

## **Gli infermieri di area critica tra ripresa e resilienza: si può andare oltre i numeri?**

### ***Critical care nursing, recovery and resilience: can we think besides numbers?***

■ **SILVIA SCELSI, GUGLIELMO IMBRIACO, STEFANO BAMBI, FABRIZIO MOGGIA, GAETANO ROMIGI, VALTER FAVERO, SIMONA SADDI, FRANCESCO D'AMBROSIO, PASQUALE IOZZO, ALBERTO LUCCHINI, TIZIANA MARANO, MARIO MADEO, DAVIDE ZANARDO, ALESSANDRO DI RISIO, VITA GRAZIA CASESI, GIAN DOMENICO GIUSTI**

*Comitato Direttivo Aniarti 2020-2022*

Nei prossimi giorni saranno due anni dall'inizio della pandemia da COVID-19 in Italia. Una festa di compleanno dove ognuno di noi, togliendosi per un attimo la mascherina, vorrebbe soffiare con tutto il fiato sulle candeline con il desiderio, probabilmente condiviso dalla maggior parte delle persone, di tornare alla normalità. Quella normalità in cui siamo nati e cresciuti, sia nella vita sociale, di relazione che in quella lavorativa. La pandemia ha richiesto a tutti, volenti o nolenti, di intraprendere dei cambiamenti e ogni contesto, dal mondo del lavoro alla scuola, ha avuto ricadute che con molta probabilità richiederanno diversi anni per poter essere assorbite e inserite in una nuova normalità.

L'adattamento richiesto ai servizi sanitari per garantire una risposta a un numero così elevato di pazienti critici è stato un tema ampiamente, anzi a volte eccessivamente trattato. Il bombardamento quotidiano di grafici e numeri ha avuto il potere, a seconda dell'interlocutore o dell'interpretazione, di rassicurare o di fare paura. Si pensi, ad esempio, ai numeri dei posti letto: quanti sono quelli liberi, quanti quelli occupati, quanti ne sono stati aperti in più. Ma "aprire nuovi reparti" ha significato in realtà, nella maggior parte dei casi, "riallocare" spazi, dispositivi, personale. In pratica, per aprire 30 letti per pazienti COVID ne sono stati chiusi altrettanti di ortopedia o chirurgia o altre specialità, con inevitabili

conseguenze a breve, medio e lungo termine su tutto il sistema salute, che ora ci sono evidenti. Basti pensare all'allungamento delle liste di attesa per interventi chirurgici, conseguente alle chiusure dei blocchi operatori, per fare spazio a letti intensivi e per ricollocare personale nelle aree intensive.

E quanti infermieri, e con quali competenze, dovrebbero assistere i pazienti in questi posti letto raddoppiati e triplicati di terapia intensiva? È difficile creare e allestire posti letto ma è ancora più arduo moltiplicare infermieri specializzati, in grado di assistere con le necessarie competenze le persone che occuperanno quei letti.

Per arginare una situazione imprevedibile è stato necessario stravolgere i normali assetti delle aree critiche, inserendo negli organici personale inesperto, con tempi di inserimento ridotti al minimo e demandando la formazione a percorsi on-work, difficili da realizzare in un contesto di massiccio aumento dei ricoveri di persone in condizioni critiche. Non ci dimentichiamo, quindi, dello sforzo messo in atto dagli infermieri delle terapie intensive durante l'emergenza, nel cercare di fornire supporto ai colleghi provenienti dalle altre aree o ai neoassunti per adeguare le loro competenze agli standard di sicurezza richiesti dalla complessità e drammaticità dei contesti di cura COVID-19.

L'incremento dei carichi di lavoro, as-

sociato alla complessità dei pazienti e alla diluizione delle elevate competenze necessarie per l'assistenza in area critica, ha rappresentato (e rappresenta tuttora, dopo due anni) un elemento di criticità su cui è necessario e opportuno riflettere.

L'articolo 2 del Decreto Legge 34/2020 ha previsto un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione per fronteggiare emergenze pandemiche come quella in corso. A tale scopo si prevede un aumento del numero di posti letto di terapia intensiva sul territorio nazionale, anche con riferimento a quelli che si trovano in strutture movimentabili (per almeno 3.500 posti, corrispondente ad un incremento di circa il 70% dei posti letto pre-pandemia) e di area semi-intensiva (con una riqualificazione di 4.225 posti letto, il 50% dei quali convertibili in letti intensivi) e della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19.

Le Regioni e le Province autonome vengono così autorizzate ad incrementare le spese per le assunzioni di personale sanitario, socio-sanitario e tecnico. Nel complesso, secondo i dati del Ministero della salute, si passa da un numero di 5.179 posti letto intensivi (pre-emergenza) a 8.679 (+70%). A questi si aggiunge la predisposizione alla terapia intensiva, con la sola implementazione di ventilazione meccanica

e monitoraggio, di 2.112 posti letto in reparti semi-intensivi. Si aggiungono, inoltre, 300 posti letto di terapia intensiva suddivisi in 4 strutture movimentabili, pronte per essere allestite in breve tempo nelle zone ad accresciuto fabbisogno. Questo porta la disponibilità di terapie intensive a 11.091 posti letto di terapia intensiva, +115% rispetto alla disponibilità pre-emergenza. Questo l'assetto logistico. Ma il personale?"

Per fare banalmente due conti mancherebbero all'appello circa 70.900 infermieri specialisti di terapia intensiva, di cui 3.600 per le strutture movimentabili da "allestire in breve tempo nelle zone ad accresciuto fabbisogno". E questi sono numeri calcolati senza considerare che chiedere ai professionisti di permanere in un'area COVID-19 oltre un tempo di 4 ore consecutive, oltre a generare un intenso discomfort, può aumentare il rischio di eventi avversi<sup>[1]</sup>.

Dopo due anni di "convivenza" con il COVID-19 dovremmo aver imparato che non è solo una questione di letti e ventilatori<sup>[2]</sup>.

La necessità di adeguare in modo permanente le competenze dei colleghi di contingenti flessibili provenienti da aree non intensive, va ben oltre le diverse strategie organizzative messe in atto dai singoli sistemi e richiede un approccio pianificato e strutturato, evitando le improvvisazioni.

Ed ancora, diversi colleghi sono vittime di ansia, stress e disturbo da stress post-traumatico, per quello che hanno affrontato e che devono elaborare adeguatamente<sup>[3]</sup>; questo aspetto incide, e anche pesantemente, sulla intenzione degli infermieri di lasciare la professione.

L'abbandono del lavoro da parte del personale infermieristico specializzato si ripercuote sui costi, sulla qualità e sulla sicurezza delle cure<sup>[4]</sup>. Studi precedenti alla pandemia hanno riportato una percentuale di turnover nelle aree critiche del Regno Unito tra il 5 e il 27%, e tra il 15,1 e il 44,3% negli Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda. Oggi si parla di Great Resignation (o "Big quit") e le analisi economiche espongono numeri allarmanti: nel 2020 negli Stati Uniti 1 infermiere su 5 ha abbandonato la professione e il 30% di quelli rimasti sta valutando questa possibilità. La carenza stimata è di oltre un milione di infermieri e questi numeri sono destinati a crescere<sup>[4]</sup>. E in Italia? Secondo il 17°

rapporto Crea Sanità la carenza stimata di infermieri, se paragonata alle medie europee, è tra le 237.000 e le 350.000 unità<sup>[5]</sup>. L'incremento della capacità dei corsi di laurea per infermiere non è la soluzione, e comunque non immediata. L'immissione nel mondo del lavoro di una grande quota di professionisti al primo impiego, in particolare nelle aree ad elevata complessità come le aree critiche, non è paragonabile a operatori già esperti.

Il fenomeno dell'abbandono del lavoro da parte degli infermieri di area critica non è una novità e numerosi studi in passato lo hanno analizzato, cercando di individuare le cause<sup>[6]</sup>. Tra tutte, l'aumento del carico di lavoro, lo *staffing* inadeguato ed esperienze di lavoro stressanti e traumatiche; questi aspetti hanno avuto un impatto ancora più considerevole durante la pandemia<sup>[7]</sup>.

Dobbiamo chiederci chi sarebbe in grado di sostituire gli infermieri con competenze specialistiche di area critica, se una quota consistente di questi abbandonasse il lavoro, e come si modificherebbe la qualità dell'assistenza, in termini di esiti sensibili delle cure infermieristiche. E ancora, se noi stessi, da pazienti, ci sentiremmo sicuri nell'essere assistiti da infermieri che non hanno avuto modo di acquisire e sviluppare le competenze specialistiche richieste. Le domande che necessariamente tutto il sistema salute deve porsi sono tante, ma alle domande devono seguire adeguate risposte.

Cambiamenti, adattamenti, stravolgimenti... tutti sinonimi che descrivono una stessa situazione, talvolta con accezione positiva e altre meno. La capacità di adattamento, in risposta a una situazione di emergenza che ormai dura da due anni, e lo spirito di sacrificio degli infermieri non possono più essere usati come giustificazione.

Non è più possibile fare riferimento alla retorica degli eroi con i segni dei decubiti delle mascherine, né aspergere qualsiasi problema difficile da risolvere con il concetto di "resilienza". Si sta perdendo l'opportunità di imparare dall'esperienza e dagli errori per non ripeterli e per essere pronti alle prossime eventualità.

Sono necessarie misure concrete che preservino, valorizzino e sappiano mettere realmente a frutto le competenze e le potenzialità degli infermieri all'interno delle organizzazioni: il riconoscimento della figura dell'infermiere specialista, previsto

dalla Legge 43/2006, e gli incarichi di funzione professionale del CCNL del Comparto Sanità 2016-18, dei quali si pensa già la revisione con nuove regole, sono spesso rimasti parole.

Gli infermieri sono l'espressione della presa in carico delle persone, dei colleghi, e spesso di qualsiasi carenza si possa verificare all'interno dei sistemi. Ma chi realmente, oggi, si fa carico degli infermieri?

## BIBLIOGRAFIA

1. BAMBI S, IOZZO P, LUCCHINI A. *New Issues in Nursing Management During the COVID-19 Pandemic in Italy*. *Am J Crit Care*. 2020;29(4):e92-e93. doi:10.4037/ajcc2020937
2. IMBRIACO G, SCELSI S. *It is not just about equipment and beds: Critical care nursing meeting the challenge of the second COVID-19 wave in Italy*. *Nurs Crit Care*. 2021;26(4):300-302. doi:10.1111/nicc.12580
3. YUNITRI N, CHU H, KANG XL, ET AL. *Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis*. *Int J Nurs Stud*. 2022;126:104136. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104136
4. <https://www.healthcarefinancenews.com/news/healthcare-second-largest-sector-hit-great-resignation>
5. Quotidiano Sanità, 19 gennaio 2022 [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento\\_id=16734](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=16734)
6. ASSAYE AM, WIECHULA R, SCHULTZ TJ, FEO R. *Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low- and middle-income countries: a systematic review*. *JBI Evid Synth*. 2021;19(4):751-793. doi:10.11124/JBISRR-D-19-00426
7. RASO R, FITZPATRICK JJ, MASICK K. *Nurses' Intent to Leave their Position and the Profession During the COVID-19 Pandemic*. *J Nurs Adm*. 2021;51(10):488-494. doi:10.1097/NNA.0000000000001052

Estratto di questo articolo pubblicato su Quotidiano Sanità in data 21/02/2022 [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=102559](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=102559)