarazioni rilasciate dalle persone,

come "nessuno mi ha mai detto dell'esistenza di un ambulatorio specialistico", "convivo con l'odore pun-

gente", "come faccio ad uscire di casa", "devo per forza indossare queste scarpe?", "sono anni che vado avanti così", "non se la sono sentita di curarmi in quel posto", "guardi ho provato di tutto, ma nulla ha funzionato". Sono persone che vivono nell'incertezza della cura, dell'efficacia del trattamento e della guarigione. È importante sottolineare, quindi, come lo status

"convivere con l'ulcera", sia non solo causa di sofferenze fisiche e dolore, ma anche psichiche, di perdita dell'autonomia funzionale e purtroppo a volte di disagio sociale.

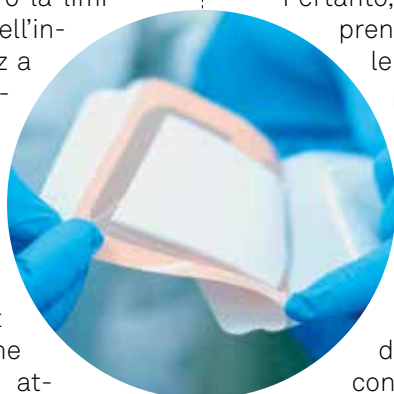
Si evince, dunque, l'importanza di individuare strutture sanitarie di riferimento, di una rete sanitaria, ospedaliera e territoriale, competente ove opera personale qualificato, con cui instaurare un rapporto di fiducia reciproca, e di personalizzazione dell'assistenza, per la cura delle ferite ed ulcere cutanee, con la speranza di trovare, un giorno, un trattamento efficace, e perché no, la guarigione, perché avere la stessa persona che cura, rassicura. In merito a questo, in ASST Lariana, ove sono già presenti l'ambulatorio vulnologico e il GOIP Vulno-

logico (Gruppo Operativo Interdipartimentale Permanente), da qualche anno è stato istituito il servizio

di consulenza vulnologica infermieristica per UU.OO facenti parte dell'Azienda. Consulenze, che si fondano su un percorso formalizzato e tracciabile, in quanto è previsto il referto digitale, redatto da infermieri specialisti in *wound care* o esperti nella cura delle ulcere.

Come promotrice di quest'iniziativa, la mission di questo progetto è la valutazione olistica di

pazienti portatori di ferite difficili e/o ulcere "non healing" a diversa eziologia, con conseguente impostazione di trattamento e prevenzione delle complicanze. Inoltre, obiettivi secondari, ma non per importanza, sono la promozione dell'adeguato utilizzo di presidi sanitari, medicazioni avanzate e la formazione del personale. L'agire dello specialista in *wound care*, responsabile e competente, si tramuta nella pratica in "risultato di salute" ossia in un processo orientato alla risoluzione dei problemi, in quanto proprietario e fornitore di conoscenza. Non solo, nel contesto precedentemente descritto, lo stesso svolge un ruolo centrale nel processo di potenziamento alla "resilienza", sostenendo la persona nella dura battaglia di accettazione e riorganizzazione della vita con la malattia, modificando inevitabilmente i propri stili di vita, e cercando di individuare gli obiettivi raggiungibili, le capacità residue e le risorse disponibili. Si deve tentare di recuperare, e nel farlo, ci si guadagna (A. Bellingeri, 2020).



La mia esperienza in un reparto Covid19



Mi chiamo Crimaldi Luca e sono un Infermiere. Sono nato il 05/07/1995 e nel Novembre del 2018 mi sono laureato. Ho lavorato per 14 mesi presso l'Ospedale Sant'Anna di Como in Sala Operatoria, dopodiché ho iniziato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sacco di Milano, in concomitanza all'emergenza sanitaria COVID-19. Ho sempre osservato, sin da studente, con uno sguardo "critico" la realtà sanitaria che mi circonda e mi sono domandato se il nostro sistema di Welfare State (riconducibile al nostro sistema sanitario) fosse oggi in linea con il cambiamento delle persone che vivono nel nostro Paese.

Stiamo attraversando una pandemia storica che ha messo a dura prova la tenuta del Sistema Sanitario Nazionale. Ho analizzato il numero dei decessi per COVID-19 e le patologie preesistenti nei deceduti secondi i dati di EpiCentro: il 59,6% era

affetto da 3 o più patologie; il 21,5% da 2; il 14,7% da 1. Tra queste patologie si

tre; patologie PREVENIBILI. Mi chiedo quindi se non si possa restaurare il no-



annoverano l'ipertensione Arteriosa, Diabete Mellito di tipo II,

stro concetto di salute e di azione, giocando d'anticipo sull'insorgenza di alcune patologie CRONICO-DEGENERATIVE.

Ogni periodo storico ha la propria idea di salute e malattia, di cura e significato della cura; oggi forse le nostre strutture si occupano di sanità, ma non di salute; con il conseguente rischio di escludere le CRONICITÀ a favore delle acuzie. Eppure secondo i dati demografici le prime 5 cause di morte nel nostro meraviglioso Paese sono malattie ad andamento cronico-degenerativo e più dell'80% delle malattie affrontate dal Sistema Sanitario sono patologie per



Cardiopatia ischemica, Ictus, Scompenso Cardiaco, Obesità e al-

* Infermiere laureato presso l'università degli studi dell'Insubria di Como. Dopo una breve esperienza in sala operatoria in ASST Iariana, ha lavorato presso il Pronto Soccorso COVID-19 dell'ospedale Sacco di Milano. Da settembre lavora presso la Terapia Intensiva dell'ospedale Sant'Anna di Como

le quali non si arriva alla guarigione ma alla ricerca di un nuovo equilibrio di convivenza.

Criticità, non autosufficienza e fragilità sono termini che la nostra realtà va proponendo e verso i quali i Sistemi Sanitari debbono trovare risposte interpretative ed innovative. Mi domando quindi se non sia possibile rinnovare la sanità come intesa oggi e investire maggiormente verso una CULTURA sanitaria di ogni singolo cittadino.

ciarlo tramite idee riformatorie, mi



chiedo perché non puntare su modelli sanitari organizzativi attuali: le "regole del gioco" sono cambiate mentre le realtà ope-

Mi sono concentrato sulle malattie Cardiovascolari perché rappresentano la prima causa di morte in Italia e nel mondo, nonché per il nostro Paese la prima causa di ricovero ospedaliero, assorbendo una quota considerevole della spesa pubblica con il rischio di compromettere nel breve periodo la sostenibilità e le capacità socio-economiche del Sistema Sanitario (in realtà il concetto può essere esteso a più patologie).

Il

Obiettivi non raggiungibili nell'immediato, ma con benefici nettamente migliori per un popolo come il nostro nel medio-lungo periodo.

Il cambiamento genera inevitabilmente conflitto, ma a volte bisogna rischiare. Se abbiamo una casa ordinata, la possiamo facilmente mettere in disordine, basta che non ce ne curiamo per un po' di tempo, allo stesso modo se non ci curiamo (preferisco leggerlo con l'accezione di prevenzione, quindi se non preveniamo) sarà il caos più assoluto, e non solo per



Vivere significa cambiare e il cambiamento trova il suo bilanciamento nell'instabile equilibrio tra bisogno e risposta. E ai bisogni delle persone modelli organizzativi innovativi possono far fronte. In un momento storico come questo, in cui si parla di "Modernizzare il Paese", rinnovarlo, rilan-

native stanno continuando ad utilizzare il manuale del gioco di 20 anni fa.

Mi sono laureato discutendo la tesi di Laurea dal titolo: "Quali modelli innovativi di assistenza infermieristica territoriale intercettano i comportamenti a rischio per le malattie cardiovascolari?"

Piano Nazionale della Prevenzione ha delineato obiettivi concreti e chiari: è tempo di agire perché c'è l'esigenza di creare nuovi modelli di cura per la gestione delle malattie croniche.

Integrare quindi comunità (intesa come territorio) e ospedale attraverso una economia circolare con al centro la salute e la prevenzione del singolo.

la salute dei cittadini: servirà poi uno sforzo immane per tentare di rimettere ordine. Sforzo compiuto da più soggetti con dispendio di risorse incalcolabili.

"Un politico guarda alle prossime elezioni. Uno statista guarda alla prossima generazione". Io in qualità di giovane professionista guardo (e sogno) il benessere comune presente e futuro.



INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Parte il Gruppo degli Infermieri Esperti Opi Como

L'infermiere di famiglia e comunità è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica, promuove salute e prevenzione.

Risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

Insieme ad altre figure professionali, l'Infermiera di famiglia forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. L'Infermiere di famiglia veste anche ruoli complementari come il *Care Manager* per dare forte sviluppo alla rete sociosanitaria, con la possibilità di agire in differenti ambiti: dall'ambulatorio al domicilio, con funzioni multiprofessionali in raccordo diretto con il medico di medicina generale condividendo il più possibile lo stesso nucleo di assistiti fragili, cronici e disabili.

Tutto questo si porta dietro anche modalità di assistenza come la telemedicina, la teleassistenza, il tele-nursing: tutto ciò non è il futurotrattasi di presente..... ed è questa la **vera innovazione**, è la capacità di guardare attraverso punti di vista diversi i **bisogni** dei nostri cittadini...

In questo modo il Paziente diventa il vero **protagonista** del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di se stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze che l'Infermiere di famiglia e i diversi professionisti gli offrono diventa **"attore"** di se stesso.



QUALI COMPETENZE E REQUISITI

Mi chiamo Raffaella, sono infermiera e da un anno ho conseguito un Master in Competenze Manageriali Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Quando mi iscrissi al corso, avevo già chiare le idee di quale potesse essere il profilo di questa figura poi però mi sono dovuta ricredere e sia durante la frequentazione che subito dopo, non nego di aver avuto pensieri del tipo:

“riuscirò mai in questa Nazione a concretizzare quanto appreso?”

“riuscirò mai a garantire una continuità assistenziale da manuale?”

Anche adesso non ho le risposte, ma oggi più di ieri mi sento motivata a perseguire un sogno perché sento, che insieme, c'è voglia di fare.

Quando dico insieme parlo di un plurale che non ho ancora descritto.

Era il 23 giugno 2020 e sul mio cellulare, precisamente su Whattapp, compare un altro gruppo, un gruppo da una icona rossa e bianca con un logo rosso, un cuore, un simbolo bianco, una croce e una scritta nera, NURSE. Questa icona per me si può sintetizzare così: “Infermieri che prestano cure con tutto il cuore”.

E se è vero che nulla viene per caso ho pensato che fosse il momento di dare il

mio contributo e male che possa andare resterà una bella esperienza condivisa con dei professionisti che hanno in comune lo stesso obiettivo ed è per questo che mi sento parte di un gruppo lavoro.

Lunedì u.s. abbiamo avuto la nostra 1 riunione che, nel rispetto delle regole anti Covid, si è tenuta in modalità streaming.

Dal gruppo è emerso l'interesse di approfondire il tema di Infermiere specializzato e nel nostro caso è rivolto a dare una forma ed una vita all'infermiere di famiglia.

L'Infermiere di famiglia e di comunità è il professionista in possesso di specifico titolo di master universitario di primo livello, competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità; considera la salute un diritto fondamentale dell'uomo e un processo dinamico bio-psico-sociale e spirituale. Sostiene il concetto di “migliore salute possibile” rispetto alle condizioni della persona e ai desideri individuali. L'Infermieristica di famiglia e di comunità facilita il passaggio dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina d'iniziativa orientando la

persona all'empowerment. L'empowerment è un processo di accrescimento delle competenze necessarie, affinché i cittadini siano attivamente coinvolti come singoli, come organizzazione e come comunità nelle decisioni che riguardano la propria salute e la pianificazione, gestione e valutazione dei servizi per la salute, si andrà quindi a sviluppare, a potenziare quelle che sono le loro già presenti attitudini/risorse.

L'intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità si potrà concretizzare attraverso interventi di tipo:

- **individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti sulla persona o famiglia
- **di gruppo** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità acquisisce, attraverso la formazione universitaria post base, competenze avanzate per:

- la valutazione dei bisogni di salute della comunità;
- la promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;

* Infermiera ASST Lariana - Presidio di Cantù - Master in Competenze Manageriali Infermiere di Famiglia e di Comunità

- la presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;
- la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- la valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- la definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;
- la valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- la definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

Tali competenze avanzate consentono a livello individuale e familiare:

- Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti sociali della salute che incidono sul contesto individuale e familiare.
- Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e

- individuazione delle eventuali soluzioni migliorative.
- Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone.
- Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'in-



dividuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.

- Coinvolgimento attivo degli individui e della famiglia nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.

- Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- Facilitazione delle dimissioni precoci.
- Valutazione del bisogno di presidi sanitari e, qualora possibile, prescrizione diretta o attra-

verso il medico prescrittore.

- Monitoraggio del grado di stabilità clinica e valutazione delle alterazioni delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i MMG, i PLS e con gli altri professionisti coinvolti.
- Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Me-

dico di MMG o al PLS.

- Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- Adozione di eventuali strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio.

A livello di gruppo:

- Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.
- Applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management.
- Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto.

Come professionista sanitario sono pronta ad apportare il mio contributo, grata di far parte del gruppo "FNOPI" (... servirebbe un nome per identificarlo), dove ognuno con la propria esperienza potrà essere di arricchimento per l'altro ed insieme, per la valenza del gruppo stesso, "il tutto è più della somma delle singole parti" (cit.).



LA NUOVA LEGGE CONTRO LA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Utile riforma
normativa
o specchietto
per le
allodole?



In Italia si verificano mediamente tre aggressioni al giorno a danno degli operatori della salute. Se-

Riepilogo votazione					
Scheda 2248 - 30/06/2020 - Sessione 11					
Titolo: NORMALE					
Scheda: 2248					
Risultati					
Votante	Presenti	Votanti	Favorevoli	Contrari	Astenuti
Emilio		1	1		
Tribune		1	1		
TOTALE AULA	247	246	196	50	0
IL SENATO APPROVA					

condo un'indagine INAIL nel 2108 le violenze denunciate sono state circa 1.200 e hanno interessato

principalmente personale di sesso femminile durante il turno lavorativo serale / notturno.

Il fenomeno è in preoccupante aumento e deve essere considerato un vero e proprio "evento sentinella" che necessita monitoraggio scrupoloso, studio e capillare attività di prevenzione.

Già nel novembre 2007 il Ministero della salute a tal proposito aveva emanato la raccomandazione n° 8¹ finalizzata all'adozione da parte dei datori di lavoro,

di opportune misure di prevenzione e protezione nei confronti dei lavoratori. Subire un'aggressione di qualsiasi natura sul posto di lavoro significa interrompere un pubblico servizio, recare un danno al lavoratore, all'organizzazione e anche all'intera comunità².

L'articolo n. 2087 del Codice Civile obbliga il datore di lavoro a tener conto di tutti i rischi, non solo di quelli connessi alla prestazione lavorativa in senso stretto, ma anche di quelli derivanti da cause esogene, o

* Infermiera legale forense esperta in Management Sanitario, Gestione dei processi infermieristici nel soccorso sanitario in urgenza/emergenza e Criminologia Investigativa Opi Como.

¹ Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=721

² Krug, Misericordia, Dahlberg e Zwi, 2002

almeno in tutti i casi in cui siano prevedibili.

Il 5 agosto u.s. è stata approvata all'unanimità dal Senato, il DDL n. S 8767 relativo alle "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le

professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

L'iniziativa legislativa fu del Ministro della Salute pro-tempore Giulia Grillo che decise di creare uno strumento utile a salvaguardare gli operatori sanitari dall'insicurezza e pericolo in cui si trovavano quotidianamente ad operare.

L'esposizione della crisi legata al COVID-19 ha evidenziato ulteriormente la necessità di maggior tutela del personale sanitario e socio sanitario ed ha, a mio avviso, accelerato l'iter legislativo.

Per poterci fare una idea sul contenuto e la reale spendibilità della nuova Legge è sicuramente necessario analizzarla a fondo.

Essa si propone essenzialmente di:

1. modificare al codice penale
2. introdurre misure di protezione e prevenzione anche con videosorveglianza e presidi di sicurezza nei luoghi di lavoro
3. prevedere piani di sicu-

rezza tramite protocolli operativi condivisi an-



che con le forze di polizia

4. istituire la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari.

L'ambito di applicazio-

quali si erano sottese le regioni dell'iniziativa legisla-

tiva: la categoria degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie è un gran calderone di figure professionali e non solo, infatti possiamo trovare ad esempio il medico, l'infermiere, il farmacista, il veterinario, lo psicologo o l'educatore, ma anche il chimico, il biologo o il sociologo, che di norma non hanno contatto diretto con l'utenza. La ratio posta a fondamento della norma era quello di avere

familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol droga".

Utile, a mio avviso invece, aver ulteriormente esteso la sfera di applicazione a "chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni". Tale rinvio fa rientrare fra le categorie tutelate dalla norma anche, ad esempio i soccorritori volontari e non operati nel primo soccorso sia sanitario che tecnico (soccorso alpino, portanti, ...).

Nell'articolo 2 vengono rese obbligatorie le misure a carattere preventivo, organizzativo e formativo nell'ottica di rafforzare le misure di controllo e contenimento degli episodi di violenza nei confronti di operatori sanitari e socio sanitari.

Si dispone l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie³. Tale organo⁴ avrà il compito di:

- monitorare a livello nazionale la diffusione del fenomeno delle aggressioni
- analizzare e monitorare gli eventi sentinella
- promuovere e monitorare l'adozione di misure di prevenzione e protezione in materia di sicurezza del lavoro (ex L81/08) con l'utilizzo di



ne della Legge è definito all'interno dell'articolo n.1 e rimanda ad alcuni articoli (4-5-6-7-9) della L.3/2018. La sua estrema ampiezza sembra essere andata ben oltre al proprio parametro di riferimento rispetto alle

un "rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura fra il paziente e il sanitario durante l'erogazione della prestazione sanitaria e che vede spesso coinvolti soggetti, quali il paziente stesso o i

³ La sua istituzione dovrà avvenire entro tre mesi tramite un Decreto del Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero dell'Interno e con quello dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

⁴ Composto da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, del Ministero dell'Interno, della Difesa, della Giustizia, del Lavoro delle politiche sociali, dell'Agenas, degli ordini professionali, di organizzazioni del settore, associazioni dei pazienti e dell'INAIL. A queste persone NON verrà riconosciuto alcuna forma di indennizzo né rimborso spese.



strumento di video-sorveglianza, la diffusione di buona pratica in materia sanitaria socio sanitaria e gestione delle situazioni di conflitto tramite una comunicazione efficace con l'utenza.

Viene, inoltre, prevista la collaborazione di tale organo con l'Osservatorio Nazionale della Buone Pratiche sulla sicurezza nella sanità al fine di trasmettere ad Agenas⁵ i dati relativi agli episodi di violenza registrati su tutto il territorio nazionale.

L'articolo n. 3 tratta della promozione di iniziative di informazione sull'importanza ed il rispetto del lavoro del personale esercente una professione d'aiuto.

L'articolo n.4 aggiunge un ulteriore comma all'articolo n.583 del Codice Penale con cui si dispone l'innalzamento delle pene (reclusione da 4 a 10 anni per lesioni gravi e da 8 a 16 anni per lesioni gravissime) per coloro che cagionano lesioni gravi o gravissime a "personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio".

Con l'utilizzo dell'espressione "a causa delle funzioni o del servizio" sembra che si voglia inglobare alle aggressioni avvenute du-

ra n t e

l'orario lavorativo, anche quelle in cui la vittima viene offesa in un contesto ambientale e temporale diverso da quello lavorativo, ma con un movente riconducibile ad esso.

Nello specifico, si vuole porre l'accento sulla natura causale/funzionale fra qualifica soggettiva e l'azione lesiva, il rischio potenziale è quello per cui l'aggravante non potrà trovare applicazione per il sol fatto che la condotta sia perpetrata in danno di un professionista sanitario o socio sanitario, bensì occorrerà dimostrare che tale azione sia in qualche modo connessa con le funzioni dal medesimo, esercitate in un momento antecedente all'aggressione.

Questo elemento potrebbe costituire un elemento di

complicazione poiché espone il giudicante ad interpretazione soggettiva della norma: egli potrebbe, infatti, classificare la medesima alla stregua di un reato autonomo o come una circostanza aggravante, con le ovvie conseguenze sul calcolo della pena.

L'articolo n. 5 dispone l'introduzione di una nuova circostanza aggravante comune al n.11-octies dell'articolo n.61 del Codice Penale, con il quale viene previsto un aggravio della pena nel caso in cui il soggetto agente abbia agito "nei delitti commes-



si con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie nonché svolga attività ausiliarie, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali attività". Ciò a riprendere per affinità il concetto espresso nel comma precedente in cui si parla di fatti commessi "contro un pubblico ufficiale o persona incaricata di pubblico servizio [...] nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio".

La Giurisprudenza, da tempo, aveva già ammesso l'estensibilità di tale concetto aggravante anche al personale medico, infermieristico ed ausiliario delle strutture ospedaliere e territoriali del SSN, riconoscendone la qualifica di pubblici ufficiali⁶ o comunque di incaricati di pubblico servizio. Analoga qualifica è stata riconosciuta anche ai medici convenzionati⁷, agli infermieri ed operatori tecnici⁸ e persino agli operatori obitoriali⁹.

Visto quanto appena detto, possiamo dichiarare che la novità riguarda l'ampliamento dei casi ai soggetti operanti nei servizi privati.

L'articolo n. 6 si occupa del regime di procedibilità, disponendola d'ufficio per i reati di percosse (articolo

⁵ Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, ente pubblico non economico, istituito con d.lgs 266/1993 e sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute.

⁶ Cfr. ex multis, Cass., sez. V, sent. N. 28052 del 24.05.2019; Cass., sez. VI, sent. n. 13411 del 05.03.2019; Cass., sez. VI, sent. n. 29788 dell'11.05.2017; Cass., Sez. VI, 25.6.1996, n. 8508. Di recente è stato riconosciuto il medesimo status anche per l'attività medica c.d. intra moenia (Cass., sez. V, sent. n. 51474 del 04.10.2019; in senso conforme, Cass., sez. V, sent. n. 2935 del 05.11.2018)

⁷ Cass., sez. VI, sent. n. 51946 del 19.04.2018; Cass., sez. III, sent. N. 1913 del 22.12.1999

⁸ Cfr. Cass., sez. V, sent. n. 9393 del 16.12.2019, ove si riconosce la qualifica di incaricato di pubblico servizio ad un infermiere operante in una struttura sanitaria privata. Nonché più in generale Cass., sez. VI, sent. n. 34359 del 04.06.2010; Cass., sez. II, sent. n. 769 dell'11.11.2005.

⁹ Cass., sez. VI, sent. n. 27933 del 23.04.2008.

n.581 CP) e lesioni personali dolose (articolo n. 582 CP) allorché sussistano le circostanze aggravanti disposte dal comma 11-octies dell'articolo n. 61 CP. Perplesità si esprime sulla reale efficacia dell'innovazione a favore delle vittime (basti pensare che la competenza per il reato di percosse è del giudice di pace); essa, però, porterà sicuramente un carico maggiore agli uffici giudiziari con una conseguente dilatazione dei tempi di presa in carico e rischio di prescrizione.

L'articolo n. 7 prevede che le strutture sanitarie e socio-sanitarie si dotino obbligatoriamente di piani per la sicurezza e stipolino di protocolli operativi ad hoc con le forze dell'ordine al fine di garantire un pronto intervento in caso di necessità.

L'articolo n. 8, a completamento del quanto disposto all'articolo n. 3, istituisce la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari.

L'articolo n. 9 dispone una nuova fattispecie di illecito amministrativo che punisce con una sanzione pecuniaria da 500 a 5000 euro chiunque ponga in essere "condotte violente, ingiuriose, offensive o molestie nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o so-

cio-sanitaria o di chiunque svolga attività ausiliaria di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionale allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche o private". Anche qui potrebbero insorgere problemi derivanti dal fatto di non aver circoscritto le circostanze in cui questi fatti si verificano, ma si è tipizzata la sanzione alla sola qualifica soggettiva della vittima.

Un'analisi complessiva della disposizione rivela una sua limitata applicabilità in quanto essa esordisce con la clausola di salvezza ("salvo che il fatto costituisca reato") che limita il campo di applicabilità ai soli casi in cui il fatto esuli da qualsivoglia profili di rilevanza penale.

Fra diritto penale ed amministrativo vi è un rapporto di sussidiarietà, per cui la sanzione amministrativa viene conglobata rispetto alle condotte di violenza, ingiuria, offesa elementi costituenti i reati di lesioni personali, percosse minacce, molestie e violenza privata.

Unico apparente spazio di applicabilità potrebbe essere quello riguardante all'ingiuria oggi depenalizzata¹⁰ a illecito civile, che a prescindere dalla qualità soggettiva della vittima, è punita con sanzione pecuniaria da 100 a 8.000 euro per la fattispecie base, dalle 200 ai 12.000 euro per ipotesi aggravante¹¹ da devolversi alla cassa delle



ammende. Si notino le cifre delle sanzioni, ben più elevate rispetto a quelle stabilite dall'articolo n. 9, che risulta paradossalmente meno afflittiva delle norme precedenti.

Ciò che maggiormente mi auguro con l'applicazione di quanto disposto dalla nuova Legge è il sostegno, anche economico, per l'adozione di misure più efficaci per la prevenzione (prima che per la repressione) degli episodi di violenza; fondamentale la formazione degli operatori, ma anche l'incremento di unità per gli uffici risorse umane e valutazione rischio clinico, per nuove assunzioni necessarie a ridurre i tempi di attesa e garantire maggior qualità dei servizi erogati all'utenza.

Bisognerebbe considerare, inoltre, l'opportunità di offrire ai lavoratori, non solo un posto di lavoro sicuro, ma anche supporto psicologico e legale per affrontare un eventuale costituzione di parte civile durante una causa contro

coloro che hanno agito loro violenza verbale e/o fisica. Lo studio e la mappatura dei fenomeni di violenza potranno sicuramente essere utili, non solo per studiare il fenomeno, ma anche a valutare e progettare interventi mirati su una specifica tipologia di popolazione che mette in atto agiti violenti nei confronti di personale sanitario e socio sanitario.

Da infermiera che lavora da circa 20 anni mi auguro che la nuova Legge porti concreti miglioramenti della condizione lavorativa di noi operatori sanitari, un clima di tensione e paura rende difficile non solo l'attività lavorativa dell'operatore stesso, ma arreca danno all'utente e lo espone a un servizio di scarsa qualità e potenzialmente pericoloso.

Lavorare sotto stress e continuamente esposti a esperienze di violenza diminuisce la performance del sanitario e la sua di prendersi adeguatamente cura del prossimo¹².

¹⁰ dall'entrata in vigore del d.lgs. n.7 del 2016

¹¹ Cfr articolo n.4 d.lgs. n.7, 14 gennaio 2016

¹² "Nurses and workplace violence: nurses' experiences of verbal and physical abuse at work", *Nursing Leadership* – Toronto - 2003

ISCRIZIONI

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO ALBO PROFESSIONALE

INFERMIERI

ADRAGNA
AGOSTINELLI
ANDREOLETTI
APRILE
ARRIGHI
ARU
ASLLANI
BALLABIO
BARBATO
BARGNA
BARHOUMI
BASSI
BELLA
BELLASIO
BELLATI
BELLEMO
BERETTA
BERNASCONI
BINDA
BOLBOACA-BOTA
BOTTA
BRICALLI
BRUNI
BRUSCA
CAELLI
CAMPAGNOLI
CASTOLDI
CHATTUVAKULAM
CHUCHON CALLE
COLOMBO
CORBELLA
CORBETTA
DEMARTIS
FABIANO
FACCHETTI
FERRATA
FRISONI
FUSARO
GABETTA
GENESI
GUGLIERO

MARIA GRAZIA
MARTA
CHIARA
LUANA
GIORGIA
CHIARA
BLERDI
ROBERTA
VALENTINA
LISA
SLAHEDDINE
CHIARA
ROBERTO
LUCA
IRENE
GIANMARIA
MATTEO
ANNAMARIA
CAROLA
RAMONA-ANCA
CAMILLA LUCREZIA
CATERINA
VALENTINA
IRENE
LORENZO
FRANCESCO
MARTINA
SILVIA
ANGELICA MILAGROS
EMANUELA
ELISA
SARA
FRANCESCA
GIORGIO
GRETA
LINA
MARIA
ERICA
NOEMI
ALESSIA
GIORGIO

HRITCU
IJARIKARI APPIAH
IMBRIANI
INDRECAN
INGENITO
KARABULUT
KOCI
KORO
LEONI
LIVIO
LOSARDO
LUNG
MACRÌ
MAGGIONI
MAILAT
MANGION
MASCETTI
MERCURI
MICCOLIS
MOLTENI
MORANDI
PECCO
PENSA
PONTIGGIA
PONTIGGIA
POZZI
POZZI
POZZI
RAVA
ROMAGNOLO
RONCHETTI
SALA
SESANA
SMANIOTTO
SUARDI
TAMMARO
TOMOIAGA
TRUZZO
VASILE
ZARACA
ZULIANI

MARICELA LUMINITA
HAHHA SERWAH
ELEONORA
RAMONA MANUELA
MARIELLA JUNE
DILAN
ANXHELA
SIDORELA
CAMILLA
MARTINA
NADA
ELENA VASILICA
MARIA
EMANUELA
ANDREEA BIANCA
ERICA ANTONELLA
LAURA
SAMUELE
MARIALUCIA
MATTIA
MATTIA
ALESSANDRA
AURORA
ANNA LAURA
ROBERTA
ELISA
MORENA
UMBERTO
GIULIA
VALERIA
GRETA
LORENZO
ALESSANDRO
SILVIA
FRANCESCA
CHIARA
ADITA OANA
FRANCESCA
ERIKI
FEDERICA
CHIARA

NUOVE ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI ORDINI

INFERMIERI

ALDEGHI
ANTIGNANI
BONA VINCENZO
BORRUSO
BUZZONI
CARDÌ
CARUSO
CAZZANIGA
CHILA'
CONTRERAS ZARATE
COZZARIN

CHIARA
PATRIZIA
GIROLAMO
PIETRO
CINZIA
GIULIA
FRANCESCO EMILIO
MARCO
FRANCESCO
LUIS ENRIQUE
SARA

DE LUCA
DI MAIO
ESPOSITO
GIBALDI
IORGA
LANDONI
LO PICCOLO
LUONGO
MADAR
MAFFESSOLI
MAGNANIMO

ALLEGRA
ROBERTO
SARA
SERENA
ISABELLA
ELENA
ANNA
MARCELLA
DELIA CORINA
DANIELE
FELICE ORFEO

MARASCO
MARINELLI
MARTINIELLO
MARTINIELLO
MASO
MASTROMAURO
MILANESI
MINUTOLI
MORELLI
NIVOKAZI
ONALI
PALLADINO
PIETRANGELO
PIRAS
PITTARI
PORRO
POTENZA

EDOARDO
SARA
GIANLUCA
SAVERIO
SILVIA
ESTER
PATRIZIA
JESSICA
CLAUDIO
GRESA
ALBERTO
NICOLA
DANIELA
JESSICA
GABRIELLA
CRISTINA
CHIARA

RIOS DIONICIO
ROMANIELLO
SANTONE
SARTORIO
SAVINO
SCIASCIA
SEDASSARI
SPARANO
STIANO
TERIO
VESPOLI
ZONETTI

ELIZABETH
VITINA
DEBORAH
ANDREA
LORENZO
LUIGI SALVATORE
GRAZIELLA
CARMELO
EMANUELA
LUANA
IMMA
MILENA

INFERMIERI PEDIATRICI

ACCARDO
GALLI
MOLINELLI

RAMONA
CHIARA
FRANCESCA

CANCELLAZIONI

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ LAVORATIVA

INFERMIERI

ARRIGHI
ARRIGONI
BARONCINI
BAVERA
BELBUSTI
BERNASCONI
BOITOS
BOLLINI
CAIROLI
CAMINADA
CASARICO
CASSINA
CERIANI
CLERICI
COLOMBO
CURMEI
DE TULLIO
DELL'ACQUA
DESORMEAUX
DI GIURA
DOTTI
DOTTORI
DUMITRACHE
FASCIANA
FAVARO
FERRARI
FILIPPINI
FIORENTINO
FONAZZI
FONTANA
FUMAGALLI
GABAGLIO
GIUSTI
GUARNERI

MARCO
CATERINA
MAURA
LORENZA
SONIA
ROSALBA
ZIZI
ANTONELLA
LUCA
PAOLO
DANIELE
LORELLA
MAURIZIO
ROSA MARIA
PATRIZIA GIULIA
ELENA ALINA
GIUSEPPINA
DEBORA
CHARLOTTE MARION
ANNA
ROMEO
VITTORIO
RODICA
GIUSEPPA
DONATELLA
ANNA
ANTONELLA
CONCETTA
ANNA MARIA
GIULIANA
ROSA
ROSARIA
MARIA TERESA
OSCAR

HABERT
LAMERA
MAGGIONI
MAGLIONE
MASUCCI
MORANDI
MORNATI
MORETTI
MUGLIA
NAPOLITANO
NESSI
NOSTRAN
ODEKE
PASQUALIN
PINA
PINGITORE
PIRO
POLIDORI
POZZI
QUETTI
RAMPOLDI
REDAELLI
RIMOLDI
RODRIGUEZ
RONCORONI
SAVOGIN
SIMI
SPREAFICO
TETTAMANTI
VILLA
VOLPI

MARTINE MARCELLE
CLARA
MARCO
ANGELO
SIMONA
ANTONELLA
MARIA ELDA
ENRICA
PAOLA
JESSICA
CRISTINA
MARIANGELA
ANNETTE
ROSELLA
ADELAIDE
ANNA
CATERINA
MARIA
SIMONETTA
MADDALENA
GABRIELLA
GIOVANNA
ANGELO
FABIOLA
CLAUDIA
EMANUELA
BARBARA
ORNELLA
ANNA SONIA
GIUSEPPINA
LAURA

INFERMIE PEDIATRICI

RAMPOLDI

MARIA ROSA

TRASFERIMENTO AD ALTRI OPI

ALBUSCERI	PATRIZIA	MARELLI	LAURA
ANNESE	MONICA	MARONI	SARA
ARDU	SARA	MICCIO	CINZIA
BASILICO	ORNELLA MARIA GRAZIA	MILITARU	FLORINA
CANAVESI	MANUELA	MULARO	ROBERTA GIUSEPPA
COPESE	MONICA	MUNDULA	GIANLUCA
DELLA CORTE	GIOVANNI	ORLANDO	FABIO
DI BIASE	ROSA	PARFENE SEINAB	CECILIA
ERBENOVA	RENATA	SCARFIA	CHRISTIAN
FODARO	ANDREA	SCORPINITI	SAVERIO
FODOR	ADRIANA CONSTANTIN	SILVA	CHIARA
JITARU	DANIEL	TARTAGNI	MANUELA
LA FERRARA	GIULIA	ZUCCARO	ALESSANDRO

DECESSO

BALAN	GEORGETA ELISABETA	CHUNGA	JAVIER
BELLATTI	EMANUELE	DE MARON	ROBERTA
BOSTICCO	CLELIA	MARCONATO	MARINA
CACCIA	CRISTINA	MERISI	MARIA

MOROSITÀ / IRREPERIBILITÀ / TRASFERIMENTO ESTERO

BALLONI	VANESSA	JUDELE	STEFAN LUCIAN
DANCIUC	ELENA	LANZA	LICIA
DASCALU	ALINA ANDREEA	MATHEW	JOSEPH
DI GIOVANNI	TANIA	MAZZA	SARA
FRIGERIO	ANNALISA	NAVA	LUISA
GARREFFA	GLORIA	SAPOROSO BERRETTA	PAOLA
GOGOSEANU	MARINELA	SLOTARSKA	ANETA MALGORZATA
GRIGORAS	GENOVEVA	TRECCHI	ROSANNA
IANCU	MIHAELA ANCUTA	VIALE	STEFANIA
JOSEPH	BOBY		

SPORTELLO CONSULENZE:

**ACCEDI ALLA BACHECA
CONSULENZE RISERVATE
AGLI ISCRITTI
CLICCANDO SUL LINK:**

<http://opicomo.it/servizi-agli-iscritti/consulenze/>

**CONSULENTE FINANZIARIO
DELEGATO ENPAI
CONSULENTE DEL LAVORO
CONSULENTE LEGALE**

PRONTO SOCCORSO in epoca post-covid



La tempesta sembra essere passata lasciando dietro di sé i resti di tanti vascelli che nel mare del caos e della disperazione hanno tentato in tutti i modi di conservare la pro-

la salvezza. Salvezza che purtroppo non vi è potuta essere per tutti. Eppure nonostante tutta la sofferenza, la paura, la rabbia e la stanchezza accumulata nel corso di questi mesi,

per questa ragione, passato il periodo pandemico, ci aspettiamo rispetto e riconoscimento da parte della popolazione italiana che per tutti questi mesi abbiamo assistito diretta-

mente o indirettamente. Già perché fare l'infermiere o il medico in tempi di Covid non significa solo "combattere in prima linea" ma anche stare accanto alle persone bisognose di informazioni necessarie per assistere il proprio caro a domicilio, tranquillizzarle rispetto alle misure preventive ed alle norme igieniche di sicurezza, informarle rispetto alle adeguate norme

di comportamento sociale. Ecco, è su questo che oggi vorrei fermarmi a riflettere con voi.

Le televisioni ci mostrano ondate di ragazzi all'interno di locali e discoteche, persone assembrate nei luoghi chiusi ed una generale superficialità che caratterizza l'atteggiamento



noi infermieri e medici siamo ancora qua e senza mai aver compiuto un passo indietro.

Ci siamo più volte sentiti chiamare angeli ma questa definizione non l'abbiamo mai sentita calzare sulla nostra pelle: non siamo angeli, siamo professionisti consapevoli e proprio

pria integrità per portare a compimento questo lungo e sofferto viaggio verso



*Infermiere di area critica presso l'U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'ASST Lariana. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Consigliere Opi Como - Referente della Commissione Ricerca.



dell'italia-
no medio
in epoca
"post-Covid".

Nel frattempo gli ospedali continuano a lavorare. Già perché oltre al Covid che purtroppo non è del tutto scomparso, sono tornati i traumi maggiori della strada, gli eventi neurologici, le sindromi coronariche acute ed il dolore atraumatico del dito da un mese.

Ieri un giovane maschio si presenta all nostra attenzione chiedendo di poter effettuare un tampone in quanto neces-



sario per poter partire in vacanza senza incorrere in possibili problematiche legate al paese di provenienza.

Abbiamo spiegato al paziente in questione il ruolo di emergenza-urgenza che il pronto soccorso DOVREBBE rivestire. Non ha compreso. E ha aggiunto che vi erano alternative possibili per poter partire. Il pronto soccorso, ora come non mai, ha necessità di ricostituirsi come centro di risposta a bisogno assistenziali di

reale emergenza e per tale motivo gli operatori sanitari hanno il dovere professionale di sensibilizzare la popolazione ad un corretto utilizzo delle risorse disponibili.



COVID-19: SIAMO “SOLO” DEGLI INFERMIERI



A scrivere queste poche righe è una infermiera che con la diffusione della pandemia Covid-19 ha assistito ad un cambiamento della propria vita professionale e non solo. Ho iniziato a svolgere la mia professione nel 2017. Uscita dall'ambiente universitario, ho avuto la fortuna di iniziare a lavorare presso la Medica 2 dell' Ospedale Sant'Anna di Como, ed è lì che sono rimasta fino a quando non si è presentata l'emergenza Covid. Con l'arrivo di quest'ultima mi è stato proposto di andare in supporto ai colleghi del

pronto soccorso poiché versavano in condizioni alquanto difficili. Ho accettato fin da subito, pur non avendo molto chiaro inizialmente la mia collocazione e come sarei mai potuta essere utile in un ambiente come il pronto soccorso dove un operatore richiede mesi di affiancamento. Ben presto ho trovato le risposte alle mie domande e gli elementi che potevano sciogliere qualsiasi dubbio. Mi è bastato soltanto entrare in pronto soccorso che tutto è diventato nitido, e ho potuto fin da subito prendere

consapevolezza della difficoltà del momento e capire che sarebbe bastato davvero poco per potersi rendere utile.

La necessità di far fronte all'emergenza sanitaria ha portato alla richiesta di uno sforzo di riorganizzazione sia in termini di spazi, strutture, che professionali. Si è assistito ad un cambiamento repentino che ha imposto a tutti gli operatori sanitari di reinventarsi per adeguarsi a una nuova e improvvisa situazione garantendo le competenze, la professione nonché l'etica. Per noi infermieri, designa-

* ASST Lariana,
UO PRONTO SOCCORSO

ti come l'anello più vicino al paziente, si è trattato di un vero e proprio stravolgimento perché abbiamo dovuto accantonare per un istante l'idea di vedere il paziente nel suo insieme e in tutti i suoi bisogni al fine di farne un'analisi e svolgere la pianificazione assistenziale. L'emergenza ci ha imposto di saltare alcuni passaggi e adottare se non inventare nuovi modelli organizzativi.

L'infermiere è una professione che richiede profon-

renti al fine di evitare che i pazienti potessero sentirsi soli data l'abolizione delle visite, e al tempo stesso fare in modo che i parenti potessero avere notizie dei propri cari. Ed ecco che il telefono è diventato l'unico mezzo di comunicazione, era un continuo squillare, un continuo rispondere alle telefonate, e si cercava di rispondere a più telefonate possibili compatibilmente con quelle che erano le attività. In molti casi abbiamo aiutato pazienti



da empatia. Per sua natura l'infermiere stabilisce una relazione di cura fatta di ascolto, dialogo e gesti ed è colui che stabilisce un rapporto di fiducia con il paziente e con la famiglia, ma la pandemia ha messo a dura prova anche tale aspetto. Abbiamo dovuto adottare una nuova forma di comunicazione sia con il paziente che con i pa-

a video chiamare i propri cari, e per quelli meno esperti eravamo lì pronti a scaricare le varie app di videochiamate.

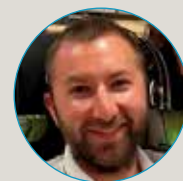
Ci siamo ritrovati a lavorare completamente bardati con persone che fino ad allora non si conoscevano, a riconoscerci tra colleghi per un nome scritto a pennarello sul camice, dagli occhi, oppure dall'anda-



mento della camminata. Infine tutto questo ha avuto esito positivo, poiché ha rafforzato il modo di lavorare insieme, ha rinsaldato le relazioni esistenti e ne ha fatte nascere di nuove, ma soprattutto ci ha aiutati a riscoprirci veramente utili per i pazienti. Nell'aria si sentiva lo spirito del lavoro di squadra, dell'importanza di restare uniti e di impegnare tutte le forze al fine di fronteggiare al meglio l'emergenza. Tanti sono stati i momenti di sconforto, di caos generale, momenti in cui sembrava non avere sotto controllo la situazione.

Davanti alla postazione triage del pronto soccorso è stata creata una bacheca dove vi è scritto "mettersi insieme è un inizio, restare insieme è un progresso, lavorare insieme è un successo", bacheca che è stata riempita di foto di noi operatori in vari momenti di quei turni così estenuanti e sfiancanti che testimoniano la drammaticità di quei giorni ma al tempo stesso la gran voglia di combattere tutti insieme e di vincere.

Un ringraziamento speciale va alla collega Doriana Bardelli per questi magnifici scatti.



Evoluzione Infermieristica nella storia delle pandemie

Questo mio breve scritto, seppur raccolto all'interno della rubrica "storica", non tratterà dell'evoluzione della professione infermieristica nell'ambito di guerre o cataclismi di massa, così come i precedenti tre nostri comuni viaggi. Ma sarà un percorso molto più intimo; non quello "dell'infermiere nella storia", ma forse quello "della storia di un infermiere". Un viaggio, breve, che avrà la pretesa, forse non adeguatamente raggiunta, o raggiungibile, di far conoscere gli effetti, molto strettamente personali, di un'altra guerra;

almeno per ora, invincibile. Avrei di certo potuto effettuare non pochi raffronti con quelle epidemie che accaddero nella storia, e nei confronti delle quali è molto probabile (anzi sicuro) che i nostri colleghi (o chi ne faceva le veci) ebbero un ruolo fondamentale. Mi riferisco alle ricorrenti pestilenze occorse nella storia dell'uomo, o alle più recenti epidemie di colera, tifo o Influenza Spagnola; quest'ultima peraltro da me già descritta in un recente libro "La Medicina in Trincea" (Gino Rossato Editore).

e del periodo post-bellico. Si accanì ovviamente, ancora una volta, sui più fragili (anche se una popolazione di anziani, esposti ad una precedente simile, ma meno virulenta epidemia occorsa alla fine del secolo precedente, li portò a sviluppare una difesa anticorpale decisamente efficace). Colpì moltissimi giovani, soprattutto sulle linee del fronte, nelle retrovie e nei grandi ospedali militari. E andò ad inferire anche tra chi, chiamato a difendersi e a difendere gli altri da un tale affronto della natura, si trovò egli stesso vittima: mi riferisco in questo senso ai medici, ma soprattutto alle infermiere, alle Crocerossine e ai tanti membri delle organizzazioni di misericordia che in quegli anni erano operanti sul territorio nazionale ed estero.

In questo senso sono proponibili (e basta in effetti giocare un po' di ingegno) moltissimi paragoni con l'attuale infezione da COVID-19, con le sue situazioni e i suoi risvolti sociali ed economici; anche se ovviamente il quantum di differenza tra le due pandemie è attualmente decisamente più proiettato nei confronti dell'enormità dell'epidemia spagnola e cabrato sui suoi enormi



una guerra combattuta ancora una volta sul suolo patrio, tra le mura di casa. Ma il cui nemico si è dimostrato più subdolo, invisibile, inavvicinabile e,

Proprio la Febbre Spagnola falciò circa 50 milioni di persone, trovando terreno fertile nelle condizioni di vita, disperate, degli ultimi anni della Grande Guerra

*Infermiere di area critica. Guida Alpina, attualmente lavora presso la SOREU LAgghi AAT 118 Como. Da ottobre è infermiere presso il DAPS di AREU Lombardia.



drammi. Ma, fortunatamente, ci troviamo in epoche differenti, e un secolo di storia è nel frattempo transitato sotto i proverbiali ponti.

Non ho quindi deciso di parlare di COVID-19, almeno scientificamente parlando. Non ne sarei in grado, mentre la letteratura sta letteralmente esplodendo al riguardo. Preferisco giocare di soggettività e riferirmi, ancora una volta, al tema della battaglia e della guerra. Perché quella contro il COVID-19 è stata una guerra che ha lasciato il suo strascico di vittime, tra la popolazione "inerme" e tra i "combattenti"; che ha modificato il modo di vivere di molti di noi; che ha lasciato una scia di risvolti economici, ma soprattutto morali ed etici. Che ha scavato profondamente nella psicologia di alcuni, di altri più delicatamente, di tal altri in maniera decisamente più violenta e forse definitiva. Ma che in tutti sta lasciando almeno un profondo segno nella memoria; nel fisico; nella psiche e, anche, nell'ambito puramente economico. Un nemico che ci ha lasciati menomati, privi di quella libertà che credevamo di possedere, quasi che la libertà fosse intesa come la possibilità costante di

compiere qualsiasi scelta, qualsiasi decisione, qualsiasi spostamento. Forse anche indipendentemente dalle libertà altrui, nei confronti delle quali, ogni libertà, dovrebbe perlomeno riflettere e fermarsi.

Sarebbe più giusto affermare che ha liberato la società da una sfrenata consapevolezza di poter raggiungere ogni limite, superandolo. Ma forse sono fin troppo ottimista a riguardo. Di sicuro ha sottratto a noi stessi quella certezza che di limiti non ne esistessero; perché tutto è prima o poi superabile, oltrepassabile, vinto e vieppiù dimenticato.

E invece l'epidemia di CO-

di comodo, a volte imposte, a volte di puro coraggio. Ha creato dei limiti, oltre i quali ci siamo riscoperti in un mondo a noi ignoto; un mondo del quale ci chiediamo costantemente: come sarà? Tornerà tutto come prima? Potremo ricavarne un qualcosa? Potremo imparare dalle nostre esperienze? Rimarrà il ricordo di chi è rimasto indietro, di chi non ce l'ha fatta; di chi, battagliando con questo nemico, è rimasto vinto e combattuto per sempre?

Non ho ovviamente una risposta a tale quesito. Non so come la società reagirà sul lungo tempo. Non so se le generazioni dei più giovani abbiano percepito la grande sciagura nella quale siamo incappati. Non lo so. Queste affermazioni, le loro domande e le eventuali risposte, le lascio ai filosofi, ai sociologi e sicuramente agli psicologi.

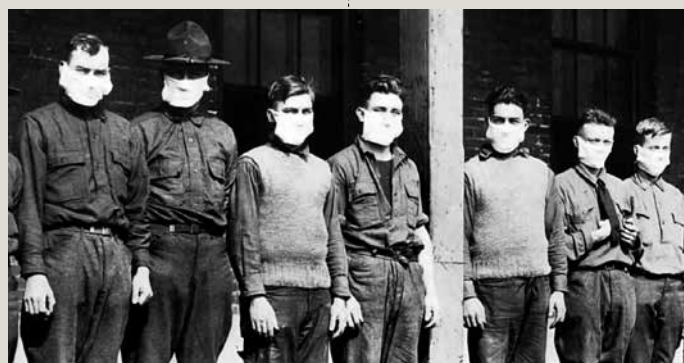
Non voglio tantomeno adentrarmi negli isterismi emozionali collettivi, quali quelli che gridavano "all'eroe" prima, con tanto di di-

nel quale si preferisce fornire epiteti piuttosto che indagare, nel profondo e nella realtà, la sostanza delle "cose"; nel quale, proprio come adolescenti, si è predisposti alle forti, ma fugaci, emozioni del momento.

Alle fine forse conosco soltanto il me stesso e forse neanche poi così tanto. Perché ho compreso, e prima conosciuto, le mie singole reazioni, le mie sincere paure, le mie ansie, le mie speranze, i miei batticuori e, infine, la mia grande stanchezza.

La stanchezza, psico-fisica, penso sia stata (ed è ancora) il tratto caratteristico di tutti gli operatori impegnati nella lotta al COVID-19. Ma forse gli effetti psichici più manifesti di tutta questa grande vicenda dovranno ancora pervenire, quando forse tutto sarà finito e l'energia che per ora ci ha guidati verrà meno.

Di tutto questo, di quanto ha riguardato la mia persona, cioè le mie speranze, i miei desideri e la mia libertà; la mia psiche, la mia gioia e i miei dolori, insomma i miei sentimenti e le mie emozioni; i miei ricordi. Solo di questo, in queste brevi pagine, vorrò parlare (e anzi lo sto già facendo); senza nascondere nulla. Chi non vorrà leggere potrà passare direttamente a rubriche più interessanti. Chi avrà la pazienza di ascoltarmi forse in parte si ritroverà con sé stesso e magari, di fronte ad un incontro con il sottoscritto, si potrà affermare quel tanto desideratissimo enunciato, che suona più o meno così: "Anche io ci sono passato, anche io posso capirti".



VID-19 è ancora attuale, invincibile.

E proprio per questo non può essere e non deve venir dimenticata.

Come ogni vera guerra ha posto l'uomo di fronte a delle scelte. Scelte a volte

niego (giusto) da parte di chi doveva essere l'eroe del momento; per poi dimenticarsene, forse quanto e più di prima, non appena fosse mutato il vento emotivo. In una sorta di adolescentismo comune e condiviso,

Era febbraio e, assieme a mia moglie, infettivologa in un grande ospedale brianzolo, guardavamo con timore a questa nuova malattia che sembrava circoscritta alla Cina. Una Cina che, come storicamente sappiamo, non ha mai fatto propria la politica della trasparenza e forse neppure quella della sincerità. La mia non vuole essere una critica ad una nazione sicuramente industriosa e

nazioni e tra tutti gli angoli del mondo. Così come poi, in verità, è successo.

Tutto accadde quindi all'improvviso, a pochi chilometri da noi. Nascendo la paura da un pugno di paesi sconosciuti che, per qualche strano motivo, un giorno, si videro recintati da polizia, elicotteri e militari, quasi come in un film. Uno sparuto numero di città che nessuno conosceva, mischiate tra la bassa

(non c'è nulla di personale contro i bar, ci mancherebbe; e anzi i discorsi che in essi si svolgono spesso raggiungono e trascendono la pura verità) ci si chiedeva quante merci sarebbero passate da quegli arcani (ma vicinissimi) posti. Quanti soggetti avrebbero transitato da quei luoghi. Quanti si sarebbero poi mischiati con gli altri cittadini di altri paesi e città. Quanto la malattia avrebbe viaggiato con persone ed oggetti. Quanto sarebbe stata virulenta e diffusibile.

Il tentativo di concentrare e limitare la malattia a solo quei posti fu sfrenato. Ma per alcuni tardivo. Forse a posteriori insufficiente. O, forse, semplicemente impossibile. Neppure sono comprensibili, per noi che abbiamo vissuto al di fuori di quei recinti (perché di recinti si trattò), i timori, le paure, le angosce della popolazione che vi era costretta a starci. Perché sempre di persone si sta parlando, non dimentichiamocene.

E probabilmente, senza averci vissuto, senza aver abitato in quei luoghi, nessuno di noi lo potrà mai sapere.

Al ritorno dalle nostre brevi ferie tardo-invernali ci attendeva una amara

verità: quella strana patologia, opportunamente definita con un termine strategicamente incomprensibile, COVID-19, più realisticamente e comprensibilmente (ai più) ribattezzata Coronavirus, era lì ad aspettarci. E così noi sanitari si attendeva che le nostre vite, almeno inizialmente quelle lavorative e professionali, sarebbero mutate. Non lo si sperava in effetti. Ma forse soltanto noi sanitari, con i nostri sforzi e i nostri sacrifici, avremmo potuto tentare di arginare un fenomeno che, oramai lo si comprendeva abbastanza bene, si sarebbe diffuso e avrebbe mietuto delle vittime (al netto di quei negazionisti che continuano a ripetere che tutto era stato il prodotto di un complotto, tanto quanto valevano le affermazioni che puntavano sulla circolarità della Terra o sull'inesistenza del sole...).

Tra le molte realtà sanitarie, anche l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU), dove io stesso lavoro, si accorse che era necessario non subire, ma reagire. E da qui, pur tra vicende condite da alterne fortune, tentò (e in parte riuscì) a fornire una propria congiunta e sistematica risposta all'arrivo di



ricca di difficoltà; ma una semplice e pura constatazione. Ci è sempre parso, ascoltando e leggendo le varie notizie di quei giorni, che qualcosa non funzionasse, che non tutto fosse detto; e che la sconcertante calma dei giornalisti fosse soppesata da una tragedia che si stesse consumando nel silenzio.

I più cinici, lo ricordo come fosse oggi, affermavano che nulla li avrebbe preoccupati; perché tutto sarebbe rimasto là dove era nato, nella remotissima Cina. I più avveduti si riconoscevano invece in una società cosiddetta "globale", che nulla tiene segregato e che anzi, ad una velocità spesso non comprensibile, mischia i suoi contenuti tra tutti i paesi, tra tutte le

milanese, il lodigiano, il vicino veneto e il territorio bergamasco. Solo lì c'era il pericolo. Un pericolo ancora lontano, seppur vicino, perché a noi confinante. Un pericolo che però, stando alle affermazioni da "bar", sarebbe ancora una volta rimasto confinato entro quei pochi cittadini che, sfortunati loro, si erano misteriosamente e improvvisamente ritrovati il centro italiano di quella che poi si sarebbe sviluppata in una vera e propria pandemia. Cioè una malattia del tutto, di tutti e diffusa, così come poi, a posteriori, sarebbe in effetti stato.

Ma sempre per restare nei discorsi da bar, che poi sullo stesso registro in effetti erano più o meno diffusi anche dai notiziari pubblici



queste “truppe di invasori”. Ed è così che iniziò, per me e per molti, l'era COVID.

Fin da subito si comprese un'amara realtà. Tutta la popolazione aveva una sete inestinguibile. Quella del sapere e del conoscere. Condita dalla paura dell'ignoto e forse anche da un pizzico di irrazionalità.

Nacque così l'esigenza di provare a rispondere alle infinite richieste di ragguagli, di pari passo con gli sforzi, portati avanti almeno dai nosocomi più virtuosi, di creare appositi “PEIMAF” (piani per il massiccio afflusso di persone “malate”) in grado di arginare, se non di bloccare, il dilagare dell'epidemia negli ospedali, razionalizzando accessi, percorsi e risorse.

Sbocciarono così numeri verdi, numeri speciali, tende da campo e percorsi puliti e sporchi. Comparvero (e scomparvero subito dopo) le prime mascherine, i guanti, i copricapo i più disparati (vedasi sul web cosa le persone riuscivano ad inventarsi); i gel per le mani e le teorie più fantasiose alcune, più realistiche altre, sulle modalità del contagio, dell'igiene, della sanificazione.

Noi che ci trovavamo tra le seconde fila dei combattenti (perché un poco nascosti dietro ad un telefono o dietro ad una scrivania, mentre altri colleghi scesero direttamente al fronte) e che dovevamo saper dare quelle risposte tanto attese, in realtà sapevamo una cosa sola: che ogni giorno, ora o minuto, quelle informazioni sarebbero mutate. Quello che veniva affermato con un certo utente, e con una

certa saldezza, non valeva più il giorno successivo. Ciò che sembrava pura verità oggi, veniva puntualmente smentito il domani. In una situazione di incertezza che nessuno di noi, ne sono convinto, ha mai sperimentato nella propria vita professionale. E, confrontandomi con i colleghi, compresi che “l'indeterminazione dell'essere”, potremmo chiamare così questa nostra situazione,



dilagava in tutti gli ambienti sanitari.

Ho parlato di “prima linea e seconda linea”; perché è vero: alcuni di noi si sono gettati direttamente nel campo e altri sono rimasti al “sicuro” delle consolle di una Centrale Operativa. Perché queste scelte?

Il tutto è stato frutto di una decisione molto sofferta ma molto ponderata, peraltro anticipatrice dei più tardivi divieti politici di “assembramento”. Evitare il più possibile la convivenza tra coloro che si trovavano a lavorare a contatto con pazienti potenzialmente infetti e coloro che stavano in una Sala Operativa. E così facendo, nel contesto dove ho operato, si è

riusciti a preservare tutti i dipendenti (infermieri, tecnici, medici). In altri ambienti, purtroppo, il personale colpito da COVID ha rappresentato una percentuale molto alta, creando gravi fenomeni di indisponibilità proprio quando ci sarebbe stato più bisogno di “forze fresche”. E annoverando anche un collega che, a causa della malattia, non ce l'ha fatta. Un dramma che forse non tutti noi,

o almeno non ancora, me compreso, abbiamo forse completamente e compiutamente consapevolizzato, interiorizzato e rielaborato. Penso che non sia mai giusto spendere troppe parole quando è la sofferenza che la fa da padrone, in questo caso da “padrona”, di vite, relazioni e sentimenti, nostri ed altrui. Quindi non mi dilungherò ancora molto. Ma noi tutti si cercava di offrire il massimo, attingendo a piene mani dalle nostre esperienze e dalle nostre capacità professionali, arricchite peraltro di giorno in giorno. Pur ritrovandosi sempre, continuamente, onnipresentemente impreparati ad affrontare le richieste,

infinite, che ci cadevano letteralmente addosso.

Per questo motivo si è deciso di adibire, in Sala Operativa, una apposita stanza poi denominata “Consolle COVID”, dove avrebbero turnato in genere quei colleghi che più di altri avevano già, almeno in parte, interiorizzato i principali schemi procedurali e i più evidenti quadri sintomatologici: qui si sarebbe dovuto parlare direttamente con le persone che, a casa, erano state travolte dal contagio, o che temevano di averlo contratto. Qui si doveva decidere quanto fosse opportuna un'ospedalizzazione, in un contesto, lo ricordiamo, nel quale tutti gli ospedali erano praticamente al collasso. Qui si doveva parlare con gli “utenti” (pessimo nome per identificare i nostri assistiti, coloro con i quali interloquiamo, coloro che assistiamo e con i quali operiamo), ma soprattutto si doveva cercare di ascoltarli.

L'ascolto è differente dal semplice sentire. Si sentono dei suoni. Ma si ascoltano delle parole. E si ascoltano dei sentimenti: le paure, le angosce, le speranze. Si ascoltano gli anziani che temono di morire, che parlano per decine di minuti (un tempo lunghissimo, se consideriamo che i “centralini” dell'emergenza sanitaria hanno tempi di “parlata” che generalmente non superano i due minuti totali). Parenti di anziani che chiedono non come far guarire i propri congiunti; ma come farli morire. Morire nella quiete della propria casa, perché il terrore più grande è quello di dover lasciar an-

dare il proprio caro verso una morte solitaria, isolata nella stanza, a sua volta isolata, di un isolato ospedale. I parenti non possono più entrare negli ospedali e la morte, decisamente "nosocomializzata", si configura come un silente passaggio, condito di grande solitudine.

Ascoltare significa anche percepire quei suoni, quei rumori, quelle fatiche (respiratorie, ma non solo), che i pazienti, o i loro parenti, esprimono durante la telefonata. Perché sono tra i pochi indici più o meno oggettivi che abbiamo a disposizione per cercare di porre un minimo di razionalità nelle nostre scelte. Che scelte di fatto non sono, ma veri e propri contratti con i pazienti; su cosa è meglio per loro, in

perché i sistemi erano in over-flow. Utenti richiamati poi, spesso con decine di minuti od ore di ritardo, quando magari il problema per cui avevano allertato i sistemi di emergenza era oramai definitivamente (a volte, per fortuna, altre volte per disgrazia) cessato. Ma non ci si poteva attendere un meglio. Perché quello era il meglio che si poteva offrire alla cittadinanza.

Devo dire che, nonostante gli sforzi dei numerosi colleghi e dirigenti, e grazie alla irrinunciabile presenza di una brava psicologa presso i nostri servizi, il risultato di questa immagine e complessa cascata di emozioni si è espresso in una pesante stanchezza; nella sensazione di una perdurante impotenza;

nell'emozione forte della commozione di fronte a certe parole pronunciate dai nostri assistiti. Pur dovendo sempre mantenere (almeno sulla carta) quella saldezza che è propria

della nostra professione, anche nel ricordo dei tanti colleghi direttamente impegnati in prima linea, nell'assistenza diretta dei pazienti, forse ancora più sconcertati (e certamente a rischio) di quanto non fossimo noi.

Un altro aspetto decisamente particolare in tutta questa lunga vicen-

da è stato caratterizzato dall'interazione con i nostri assistiti: un'interazione telefonica decisamente originale, se si pensa, come già detto, alla sua lunghezza e ai contenuti assolutamente al di fuori delle normali logiche improntate all'urgenza e all'emergenza. Non si fornivano "istruzioni pre arrivo", per salvare una vita o per disostruire una persona con un'ostruzione delle vie aeree. Non si seguiva una donna in procinto di partorire, né si offrivano indicazioni ad una madre su come gestire le convulsioni febbrili del suo piccolo. Ma si parlava. Ecco, questo è il termine più corretto.

Si parlava di aspettative, di speranze, anche di disillusioni; con persone che avevano tra le proprie mura un malato terminale, spesso un anziano, ma altre volte un giovane. E allora iniziava una lunga e difficile opera di convincimento sulla bontà, per questo giovane, di essere trasferito in ospedale. In un braccio di ferro a volte sfinente in cui l'eventuale vittoria, di fatto, perdeva per l'appunto la sua interna soddisfazione. Ed è rimasto per me sconcertante il tono con il quale queste conversazioni avevano luogo. Non il rocambolesco inseguimento di un paziente che fatica ad ascoltare, o di una persona agitata e talvolta aggressiva. Ma il colloquio durevole con chi molto spesso era veramente rassegnato, e che nella rassegnazione aveva il tempo e la voglia di stare al telefono con noi. Quasi in una sorta di ca-

povolgimento dei termini: erano i nostri "pazienti", molto spesso, a tranquillizzare noi sulla loro accettazione della malattia. Mentre noi, abituati al fare e al "rendere" non ci capacitavamo di come ciò fosse possibile.

Devo quindi profferire un grazie a tutti i nostri pazienti; perché hanno saputo riconsegnarmi una dignità umana che anche io, assolutamente assetato di questo valore, ho saputo, per mia fortuna, accogliere a piene mani.

Ecco, questa è una breve storia. Questo è un resoconto più o meno intimistico di quanto trascorso in quei lunghi mesi di "prigionia". Questo quanto si è affrontato.

Ma la voglia di continuare non è mai mancata; neppure sono crollati il senso del dovere e la dedizione al lavoro; né l'attenzione per i nostri assistiti e per quanto avremmo (anche poco) potuto fare per loro.

Quindi pure noi ci siamo sentiti dei piccoli soldati, uniti in un grande esercito di infermieri, in una lotta impari contro un nemico dalle forze sempre più imperanti; capaci di impiegare pertanto ogni nostra risorsa e ogni nostra, anche più nascosta, competenza e abilità.

Ma questo è il nostro lavoro, anzi questa è la nostra professione. Perché al mondo c'è molta sofferenza; ma se ce n'è un po' di meno, è anche grazie alla presenza di noi piccoli e grandi, ma certamente insostituibili, infermieri.



quel preciso momento, in quell'istante e in quel contesto. Il che, è bene che lo si sappia, non voleva sempre ritenere che la scelta più corretta fosse quella dell'ospedale.

Le telefonate si susseguono, una dopo l'altra, nel cercare di ricontattare quegli utenti che non hanno potuto chiamare il 112,

COVID19 E LOCKDOWN



Riflessioni sull'esperienza vissuta

Sars Coronavirus, Covid 19, Dpi, FFp2, FFp3, mascherina o non mascherina? 1 metro di distanza o 2? droplet o contatto?

In questi mesi, siamo stati messi a dura prova, il nostro cervello ha imparato ad elaborare il "fattore R" la media e la mediana, la popolazione, i trend, le percentuali e i Bollettini quotidiani, appuntamento irrinunciabile con la realtà che avevamo sott'occhio tutti i giorni.

In pochi secondi, basandoci su stime e dati più o meno incoraggianti, abbiamo capito che la curva epidemica era in spaventosa ascesa e che prima di vedere gli asintoti iperbolici tornare ad appiattirsi avremmo dovuto aspettare ancora giorni, forse mesi.

Ma tanti di Noi, tanti che il malato l'hanno sentito, l'hanno visto, l'hanno supportato, si sono accorti che nel marasma della statistica, dei talk show televisivi (in cui opinionisti di gossip si sono improvvisati infettivologi ed esperti di ventilazione invasiva) qualcosa è emerso più di qualsiasi cosa, ed è la Solitudine.

Solitudine che il Covid 19 ha portato nelle nostre case, nelle corsie degli ospedali dove lavoriamo,

giorni, i loro cari e noi stessi.

Il coronavirus, porta con se tante cose, prima di tutti la



nelle Rsa, nelle strutture che accolgono malati e disabili, sul territorio.

Colpiti e non avvolti da questa coperta di feltro bagnata che ha soffocato il desiderio di sorridere e rassicurare le persone che assistiamo tutti i

morte, sì, la morte, quella con la M maiuscola, attraverso la dispnea, l'affanno, gli stenti, l'incertezza nell'affrontare questo mostro sconosciuto e invisibile che ha decimato paesi, colpito famiglie e affetti vicini, ma anche la vita, il senso di famiglia, dello stare insieme per piacere e non per necessità, il desiderio sincero di incontrare chi non vedevamo da mesi e tornare alla normalità.

È qui, su questo campo di battaglia, che ognuno di noi, chi più e chi meno, ha combattuto con armi convenzionali e non atomizzatori alla star trek o fucili al plasma come ghostbuster



**Infermiere del Soccorso Avanzato di AREU Lombardia - SOREU dei Laghi e AAT Como, già infermiere di area critica presso il reparto di Rianimazione dell'ASST Lariana e del Pronto Soccorso dell'Ospedale Valduce di Como. Infermiere soccorritore del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Spleologico.*

ma con il sudore, mascherine soffocanti, guanti e tute, privandoci degli affetti a noi più vicini per paura di essere come gli untori rappresentati negli epiteti dei promessi sposi o sentendoci monatti

tra la gente solo perché lavoravamo in ospedale.

Il Sars Coronavirus, o amichevolmente detto Covid19 ci ha regalato anche attimi di notorietà, apparizioni non più fugaci o di denuncia per malasanità, ma veri o propri dibattiti pubblici in cui la nostra professione è per qualche giorno emersa agli occhi della gente.

Ne sono nate sinfonie, melodie, ci hanno chiamato eroi, ma era proprio così che volevamo essere rappresentati davan-

ti agli occhi della gente? Beh personalmente non credo, perché essere eroi significa compiere saltuariamente gesti ammirevoli e straordinari.

E nessuno di noi l'ha fatto

giorno, malato dopo malato, sotto altre vesti, ma nello stesso modo di sempre. In pieno lock down, ci siamo avvalsi della facoltà di non rispondere perché feriti e usurati, perché rie-



saltuariamente, ma quotidianamente, rimanendo noi stessi, forse meno riconoscibili perché interamente coperti da tyvek, ma sempre noi stessi, giorno dopo

vocare attimi della nostra quotidianità lavorativa ci rattristava e logorava, abbiamo visto più arcobaleni che cieli stellati e imparato a memoria, quella che i no-

stri bambini ricorderanno come la filastrocca del "Restate a casa, Tutti insieme ce la faremo", imparando a dialogare con lo sguardo, dietro gli occhiali e le visiere di pvc che non hanno potuto celare le lacrime del nostro dispiacere e della fatica o della rassegnazione.

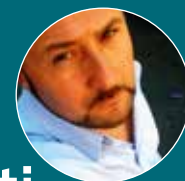
Mi rivolgo ora direttamente a te, virus, dal latino Virus o veleno, parassita obbligato, insignificante filamento di rna, che ci hai fatto danneggiare per mesi e che probabilmente cercherai di riapparire nelle nostre case quando l'autunno farà di nuovo capolino, ma

non è che il tuo apparire nelle nostre vite aveva uno scopo ben preciso?

A noi tutti, alla nostra coscienza, la drammatica risposta.



Il decreto scuola è legge



Per medici, odontoiatri, infermieri e farmacisti impegnati nell'emergenza, crediti Ecm 2020 si considerano già acquisiti

I 50 crediti Ecm da acquisire per l'anno 2020 per medici, odontoiatri, infermieri e farmacisti dipendenti e liberi professionisti si intendono quindi già maturati per tutti coloro che hanno continuato a svolgere la propria professione in questi mesi di emergenza. Per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di odontoiatra, farmacista, veterinario, tecnologo alimentare, si apre alle modalità a distanza. È quanto previsto dall'articolo 6 del decreto approvato oggi dalla Camera in via definitiva.

Con 245 voti favorevoli e 122 contrari la Camera ha definitivamente convertito in legge il decreto per la conclusione dell'anno scolastico, l'avvio del prossimo e lo svolgimento degli esami di maturità.

Per medici, odontoiatri, infermieri, veterinari e farmacisti previste alcune novità in tema di Ecm e modalità di svolgimento dell'esame di Stato.

I 50 crediti da acquisire, per l'anno 2020, da medici, odontoiatri, infermieri e farmacisti in qualità di dipendenti delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private accreditate o come liberi professionisti, attraverso l'attività di formazione continua in medicina (Ecm), si intendono già maturati da coloro che, in occasione dell'emergenza da Covid-19, abbiano continuato a svolgere la propria attività professionale.

Inoltre, qualora necessario a causa del protrarsi dell'emergenza Covid-19, per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di odontoiatra, farmacista, veterinario, tecnologo alimentare, si apre alle modalità a distanza.

Nel corso dell'esame da parte dell'Assemblea, ricordiamo che è stato approvato anche l'ordine del giorno che punta ad estendere l'acquisizione dei crediti Ecm per il 2020 a tutti i operatori sanitari impegnati nella lotta al Covid-19.

Il testo impegna dunque il Governo a far sì che i 50 crediti Ecm da acquisire per l'anno 2020, si intendano già maturati per tutti gli operatori sanitari che hanno continuato a svolgere la propria professione in questi mesi di emergenza Covid-19, e non solo per medici, odontoiatri, infermieri e farmacisti come invece previsto dal testo del decreto.

Esenzione crediti ECM anno 2020

Testo del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 128 del 19 maggio 2020, SO n. 21/L), coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

Art. 5 - bis

Disposizioni in materia di formazione continua in medicina 1.

I crediti formativi del triennio 2020-2022, da acquisire, ai sensi dell'articolo 16 -bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dell'articolo 2, commi da 357 a 360, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, attraverso l'attività di formazione continua in medicina, si intendono già maturati in ragione di un terzo per tutti i professionisti sanitari di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, che hanno continuato a svolgere la propria attività professionale nel periodo dell'emergenza derivante dal COVID-19.

ONU: 2020 ANNO MONDIALE DELL'INFERMIERE E DELL'OSTETRICA

CRONOLOGIA DI UN ANNO DIFFICILE

A causa dell'Emergenza Coronavirus, sono state rinviate le celebrazioni in programma per l'anno internazionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico, nel bicentenario dalla nascita di Florence Nightingale.

L'Organizzazione mondiale della Sanità, ha dichiarato il 2020 l'anno

re, ci pre-
festeggiare il
manifesta-
a livello pro-
zionale, e mai
aspettati di
sta accaden-
Gli infermieri
no scrivendo
no combat-
linea a costo
vita. La Fede-
zionale Ordini
fermieristiche
che quella de-
è la categoria
conta il mag-
casi positivi: il



dell'infermie-
paravamo a
12 maggio con
zioni ed eventi
vinciale e na-
ci saremmo
viverlo come
do.

nel 2020 stan-
la storia, stan-
tendo in prima
della propria
razione Na-
Professioni In-
(Fnopi) indica
gli infermieri
sanitaria che
gior numero di
52% di tutti gli

operatori contagiati. Un dato sconcertante, questa nostra professione e l'impegno che la vede coinvolta nel 2020 va valorizzata più di quanto sia stato fatto fino ad oggi.

Questi sono i messaggi-chiave dell'Organizzazione mondiale della Sanità che riguardano in particolare la professione infermieristica:

1. Anno internazionale dell'infermiere: rafforzare l'assistenza per raggiungere la salute di tutti

Troppo spesso gli infermieri sono sottovalutati e messi nelle condizioni di essere incapaci di manifestare il loro vero potenziale.

Nel 2020 ci proponiamo di garantire che tutti gli infermieri operino in un ambiente in cui siano al sicuro da danni, rispettati/e da colleghi medici e membri della comunità, abbiano accesso a un servizio sanitario funzionante e in cui il loro lavoro sia integrato con le altre cure sanitarie di altri professionisti.

2. Rafforzare la leadership e l'influenza degli infermieri per migliorare i servizi sanitari

Gli infermieri possono essere la risposta a molti problemi di salute del mondo, ma prima dobbiamo superare le barriere professionali, socioculturali ed economiche che ancora in molti casi li ostacolano.

3. Impegnare volontà e finanziamenti politici per migliorare l'assistenza infermieristica

La copertura sanitaria universale è una scelta politica. Lo stesso vale per gli investimenti in ogni Paese in infermieristica.

4. Anno internazionale dell'infermiere: cinque aree chiave di investimento

1. Investire in più servizi guidati da infermiere che consentano agli infermieri di lavorare al massimo delle loro potenzialità.
2. Impiegare più infermieri specializzati.
3. Rendere gli infermieri centrali per l'assistenza sanitaria di base, fornendo servizi e supervisionando gli operatori sanitari della comunità.
4. Supportare gli infermieri nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie
5. Investire nella leadership infermieristica.

Ma vediamo come è andata.

DOMENICA 1° DICEMBRE 2019

Secondo uno studio retrospettivo pubblicato su The Lancet il 24 gennaio 2020, il primo caso di COVID-19 confermato in laboratorio a Wuhan, in Cina, era un uomo i cui sintomi erano iniziati il 1° dicembre 2019. Non è stato possibile provare alcun collegamento epidemiologico con altri casi iniziali. Nessuno della sua famiglia si è ammalato.



GIOVEDÌ 12 DICEMBRE 2019

A Wuhan, le autorità sanitarie iniziano a investigare un cluster di pazienti con polmonite virale. Alla fine, scoprono che la maggior parte dei pazienti ha in comune le visite al mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan.

LUNEDÌ 30 DICEMBRE 2019

Li Wenliang, un oculista di 34 anni di Wuhan, pubblica alla fine di dicembre un messaggio sul gruppo WeChat che avvisa i colleghi medici della presenza di una nuova malattia

da coronavirus nel suo ospedale. Scrive che sette pazienti hanno sintomi simili alla SARS e sono in quarantena. Li Wenliang chiede ai suoi amici di informare i loro famigliari e consiglia ai colleghi di indossare dispositivi di protezione individuale.

MARTEDÌ 31 DICEMBRE 2019

La polizia di Wuhan annuncia che sta indagando otto persone per aver diffuso indiscrezioni su di un nuovo focolaio di malattie infettive (vedi 30 dicembre). La Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan riferisce di 27 pazienti con polmonite virale e una anamnesi di esposizione al mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan. Sette pazienti sono gravemente malati. Le manifestazioni cliniche dei casi comprendevano principalmente la febbre, alcuni pazienti avevano difficoltà a respirare, e le radiografie del torace mostravano lesioni infiltrative polmonari bilaterali. Il rapporto afferma che la "malattia è prevenibile e controllabile". L'OMS viene informata del primo focolaio.

GIOVEDÌ 1° GENNAIO 2020

Il mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan viene chiuso.

VENEDÌ 3 GENNAIO

Durante l'esame del liquido di lavaggio bronco-alveolare raccolto da pazienti ospedalizzati tra il 24 e il 29 dicembre, i ricercatori cinesi dell'Istituto Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie Virali hanno escluso la possibilità di infezione da parte di 26 virus respiratori noti, hanno determinato la sequenza genetica di un nuovo genere β -coronavirus (chiamandolo '2019-nCoV') e ne hanno identificato tre ceppi distinti.

DOMENICA 5 GENNAIO

L'OMS dirama un'allerta globale menzionando che 44 pazienti con polmonite di eziologia sconosciuta sono stati segnalati dalle autorità nazionali in Cina. Dei 44 casi segnalati, 11 sono gravemente malati mentre i restanti 33 pazienti sono in condizioni stabili.

MARTEDÌ 7 GENNAIO

Le autorità cinesi annunciano di aver identificato un nuovo coronavirus (CoV) in pazienti di Wuhan (pre-pubblicato 17 giorni dopo). I coronavirus sono un gruppo di virus che causano malattie nei mammiferi e negli uccelli. Nell'uomo, i coronavirus più comuni (HCoV-229E, -NL63, -OC43 e -HKU1) circolano continuamente nella popolazione umana causando raffreddori, a volte associati a febbre e mal di gola, principalmente in inverno e all'inizio della primavera. Due altri coronavirus hanno provocato le epidemie nell'uomo di SARS e MERS. Questi virus si diffondono inalando le goccioline generate quando le persone infette tossiscono o starnutiscono, oppure toccando una superficie dove sono cadute queste goccioline e quindi toccandosi il viso.

VENEDÌ 10 GENNAIO

I dati sulla sequenza genetica del nuovo virus sono stati pubblicati su Virological.org dai ricercatori dell'Università Fudan di Shanghai. Altre tre sequenze sono pubblicate sul portale GISAID (Global Initiative on Sharing All Influenza Data).

Il 10 gennaio 2020, Li Wenliang, prima fonte sul coronavirus, ha iniziato ad avere sintomi di tosse secca. Due giorni dopo, Wenliang inizia ad avere la febbre e il 14 gennaio è ricoverato in ospedale. Anche i suoi genitori avevano contratto il coronavirus e furono ricoverati in ospedale con lui. Wenliang è risultato positivo per il coronavirus il 30 gennaio 2020.

DOMENICA 12 GENNAIO

I laboratori di diversi paesi iniziano a produrre test diagnostici specifici PCR utilizzando le sequenze genetiche del nuovo virus messe a disposizione tramite l'OMS.

Il governo cinese riferisce che non ci sono prove sicure che il virus si trasmetta facilmente da persona a persona.

LUNEDÌ 13 GENNAIO

La Thailandia notifica il primo caso al di fuori della Cina, una donna che era arrivata da Wuhan. Anche Giappone, Nepal, Francia, Australia, Malesia, Singapore, Corea del Sud, Vietnam, Taiwan, Thailandia e Corea del Sud notificheranno dei casi nei successivi dieci giorni.

LUNEDÌ 20 GENNAIO

La Cina notifica tre morti e oltre 200 infezioni. I casi vengono ora diagnosticati anche al di fuori della provincia di Hubei (a Pechino, Shanghai e Shenzhen). La Commissione Nazionale Cinese per la Salute conferma per la prima volta che il coronavirus può essere trasmesso tra persone.

GIOVEDÌ 23 GENNAIO

Con una mossa coraggiosa e senza precedenti, il governo cinese mette in quarantena decine di milioni di persone. Nulla di simile è stato mai fatto nella storia dell'umanità. Nessuno sa se e quanto potrà essere efficace. Tutti gli eventi per il Nuovo Anno Lunare cinese (a partire dal 25 gennaio) vengono cancellati.



Il Comitato di Emergenza OMS del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI (2005), convocato il 22-23 gennaio, riconosce che si stava verificando la trasmissione da uomo a uomo con una stima preliminare R_0 dell'1,4-2,5, e che il 25% dei casi confermati era grave. Tuttavia, il Comitato ha ritenuto che la trasmissione fosse ancora limitata e che non vi fossero "prove certe" della diffusione del virus a livello comunitario al di fuori della Cina. Non potendo raggiungere un consenso fra i membri presenti, il Comitato ha ritenuto che fosse ancora troppo presto per dichiarare un'Emergenza di Sanità Pubblica di Portata Internazionale (PHEIC) e ha deciso di riunirsi nuovamente dopo circa dieci giorni.

VENEDÌ 24 GENNAIO

Almeno 830 casi sono stati diagnosticati in nove paesi: Cina, Giappone, Thailandia, Corea del Sud, Sin-

gapore, Vietnam, Taiwan, Nepal e Stati Uniti. Le prime conferme della trasmissione da uomo a uomo al di fuori della Cina sono documentate dall'OMS in Vietnam. La Francia notifica la conferma dei suoi primi tre casi importati, i primi nell'UE.

Huang et al. pubblicano su The Lancet le caratteristiche cliniche di 41 pazienti. L'articolo segnala il rischio di infezione contagiosa senza segni premonitori durante il periodo di incubazione e suggerisce un "potenziale pandemico" per il nuovo virus.

Chan et al. descrivono un focolaio in un nucleo familiare di polmonite associato al nuovo coronavirus del 2019, che evidenzia la trasmissione da persona a persona.

SABATO 25 GENNAIO

Il governo cinese impone restrizioni nei movimenti in altre città della provincia dell'Hubei. Il numero di persone interessate dalle misure di quarantena è pari a 56 milioni.

Hong Kong dichiara lo stato d'emergenza. Le celebrazioni del Nuovo Anno vengono cancellate e i collegamenti con la Cina continentale sono soggetti a restrizioni.

LUNEDÌ 27 GENNAIO

In Germania viene identificato il primo focolaio di infezione con trasmissione da persona a persona e da pazienti asintomatici in Europa. La fonte dell'infezione era una persona residente a Shanghai che stava visitando un'azienda in Baviera e che ha sviluppato dei sintomi durante il viaggio di ritorno in Cina. I contatti presso l'azienda sono stati sottoposti al test e la trasmissione del virus è stata confermata ai contatti asintomatici ma anche a persone che non hanno avuto contatti diretti con il paziente indice. Gli autori dello studio affermano che "Il fatto che le persone asintomatiche siano potenziali fonti di infezione 2019-nCoV potrebbe giustificare una rivalutazione della dinamica di trasmissione dell'epidemia in corso".

GIOVEDÌ 30 GENNAIO

Su parere del Comitato di Emergenza RSI, il DG OMS ha dichiarato l'epidemia una Emergenza di Sanità Pubblica di Portata Internazionale e ha raccomandato che "tutti i paesi dovrebbero essere preparati per il contenimento, compresa la sorveglianza attiva, la diagnosi precoce, l'isolamento e la gestione dei casi, la ricerca dei contatti e la prevenzione della successiva diffusione dell'infezione 2019-nCoV e dovrebbero condividere i dati completi con l'OMS." L'OMS aveva ricevuto in quel momento segnalazioni di 83 casi in 18 paesi al di fuori della Cina e vi erano prove di trasmissione da uomo a uomo in 3 paesi.

La Cina riporta 7.711 casi e 170 morti. Il virus si è ora diffuso in tutte le province cinesi.

Giuseppe Conte, primo ministro italiano, conferma i primi due casi importati di COVID-19 in Italia.



VENERDÌ 31 GENNAIO

India, Filippine, Russia, Spagna, Svezia, Regno Unito, Australia, Canada, Giappone, Singapore, Stati Uniti, Emirati Arabi Uniti e Vietnam confermano i loro primi casi.

Domenica 2 febbraio

Il primo decesso fuori dalla Cina, di un cinese proveniente da Wuhan, viene segnalata nelle Filippine. Due giorni dopo viene segnalato un altro decesso a Hong Kong.

GIOVEDÌ 6 FEBBRAIO

Muore Li Wenliang



SABATO 8 FEBBRAIO

Il ministro della sanità francese conferma che un cluster di 5 casi di COVID-19 è stato identificato in una stazione sciistica nelle Alpi francesi. Il paziente indice era un cittadino britannico che aveva viaggiato a Singapore il 20-23 gennaio e che poi ha trascorso quattro giorni (24-28 gennaio) in uno chalet a Contamines-Montjoie, nell'Alta Savoia. È risultato positivo al test al suo ritorno in Inghilterra. Quattro contatti nello stesso chalet sono risultati positivi, tra cui un bambino di nove anni che frequentava una scuola locale. Nessuno dei contatti del bambino a scuola o a casa è stato infettato.

LUNEDÌ 10 FEBBRAIO

Amedeo lancia una pubblicazione settimanale di letteratura scientifica sul Coronavirus, che verrà chiamato in seguito Amedeo COVID-19.

MARTEDÌ 11 FEBBRAIO

Meno di tre settimane dopo l'introduzione delle misure di quarantena di massa in Cina, il numero di casi giornalieri notificati inizia a calare.

L'OMS annuncia che la nuova malattia infettiva sarà chiamata COVID-19 (Coronavirus disease 2019) e che il nuovo virus sarà chiamato SARS-CoV-2.

MERCOLEDÌ 12 FEBBRAIO

A bordo della nave da crociera Diamond Princess attraccata a Yo-kohama, in Giappone, 175 persone sono infettate dal virus. Nei giorni e nelle settimane seguenti, a bordo saranno infettate quasi 700 persone.

GIOVEDÌ 13 FEBBRAIO

La Cina ha modificato la definizione di caso COVID-19 per includere la diagnosi clinica (radiologica) dei pazienti senza test PCR di conferma. Di conseguenza, Hubei ha notificato 14.840 nuovi casi confermati, quasi 10 volte di più rispetto al giorno precedente, mentre i decessi sono più che raddoppiati a 242.

MERCOLEDÌ, 19 FEBBRAIO

L'Iran notifica i primi due decessi per coronavirus.

Allo stadio San Siro di Milano, la squadra di calcio dell'Atalanta di Bergamo vince la partita di Champions League contro il Valencia 4 a 1 davanti a 44.000 tifosi provenienti da Italia e Spagna. L'assembramento sui mezzi di trasporto collettivo da Bergamo a Milano e ritorno, le ore di cori ed urla, e i successivi festeggiamenti in innumerevoli bar sono stati considerati da alcuni osservatori come una vera e propria "bomba biologica" del coronavirus.

GIOVEDÌ 20 FEBBRAIO

Un paziente di 30 anni diagnosticato positivo al SARS-COV-2 viene ricoverato nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Codogno (Lodi, Lombardia, Italia). Il paziente sintomatico aveva visitato l'ospedale il giorno prima ma non era stato sottoposto al test poiché non soddisfaceva i criteri epidemiologici di caso sospetto (nessun collegamento con la Cina). Anche sua moglie, 5 membri del personale ospedaliero, 3 pazienti e diversi contatti del paziente indice sono risultati positivi al COVID-19. Nelle 24 ore successive, il numero di casi notificati aumenterà a 36, molti senza collegamenti diretti con il paziente o con casi positivi precedentemente identificati. Viene anche riportato un primo decesso di COVID-19 in un uomo di 78 anni. È l'inizio dell'epidemia in Italia.

SABATO 22 FEBBRAIO

La Corea del Sud riferisce di un improvviso picco di 20 nuovi casi di infezione da coronavirus, sollevando preoccupazioni per un potenziale individuo "super-infettante" che avrebbe già trasmesso l'infezione a 14 persone in una chiesa nella città sud-orientale di Daegu.

DOMENICA 23 FEBBRAIO

L'Italia conferma 73 nuovi casi, portando il totale a 152, e un terzo decesso. Questo rende l'Italia il terzo paese al mondo per numero di casi dopo Cina e Corea del Sud. Si crea una "zona rossa" intorno a Codogno che isola undici aree municipali. Le scuole vengono chiuse.



Il Carnevale di Venezia termina in anticipo e gli eventi sportivi sono sospesi nelle regioni italiane più colpite.

LUNEDÌ 24 FEBBRAIO

Bahrein, Iraq, Kuwait, Afghanistan e Oman riportano i loro primi casi.

VENERDÌ, 28 FEBBRAIO

Una rapida analisi dei casi europei diagnosticati fuori dall'Italia dal 24 al 27 febbraio rivela che 31 persone su 54 (57%) hanno viaggiato di recente nel Nord Italia. Gli epidemiologi si rendono conto immediatamente che sta emergendo una situazione insolita.

SABATO 7 MARZO

I dati ufficiali mostrano che le esportazioni cinesi sono crollate del 17,2 per cento nei primi due mesi dell'anno.

DOMENICA 8 MARZO

Il governo italiano, guidato dal Primo Ministro Giuseppe Conte, ha instaurato il primo esempio di confinamento e blocco delle attività (Lockdown) europeo, appena due settimane e mezzo dopo che è stato identificato il primo caso autoctono italiano di COVID-19. Per prima cosa sono state imposte severe misure di quarantena a 16 milioni di persone nella regione Lombardia e in altre 14 aree del nord Italia. Due giorni dopo Conte estenderà le misure all'intero paese di 60 milioni di persone, dichiarando il territorio italiano una "zona di sicurezza". A tutte le persone viene detto di rimanere a casa a meno che non debbano uscire per "validi motivi di lavoro o motivi familiari". Vengono chiuse tutte le scuole.



LUNEDÌ 9 MARZO

Elena Pagliarini, infermiera 40enne in servizio all'Ospedale di Cremona, crolla dalla stanchezza durante il turno di lavoro, mentre indossa mascherina e guanti. La foto, scattata da un collega alle 6 del mattino, fa il giro dei media diventando un simbolo della lotta contro il coronavirus. L'infermiera diventerà poi positiva al coronavirus, guarendo dopo qualche settimana.



MARTEDÌ 10 MARZO

Xi Jinping visita la città di Wuhan e rivendica una vittoria temporanea nella battaglia contro covid-19. Gli ultimi due dei 16 ospedali temporanei della città vengono chiusi.

MERCOLEDÌ 11 MARZO

Con oltre 118.000 casi di COVID-19 notificati in 114 paesi e 4.291 decessi il Direttore Generale dell'OMS dichiara ufficialmente che l'epidemia di coronavirus è una pandemia. Tutte le scuole di Madrid e dintorni, dalle scuole materne alle università, vengono chiuse per due settimane.

GIOVEDÌ 12 MARZO

L'Italia chiude tutti i negozi tranne i negozi di alimentari e le farmacie. In Spagna, 70.000 persone a Igualada (regione di Barcellona) e in altri tre comuni vengono messi in quarantena per

almeno 14 giorni. Questa è la prima volta che la Spagna adotta misure di isolamento per interi comuni.

Emmanuel Macron, presidente francese, annuncia la chiusura di asili nido, scuole e università da lunedì 16 marzo.

Lutto al Sant'Anna, morto Giuseppe Lanati. Pneumologo



SABATO 14 MARZO

Il governo spagnolo mette l'intero paese in "lockdown", chiedendo a tutte le persone di restare a casa. Le eccezioni includono l'acquisto di cibo o forniture mediche, andare in ospedale, andare al lavoro, o altre emergenze.

Il governo francese annuncia la chiusura dopo la mezzanotte di tutti i luoghi pubblici "non essenziali" (bar, ristoranti, caffè, cinema, discoteche). Solo i negozi di alimentari, farmacie, banche, tabaccherie e distributori di benzina possono rimanere aperti.

DOMENICA 15 MARZO

La Francia chiama 47 milioni di elettori alle elezioni. Sia i leader del governo che quelli dell'opposizione sembrano essere a favore del mantenimento delle elezioni municipali.

MARTEDÌ 17 MARZO

Sette milioni di persone nella zona della Baia di San Francisco hanno ricevuto l'ordine di "rifugiarsi in casa" e gli è vietato lasciare il domicilio ad eccezione di casi di "attività essenziali" (acquisto di cibo, medicine e altre necessità). La maggior parte delle attività sono chiuse. Le eccezioni: negozi di alimentari, farmacie, ristoranti (solo per asporto e consegna), ospedali, distributori di benzina, e banche.

MERCOLEDÌ 18 MARZO

Una colonna di mezzi militari trasporta le bare di decine di vittime del covid-19 verso i cimiteri di altre città per la cremazione; l'immagine diventa simbolo di sofferenza di una città, quella orobica, tra le più duramente colpite dal virus.



Come piange la scomparsa del Dott. Raffaele Giura, dopo aver contratto il virus che sta mietendo migliaia di vittime.



GIOVEDÌ, 19 MARZO

Per la prima volta dall'inizio dell'epidemia di coronavirus, non ci sono stati nuovi casi a Wuhan e nella provincia di Hubei. Il governatore californiano Gavin Newsom ordina a tutta la popolazione della California (40 milioni di persone) di "restare a casa". I residenti possono lasciare le loro case solo per soddisfare le esigenze di base come acquistare cibo, andare in farmacia o dal medico, visitare i parenti, e fare esercizio fisico.

VENERDÌ 20 MARZO

L'Italia conferma 6.000 nuovi casi e 627 decessi in sole 24 ore.

In Spagna, il confinamento a causa del coronavirus riduce il tasso di criminalità del 50%.

La Cina non segnala nuovi casi di diffusione locale del coronavirus per tre giorni consecutivi. Le restrizioni sono allentate, si riprende la vita normale. Il mondo intero ora guarda alla Cina. Il virus si diffonderà di nuovo?

Lo stato di New York, ora il centro dell'epidemia statunitense (popolazione: 20 milioni), dichiara una chiusura generalizzata. Solo le attività essenziali (alimentari, ristoranti ad asporto o consegna, farmacie e lavanderie a gettoni) rimarranno aperte. E i negozi di liquori? Sono negozi essenziali!

DOMENICA 22 MARZO

Byung-Chul Han pubblica La emergencia viral y the mundo de mañana (El País): "I paesi asiatici stanno gestendo questa crisi meglio dell'Occidente. Mentre loro lavorano con dati e mascherine, qui si reagisce in ritardo e i confini restano aperti".

LUNEDÌ 23 MARZO

il Regno Unito mette in atto misure di chiusura. Sono meno severe di quelle in Italia, Spagna e Francia.

La cancelliera tedesca Angela Merkel si auto-quarantena dopo essere entrata in contatto con una persona che era risultata positiva al coronavirus.

MARTEDÌ 24 MARZO

Di tutti i casi notificati in Spagna, il 12% è tra gli operatori sanitari.

Le Olimpiadi di Tokyo sono rinviati al 2021.

L'India ordina un lockdown a livello nazionale. A livello globale, tre miliardi di persone sono ora in confinamento domiciliare.

MERCOLEDÌ 25 MARZO

Dopo settimane di severe misure di contenimento, le autorità cinesi revocano le restrizioni di viaggio nella provincia di Hubei. Per viaggiare, i residenti dovranno disporre del "Codice verde" fornito da un sistema di monitoraggio che utilizza l'app AliPay.

Una giovane di 16 anni muore a Parigi per COVID-19. Non aveva malattie pregresse.

GIOVEDÌ 26 MARZO

America First: Gli Stati Uniti sono ora il paese con il maggior numero di casi dichiarati di coronavirus al mondo.

Per paura di riattivare l'epidemia, la Cina vieta alla maggior parte degli stranieri di entrare nel paese.

VENERDÌ 27 MARZO

Via Crucis: ex detenuti, medici e infermieri portano la croce in Piazza San Pietro deserta

In una piazza San Pietro vuota e sferzata da una pioggia battente, papa Francesco prega per l'umanità e riflette sulla pandemia: "Da settimane sembra che sia scesa la sera", dice. "Fitte tenebre si sono addensate sulle nostre piazze, strade e città; si sono impadronite delle nostre vite riempiendo tutto di un silenzio assordante e di un vuoto desolante, che paralizza ogni cosa al suo passaggio: si sente nell'aria, si avverte nei gesti, lo dicono gli sguardi".



LUNEDÌ 30 MARZO

Flaxman S et al. dell'Imperial College COVID-19 Response Team, pubblicano nuove stime aggiornate sul numero reale di persone infettate in 11 paesi europei. Il loro modello matematico stima che al 28 marzo, in Italia e in Spagna, sarebbero stati infettati rispettivamente 5,9 milioni e 7 milioni di persone (vedere la tabella online). Germania, Austria, Danimarca e Norvegia avrebbero tassi di infezione (percentuale della popolazione infetta) più bassi. Questi dati suggeriscono che la mortalità dell'infezione da COVID-19 in Italia potrebbe essere all'incirca dello 0,4% (0,16% - 1,2%).

Mosca e Lagos (21 milioni di abitanti) vanno in lockdown.

MERCOLEDÌ 1° APRILE

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite dichiara che la pandemia di coronavirus rappresenta la "peggior crisi" del mondo dopo la Seconda guerra mondiale.

GIOVEDÌ 2 APRILE

Vengono notificati oltre un milione di casi in tutto il mondo. Il numero reale è probabilmente molto più alto.

SABATO 4 APRILE

In Europa si avvertono i primi segni di speranza. In Italia il numero di persone ricoverate in reparti di terapia intensiva diminuisce per la prima volta dall'inizio dell'epidemia. La Lombardia decide che a partire da domenica 5 aprile le persone dovranno coprirsi il volto con mascherine o sciarpe. I supermercati devono fornire guanti e gel idroalcolico ai propri clienti.

In Francia, 6.800 pazienti sono ancora ricoverati in reparti di terapia intensiva. Più di 500 sono stati trasferiti da ospedali nei focolai epidemici come l'Alsazia e l'area parigina a regioni con meno casi di COVID-19. Sono stati impiegati treni TGV ad alta velocità TGV e aerei appositamente adattati.

DOMENICA 5 APRILE

La Direzione Generale della Sanità Pubblica statunitense avverte che il paese dovrà affrontare una nuova "Pearl Harbor" nelle prossime settimane.

Gli Stati Uniti sono il nuovo epicentro dell'epidemia COVID-19. Al 5 aprile sono stati segnalati oltre 300.000 casi e quasi 10.000 decessi. Quasi la metà è stata notificata a New York e in New Jersey.

MERCOLEDÌ 8 APRILE

Il Giappone dichiara lo stato di emergenza; Singapore ordina un lockdown parziale.

A Wuhan le persone vengono autorizzate a viaggiare per la prima volta da quando la città è stata sigillata 76 giorni fa. The Guardian pubblica una cronologia ben documentata della pandemia: "Coronavirus: i 100 giorni che hanno cambiato il mondo."

GIOVEDÌ 9 APRILE

I ministri delle finanze dell'UE concordano un piano di emergenza comune per limitare l'impatto della pandemia di coronavirus sull'economia europea. L'Eurogruppo raggiunge un accordo su un piano di risposta del valore di oltre 500 miliardi di euro per sostenere i paesi più colpiti dall'epidemia.

L'epidemia sta devastando l'economia americana. Più di 16 milioni di americani hanno presentato richiesta di disoccupazione nelle ultime tre settimane.

VENERDÌ 10 APRILE

Un messaggio sul tuo cellulare: "Sei stato in contatto con qualcuno positivo per il coronavirus." Google e Apple annunciano che stanno mettendo a punto un sistema di tracciamento del coronavirus su iOS e Android. Lo sforzo congiunto consentirebbe l'uso della tecnologia Bluetooth per creare una rete volontaria di tracciamento dei contatti. Le app ufficiali delle autorità sanitarie pubbliche otterrebbero un ampio accesso ai dati conservati sui telefonini che si sono trovati vicini l'uno all'altro. Se un utente segnala che gli è stato diagnosticato il COVID-19, il sistema avvisa le persone che sono state in stretto contatto con la persona infetta.

SABATO 11 APRILE

Oltre 400 delle 700 strutture di assistenza per lungodegenti francesi (EHPAD in francese, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) notificano casi di COVID-19.

In Italia, 110 medici e circa 30 altri lavoratori ospedalieri, la metà dei quali infermieri, sono deceduti per COVID-19.



DOMENICA 12 APRILE

Pasqua 2020. L'Italia registra 361 nuovi decessi, il numero più basso da 25 giorni, mentre la Spagna notifica 603 decessi, in calo di oltre il 30% dal picco di 10 giorni prima. Il Regno Unito registra il numero più elevato di decessi giornalieri, quasi 1.000. Il numero totale di morti dovuti a COVID-19 ora supera i 10.000. Come in molti altri paesi, i numeri reali potrebbero essere leggermente più alti a causa della sottostima delle persone che muoiono nelle case di riposo.

Il numero di decessi correlati a COVID-19 negli Stati Uniti supera i 22.000, mentre il numero totale di casi supera 500.000. A New York ci sono indicazioni che la pandemia potrebbe avvicinarsi al suo apice.

MARTEDÌ 14 APRILE

L'Austria è il primo paese europeo ad allentare le misure di blocco. Apre officine per auto e biciclette, autolavaggi, negozi di materiali da costruzione e ferramenta, centri del fai-da-te e giardinaggio (indipendentemente dalle dimensioni) oltre ai rivenditori più piccoli con un'area clienti inferiore a 400 metri quadrati. Questi negozi devono garantire che vi sia un solo cliente ogni 20 metri quadrati. Nella sola Vienna, sono autorizzati a riaprire 4.600 negozi. Gli orari di apertura vengono limitati dalle 7.40 alle 19.00. La tabella di marcia per le prossime settimane e mesi:

- 1° maggio: riaprono tutti i negozi, i centri commerciali e i parrucchieri
- 15 maggio: Gli altri servizi come ristoranti e hotel resteranno chiusi almeno fino a metà maggio.
- 15 maggio o successivo: possibile riapertura delle lezioni scolastiche.
- Luglio: possibile, ma improbabile, organizzazione di eventi di ogni tipo (sportivi, musicali, teatri, cinema, ecc.).

Vi è un obbligo generico di indossare una mascherina nel fare la spesa e sui trasporti pubblici.

Il Fondo monetario internazionale (FMI) prevede una contrazione del 3% del PIL mondiale nel 2020. Non è esclusa la possibilità di una caduta ancora più brutale nel 2021. Quella che è forse la peggiore recessione economica dopo la Grande Depressione del 1929 non risparmierà alcun continente. In una recessione che non ha eguali in tempo di pace da quasi un secolo, i paesi della zona euro, il Regno Unito e gli Stati Uniti potrebbero vedere una contrazione delle attività tra il 5,9% e il 7,5%. L'economia cinese dovrebbe crescere di circa l'1%.

Stati Uniti: il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) riferisce che oltre 9.000 operatori sanitari hanno contratto il COVID-19 con almeno 27 decessi. L'età media era di 42 anni e il 73% era di sesso femminile. I decessi si sono verificati più frequentemente in operatori sanitari di età >65 anni.

MERCOLEDÌ, 15 APRILE

Philip Anfinrud e Valentyn Stadnytsky del National Institutes of Health in Bethesda, descrivono un esperimento di diffusione della luce laser in cui sono state visualizzate goccioline generate dal linguaggio e le loro traiettorie. Hanno scoperto che quando una persona durante il test dice "resta in salute", vengono generate numerose goccioline che vanno dai 20 ai 500 µm. Quando la stessa frase viene pronunciata tre volte attraverso un panno leggermente

umido posto sulla bocca di chi parla, il livello luminoso (e quindi le goccioline) resta vicino al livello di base. Il video supporta la raccomandazione di indossare mascherine in pubblico. Gli autori hanno anche scoperto che il numero di goccioline prodotto aumenta con il volume del parlato.

GIOVEDÌ 16 APRILE

È scomparso il dottore farmacista Fernando Marcantonio, colpito dal Covid-19



DOMENICA 19 APRILE

Il traffico aereo in Europa è crollato di oltre il 95%, Care England, il più grande ente rappresentativo britannico per le case di cura, afferma che fino a 7.500 residenti potrebbero essere deceduti per COVID-19. Un numero molto superiore ai 1.400 decessi stimati dal governo. Nella sola Catalogna circa 6.615 operatori ospedalieri e altri 5.934 nelle case di cura per anziani sono sospettati di essere o esser stati positivi al COVID-19.

LUNEDÌ 20 APRILE

L'Okttoberfest in Germania è stata cancellata. L'iconico festival della birra, colloquialmente noto come Die Wiesn o "il prato", attira ogni anno circa 6 milioni di visitatori da tutto il mondo. Della durata di più di due settimane in settembre/ottobre, si tiene in tendoni molto affollati con lunghi tavoli di legno, dove le persone celebrano con cibo, balli, birra e abbigliamento tradizionali. La perdita economica per la città di Monaco è stimata in circa un miliardo di euro.

DOMENICA 26 APRILE

La città di Wuhan annuncia che tutti i restanti casi COVID-19 sono stati dimessi dagli ospedali.

SABATO 25 APRILE

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella celebra la festa della liberazione dell'Italia dal nazifascismo. Da solo e indossando una mascherina, Mattarella depone una corona di alloro sulla tomba di Milite ignoto all'Altare della Patria, a Roma.



LUNEDÌ 27 APRILE

I geni determinano i sintomi del coronavirus? Dopo aver studiato 2.633 gemelli identici e fraterni a cui è stato diagnosticato il COVID-19, un gruppo di ricerca del King's College di Londra riporta che i sintomi del COVID-19 (febbre, diarrea, delirio e perdita di gusto e olfatto) sembrano essere attribuibili al 50% a fattori genetici. Non è ancora chiaro tuttavia fino a che punto le morti riferite a gemelli identici possano essere attribuite a fattori genetici.



Il presidente del Consiglio Giuseppe Conte ha firmato il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri (Dpcm) che specifica le riaperture a partire dal 18 maggio, nell'ambito della fase 2 della lotta al coronavirus. Il testo del decreto è qui. Il governo, d'intesa con le Regioni, ha permesso l'apertura delle attività produttive, con una delega però alle Regioni e alle province autonome che «possono stabilire una diversa data in relazione all'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori». Il provvedimento conferma il calendario delle riaperture di cui il premier aveva parlato sabato sera in conferenza stampa a partire dal 18 maggio 2020 fino al 15 giugno 2020. Gli ultimi ad aprire — secondo le norme contenute nel decreto, e salvo deroghe contenute in norme regionali — saranno cinema e teatri, per i quali rimarranno i vincoli anti-assembramento di massimo 200 persone negli spazi chiusi e mille all'aperto. Chi ha sintomi compatibili con il virus deve stare a casa. Verranno spalmate su quattro lunedì le riaperture nella fase 2 dell'emergenza coronavirus dopo il lockdown: si parte il 27 aprile con le fabbriche di macchine aziendali, il 4 maggio via libera ai cantieri. Gli ultimi ad aprire il 18 maggio saranno bar e ristoranti.

VENERDÌ 1° MAGGIO

Un nuovo test SARS-CoV-2 potrebbe essere in grado di identificare i portatori di virus prima che siano infettivi, secondo un articolo di The Guardian. Il test su di un campione di sangue sarebbe in grado di rilevare la presenza del virus già 24 ore dopo l'infezione, molto prima che le persone mostrino dei sintomi e diversi giorni prima che un portatore sia considerato in grado di infettare altre persone.

DOMENICA 3 MAGGIO

La Roche ottiene l'autorizzazione di emergenza dalla Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti per il suo test anticorpale, l'Elecsys Anti-SARS-CoV-2, che ha una specificità di circa il 99,8% e una sensibilità del 100%.

LUNEDÌ 4 MAGGIO

L'Italia sta cautamente allentando le misure di chiusura. Ora le persone possono fare jogging, ma non possono andare in spiaggia; possono navigare ma non nuotare; e possono visitare i parenti fino al 6° grado, ma non amici, fidanzati o amanti.

Un ospedale francese che ha testato nuovamente dei vecchi campioni prelevati da pazienti affetti da polmonite scopre di aver già curato un uomo con il coronavirus il 27 dicembre, un mese prima che il governo francese confermasse i primi casi.

Ricercatori dell'Università di Bonn, in Germania, pubblicano uno studio sierologico su 919 persone a Gangelt, una piccola cittadina tedesca che è stata esposta a un evento di "super diffusione" (festività di carnevale). Il 15,5% è risultato positivo, con un tasso di letalità per infezione stimato allo 0,36%. Il 22% delle persone infettate era asintomatico.

MERCOLEDÌ 6 MAGGIO

Il bilancio ufficiale delle vittime da COVID-19 nel Regno Unito supera le 30.000.

GIOVEDÌ 7 MAGGIO

Solo 15 paesi al mondo non hanno notificato ufficialmente all'OMS alcun caso di COVID-19, vale a dire: Corea del Nord, Turkmenistan, Kiribati, Isole Marshall, Micronesia, Samoa, Isola Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Isola di Cook, Nauru, Niue, Palau e Lesotho.

Secondo i dati dell'Ufficio delle statistiche nazionali del Regno Unito, le persone di colore hanno una probabilità quattro volte maggiore di morire di COVID-19 rispetto ai bianchi.

LUNEDÌ 18 MAGGIO

Merkel e Macron annunciano un piano di aiuti da 500.000 milioni di euro per la ricostruzione dell'Europa (El País).

La casa farmaceutica Moderna annuncia che il suo vaccino sperimentale mRNA-1273 ha stimolato anticorpi in otto volontari sani di età compresa tra 18 e 55 anni. I livelli di anticorpi neutralizzanti corrispondevano o superavano i livelli riscontrati nei pazienti guariti dall'infezione SARS-CoV-2 (The Guardian).

In Italia Messe e funzioni religiose dal 18 maggio

MERCOLEDÌ 20 MAGGIO

Google e Apple rilasciano il loro sistema di notifica dell'esposizione utilizzato per informare gli utenti di una esposizione al coronavirus: <https://www.google.com/covid19/exposurenotifications>.

VENERDÌ 22 MAGGIO

Zhu et al. pubblicano Safety, Tolerability, and Immunogenicity of a Recombinant Adenovirus type-5 Vectors COVID-19 Vaccine (Sicurezza, Tollerabilità e Immunogenicità di un vaccino COVID-19 su vettore adenovirus ricombinante di tipo 5).

Fafi-Kremer 2020 et al. pre-pubblicano un articolo su Serologic responses to SARS-CoV-2 infection among hospital staff with mild disease in eastern France, (le risposte sierologiche all'infezione da SARS-CoV-2 tra il personale ospedaliero con malattia lieve nella Francia orientale) segnalando che gli anticorpi neutralizzanti contro SARS-CoV-2 sono stati individuati in quasi tutto il personale ospedaliero (n=160) su campioni prelevati 13 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi da COVID-19 (vedi anche Le Monde).

MERCOLEDÌ 3 GIUGNO

l'Italia riapre i suoi confini.

A decorrere dal 3 giugno 2020, fatte salve le limitazioni disposte per specifiche aree del territorio nazionale nonché le limitazioni disposte in relazione alla provenienza da specifici Stati e territori, non sono soggetti ad alcuna limitazione gli spostamenti da e per i seguenti Stati: a) Stati membri dell'Unione Europea; b) Stati parte dell'accordo di Schengen; c) Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del nord; d) Andorra, Principato di Monaco; e) Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano.

I viaggi vietati.

Dal 3 al 15 giugno 2020, restano vietati gli spostamenti da e per Stati e territori diversi da quelli indicati salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute. Resta in ogni caso consentito il rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza. L'isolamento fiduciario per chi arriva dall'estero prima del 3 giugno.

VENERDÌ 5 GIUGNO

I principali ricercatori dello studio clinico RECOVERY riportano che non vi è alcun beneficio clinico dall'uso dell'idrossiclorochina nei pazienti ospedalizzati con COVID-19.

SABATO 6 GIUGNO

Il Guardian riferisce che circa 600 operatori sanitari statunitensi sono morti per COVID-19.

DOMENICA 7 GIUGNO

Tre episodi separati di super-infezione in un ufficio, un ristorante e un autobus dimostrano quanto facilmente il SARS-CoV-2 possa essere trasmesso su distanze superiori a 1 metro.

LUNEDÌ 15 GIUGNO

Consentiti gli spettacoli con la presenza di pubblico in sale teatrali, sale da concerto e in altri spazi anche all'aperto, nonché le proiezioni cinematografiche sono svolti solo con posti a sedere pre-assegnati e distanziati.

Sale scommesse, bingo e discoteche restano chiusi.

I centri benessere e i centri culturali restano chiusi.

Manifestazioni solo «in forma statica».

Tutti i cortei restano vietati fino a data da destinarsi.

In Lombardia resta l'obbligo di indossare le mascherine anche all'aperto fino al 30 giugno, così come rimane quello di misurare la febbre ai dipendenti sul luogo di lavoro, ma anche per i clienti dei ristoranti.

La riapertura delle discoteche Regione per Regione.

Il governo ha rinviato al 14 luglio la riapertura di discoteche e sale da ballo, ma molte Regioni hanno deciso di anticipare questo termine. In Emilia-Romagna si riparte dal 19, ma solo all'aperto: restano vietati i balli di coppia tra persone non conviventi. In Veneto la riapertura è prevista per il 19, così come in Liguria. Nel Lazio riapertura già da oggi, ma i balli sono ancora vietati. Mentre in Puglia si può anche ballare, ma solo all'aperto. Stesse regole della Puglia anche per la Toscana, mentre in Campania le discoteche vengono riaperte ma non si può ancora ballare.

DOMENICA 9 AGOSTO

Il Premier Giuseppe Conte ha pubblicato il nuovo Dpcm agosto, che regolerà la fase di passaggio dell'estate, prima di rivalutare la situazione dell'emergenza coronavirus a

settembre, in vista della riapertura di scuole ed uffici, con scadenza fissata al 7 settembre 2020.

Le nuove linee guida dettate dal governo confermano l'obbligo di mascherine al chiuso, il distanziamento interpersonale di almeno un metro e l'obbligo di stare a casa con temperatura superiore a 37,5°.

Fra le novità di questo Dpcm, l'attesissimo via libera a partire da settembre per convegni e fiere, un settore che muove un giro d'affari importante e che in autunno deve necessariamente ripartire.

Si anche alle crociere, ma con rigorosi protocolli d'imbarco, fra cui una visita medica, un questionario e la possibilità che le situazioni "incerte" vengano valutate da una commissione ad hoc.

Possono riaprire anche centri benessere e saune, ma non il bagno turco, con contingentamento degli accessi, applicazione delle norme per il distanziamento di almeno due metri al chiuso e disinfezione continua dei locali.

Non c'è ancora il via libera per le discoteche al chiuso, che dovranno ancora attendere, essendo luoghi tipicamente off limits per quanto concerne il distanziamento e le basilari misure di prevenzione.

Stadi ancora chiusi, ma il Decreto consente la partecipazione agli eventi sportivi "minori", con un tetto di 1.000 spettatori all'aperto e 200 al chiuso. Consentite anche le competizioni nazionali ed internazionali, tipo gli internazionali di tennis, ma sono prescritte per gli atleti provenienti dall'estero una breve quarantena ed il tampone faringeo (negativo).

LUNEDÌ 17 AGOSTO

Il governo ha deciso di chiudere discoteche, sale da ballo e «locali assimilati» in tutta Italia. gli organizzatori di Fiere possono riaprire.

Nel testo dell'ordinanza è chiarito che non sono ammesse deroghe regionali alla normativa nazionale.

Stretta anche sulle mascherine: i presidi saranno obbligatori anche «all'aperto, negli spazi di pertinenza dei luoghi e locali aperti al pubblico nonché negli spazi pubblici (piazze, slarghi, vie) dove per le caratteristiche fisiche sia più agevole il formarsi di assembramenti», «dalle 18 alle 6», su tutto il territorio nazionale.

VENERDÌ 21 AGOSTO

Presso l'ospedale San Gerardo di Monza, se n'è andato Javier Chunga, infermiere di 59 anni, dopo tre duri mesi di ventilazione artificiale.



Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha firmato il Dpcm che proroga al 7 ottobre le misure precauzionali per contrastare e contenere il diffondersi del virus Covid-19 contenute nel Dpcm 7 agosto 2020.

SABATO 5 SETTEMBRE



DOMENICA 6 SETTEMBRE

Alessia Bonari: l'infermiera simbolo della lotta al Coronavirus sul red carpet di Venezia

La 23 enne toscana, che lavora in un ospedale di Milano, a sorpresa sul tappeto rosso, ha calcato il red carpet di "Padrenostro" al Festival del Cinema di Venezia.



È tristemente balzata agli onori della cronaca per la foto che la ritraeva, il 9 marzo 2020, con il volto pieno di lividi causati dalla mascherina, presidio di protezione individuale necessario nella sua professione da infermiera. Il suo viso era pieno di segni, dopo l'ennesimo turno di lavoro massacrante in piena emergenza Covid 19. Lei in rappresentanza di tutte le persone, infermiere, medici e operatori sanitari che hanno combattuto in prima linea la battaglia contro il Coronavirus. "Grazie Venezia per tutto l'affetto ricevuto ma soprattutto grazie alla mia Italia" scrive Alessia in una foto, postata sul suo account Instagram, con un abito lungo nero (targato Momoni), capelli laterali e un timido sorriso di chi proprio non è abituato ai flash dei fotografi. «Ho paura perché la mascherina potrebbe non aderire bene al viso, o potrei essermi toccata accidentalmente i guanti sporchi, o magari le lenti non mi coprono nel tutto gli occhi e qualcosa potrebbe essere passato» scriveva mesi fa Alessia, che aveva rivelato di aver paura ad andare al lavoro ma che questo non l'avrebbe fermata. Diventando il simbolo della lotta al Coronavirus.

DOMENICA 13 SETTEMBRE

Due ragazze che giocano a tennis, a Finale Ligure, scambiosi dritti e rovesci dai tetti di due palazzi: un'immagine, ha scritto la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen, simbolo dei mesi "difficili" della pandemia e di come con la forza di volontà si possa superare qualsiasi ostacolo.



LUNEDÌ 14 SETTEMBRE

Ricomincia la scuola.



MARTEDÌ 15 SETTEMBRE

Muore Don Roberto Malgesini.





AI TEMPI DEL NUOVOCORONAVIRUS

Essere infermieri al tempo del Corona Virus: non puoi sceglierlo, ti ci ritrovi in mezzo.

Giorno dopo giorno abbiamo visto i nostri reparti trasformarsi, abbiamo visto i nostri pazienti trasferirsi e abbiamo visto cambiare il nostro ambiente quotidiano.

Dall'inizio dell'emergenza sono stati messi in atto tutti i protocolli necessari a creare adeguati percorsi dedicati ai pazienti infetti e potenzialmente tali: cartellonistica di allerta in tutti i corridoi, chiusura di spazi comuni e riduzione dell'afflusso dei visitatori.

Ma il grande cambiamento lo si vive in reparto, dove si passa la maggior parte del turno. Un turno che inizia venti minuti prima, ma anche mezz'ora prima del previsto. Perché ai tempi del Corona Virus, nei reparti dedicati, tutto il personale deve vestirsi ed isolarsi in modo completo indossando tutti i dispositivi di protezione individuale (DPI) necessari: si inizia con una divisa in TNT monouso, si prosegue con il primo paio di guanti, calzari ben scocciati ai pantaloni, un copricapo stile "burqa" che lascia fuori solo gli occhi; si continua con il camice che

arriva fin sotto alle ginocchia e al quale si scoccia il secondo paio di guanti. Infine, si indossano gli occhiali o la visiera protettiva ed il terzo paio di guanti. Tutte queste procedure fatte come un rituale, in silenzio, aiutati dai propri colleghi, e già da subito si intuisce l'aumentato senso di unità con i colleghi, dove reciprocamente si affida la propria sicurezza al collega affinché ci si aiuti nella vestizione che non si può fare da soli.

La nostra forza è poter contare sui propri compagni di viaggio, sapere che dove non arrivi tu arriva il tuo collega. Quando ti vedono stanco, affaticato, affannato sotto a quella tuta impermeabile con gli occhiali appannati dal caldo insopportabile che ti limitano la visuale, sono proprio i tuoi colleghi a metterti una mano sulla spalla e a dirti "vai tranquillo, siediti un attimo e riposati, proseguo io con la terapia".

Ai tempi del Corona Virus non è facile fare l'infermiere, né tanto meno essere infermiere: tutto ciò che hai fatto fin qui diventa irrilevante, entri in un mondo completamente nuovo, familiare sì ma nuovo.

Quell'idea di dover chiu-

dere le porte delle stanze per isolare i pazienti e non poterli vedere dal corridoio mentre passi buttando un'occhiata alla stanza; quell'idea di dover passare il minor tempo possibile col paziente per ridurre le probabilità di contagio; quell'idea che l'unica speranza che quel paziente ha sei tu, che gli porti i saluti di un familiare sentito al telefono o in videochiamata con la voce tremante e spaventata.

Ai tempi del Corona Virus, per noi infermieri non esiste l'Home Working, perché noi da casa dobbiamo uscire: usciamo di casa con un unico obiettivo, fare in modo che i nostri pazienti, a casa, ci possano tornare.

Ai tempi del Corona Virus scopri nuovi valori, nuove risorse, nuove paure. Cambiano i modi di salutarsi, il modo di relazionarsi, impari a comunicare con gli occhi che sono ormai l'unica parte appena visibile dietro gli occhiali protettivi. Ma si continua a lottare insieme a chi, con te, si ritrova isolato in una realtà quasi sospesa: dove la differenza la fa il risultato di un tampone.

Ai tempi del Corona Virus noi infermieri ci siamo, come ci siamo sempre stati, e ci saremo anche dopo.

* già infermiere di area critica presso l'Ospedale di Gravedona, è infermiere presso l'u.o. di riabilitazione e blocco operatorio presso il Presidio di San Fermo della Battaglia.

** Infermiere laureato presso l'Università degli Studi dell'Insubria di Varese. Ora infermiere presso il DEA - ASST Lariana di San Fermo della Battaglia di Como. Responsabile Social di OPI Como.

Per pubblicare la tua recensione, invia il testo, il titolo del libro e i dettagli all'indirizzo: info@opicomo.it



Titolo: **Covid ergo sum. La pandemia racconta gli infermieri** - Autore: Laura Binello, Cinzia Botter

Un racconto onesto e intenso dei mesi più terribili della pandemia, quelli del tempo sospeso e delle terapie intensive sature. Le parole sono degli infermieri italiani che hanno vissuto sulla loro pelle, portandone i segni, l'emergenza sanitaria. I corpi svestono le tute protettive, i guanti, le mascherine e finalmente si mostrano senza filtri. Scompaiono gli eroi e restano soltanto delle persone che avvertono la necessità di guardare e toccare l'umanità ferita.

Il dramma sanitario globale diventa così l'occasione per diventare testimoni di una storia e per costruire una memoria da cui ricominciare.

Il volume è stato scritto a 4 mani dalle infermiere Laura Binello e Cinzia Botter.

Laura Binello, donna, madre, infermiera, esperta di medicina narrativa, scrittrice. Cinquantasei anni di vita trascorsi in Piemonte, tra le colline del Monferrato e l'ospedale Cardinal Massaia di Asti. Autrice alla sua terza esperienza letteraria.

Cinzia Botter, donna, madre, infermiera, scrittrice esordiente. Classe 1963, veneziana di nascita ma bergamasca di adozione, è infermiera responsabile gestionale dei servizi di assistenza domiciliare integrata e cure palliative del Presidio San Donato Habilita di Osio di Sotto (BG).



Titolo: **Racconti di cura che curano** - Autore: R. Silvia Fortunato

Gli operatori sanitari al tempo del coronavirus si scoprono scrittori, poeti che oltre a curare sanno raccontare. Sarebbe un vero peccato disperdere questo patrimonio di testimonianze che ci fanno capire cosa abbia significato (e cosa significhi ancora, nel momento in cui scriviamo questo breve estratto) affrontare l'emergenza sanitaria causata da un virus sconosciuto e subdolo. Questo libro è un diario dell'emergenza che manterrà intatto il suo valore testimoniale.

Parte del ricavato dalla vendita di questo libro andrà a sostegno del personale sanitario colpito da Covid-19 e delle loro famiglie.



Titolo: **Mai più eroi in corsia** - Autore: Riccardo Iacona

Riccardo Iacona ci porta dentro l'inferno della pandemia. Le cronache di questi mesi, dal 21 febbraio del 2020, quando improvvisamente con il paziente 1 di Codogno scopriamo di avere il Coronavirus in casa, si mescolano alle voci e alle testimonianze struggenti dei protagonisti - dei medici di base e negli ospedali, degli infermieri, dei parenti delle vittime -, ma anche alle analisi degli esperti, di chi aveva avvisato dei rischi e che non è stato ascoltato per tempo. Perché, in fondo, le domande che ci perseguitano da mesi sono queste: c'è una quota di morti, di lutto e di sofferenza aggiuntiva, che dipende strettamente dalle nostre responsabilità, da come ci siamo comportati e che ci saremmo potuti evitare? Come mai i servizi sanitari delle Regioni colpite hanno agito in modo così diverso? C'è qualcuno che ha fatto meglio degli altri, in Italia e nel mondo? Quello che ne viene fuori non è semplicemente un atto di accusa verso il nostro sistema sanitario o verso le Regioni che si sono fatte trovare impreparate, ma una riflessione attenta sulle fragilità strutturali e sulle indecisioni e le incurie della politica. Fare i conti con tutto quello che ha funzionato e tutto quello che è andato storto significa non necessariamente additare dei colpevoli, ma cercare soluzioni efficaci per il futuro. Perché ci potrebbe essere una seconda ondata e perché potremmo affrontare altre emergenze sanitarie. E perché in un Paese che funziona bene l'eroismo dei singoli non basta. Non può bastare più.

“Non ci si può aspettare
mai gratitudine
per ciò che facciamo.
La nostra gratifica
è già in quello
che abbiamo fatto.”

Giuseppe D'Oria



In questi ultimi giorni si è molto parlato di Don Roberto. Giornali, televisione, gente comune, hanno raccontato la sua storia. Una storia fatta di amore, semplicità, sorrisi, autenticità fuori dal comune. Ma chi era davvero? Uomo dal cuore nobile, ideali “sopraffini”, angelo venuto dal cielo per aiutare chi ne aveva più bisogno. Molti lo identificavano come il prete dei migranti, ma la definizione è senz'altro riduttiva.

Lui era il prete degli ultimi, degli invisibili, degli emarginati. Era padre, fratello, amico dei reietti, di quelli che nessuno voleva vedere, né tantomeno aiutare. Era il prete di TUTTI, senza alcuna distinzione, senza se e senza ma. Don Roberto era la luce che contrastava il buio della notte più nera... Don Roberto era la seconda possibilità di chi le aveva perse ormai tutte... Don Roberto era una scommessa di riscatto. Don Roberto era un eroe e, per certi versi, un santo. **“L'eroe è colui che accende una grande luce nel mondo, che mette delle torce fiammeggianti nelle strade oscure perché gli uomini possano vedere. Il santo è l'uomo che cammina nelle strade buie del mondo, egli stesso luce” (Felix Adler).** Nelle notti passate in trincea al pronto soccorso era anche la nostra luce, un punto di riferimento, spalla su cui contare, sempre.

A chi teme che il suo operato vada perso, rispondiamo con l'immagine dell'agricoltore sapiente. Siamo convinti che i suoi semi non andranno dispersi e genereranno frutti speciali e se davvero Don Roberto ci ha insegnato qualcosa, questo qualcosa è non odiare. Lui vorrebbe così. Continueremo a seguire la sua strada, con AMORE

Gli Infermieri di OPI Como