

Informativa

x

Questo sito o gli strumenti terzi da questo utilizzati si avvalgono di cookie necessari al funzionamento ed utili alle finalità illustrate nella cookie policy. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie, consulta la [cookie policy](#).
Chiudendo questo banner, cliccando su un link o proseguendo la navigazione in altra maniera acconsenti all'uso dei cookie.

[SALUTE GLOBALE](#) [SISTEMI SANITARI](#) [INNOVAZIONE](#) [MIGRAZIONI](#)

Gli operatori sanitari nella seconda ondata

0 319 12 Min | 11 Gennaio 2021



Claudio Beltramello



Il problema delle infezioni rappresenta solo la punta dell'iceberg di molteplici problemi riguardanti gli operatori del SSN, che vivono questa seconda ondata con due sentimenti prevalenti: la rabbia e la rassegnazione.

Guardando la Figura 1 si resta sconcertati. Il personale sanitario sta pagando ancora il più grande tributo di infezioni di COVID-19 nella nostra società. Pari al 4,3% del totale delle infezioni in Italia. Tenendo

Iscriviti alla
newsletter

Inserisci la tua email

☐ Accetto la [Privacy Policy](#)

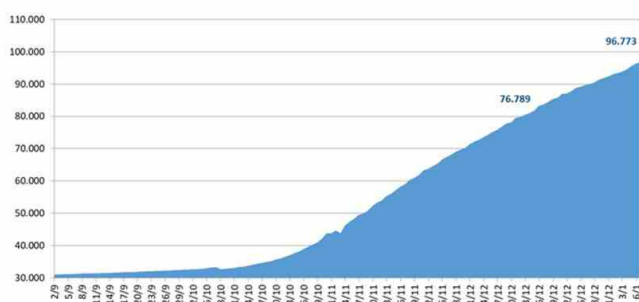
INVIA

Quando invii il modulo, controlla la tua inbox per confermare l'iscrizione

In evidenza

conto che il personale sanitario nel nostro Paese è inferiore all'1% della popolazione, significa che il rischio infettivo per i sanitari in questa epidemia è di circa 5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Per buona pace di quei Direttori generali (pochi per fortuna) che si sono permessi di affermare che il personale sanitario si infetta per lo più "fuori dal servizio". Se fosse così avremmo una incidenza sovrapponibile alla popolazione generale e invece tale enorme differenza non può essere spiegata interamente con il numero superiore di tamponi al personale sanitario rispetto alla comunità.

Figura 1. Numero di operatori sanitari con infezione da Coronavirus in Italia.



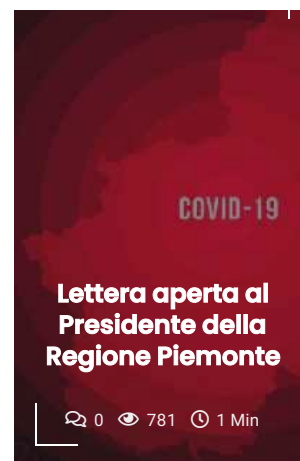
Quando il numero totale di operatori sanitari contagiati presenta valori inferiori rispetto al giorno precedente, la variazione è dovuta a successive correzioni/integrazioni da parte delle Regioni: ad esempio, persone originariamente identificate come operatori sanitari, ma che tali non sono, come chiarito dall'Istituto Superiore di Sanità in risposta a specifica richiesta della Fondazione GIMBE.

Elaborazione GIMBE da infografica pubblicata dall'Istituto Superiore di Sanità
Ultimo aggiornamento: 7 gennaio 2021

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Che cosa dunque non sta funzionando? Vediamo di ripercorrere un po' di storia: nei primi mesi di epidemia vi era il problema sia materiale che "tecnico" riguardo l'uso delle mascherine. Il primo legato all'assenza di approvvigionamenti e alla difficoltà di reperire sul mercato quantità sufficienti sia delle chirurgiche che delle FFP2/3. (Ricordiamo tutti i proclami della Protezione civile sull'imminente arrivo di quantità enormi di mascherine che si spostava di settimana in settimana come per l'arrivo di Godot).

Il secondo problema, quello tecnico-culturale, era legato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ragionavano sul presupposto (allora non dimostrato) che il COVID 19 fosse una malattia trasmissibile solo con droplet (goccioline grandi) e non invece una patologia "air born pura" (trasmissibile facilmente per aerosol). Veniva dunque indicata come utile la mascherina chirurgica solo nei setting di cura dei pazienti COVID positivi (e l'uso delle FFP2 solo durante le manovre invasive come la broncoaspirazione)[1,2]. Ricordiamo che a maggio il protocollo di protezione degli operatori dell'ISS non indicava come universale l'uso delle mascherine chirurgiche da parte di tutti i sanitari in tutti i setting, tanto che, in alcune Regioni, si era al paradosso che la mascherina chirurgica era già obbligatoria fuori dalla propria abitazione e pertanto un sanitario – per seguire tutte le regole – se la sarebbe dovuta togliere entrando in ospedale... Molte voci, sia nazionali che internazionali[3-8], avevano pragmaticamente lanciato l'allarme e suggerito di avere un atteggiamento prudentiale di fronte alle evidenze di numerosissime infezioni (e decessi!) tra il personale sanitario ma non sono stati ascoltati. **Sembra un secolo fa ma è solo l'altro ieri e se non si focalizzano gli errori fatti nel passato difficilmente si riescono ad evitare nel futuro. Ed infatti oggi il personale sanitario continua ad infettarsi.** In questo momento possiamo però contare su una informazione nuova ovvero che **la trasmissione per aerosol di COVID-19 gioca un ruolo cruciale**[9-12]. Fa specie che né OMS né ISS abbiano pubblicamente ammesso l'errore di aver dichiarato in modo apodittico il contrario per mesi! Anzi il protocollo ISS di protezione degli operatori è fermo a maggio 2020[13] e ancora indica di non proteggersi affatto o



1 2 3 4

In agenda



La sanità ai tempi del coronavirus. Discussione con Marco

15 dicembre

2020, diretta

zoom 17.00-19.00



Scuola Superiore Sant'Anna | Seasonal Schools |

Iscrizioni entro il

05.11.2020



Quale cura per questa sanità malata?

Milano, 29

ottobre 2020 -

Ore 9.30



Nuovi e vecchi poveri. L'accesso alle cure ai

Firenze, 22

ottobre 2020, ore

18.30

Vai all'archivio eventi >



di sottoprottegersi in molti setting (tra le altre cose è ancora menzionata la distanza di un metro come barriera protettiva quando con le evidenze di trasmissione airborne è diventata una pura fantasia). Probabilmente non lo guarda più nessuno ma sarebbe doveroso aggiornarlo.

La sostanza è che adesso le mascherine e i DPI ci sono ma le infezioni al personale avanzano comunque. Come lo spieghiamo?

Evidenze solo empiriche (vi sono numerose testimonianze ma nessuno studio disponibile ad oggi) pare indicare che **le infezioni sono numerose in chi lavora in setting "misti" come i Pronto soccorsi, Radiologie, Laboratori e reparti (in teoria) non-COVID**, anche se non sono certo risparmiati i reparti totalmente COVID e le terapie intensive. **Così come sono ancora molto colpiti i professionisti del territorio e delle RSA.** Atteso che questi dati dovrebbero essere oggetto di un urgente studio epidemiologico per capire dove ci si infetta esattamente e per quali motivi, vengono riportate di seguito le ipotesi formulate in un forum di discussione lanciato nella pagina facebook "Salviamo il nostro SSN" collegata alla Fondazione GIMBE.

(<https://www.facebook.com/groups/salviamossn> post del 29 novembre):

- Screening al personale con periodicità insufficiente.
- Attenzione dei professionisti che cala in funzione dell'enorme stanchezza e carichi di lavoro oggettivamente insostenibili.
- Procedure inadeguate o applicate in modo difforme.
- Percorsi sporco-pulito non strutturati in modo adeguato o non rispettati.
- Distanziamento non mantenuto tra professionisti durante le pause caffè e pasti.
- Trasmissione per aerosol molto più rilevante di quanto previsto (in particolare da pazienti ospedalizzati ad elevata carica virale).
- Sovraffollamento delle stanze comuni durante le consegne o negli spogliatoi.
- Barriere meno stringenti nei reparti teoricamente non COVID e quando un paziente invece risulta infettato scatta inevitabilmente un cluster che coinvolge professionisti e altri ricoverati.
- Alcuni slot di mascherine senza certificazione europea.
- Troppe indicazioni confusionarie che non distinguono tra elementi fondamentali e elementi marginali.
- Vestizione e svestizione fatte in modo sbagliato e in questo senso poca/nessuna formazione ricevuta "in presenza".
- Pazienti che omettono di dire al medico sintomi suggestivi di COVID, pur blandi, per paura di non essere visitati per la patologia di base (riferito soprattutto dai MMG).
- Utilizzo del tampone rapido antigenico per i controlli periodici al personale (anche nelle RSA) e per ammettere i pazienti nei reparti non-COVID e per i controlli periodici degli ospiti nelle RSA.

Su questo punto volutamente elencato come ultimo della lista, ma certamente tra i più menzionati, è utile fare qualche specifica considerazione. **Vi sono innumerevoli segnalazioni di pazienti e professionisti classificati come negativi al tampone antigenico rapido che si sono dimostrati in realtà positivi al tampone molecolare** eseguito solitamente per persistenza o insorgenza ravvicinata di sintomi



In archivio

[+] 2021 (2)

[+] 2020 (138)

[+] 2019 (103)

[+] 2018 (110)

[+] 2017 (115)

[+] 2016 (112)

[+] 2015 (122)

[+] 2014 (133)

[+] 2013 (154)

[+] 2012 (136)

[+] 2011 (133)

[+] 2010 (123)

[+] 2009 (219)

patognomonic. Sta emergendo che la sensibilità del tampone antigenico non è sufficiente dando come risultato **troppi falsi negativi**. Nelle RSA sono stati segnalati numerosi focolai sviluppatasi per questo motivo. L'ISS in una sua nota del 4 novembre [scjQuery Migrate](#) (Previously known: 1 Discovered on this page: 0) orso riporta una sensibilità compresa tra il 70-86%.^[14] ed inoltre una circolare del Ministero consiglia il tampone molecolare come prima scelta per lo screening degli operatori sanitari e non quello antigenico.^[15] Anche il Prof. Crisanti in Veneto ha assunto in merito una posizione molto forte e parla di "groviera dei tamponi antigenici"^[16] avendo eseguito uno che ha mostrato una sensibilità del tampone antigenico inferiore al 70%. Molto critico in merito ai tamponi rapidi anche il Prof. Danieli.^[17] Pertanto, laddove si sta utilizzando il tampone rapido per ammettere i pazienti negli ospedali o nelle RSA oppure per i controlli periodici dei professionisti, si stanno classificando come negativi da 1 a 3 pazienti/professionisti/ospiti su 10 che invece lo sono con enorme contributo ad alimentare cluster intra ospedalieri. Tanto che in Veneto l'ANAAO ha inviato una diffida legale a tutti i Direttori generali delle ULSS e Aziende Ospedaliere riguardo il fatto di non continuare a eseguire i controlli periodici agli operatori sanitari con i test rapidi.^[18] Due giorni fa il Ministero ha emanato una nota riguardo la sensibilità e specificità dei tamponi antigenici di ultimissima generazione affermando che sono vicini a quelli molecolari. Staremo a vedere. Questa nota conferma certamente che quelli usati fino ad ora non erano adeguati per il setting ospedaliero e di RSA.

Concludendo quello che lascia allibiti è che di fronte a quasi 100.000 infettati, e circa 350 decessi tra i medici, infermieri ed altro personale sanitario (fonte INAIL) nonché di fronte a innumerevoli unità operative messe in crisi a causa dei professionisti malati, **non si stia urgentemente e scientificamente affrontando il problema**, quasi che tutte queste infezioni e relative malattie e morti siano da considerarsi come un inevitabile effetto collaterale o peggio come una sorta di "rumore di fondo" quasi scontato. Perché da un confronto con numerosi colleghi di tutta Italia Igienisti e Medici del lavoro non risulta che vi sia uno studio approfondito in atto in Italia per comprendere nel dettaglio la questione del personale infettato.

Purtroppo il grave problema delle infezioni rappresenta solo la punta dell'iceberg di numerosi altri problemi riguardanti i professionisti del SSN. Menzioniamo, tra gli altri, quello legato ai **carichi di lavoro insostenibili** di tutto il personale anche in questa seconda ondata. Vi è una generale percezione di una insufficiente preparazione tecnico-organizzativa messa in atto per affrontare la ripartenza dell'epidemia che ha colto di nuovo tutti impreparati. **La carenza di personale** resta come il grido d'allarme più frequente ma non sono disponibili dati certi per ogni Regione di quante assunzioni siano state fatte, figura per figura, di quanti siano andati nel frattempo in pensione e di quanti si siano licenziati. Anche su questi dati sarebbe necessaria un'urgente analisi completa del Ministero della Salute. Non è possibile che questi numeri provino a reperirli e a comunicarli solo i Sindacati.

Purtroppo in molti casi, nei mesi estivi si è agito come se la prima ondata avesse generato intrinsecamente esperienza e modalità operative funzionali per l'eventuale arrivo della seconda. E così invece non è stato e ci si è di nuovo ritrovati con lo tsunami a lavorare nell'emergenza assoluta con i casi che in molte Regioni hanno "fatto saltare il banco" e hanno rigettato i professionisti nello stesso – o maggiore – caos della prima ondata.^[19] Conseguenza in troppe Regioni: carichi di lavoro ingestibili, monitoraggio dei contatti saltato, assistenza per molti pazienti COVID inadeguata ai bisogni, risposta alle patologie non-COVID ridotta alla gestione delle urgenze. E i