



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA RELAZIONE INFERMIERE-ASSISTITO IN  
UN CONTESTO SANITARIO PANDEMICO DA  
COVID-19: TRA FENOMENOLOGIA ED  
ETNOGRAFIA**

Relatore: Dott.  
**Cotichelli Giordano**

Tesi di Laurea di:  
**Coloccini Martina**

Correlatore: Dott.  
**Palumbo Pasquale**

A.A. 2019/2020

L'assistenza infermieristica è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano (...). È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle.

*Florence Nightingale*

## **Indice**

<b>-Abstract</b>	3
<b>-Introduzione</b>	6
<b>-L'assistenza infermieristica: prima e durante la pandemia da Covid-19</b>	9
- 1.1 L'assistenza infermieristica ieri - cenno storico	9
- 1.2 L'assistenza infermieristica oggi	9
- 1.3 L'infermiere	11
- 1.4 La relazione di cura	12
- 1.5 L'evento che ha scaturito il cambiamento dell'assistenza infermieristica	13
- 1.5.1 Covid-19	13
- 1.5.2 Come l'assistenza è cambiata	15
- 1.5.3 Burnout da Covid-19: stress psico-fisico degli infermieri	16
<b>-Obiettivo di studio</b>	19
<b>-Materiale e metodi</b>	20
-3.1 Disegno di studio	20
-3.2 Quesito di ricerca	21
-3.3 Ricerca e selezione della letteratura	22
-3.4 Criteri di selezione del materiale	24
-3.5 Affidabilità dei dati	25
<b>-Risultati</b>	26
<b>-Discussioni</b>	41
<b>-Conclusioni</b>	49
-6.1 Limiti dello studio	49
-6.2 Indicazioni per la pratica	50
-6.3 Conclusioni	50
<b>-Bibliografia e sitografia</b>	52
<b>-Allegati</b>	57
<b>-Ringraziamenti</b>	61

## **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

Agli inizi dell'anno 2020 si è vista la comparsa di una nuova malattia ad alta virulenza, il COVID-19, sigla utilizzata per indicare “*Corona Virus Diseases 19*”, ovvero una malattia respiratoria associata ad un nuovo ceppo di Coronavirus per la prima volta identificato nell'uomo. La recente comparsa di COVID-19 ha scaturito perplessità e difficoltà nell'ambiente sanitario, per questo richiede una comprensione dell'esperienza della malattia, della sua trasmissione, gravità, isolamento e analisi della gestione dell'assistenza effettuata. L'attuale pandemia legata a questo patogeno ha ridisegnato il luogo dell'incontro tra l'assistito e il professionista sanitario, riducendo sia il tempo dedicato all'ascolto attivo, sia la qualità del contatto fisico. Ogni domanda di cura contiene anche un'esigenza di relazione, pertanto, ignorare questa dimensione significherebbe ridurre la medicina all'applicazione di una tecnica, ad una prestazione di servizi, mentre in primo luogo è l'incontro con la persona. Inoltre, diversi studi condotti hanno evidenziato l'impatto psicologico che il virus ha recato sugli operatori sanitari; i risultati mostrano un'aumentata insorgenza di segni di burnout legati principalmente all'ambiente lavorativo. Infine, va notato che la percezione diffusa da parte degli infermieri dell'impossibilità di prestare attenzione ai bisogni psico-socio-emotivi dei pazienti e delle famiglie aumenta la sensazione di stanchezza emotiva.

### **OBIETTIVO**

L'obiettivo di studio è quello di evidenziare come l'assistenza infermieristica, in particolare la relazione tra infermiere ed assistito, sia mutata nel corso di un'emergenza sanitaria dovuta dalla pandemia da Covid-19 ed in che modo l'infermiere si sia approcciato ad un differente ambito lavorativo e ad una differente organizzazione del lavoro. In un contesto sanitario ospedaliero, la pandemia ha messo alla prova, in special modo, la grande professionalità di tutti gli operatori sanitari che rendono possibile la cura quotidiana dei pazienti.

## **MATERIALI E METODI**

E' stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico ed etnografico con la creazione di un'intervista semi strutturata, utilizzando come strumento di riferimento il sito Google Moduli. L'intervista consta di una prima parte in cui vengono richiesti dati personali, i quali rimarranno in forma anonima e utilizzati solo per calcolare una stima dei valori presi. Vengono poi presentati cinque quesiti a risposta aperta che vanno ad indagare condizioni lavorative ed impressioni nell'ambito della relazione infermiere-assistito nel corso della pandemia da Covid-19. Gli infermieri intervistati sono stati selezionati principalmente sulla base della loro appartenenza ad un reparto o ambito lavorativo Covid. Si è poi utilizzato un "campionamento a palla di neve" che prevede un contatto tra colleghi stessi con il limite di considerare il criterio sopra descritto.

## **RISULTATI**

Dall'analisi dell'intervista effettuata emergono risposte difformi tra loro ma in egual modo connesse. Gli intervistati hanno dichiarato di essersi interfacciati con un'emergenza sanitaria mai vissuta in precedenza. Si sono trovati sprovvisti di una specifica formazione e sicurezza professionale. Sia infermieri che pazienti hanno risentito molto del distacco sociale ed umano, dovuto in special modo alle barriere fisiche date dai DPI, e questo è inevitabile. Gli infermieri, alcuni più di altri, hanno dichiarato di aver vissuto forti e duraturi episodi di stress e paura, legati principalmente all'insicurezza del loro ambito lavorativo, con la conseguenza di non riuscire, a volte, ad occuparsi di tutte le attività che ritenevano necessarie. Malgrado tutto, hanno evidenziato il loro spirito di adattamento alle circostanze avverse che, nonostante le difficoltà e condizioni presentatesi, hanno tentato comunque di trovare soluzioni e adattamenti per erogare assistenza e cure di qualità all'assistito. Hanno agito con sentimento di ottimismo, sentendosi soddisfatti ed orgogliosi del lavoro svolto.

In merito alla sfera personale, alcuni hanno affermato che il loro modo di relazionarsi e/o sentirsi infermiere non verrà intaccato da questo momento storico sanitario, ma anzi, terminata l'emergenza, torneranno alla loro normalità come nulla fosse accaduto. Al contrario, altri infermieri hanno ben sottolineato che il lavoro svolto nel periodo della pandemia ha profondamente modificato la loro idea di "buona relazione" con l'assistito e hanno maturato in loro una profonda crescita professionale e personale.

## **CONCLUSIONE**

In questo studio è emerso come il principale cambiamento scaturito dalla pandemia in corso, nell'ambito della relazione di cura, è stato proprio relativo alla comunicazione tra professionista e paziente. Entrambi i soggetti della relazione hanno sperimentato una condizione di lontananza e solitudine, causata da barriere sia fisiche che mentali.

Da questa gravosa condizione lavorativa sono infine emerse risorse e criticità del sistema sanitario stesso, includendo l'organizzazione del lavoro e la carenza di risorse necessarie per lavorare al meglio. Tutto questo servirà a far capire come poter migliorare, in un prossimo futuro, il nostro modo di lavorare, ricavandone preziosi spunti e nuovi punti di partenza per un'assistenza finalizzata alla cura e alla relazione con il malato.

## **PAROLE CHIAVE**

Paura, fiducia, coraggio, ascolto, relazione, assistenza, ansia, stress, orgoglio.

## INTRODUZIONE

A gennaio 2020, nella città di Wuhan (Cina), si è vista la comparsa di una nuova malattia ad alta virulenza, il COVID-19, sigla utilizzata per indicare “*Corona Virus Diseases 19*”, ovvero una malattia respiratoria associata ad un nuovo ceppo di Coronavirus per la prima volta identificato nell’uomo [1]. A conclusione di dicembre 2019 alcune strutture sanitarie locali di Wuhan hanno segnalato un focolaio epidemico di casi di polmonite interstiziale atipica, a eziologia sconosciuta. Pertanto, il *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (CDC), ha condotto un’indagine epidemiologica ed eziologica, portando all’identificazione di un nuovo coronavirus, dapprima denominato in via preventiva 2019-nCoV, ufficializzato poi in SARS-CoV-2 (Sindrome Respiratoria acuta grave Coronavirus2) [2].

Sars-Cov-2 è un patogeno di origine zoonotica che può essere trasmesso anche per via interumana. Il principale meccanismo di trasmissione è quello per via aerea, mediante saliva e secrezioni emesse a livello delle alte vie respiratorie, da soggetti positivi al virus e poi inalate da individui rimasti in contatto stretto con quest’ultimi [1]. La recente comparsa di COVID-19 richiede una comprensione dell’esperienza della malattia, della sua trasmissione, gravità, isolamento e analisi della gestione dell’assistenza effettuata. Questa esperienza riguarda sia il paziente stesso che la popolazione generale, il personale sanitario o l’ambiente familiare. Pertanto, è necessario effettuare studi per valutare e comprendere questa esperienza, oltre all’apprendimento per situazioni future con caratteristiche epidemiologiche e cliniche simili. La pandemia ha messo alla prova il sistema sanitario, l’atteggiamento e la collaborazione dei cittadini, ma soprattutto la grande professionalità di tutti gli operatori sanitari che rendono possibile la cura quotidiana dei pazienti [3].

I professionisti della salute in prima linea sul fronte dell’emergenza sanitaria, garantendo un’assistenza diretta al paziente, sono stati fortemente esposti ad un elevato rischio infettivo, portando la categoria del personale sanitario al primo posto come la più colpita a livello nazionale [4]. Di fatto gli infermieri italiani hanno sorretto con le loro mani il ‘macigno’ della lotta contro il virus, pagando sulla propria pelle lo scotto di una battaglia a tratti anche improba, contro un nemico invisibile, sconosciuto e subdolo [5].

Durante questa pandemia tutti i professionisti sanitari, tra cui gli infermieri, si sono trovati ad operare in un ambiente di lavoro completamente diverso da quello in cui si trovavano poco tempo prima. Da un giorno all'altro si sono dovuti adattare a condizioni di lavoro critiche, approcciandosi a questo virus in modi e tempi imprevedibili. Tutto questo rispecchia un impegno che va oltre il ruolo professionale e i principi etico-normativi. La pandemia di COVID-19 ha ridisegnato il luogo dell'incontro tra l'assistito e il professionista sanitario, riducendo sia il tempo dedicato all'ascolto attivo, sia la qualità del contatto fisico. Ogni domanda di cura contiene anche un'esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione significherebbe ridurre la medicina all'applicazione di una tecnica, ad una prestazione di servizi, mentre in primo luogo è l'incontro con la persona. Per tale motivo gli infermieri hanno dovuto ristrutturare il modo di relazionarsi e prendersi cura del paziente, malgrado la distanza creatasi dai DPI indossati durante il turno lavorativo, con l'intento di garantire un'assistenza di qualità in un contesto tutto nuovo agendo comportamenti diversi dall'ordinario e adottando nuove strategie comunicative [6].

Diversi studi condotti a livello internazionale hanno evidenziato, d'altro canto, l'impatto psicologico che il virus ha recato sugli operatori sanitari; i risultati mostrano un'aumentata insorgenza di segni di burnout legati principalmente all'ambiente lavorativo: dall'incertezza della durata della crisi, la mancanza di terapie comprovate, alla carenza di DPI, fino alla paura di contagiarsi o contagiare un membro della propria famiglia [7].

Nell'attuale pandemia gli infermieri hanno fornito cure in ambienti altamente stressanti e sotto alta pressione per fornire assistenza. La maggior parte di loro ha sottolineato che il modo in cui era organizzato il loro lavoro non permetteva loro di riposare e disconnettersi tra i turni, lasciandoli emotivamente esausti e incapaci di addormentarsi facilmente o di dormire bene la notte. Infine, va notato che la percezione diffusa da parte degli infermieri dell'impossibilità di prestare attenzione ai bisogni psico-socio-emotivi dei pazienti e delle famiglie, unita alla difficoltà di sfogare le proprie emozioni, aumenta la sensazione di stanchezza emotiva. Gli infermieri risultano essere un gruppo che rischia di sperimentare sintomi di ansia, depressione, insonnia e stress psicologico più frequenti e intensi [8]. Va inoltre affermato che lo stress prolungato e costante è



dannoso per la salute di questi ultimi e promuove l'inefficienza organizzativa, portando ad una diminuzione della soddisfazione sul lavoro [9].

La paura che gli infermieri potessero essere fonte di contagio è stato uno degli aspetti che ha reso la vita di molti professionisti ancora più difficile, ed ha contribuito ad un isolamento sociale. L'essere additati come portatori di virus da vicini di casa ed amici, subire l'allontanamento dagli altri e gli sguardi sospettosi verso loro quali infermieri, i loro figli, mariti e mogli, spesso invitati anche ad allontanarsi [10].

Da qui l'interesse nello sviluppare uno studio qualitativo tramite un'intervista semi-strutturata, finalizzata a comprendere l'impatto della pandemia Covid-19 sull'assistenza infermieristica, in particolare nella relazione di cura tra infermiere ed assistito, all'interno dell'ambito ospedaliero, mutata da una condizione di normalità ad uno stato di emergenza.

# **L'assistenza infermieristica: prima e durante la pandemia da Covid-19**

## **1.1 L'assistenza infermieristica ieri - cenno storico**

L'interesse nella conoscenza e nello studio della cura della persona si è strutturato fin dalle origini della storia dell'uomo, come aiuto alla vita attraverso le cure. Nel medioevo si assiste alla nascita di una condizione di bisogno che poi rappresenterà il luogo in cui si presterà la cura, e successivamente sarà riferito alla professione infermieristica nello specifico [11]. Nel corso degli anni, la dottrina della cura e del benessere dell'uomo ha subito notevoli cambiamenti evolvendosi e divenendo sempre più precisa e concreta. Uno degli aspetti più interessanti dello sviluppo della scienza infermieristica, grazie alla sua dinamicità, è rappresentato da differenti elaborazioni concettuali che, a partire dalla metà del ventesimo secolo, si sono tradotte in paradigmi e teorie dell'assistenza. A mostrare nella sua ampiezza il campo proprio di cui la disciplina si occupa è il cosiddetto metaparadigma dell'infermieristica, la cornice filosofica del sapere professionale, che racchiude quattro concetti fondamentali: uomo/assistito, salute/malattia, ambiente/contesto sociale ed assistenza infermieristica [12].

In richiamo all'ambito dello sviluppo delle teorie dell'assistenza, possiamo fare riferimento ad un pilastro della storia dell'infermieristica: Florence Nightingale, vissuta tra la fine dell'800 e gli inizi del '900, universalmente riconosciuta come la madre del nursing moderno. Nightingale ha focalizzato la sua teoria prevedendo la malattia come un processo di riparazione che la natura mette in essere nei casi di bisogno e il nursing deve predisporre un ambiente sano per il paziente, atto a promuovere la salute e a favorirne il miglioramento. Questa sua teoria, che, come base teorica per la pratica è tanto valida oggi quanto alla sua epoca, rappresenta le fondamenta per l'evoluzione di tutte le teorie infermieristiche sorte successivamente [12].

## **1.2 L'assistenza infermieristica oggi**

L'assistenza è uno strumento di cui il professionista adeguatamente formato si avvale, assieme ad altri strumenti scientifici, per rilevare e rispondere al bisogno di salute di un

individuo. Sin dalla sua nascita, essa è alla base di un approccio ottimistico tra professionista della salute e assistito, essenziale nell'instaurare un primo rapporto tra i due soggetti e al contempo individuare i primi bisogni e necessità. L'assistenza infermieristica ad oggi, con il suo corpo di conoscenze e modelli teorici, consiste essenzialmente nel prendersi carico delle conseguenze della malattia di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona considerata nella sua totalità e soggettività. Si caratterizza per un complesso insieme di attività nelle quali è possibile riconoscere una dimensione tecnica ma anche e soprattutto relazionale ed educativa [13]. Si tratta in altre parole di una disciplina incentrata sull'assistenza dell'individuo sano o malato, della famiglia e della comunità. La finalità ultima è ottenere, mantenere o ristabilire la salute del soggetto infermo [14], quest'ultima definita dall'OMS come “(...) uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità” [15].

In riferimento alla definizione di assistenza sopra citata, considerare la persona nella sua totalità significa approcciarsi ad una prospettiva olistica, ovvero rilevare e trattare i bisogni di assistenza infermieristica tenendo sempre presente la cultura, i valori, i sentimenti, i vissuti e le volontà espresse da ciascun individuo [13]. Inoltre, di eguale rilevanza, l'assistenza ha come altro principio fondamentale il “prendersi cura”, che consiste appunto in quell'approccio alla persona che non tiene conto esclusivamente dei suoi disturbi clinici e somatici, ma si allarga alla volontà, alle preferenze, agli affetti, alle relazioni, alle esperienze del paziente, rendendo il suo modo di rispondere allo stress e alla malattia, unico e irripetibile.

La professione infermieristica, in qualsiasi contesto venga esercitata, necessita di organizzazione, continuità assistenziale, omogeneità e documentazione delle prestazioni erogate; così da garantire alti livelli di qualità professionale. Tale meticolosità viene garantita attuando un dettagliato processo di nursing, consistente nell'applicazione delle conoscenze e della teoria alla pratica infermieristica. Tale processo viene utilizzato per erogare assistenza infermieristica individualizzata al cliente, alle famiglie e alle comunità, in tutto l'arco della vita, in tutti gli ambienti. Si tratta di un processo ordinato, sistematico e interdipendente, centrato sul cliente, di cui utilizzano i punti di forza; di primaria importanza è il possesso e la padronanza, da parte dell'infermiere che lo realizza, di conoscenze professionali, di base e specifiche, così da concretizzare le 6 fasi

di cui il suddetto processo è costituito: accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione [16]. Pertanto, si evince che l'assistenza infermieristica, in tutte le sue parti, si realizza intorno al paziente in una relazione in cui gli interlocutori hanno pari dignità: la persona malata, consapevole ed informata, attrice indiscussa delle proprie vicende terapeutiche riceve riconoscimento e sostegno da parte dell'infermiere in un percorso di alleanza terapeutica che conduce entrambi verso decisioni consapevoli.

### **1.3 L'infermiere**

La figura professionale attraverso la quale si manifesta l'assistenza infermieristica in tutte le sue peculiarità, è l'infermiere. Come ogni altro ruolo sociale, quello degli infermieri si è modificato nel tempo, in relazione a ciò che la società, evolvendo, si aspetta da tale figura, passando quindi da un'iniziale matrice culturale, religiosa e sociale fino a quella di un professionista della salute, che risponde dell'attuale esigenza di assistenza infermieristica [17]. E' innegabile che la scienza infermieristica e il suo specifico campo d'azione sia generato e influenzato dai valori, dalla cultura, dalla filosofia e dalle scelte politiche e legislative di un paese.

Questa figura però non è sempre stata riconosciuta come professione quanto tale, ma le è stato accreditato nell'arco di diversi anni. In Italia, infatti, il riconoscimento di tale professione è sancito con il Profilo Professionale dell'Infermiere, emanato dal Ministero della Sanità nel 1994, che definisce la professione infermieristica propriamente detta e sancisce l'entrata ufficiale della figura dell'infermiere tra le professioni sanitarie. In particolare, l'articolo 1, comma 3, afferma che "l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, riconosce il ruolo fondamentale del lavoro di équipe e agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali" [18]. La figura professionale dell'infermiere svolge quindi un ruolo importantissimo: la sua operatività presuppone conoscenze e competenze interdisciplinari, che afferiscono al campo della medicina, della psicologia e delle relazioni umane. Possiamo quindi affermare che l'infermiere, più che di una mera assistenza, si occupa di un intero processo di assistenza, il quale è generalmente sistematico, interdipendente e personalizzato sulla base delle esigenze del paziente.

Questo ha difatti, come finalità, promuovere la collaborazione tra le varie figure professionali affinché il paziente, attraverso la sua stessa partecipazione, riesca a raggiungere e/o riconquistare la sua autonomia; il tutto chiaramente nei limiti della fattibilità e delle peculiarità della problematica da trattare [14].

#### **1.4 La relazione di cura**

Per relazione di cura ci si deve necessariamente riferire al concetto di legame come definizione di senso dell'essere insieme, come riconoscimento reciproco tra ospite ed operatore.

Quando si sente parlare di lavoro di cura nella dimensione professionale, si intende un lavoro che produce cura, fondato sulla relazione tra persone e destinato al prossimo per il suo benessere psico-fisico, nonché relazionale e sociale. È impossibile, quindi, che la cura avvenga senza che vi siano in gioco almeno due persone che abbiano rispettivamente il ruolo l'una di curare (operatore), l'altra di ricevere la cura (assistito) e quest'ultimo si relaziona all'operatore sia in riferimento alla persona sia al ruolo che questa veste. Essa, infatti, richiede un costante scambio e una partecipazione attiva da parte dei protagonisti interessati per il raggiungimento del fine comune. Nel processo assistenziale la qualità del *nursing* è decisiva per il paziente, poiché un buon accoglimento e comprensione dei suoi bisogni hanno una notevole rilevanza sull'efficacia del progetto terapeutico. Lo è anche per le figure sanitarie, perché ciò comporta una maggiore conoscenza di sé stessi e un riscontro positivo in termini di gratificazione personale [19].

Oggi si è arrivati a considerare la salute come attenzione alla persona nella sua globalità, quindi non solo nella salute fisica, ma anche alla salute psico-mentale, spirituale, sociale e ambientale. Gli stessi sviluppi scientifici sempre più evidenziano come l'aspetto psichico, sociale e spirituale influenzino tra gli altri anche lo stato immunitario del soggetto, con una ricaduta diretta, quindi, sulla salute fisica della persona [20].

E' cruciale allora che ogni professionista sanitario tenga conto di tutto questo nel rapporto con il paziente. Ogni domanda di cura contiene anche un'esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione significherebbe ridurre la medicina all'applicazione di una

tecnica, ad una prestazione di servizi, mentre in primo luogo è l'incontro con la persona. Il processo assistenziale non può essere considerato un protocollo da scomporre in procedure, perché vi è implicata una dimensione umana imprevedibile, non standardizzabile.

Qualsiasi gesto di cura, dal più specialistico al più generico, si compie all'interno di una relazione. La consapevolezza della centralità della relazione in ogni rapporto umano e, ancor più precisamente, la consapevolezza del potere che la relazione ha nel generare la qualità della nostra vita e della vita delle persone con cui ci relazioniamo, pone l'operatore di fronte a responsabilità professionali, sociali ed etiche. La nostra professione è difatti una professione di gesti. È fuor dubbio che nella relazione con le persone il gesto sia un vero e proprio elemento curante in grado di giungere a livelli di profondità comunicativa insperati con le parole [21].

Riconoscere che quella "relazione di cura" sia formata anche dall'ascolto e dal dialogo significa dare ancora personalità a chi ha bisogno non solo della medicina ma anche di un semplice essere "visto". Significa che se un infermiere presta parte del suo tempo a parlare e rassicurare un malato, questo dovrà essere considerato non come una "pausa" dall'ambito lavorativo, ma bensì come un "atto di cura".

### **1.5 L'evento che ha scaturito il cambiamento dell'assistenza infermieristica**

Alla fine dell'anno 2019 e inizio anno 2020 si è vista la comparsa di un evento che ha determinato un radicale cambiamento dell'assistenza infermieristica e nel lavoro svolto dal professionista sanitario nell'ambito della cura. Tutti gli operatori sanitari, tra cui gli infermieri, si sono dovuti confrontare con la venuta di un virus potenzialmente mortale che, nel corso della sua ascesa, li ha visti scendere in prima linea e "combattere questo nemico", come primi soldati sacrificabili, per difendere il bene primario più prezioso: "La Salute di tutti" [22].

#### **1.5.1 Covid-19**

A dicembre 2019 in Cina, nella città di Wuhan, si sono verificati gruppi di casi di polmonite interstiziale ad eziologia sconosciuta che hanno portato all'identificazione della sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus 2 (Sars-CoV-2), un nuovo virus che

determina l'infezione da Covid-19 ed ha causato una pandemia mortale. Gli studi hanno dimostrato che questo virus causa esiti peggiori e un tasso di mortalità più elevato negli anziani e in quelli con comorbidità come ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e malattie renali croniche. Inoltre, questi ultimi, identificati come soggetti più a rischio, richiedono maggiormente un ricovero immediato con un tempo di degenza generalmente lungo. L'organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'11 marzo 2020, ha dichiarato la Sars-CoV-2 come una pandemia. Difatti, il 23 marzo 2020 alle 13:25 EST, sono stati segnalati 362.019 casi confermati di soggetti positivi al virus da 168 paesi diversi, con 15.488 decessi e un tasso di mortalità totale previsto (CFR) del 4,3% [23]. I sintomi di presentazione del virus più comuni, nella popolazione generale, sono febbre, tosse, dispnea e mialgie o affaticamento. La trasmissione di questo virus avviene per via aerea interumana e se ne possono identificare due modalità: la prima, la trasmissione diretta, avviene con un contatto appunto diretto tra un soggetto suscettibile ed un soggetto positivo. Quest'ultimo, tossendo o starnutendo, emette secrezioni (*droplets*) che possono essere inalate dall'altro soggetto se mantiene un distanziamento molto ravvicinato (inferiore ad 1-2 metri). Un'altra via diretta è quella definita *aerosol*, secrezioni generate nel corso di procedure diagnostiche o terapeutiche che, a causa delle piccole dimensioni possono rimanere sospese a lungo nell'aria e diffondersi a distanza dal punto di emissione. D'altro canto, la seconda modalità di trasmissione riguarda la via indiretta, vale a dire che un soggetto suscettibile entra in contatto con il virus mediante dei veicoli – mani e oggetti – contaminati dalle secrezioni del soggetto fonte. Le mani e i guanti in ambiente ospedaliero, ad esempio, sono riconosciuti come i principali veicoli della trasmissione indiretta delle infezioni. In riferimento a questo ultimo particolare, un report redatto dall'Inail datato 23 giugno 2020 riporta che, con il 40,9% delle denunce complessive, circa l'83% delle quali relative a infermieri, la categoria professionale più coinvolta dai contagi è quella dei tecnici della salute [4]. Difatti i professionisti sanitari, garantendo un'assistenza diretta al paziente, sono stati fortemente esposti ad un elevato rischio infettivo, portando la categoria del personale sanitario al primo posto come la più colpita a livello nazionale. L'elevato potenziale di trasmissione in ambito assistenziale del virus Sars-CoV2 è evidente. Tale riscontro è stato inoltre evidenziato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ultimo rapporto, datato marzo 2020, sui dati dei casi

Covid-19 diagnosticati tra gli operatori sanitari. Coloro che sono stati lasciati in prima linea senza gli strumenti idonei per proteggersi [24]. Molte sono le testimonianze di infermieri ed infermiere che si sono ritrovati a lavorare in condizioni indicibili, in una continua situazione di pericolo con la paura non solo di essere contagiati ma di divenire loro stessi vettori del contagio. Questo è stato uno degli aspetti che ha reso la vita di molti professionisti ancora più difficile. Ne sono un chiaro esempio le parole scritte da Alessandra, infermiera nel reparto di medicina di una clinica privata al nord Italia: “Sono sempre entrata in reparto con il sorriso e ho sempre svolto nel miglior modo possibile il mio lavoro. Ho iniziato a preoccuparmi quando ho capito ciò che il virus stesse provocando (...) Ho paura di mangiare, di bere, paura di non aver messo la mascherina bene, di contagiarmi ogni volta che devo riutilizzare il camice che mi ero tolta poco prima per passare dalla zona sporca alla zona pulita, di aver toccato involontariamente la visiera o i capelli con i guanti sporchi. Ho smesso di sorridere, ho smesso di andare a lavoro con la consapevolezza che con il mio lavoro avrei guidato qualcuno verso la guarigione o ad avere una degenza meno pesante. Ora entro in reparto con la speranza di riuscire almeno a salvare qualcuno, con la paura di essere l’ultima persona che i miei pazienti vedranno. Vedo la gente morire, vedo la paura e la sofferenza negli occhi dei miei pazienti, il terrore di non sapere se torneranno mai a casa. Ho paura dell’incertezza che questo virus sta creando.” [25].

### **1.5.2 Come l’assistenza è cambiata**

Questa pandemia ha visto mutare l’assistenza in ambito infermieristico come mai era accaduto prima. Da un giorno all’altro i professionisti sanitari si sono dovuti adattare a condizioni di lavoro critiche, approcciandosi a questo virus in modi e tempi imprevedibili, con la necessità di ridisegnare il luogo dell’incontro tra l’ammalato e il professionista sanitario, riducendo sia il tempo dedicato all’ascolto attivo, sia la qualità del contatto fisico. Si è vista la necessità di mettere in atto comportamenti diversi dall’ordinario e adottare nuove strategie comunicative. Lo stesso uso dei dispositivi di protezione individuali (DPI), misure necessarie e indiscutibili per contenere il contagio, adottate per ogni fase dell’indagine diagnostica, dall’accoglienza al congedo, ha reso “anonimo” l’incontro tra malati e professionisti [6]. La pandemia di COVID 19 ha



messo drammaticamente in evidenza quello che da sempre, ogni giorno, nei diversi contesti di cura, i professionisti della salute fanno; dal saper essere vicini alle persone in difficoltà al saperle accompagnare con competenza ed empatia durante il loro percorso di salute/malattia. Una vicinanza che, in situazioni drammatiche come quelle attuali, può lasciare segni profondi, forse indelebili [26]. Nel contesto attuale c'è una scarsa possibilità di conoscere chi è assistito per instaurare un rapporto di fiducia, ma ciò non ferma l'interesse che gli infermieri hanno nel garantire la miglior assistenza, che diventa patrimonio dell'essere professionista. Essere riconosciuti passa dagli sguardi e dalle mani, dall'esserci e dal gesto di cura, il tempo che gli infermieri passano con chi assistono non è basato sulla quantità a sull'intenzionalità: assistiti e familiari vedono e sentono che non sono lasciati in abbandono. Sguardi pieni di domande e domande piene di paure. Questo è lo scenario con cui oggi l'infermiere si rapporta con i suoi assistiti e spesso anche con i colleghi. Accogliere queste emozioni è una componente fondamentale nel percorso di cura: l'epidemia ha tolto certezze. Il costo (in rischi e salute) dell'ascolto si mitiga con il risultato di benessere per chi ha a fianco l'infermiere. Fare tutto il possibile, sempre: è tutto quello che è richiesto agli infermieri che sapranno quando e dove cercare sostegno. Allo stesso modo, in riguardo al dolore, sia fisico che psichico, l'attenzione in COVID-19 si fa necessariamente alta e l'infermiere è l'interlocutore essenziale delle persone assistite, per garantire quel sollievo che sembra ancora così difficile da ottenere [27]. In definitiva, il virus ha influito molto nella relazione di cura, mutando molteplici dei suoi aspetti fino a modificarne l'essenza stessa. Per gli infermieri questa è un'occasione per ricordare le radici professionali, ma anche per riflettere sul senso di questa professione oggi e sul valore dei gesti di cura. Il messaggio ancora attuale, che Florence Nightingale ci tramanda, è quello dell'essere consapevoli dell'importanza di avere una chiara visione di cosa sia l'assistenza infermieristica, di saperla tradurre in azioni e risultati professionali visibili e di saperla condividere con la propria comunità.

### **1.5.3 Burnout da Covid-19: stress psico-fisico degli infermieri**

Gli operatori sanitari hanno una soglia di sopportazione e capacità di reazione agli eventi avversi molto più alta della normale popolazione. Tuttavia, questa emergenza sta

mettendo a dura prova la tenuta emotiva di coloro che lavorano a stretto contatto con pazienti COVID-19. Ciò è dovuto ad una pluralità di fattori che, sovrapponendosi tra loro, creano disagio e complicazioni visibili e concrete al lavoratore. Queste difficoltà si amplificano di conseguenza una volta terminato il turno di lavoro, a causa della stanchezza fisica e mentale e dell'isolamento forzato dalla propria famiglia a cui molti operatori sono tenuti. Gli operatori impegnati in prima linea hanno dichiarato di provare una serie di emozioni, altalenanti tra loro ma di eguale peso ed importanza, che li accumulano e unisce in una sorta di fratellanza. La principale emozione è l'ansia, data dalla paura di essere contagiati e di essere essi stessi veicolo di contagio per i propri cari; subentra poi l'impotenza, essendo il coronavirus un "nemico invisibile" e (al momento) senza una cura precisa; il senso di colpa, inerente l'aver contagiato qualche altra persona o per sentire di non riuscire a fare quanto si vorrebbe; ed infine rabbia, data dalla carenza di dispositivi di protezione e dall'impossibilità di svolgere al meglio il proprio lavoro di cura e assistenza. Il protrarsi di questi eventi stressanti può portare a sviluppare sintomatologie psicologiche più marcate quali depressione, disturbi d'ansia e il disturbo post traumatico da stress [28]. Il burnout di cui si parla è identificato non nel singolo ma nel gruppo di professionisti e la risposta psicologica di tutti gli operatori ad una pandemia è molto complessa e può essere influenzata da moltissimi fattori che possono contribuire ad alimentare la propria vulnerabilità [29].

Una ricerca svolta nelle prime quattro settimane dell'emergenza sanitaria in Italia, e promossa dal Centro di Ricerca EngageMinds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - in collaborazione con la Società Italiana di Management e Leadership in Medicina (SIMM) e con il Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) - nell'ambito del progetto "C.O.P.E." (Covid19-related Outcomes of health Professionals during the Epidemic), ha riportato significativi risultati, dichiarando che un operatore sanitario su tre mostra segni di burnout e uno su due soffre di sintomi di stress psico-fisico. Dei 1150 operatori sanitari coinvolti nello studio, 376 che hanno prestato assistenza diretta a pazienti positivi al COVID-19 in tutta Italia hanno risposto a un questionario sul loro stato di salute, riportando la loro esperienza di sintomi psico-fisici (irritabilità, difficoltà ad addormentarsi la notte, tensioni muscolari...) e i loro livelli di burnout (una misura dello stress lavorativo associata anche a minor resa sul lavoro, affaticamento fisico e mentale, cattiva salute) e il loro orientamento all'engagement di

pazienti e familiari. La dottoressa Claudia Marotta, presidente della Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM), ha seguito con attenzione lo studio, dichiarando la necessità di apportare un adeguato sostegno emotivo ai professionisti sanitari, al fine di salvaguardarli dal rischio di dimenticare la propria natura umana. Il costo psicologico della pandemia per gli operatori della salute, di fatto, non può essere negato né sottostimato. Ciò si vedrà necessario non solo durante l'emergenza ma anche quando i professionisti si troveranno nella cosiddetta fase di "convivenza" con il virus [30].

## **OBIETTIVO**

L'obiettivo di studio è quello di evidenziare come l'assistenza infermieristica, in particolar modo la relazione di cura tra infermiere ed assistito erogata dai professionisti sanitari, sia mutata nel corso della pandemia da Covid-19. Si vogliono inoltre evidenziare le impressioni avute dai professionisti, come questi si siano approcciati ad un differente ambito lavorativo adattandosi alla presente situazione di emergenza sanitaria ed in che modo abbiano erogato un'assistenza di qualità nonostante le criticità presentatesi.

## **MATERIALI E METODI**

### **3.1 Disegno di studio**

Per rispondere all'obiettivo di studio è stato condotto uno studio qualitativo. La ricerca qualitativa mira a raccogliere quelle informazioni che descrivono un argomento più che misurarlo: si tratta di impressioni, opinioni e punti di vista. E' un'indagine meno strutturata e mira ad andare a fondo nell'argomento in questione per raccogliere informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti delle persone. Tutto ciò fornisce una comprensione profonda delle domande della ricerca, attraverso una continua ricerca di dettagli ed una partecipazione quasi personale da parte dell'intervistatore. La caratteristica propria utilizzata, per questo tipo di ricerca, è un'intervista semi-strutturata. L'intervista concerne in uno scambio di informazioni tra due o più persone, nel quale gli intervistatori pongono domande mirate agli intervistati atte a raccogliere informazioni specifiche di un certo ambito. In specifico, le interviste semi-strutturate sono quelle interviste che garantiscono un modesto o forte coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore e una scarsa standardizzazione sia delle domande che delle risposte. Alto è il livello di libertà concesso agli attori durante l'interazione, anche se i risultati ottenuti sono scarsamente generalizzabili, perché condizionati dalla loro soggettività e dalla specificità della situazione di intervista [31]. Questo tipo di intervista è quindi composta da una struttura specificata già in precedenza, la quale deve essere necessariamente seguita da parte dell'intervistatore. Questo però possiede anche una certa autonomia nel porre ulteriori domande, fuori dallo schema prefissato, per indagare più a fondo durante la raccolta delle informazioni. L'intervista utilizzata è inoltre collocata a metà strada tra uno studio fenomenologico ed etnografico, utilizzando come strumento di applicazione il sito Google Moduli (Allegato1). Il ruolo della fenomenologia consta nel fornire concetti ed evidenze per definire la struttura e le proprietà dei fenomeni percettivi così come essi appaiono all'osservatore. Viene definita come una teoria che mira ad esplorare ed identificare categorie d'esperienza con enunciati dotati di contenuto empirico ben definito e depurato da assunzioni non fenomeniche. La fenomenologia viene inoltre definita un insieme di conoscenze teoriche su fenomeni percettivi da incorporare nello

studio scientifico della percezione come vincoli sul disegno sperimentale in merito all'osservatore e all'evidenza degli effetti percettivi. Introduce quindi termini esplicativi solo tramite definizioni ostensive per garantire l'autonomia delle scoperte da protocolli o evidenze derivabili da altre scienze [32]. In conclusione, questa tipologia di studio mira a scoprire l'essenza e il significato di un fenomeno. Questo tipo di studio parte dal presupposto che esista una essenza dei fenomeni, che li caratterizza. Indaga fenomeni soggettivi, partendo dall'assunto che le verità fondamentali sulla realtà siano radicate nelle esperienze vissute delle persone. L'etnografia, diversamente, può essere definita, più che una teoria o una corrente teorica, come un insieme di pratiche, di strumenti di indagine, comuni a più discipline quali la sociologia, l'etnologia e la psicologia. In un ambito più generale si dedica allo studio delle esperienze routinarie, analizzate nei luoghi in cui queste si realizzano, attraverso le quali i soggetti danno senso e significato alla realtà sociale [33]. L'etnografia consiste quindi in uno studio dei modelli e delle esperienze di uno specifico gruppo culturale. Si riferisce al modo di vivere di un gruppo di persone (es valori, norme...) deducendo la loro cultura attraverso parole, azioni, e dai prodotti dei membri del gruppo stesso. L'intervistatore apprende dagli stessi membri il loro mondo così come lo percepiscono e lo vivono loro. In ambito sanitario consente di accedere alle credenze sulla salute e alle pratiche per la salute di una determinata cultura, comprendendo anche la cultura organizzativa di un gruppo professionale. In questo specifico contesto, l'approccio ad uno studio di tipo fenomenologico ed etnografico è stato considerato non in riferimento a come si è svolta nel suo insieme la ricerca, piuttosto per il contesto considerato di quest'ultima in cui gli intervistati e l'intervistatore sono coinvolti. Difatti, il contesto in cui operano gli infermieri è conosciuto e noto all'intervistatore.

### **3.2 Quesito di ricerca**

Nell'espletare al meglio la stesura del lavoro è stato formulato un quesito clinico utilizzando la metodologia PICO, specificando la Popolazione di interesse (P), Interventi (I), Confronto (C) e Risultati (O).

<b>QUESITO DI RICERCA</b>	
<b>P</b> ( <i>population/popolazione di interesse</i> )	Infermieri che hanno lavorato all'interno di un reparto o un ambito Covid
<b>I</b> ( <i>intervention/interventi</i> )	La relazione infermiere-assistito
<b>C</b> ( <i>comparison/confronto</i> )	Confronto tra un'assistenza infermieristica erogata prima dell'emergenza sanitaria da pandemia da Covid-19 ed un'assistenza infermieristica erogata durante l'emergenza sanitaria da pandemia da Covid-19
<b>O</b> ( <i>outcomes/risultati</i> )	In che modo l'assistenza, in particolare la relazione tra infermiere-assistito, è mutata

La relazione tra infermiere ed assistito ha da sempre un ruolo fondamentale nell'ambito dell'assistenza, ma in che modo questa viene erogata? Quali sono i fattori che potrebbero creare un mutamento nella stessa? Che cambiamento ne è scaturito durante questa emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19? In che modo gli infermieri sono riusciti a relazionarsi con gli assistiti nonostante le criticità presentatesi?

### **3.3 Ricerca e selezione della letteratura**

Nella stesura di questo lavoro sono state reperite informazioni appartenenti a diversi ambiti: dati di carattere scientifico attraverso il sito PubMed, utili per ricavare pubblicazioni riferenti all'assistenza infermieristica, in specifico la relazione tra infermiere ed assistito, anche durante situazioni estreme passate, proprio in riferimento alla similitudine con la situazione attuale. Per la ricerca di tali pubblicazioni sono state utilizzate specifiche stringhe di ricerca, quali: nurse AND covid-19; nursing care AND covid-19; nursing care AND emergency; nursing care AND emergency NOT pediatric. Si vuole inoltre specificare che, in riferimento alla letteratura scientifica, i documenti scelti ed utilizzati non fanno preciso riferimento all'attualità in quanto questi ultimi

sono in divenire e sono ancora oggetto di studio. Difatti la pandemia è ancora in corso di svolgimento e pertanto è stata effettuata una ricerca estemporanea. Per ricercare al meglio le informazioni necessarie per la stesura del lavoro è stata inoltre utilizzata, come materiale di riferimento, la letteratura grigia, attraverso la consultazione di siti come Nurse24, Infermieri Attivi, Infermieri Italia, Infermieristicamente. Dai siti consultati si sono selezionati poi gli articoli più inerenti apponendo degli appositi filtri come “Covid”, “infermieri”, “assistenza”, “relazione” per reperire informazioni in merito al vissuto e alle prime impressioni degli infermieri. Inoltre, proprio nell’ambito della letteratura grigia, questo studio può essere definito retrospettivo in quanto nella ricerca sono stati selezionati dapprima articoli datati dicembre 2019 e gennaio 2020, per definire le condizioni lavorative degli infermieri prima della pandemia; si è poi selezionato altro materiale prendendo come riferimento la “fase I” della pandemia da COVID-19, definita dal Governo tramite i dpcm emanati, riguardanti lo stato di emergenza e lo stato di quarantena, che ne delimitano appunto il periodo dal 23 febbraio 2020 al 13 aprile 2020 [34].

Come ultimo ambito per la raccolta dati, è stata creata, attraverso il sito Google Moduli, un’intervista scritta semi-strutturata rivolta a 15 infermieri facente riferimento all’ambito nazionale e svoltasi nel periodo che va dal 10/12/2020 al 02/02/2021. Ad ogni partecipante è stato chiesto di compilare una prima parte anagrafico-sociale dove venivano richiesti dati personali, quali: anni di servizio, età, genere e reparto lavorativo di appartenenza; in modo tale da poter classificare e rapportare con la realtà il campione studiato. A seguito di questa prima parte sono stati poi presentati cinque quesiti a risposta aperta orientati e formulati coerentemente con il quesito di tesi. Questi sono quindi incentrati sulla relazione infermiere-assistito, chiedendo le impressioni avute dai professionisti durante questo periodo lavorativo, le risorse e criticità rilevate in merito alla relazione con l’assistito e se ed in che modo il loro modo di relazionarsi muterà in un prossimo futuro, qualora l’emergenza sanitaria dalla pandemia da Covid-19 sarà terminata. Si è voluta quindi incentrare l’attenzione su come gli infermieri abbiano vissuto lavorativamente questa emergenza sanitaria e quali risorse e criticità hanno individuato nell’arco di questo periodo. Si è poi voluto ricercare il loro personale pensiero in merito al modo in cui si vedano, come infermieri, in un futuro prossimo e se, dopo aver vissuto questa esperienza, il loro modo di relazionarsi con il paziente muterà



o rimarrà inalterato. Tutti gli infermieri sono stati adeguatamente informati riguardo allo scopo dello studio e le modalità di raccolta e trattamento dei dati raccolti. È stato ribadito che la partecipazione allo studio era del tutto volontaria e che potevano rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Durante ogni fase di raccolta dati è stato garantito l'anonimato dei partecipanti costituenti il campione di indagine.

### **3.4 Criteri di selezione del materiale**

Il campione selezionato per il tipo di studio è costituito complessivamente da 15 infermieri. I criteri di selezione del campione analizzato sono i seguenti:

- Criteri di inclusione: tutti i professionisti in possesso di una Laurea in Scienze Infermieristiche. Infermieri che abbiano lavorato in passato e/o stiano lavorando nel presente in un reparto o ambito Covid, in modo tale da ricevere informazioni inerenti alla tematica della ricerca.
- Criteri di esclusione: tutti quegli infermieri che non hanno espresso il proprio consenso nel partecipare all'intervista e coloro che non hanno dato alcuna risposta. Sono stati inoltre esclusi tutti quei professionisti che non hanno lavorato in reparti o ambiti Covid ed i tirocinanti infermieri non ancora in possesso della Laurea in Scienze Infermieristiche.

Nel procedere all'analisi delle risposte si è fatto particolare riferimento alle espressioni come aggettivi, sostantivi e verbi, così da incentrare meglio l'attenzione su singole espressioni utilizzate e ricavarne il significato. Queste sono state poi raggruppate in macroaree in base alla sensazione avuta dal professionista, ad esempio ansie, paure, coraggio, ecc.

Il campione è stato inoltre selezionato tramite un campionamento di comodo "a palla di neve", ovvero sono stati contattati alcuni infermieri in possesso del requisito sopra citato e si è chiesto poi loro di contattare a loro volta dei colleghi sulla base dello stesso criterio.

### **3.5 Affidabilità dei dati**

Le interviste semi-strutturate sono state condotte personalmente da chi ha elaborato il lavoro di tesi, compatibilmente con la disponibilità di ciascun infermiere. Con la raccolta dati ci si è limitati ad ottenere le sole informazioni necessarie all'elaborazione della tesi, in coerenza con quanto progettato nello studio. La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei termini di inclusione/esclusione e nel rispetto della privacy e dei tempi di lavoro di ogni infermiere partecipante allo studio. Ogni intervista è stata svolta con la medesima modalità di presentazione dei quesiti garantendo l'omogeneità dei dati raccolti.

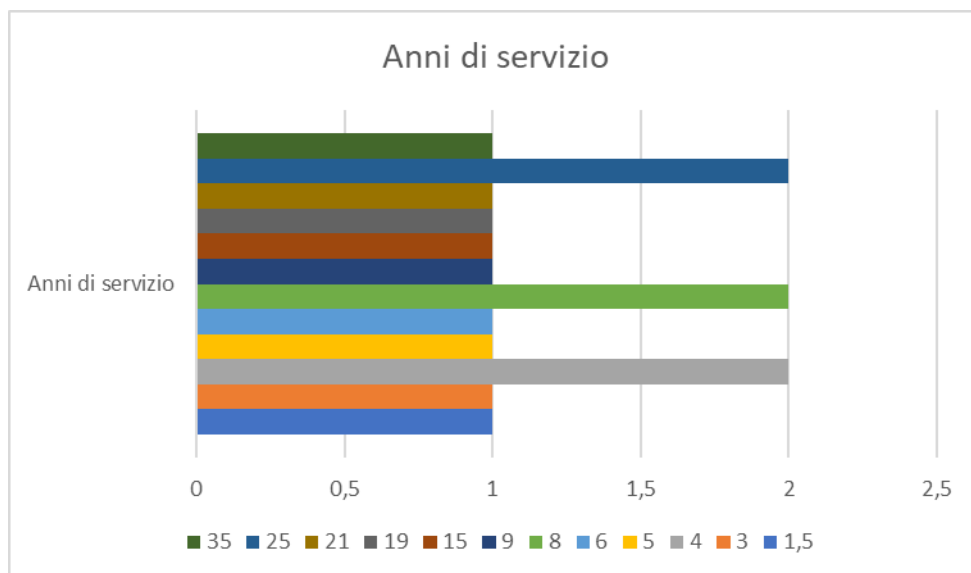
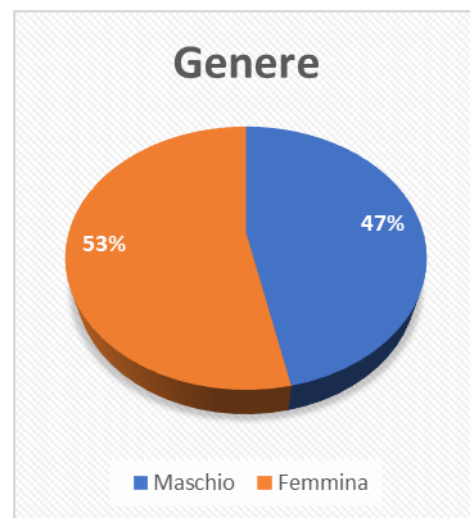
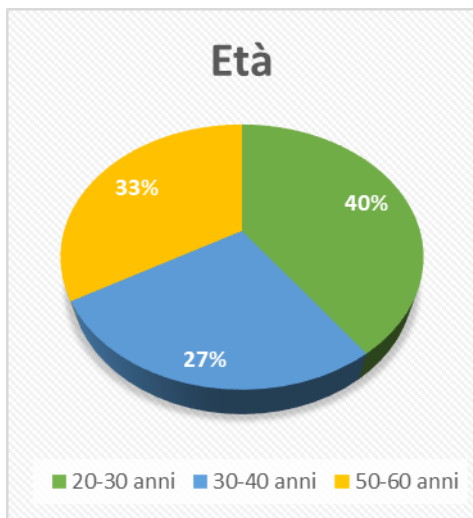
## **RISULTATI**

Nel periodo in cui è stata svolta la raccolta dati sono stati contattati in totale 22 infermieri. Di questi, 15 infermieri hanno risposto ai quesiti presentatigli. Il campione contattato è stato selezionato sulla base di uno specifico requisito, ovvero l'appartenenza ad un ambito lavorativo Covid. Si è poi utilizzato il campionamento "a palla di neve", ovvero permettendo agli stessi intervistati di contattare altri loro colleghi che fossero in possesso del requisito sopra citato.

Agli intervistati è stato chiesto di rilasciare alcuni loro dati personali, come: età, genere, titolo di studio (necessariamente Laurea in scienze Infermieristiche), anni di servizio e reparto di appartenenza; i quali rimarranno in forma anonima e verranno invece indicati in base all'area di appartenenza (Domiciliare, Terapia intensiva, Geriatria, ecc..). L'età di tutti i partecipanti risulta essere compresa tra i 20 ed i 60 anni. Il 40% degli infermieri ha dichiarato di appartenere ad una fascia di età compresa tra i 20 ed i 30 anni. A seguire, il 27% tra i 30 ed i 40 anni ed infine il 33% tra i 50 ed i 60 anni. In merito al genere, il 53% degli infermieri appartengono al genere femminile ed il rimanente 47% al genere maschile. Si rileva che gli anni di esperienza lavorativa (con la qualifica di Infermiere) degli intervistati, sono risultati essere da 1,5 anni a 35 anni di servizio. Gli ambiti lavorativi sono differenti e sono compresi l'area domiciliare, la terapia intensiva, l'RSA e l'area Covid.

Nel commentare le risposte date sono stati analizzati in particolare gli aggettivi, verbi, sostantivi utilizzati, in modo tale da ricavarne le sensazioni e le emozioni provate dai professionisti coinvolti. Sono state poi classificate in macroaree per identificarne una precisa categoria, ad esempio ansia, paura, coraggio,..

Dati personali degli intervistati:



**DOMANDE E RELATIVE RISPOSTE ALL'INTERVISTA**

Domanda 1: Come stai vivendo professionalmente questa emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19?

**.01 (Adi):** Con timore di contrarre il virus, cercando di garantire comunque un'assistenza infermieristica appropriata e qualificata.

- .02 (Medicina D'Urgenza/Area Covid 1B):** Faticosa ma per ora ancora bene.
- .03 (Area Covid 1/B):** Professionalmente è stato uno stravolgimento totale. Il sentimento che predomina è la paura ma poi, ci facciamo coraggio testa bassa, attenzione altissima e si fa il proprio meglio.
- .04 (Anestesia e Rianimazione):** Sinceramente molto pesante.
- .05 (ADI Chiaravalle):** Nonostante l'aspetto psicologico si cerca comunque di garantire sempre un servizio qualitativamente e professionalmente di alto livello.
- .06 (Broncopneumologia):** L'ho vissuta, all'inizio con sorpresa e timore, ma con il passare dei mesi con più sicurezza facendo affidamento sulle mie capacità professionali.
- .07 (Clinica di Rianimazione):** Con molto stress.
- .08 (Pneumologia):** Cercando di imparare il più possibile dalle esperienze passate e essere tempestivi delle valutazioni delle urgenze.
- .09 (Covid):** Nell'ospedale dove lavoro siamo stati il primo reparto ad essere diventati Covid sia a marzo che adesso. Come tipologia di lavoro non è cambiata gran che nel senso che avevamo anche prima a che fare con pazienti gravi e critici quindi professionalmente l'assistenza non è cambiata molto. Mi sento di dire che è cambiata la gestione del tutto. Non quella del paziente in sé per sé. I problemi respiratori dei pazienti sono impegnativi ma essendo noi già abbastanza abituati al lavoro "dinamico" non ho sentito una grossa variazione a livello professionale.
- .10 (Cardiochirurgia):** Estenuante.
- .11 (Adi):** Interessante.

**.12 (Medicina D'urgenza ora Area Covid):** Con difficoltà.

**.13 (Divisione Rianimazione):** Attualmente sto vivendo questa emergenza con coraggio e lucidità, sicuramente diverso dalla prima ondata. In cui non sapendo quantificare il rischio, la paura ha fatto da padrona. Paura di infettare i miei familiari soprattutto. Dal lavoro uscivo confusa perché tutto era confuso, di fretta e furia abbiamo trasformato le sale operatorie in reparti di degenza COVID con tutte le problematiche organizzative, a livello di personale, materiali, di sicurezza, ad esempio non avevamo un protocollo sicuro da seguire sulla vestizione e svestizione ognuno diceva la sua e poi c'erano loro, i pazienti con un'alta complessità assistenziale in parte nuova anche per noi... quello che all'inizio ho sofferto di più è stata la mancanza di un confronto professionale con i colleghi erano sempre nuovi e contemporaneamente a lavoro dovevi addestrare il personale di sala operatoria, si perché per arrivare a cambiare ogni 4 ore si doveva raddoppiare il personale quindi abbiamo turnato con gli infermieri di sala operatoria. I turni erano di 4 ore con i COVID e 4 ore con i pazienti non COVID... anche qui la continuità assistenziale veniva meno... ma alla resa dei conti credo abbiamo fatto un ottimo lavoro. Mentre al lavoro con la routine ci si abitua... in famiglia ho vissuto questa emergenza con drastici cambiamenti... mi sono trasferita in camper posizionandolo sotto casa. Rientro solo per cucinare e per lavori domestici, ma sempre con la mascherina e a casa in mano... penso di aver consumato litri e litri di candeggina. Tutto ciò perché avevo dei sintomi come stanchezza e bruciore alla lingua una cosa strana non mi hanno fatto il tampone avevo paura così la drastica decisione che mi ha fatto vivere con serenità poi il periodo perché i miei familiari erano lontani da me (ad aprile sono risultata positiva agli anticorpi)..

**.14 (Rsa):** Sinceramente a marzo ho provato tanta ansia e paura di affrontare una situazione nuova e sconosciuta, poi si assimilano conoscenze nuove ed esperienze sul campo ed ho concluso la prima ondata con senso di liberazione e sollievo. Ad ottobre sapevo cosa mi aspettava e l'ansia e la paura hanno lasciato posto all'amarezza e alla frustrazione di vedere i contagi risalire e i focolai che si creavano. Questo periodo sarà

molto più lungo del primo e non nego che a volte mi prende lo sconforto e il mio umore non è buono. Vado al lavoro perché è un mio dovere ma senza entusiasmo e con l'attesa che tutto finisca il prima possibile.

**.15 (Rianimazione Covid):** Professionalmente sono cambiate diverse cose nel modo di lavorare, certamente il fatto di lavorare con tutti i noti dpi, 3 paia di guanti rendono tutto più complicato, i rapporti infermiere: paziente che in rianimazione sono 1:2 sono saltati, arrivando fino a 1:4, senza considerare che il rapporto arriva ad essere 1:1 per paziente in ecmo, mentre ora può capitare di dover seguire 4 pazienti di cui uno ecmo, uno emofiltro per la dialisi, insomma, enormemente aumentato il carico lavorativo a discapito della qualità assistenziale che per questo viene meno, aumentando anche il rischio di errori. Inoltre, mai più di ora siamo occhi e mani dei medici che non sempre sono dentro le stanze covid, comunicando con loro tramite walkie-talkie, dovendo per questo essere maggiormente in grado di poter gestire autonomamente nell'immediato eventuali situazioni d'emergenza.

---

Domanda 2: Quali ricadute, sul piano relazionale tra infermiere e assistito, ha creato la pandemia in corso?

**.01 (Adi):** Sicuramente il piano relazionale ha subito modifiche comportamentali soprattutto inerenti alla comunicazione verbale e non... per via dei dpi.

**.02 (Medicina D'urgenza/Area Covid 1B):** Minor tempo di contatto e minori momenti di relazione interpersonale.

**.03 (Area Covid 1/B):** Sicuramente si è venuta a creare una barriera vera e propria data dai dpi, una sorta di anonimato e, spesso i pazienti si spaventano, per questo scriviamo i nostri nomi sulle tute, cerchiamo di comunicare il più possibile con loro e, soprattutto cerchiamo di metterli in contatto con i loro cari.

**.04 (Anestesia e rianimazione):** E' rimasta invariata perché nel mio reparto i pazienti sono sedati.

**.05 (ADI Chiaravalle):** Certamente di distanziamento, non fisico perché non possibile, ma piuttosto proprio per le relazioni a cui era abituata l'utenza a cui si rivolge il servizio domiciliare.

**.06 (Broncopneumologia):** L'utilizzo dei dpi come la tuta ha creato un distacco tra operatore e paziente, dalla trasmissione dell'empatia tramite lo sguardo all'aumento del disagio del paziente alla vista dell'operatore stesso.

**.07 (Clinica di rianimazione):** Difficoltà di comunicazione.

**.08 (Pneumologia):** Il rapporto si è intensificato, sono molto più spaventati e hanno bisogno di piccoli gesti poiché si sentono soli e isolati.

**.09 (Covid):** Non so spiegare bene ma sento che si è creato una sorta di distacco... un po' perché l'assistenza si limita alle manovre assistenziali e si cerca di stare il meno possibile nelle stanze (anche se è stata attivata la pressione negativa per la riduzione del rischio di contagio di noi operatori) un po' per via degli scafandri che ci rendono tutti uguali e quindi anche per il paziente è difficile collegare chi ci sia sotto alla mascherina.

**.10 (Cardiochirurgia):** Difficoltà comunicazione, counseling inefficace.

**.11 (Adi):** Distanziamento.

**.12 (Medicina D'urgenza ora Area Covid):** Per esempio il rapporto non è più "diretto" ma dovendoci avvicinare ai pazienti bardati di tuta e DPI loro si sentono distanti e intimoriti e di conseguenza anche per noi il contatto è più complicato.



**.13 (Divisione Rianimazione):** A me personalmente questa pandemia ha condotto a rafforzare la comunicazione e la collaborazione nei confronti del paziente ma anche dei familiari e spero che ciò possa continuare. Naturalmente con i pazienti COVID è difficile parlare, a me personalmente mancava l'aria perché avevo ffp3 e casco e al paziente mancava l'aria perché in svezamento dal ventilatore... il contatto fisico andava per la maggiore.

**.14 (Rsa):** Gli assistiti del mio luogo di lavoro abituale sono persone anziane ed ho visto per due volte chiudere il mio servizio per aprire reparti covid e trasferirli da un giorno all'altro altrove. La relazione con le persone anziane è basata sulla vicinanza fisica, sul sorriso che vedono sul volto degli operatori. Con la pandemia i DPI creano una barriera con l'assistito, nel vero senso della parola, la mascherina nasconde i sorrisi e rende più difficoltoso farsi capire ai pazienti con ipoacusia. Il tempo che si dedica all'assistito è ridotto alle attività di assistenza essenziali per ridurre l'esposizione al contagio e quindi anche la comunicazione è ridotta.

**.15 (Rianimazione Covid):** Dal punto di vista relazionale, per quel poco che ci può essere in rianimazione, credo che ora più di prima siamo fondamentali per non fare sentire soli i pazienti che si risvegliano, che non potendo ricevere le visite dei loro cari, siamo noi, infermieri in primis, a colmare questa solitudine, tanto che spesso capita che pazienti, ovviamente svegli anche se non ancora autonomi a livello ventilatorio, ci chiamino vicino al loro letto solo per avere compagnia, di avere per un po' qualcuno vicino a loro.

---

Domanda 3: Quali elementi (risorse e/o criticità) si possono considerare per intervenire nella relazione tra infermiere e assistito?

**.01 (Adi):** Facilitare tutto ciò che riguarda la comprensione sia del linguaggio che la comunicazione non verbale al fine di soddisfare pieno i bisogni del paziente.

**.02 (Medicina d'urgenza/Area Covid 1B):** Meno pazienti e maggiori spazi.

**.03 (Area Covid 1/B):** Puntare sulla comunicazione rapida ed efficace per abbattere il muro che si crea tra paziente ed infermiere puntando l'attenzione sulle risorse residue del paziente creando una relazione di fiducia.

**.04 (Anestesia e rianimazione):** Per la tipologia di assistenza infermieristica nel mio reparto, le risorse e/o criticità sono rimaste invariate, proprio in relazione alla tipologia del paziente trattato.

**.05 (ADI Chiaravalle):** Importante è il rapporto che si è instaurato con l'assistito e questo certamente non cambia, certamente avendo cura di proteggere e proteggersi.

**.06 (Broncopneumologia):** L'utilizzo di un linguaggio chiaro e rassicurante per far capire che dietro la tuta c'è un infermiere che lavora con umanità e professionalità.

**.07 (Clinica di rianimazione):** Barriere visive e fisiche.

**.08 (Pneumologia):** L'utilizzo di mascherina e visiera non permette molto di farci capire dai pazienti, a volte c'è bisogno di urlare, non si può vedere un sorriso o comunque un incoraggiamento da parte nostra ma abbiamo imparato a comunicare con gli occhi, i pazienti ci riconoscono così, dai dettagli.

**.09 (Covid):** Le risorse sono limitate, come sono limitati il numero di infermieri, come sono limitati i dpi. Si ha tutto al limite, ovvio che a questo si susseguono enormi criticità... e non solo sul piano assistenziale ma soprattutto sul piano emotivo, relazionale, affettivo. Esempio pratico: 2 infermieri per 21 pazienti gravi. Non si ha il tempo di fare la videochiamata col familiare e concentrarsi sull'aspetto "umano". La priorità sono i parametri vitali, maschere, mobilitazione, controllo assiduo dei parametri, monitor, macchine della ventilazione. L'aggravamento delle condizioni dei pazienti nel mio reparto è molto veloce e non sempre permette di "perdere tempo" a pensare alla videochiamata o alla telefonata, cosa che invece se guardiamo l'aspetto

umano è fondamentale perché per i pazienti è l'unico modo di comunicare con i familiari. A mio parere è lo scarso numero di risorse che porta spesso a enormi criticità.

**.10 (Cardiochirurgia):** Empatia nell'assistenza, dialogo efficace e disteso, verità nella comunicazione di informazioni.

**.11 (Adi):** Maggiore numero di personale.

**.12 (Medicina D'urgenza ora Area Covid):** I pazienti che sono nel mio reparto non sono in grado di comunicare con smartphone e tablet alcuni sono anziani altri in ventilazione assistita si potrebbe fare entrare almeno un parente a settimana con i dovuti DPI e con una educazione sanitaria adeguata. Credo che porterebbe serenità nelle famiglie e nei pazienti.

**.13 (Divisione rianimazione):** Il nostro relazionarsi con i pazienti e familiari secondo me e parlo della mia realtà è mediocre... avremo bisogno di una figura psicologica continua, che l'azienda purtroppo ci fornisce a chiamata. Forse per iniziare a migliorare questo aspetto opterei a partecipare ai colloqui tra medici e familiari in modo tale che l'assistenza umana abbia un'unica direzione.

**.14 (Rsa):** Ho notato che scrivere il nome sulle tute, per i pazienti che possono leggerlo, ci rende riconoscibili e l'assistito sa a chi si rivolge. Comunque, bisogna presentarsi sempre al paziente e non rimanere anonimi per lui. E' importante avere sempre il contatto visivo con l'assistito perché gli occhi sono l'unica parte di noi singolare ed espressiva che lui può notare. Non ridurre il tempo con il paziente per la sola attività assistenziale ma destinare due minuti per chiedere della sua vita o della famiglia.

**.15 (Rianimazione Covid):** La principale criticità è la carenza di personale, che se fosse adeguato permetterebbe di assistere con maggiore qualità e presenza per i pazienti, grazie ad un tablet di reparto, andiamo a colmare le distanze tra i pazienti e i loro cari con videochiamate.

---

Domanda4: Come cambierà il tuo modo di relazionarti con l'assistito dopo tutto questo?

**.01 (Adi)**: Cercando di avvicinarmi sempre di più in un rapporto che si basi sulla comprensione, ritorno di feedback.

**.02 (Medicina d'urgenza/Area Covid 1B)**: Nessuna maniera.

**.03 (Area Covid 1/B)**: Sicuramente ci sarà un rapporto più consapevole.

**.04 (Anestesia e rianimazione)**: Per quanto concerne il mio reparto, il modo di relazionarmi con l'assistito non è cambiato in quanto il paziente è sedato.

**.05 (ADI Chiaravalle)**: Per me non cambierà nulla e tornerò ad essere l'infermiere che sono sempre stato.

**.06 (Broncopneumologia)**: Cercherò di assimilare l'esperienza avuta per migliorare il mio modo di comunicare con l'assistito.

**.07 (Clinica di rianimazione)**: Tornerò a farlo come era precedentemente.

**.08 (Pneumologia)**: Non lo so.

**.09 (Covid)**: Non lo so. Quando tutto sarà finito non so cosa mi aspetto dal futuro. E sinceramente non so cosa mi aspetto dalle relazioni con i pazienti. Ho personalmente vissuto un cambiamento davvero significativo nei confronti degli operatori sanitari dalla prima alla seconda ondata e non so cosa aspettarmi dopo tutto questo. Solitamente mi ritengo una persona solare che ha cercato sempre di strappare un sorriso ai pazienti e comunque ho sempre speso del tempo prima del Covid con i pazienti per far sentire loro meno "dolore" o "angoscia" del fatto che erano in ospedale ma credo che quando sarà

finito tutto mi distaccherò molto e mi limiterò a fare professionalmente al meglio il mio lavoro ma non credo che sarò ancora così “entusiasta” di farlo. Lo farò ma sicuramente con più distacco.

**.10 (Cardiologia):** Sicuramente cambierà molto. La capacità di ascoltare e prendersi cura, quasi sostituendo spesso e volentieri la figura del familiare, ha sicuramente sensibilizzato sempre di più il rapporto paziente infermiere.

**.11 (Adi):** Uguale.

**.12 (Medicina D’urgenza ora Area Covid):** Il cambiamento è in atto questa pandemia sta cambiando in maniera profonda la normalità del pianeta. Spero che queste barriere “mascherine DPI” che sono la forma di protezione al momento più sicura e sta salvaguardando molte vite possa però terminare. Ridando così la possibilità di un contatto più umano e la voglia di vederci sorridere senza coprire le nostre labbra.

**.13 (Divisione rianimazione):** Sicuramente cercherò di rispettare di più il paziente... mi sto impegnando a rispondere alle sue domande cercando di evitare la solita risposta chiedi al medico... lasciando nell’incertezza il paziente per ore, perché magari il medico lo vede il giorno dopo. Mi sto impegnando a trovare le informazioni che lui mi chiede in modo tale da relazionarmi in maniera sincera. In questo periodo, ad esempio, se un paziente nell’orario di visita non vede il familiare e mi chiede di chiamarlo perché vuole sentire la voce io personalmente lo accontento (in rianimazione non è permesso il cellulare salvo eccezioni).

**.14 (Rsa):** Penso che le mascherine entreranno a far parte del nostro quotidiano (almeno nei prossimi anni). Gli assistiti si dovranno abituare a vedere visi coperti (per la loro e la nostra tutela). Nella relazione sarà sempre più importante lo sguardo e la comunicazione verbale. La pandemia ha messo in evidenza l’isolamento delle persone malate e sicuramente come operatori dobbiamo fare in modo che il paziente si senta

meno solo possibile (da una semplice chiacchierata al momento più delicato della morte).

**.15 (Rianimazione Covid):** Sicuramente terrò molto più in considerazione la sfera relazionale, l'importanza per il paziente della mia presenza come figura di sostegno e vicinanza nei momenti in cui non ci saranno i familiari.

---

Domanda 5: Come cambierà il tuo modo di essere/sentirti infermiere dopo tutto questo?

**.01 (Adi):** Dopo aver superato il covid con la speranza di essere vivi... l'orgoglio di avere affrontato questa pandemia con professionalità e dedizione.

**.02 (Medicina D'urgenza/Area Covid 1B):** In nessun modo.

**.03 (Area Covid 1/B):** Tutto questo ha letteralmente sconvolto il mio pensarmi e, credo che nulla sarà più uguale a prima, esiste un pre ed un post covid che ci ha cambiati per sempre.

**.04 (Anestesia e rianimazione):** Dopo tutto questo posso dire di sentirmi fiero, ancor di più della professione che ho scelto. Al termine del mio lavoro posso dire di sentirmi un infermiere migliore in quanto anche in questa situazione di criticità, noi tutti infermieri abbiamo cercato sempre di rispondere al meglio ai bisogni dell'assistito e anche se alcune volte mi è sembrato come "di andare in guerra" sono sempre stato fortemente, lo sono e lo sarò sempre, orgoglioso di essere infermiere.

**.05 (ADI Chiaravalle):** Quando tutto questo finirà, si chiuderà una triste parentesi e tornerà tutto come prima.

**.06 (Broncopneumologia):** Darò ancora più valore al mio essere infermiere perché grazie al mio lavoro ho dato un piccolo contributo per aiutare la società a superare l'emergenza.

**.07 (Clinica di rianimazione):** Ora non stiamo facendo un'assistenza infermieristica di qualità.

**.08 (Pneumologia):** Già dalla prima ondata mi sono sentita cresciuta professionalmente, in grado di poter affrontare tante cose che prima non pensavo di essere in grado, ho imparato a lavorare in team e interscambiarmi con altre professioni.

**.09 (Covid):** Credo che cambierà molto. Credo che tutto questo abbia creato in molti infermieri una sorta di sfiducia nei confronti delle figure che invece di tutelare la nostra professione hanno attuato il classico “armiamoci e partire” non tenendo in considerazione le criticità a cui abbiamo dovuto far fronte anche nonostante la scarsità del personale e che ci siamo trovati a formare colleghi durante il periodo del Covid e non prima. Sento che siamo tra le figure fondamentali ma meno riconosciute. Forse lo siamo sempre state ma magari l'entusiasmo che mettevo nel mio lavoro non me lo faceva notare. Ecco, farò il mio lavoro ma senza quell'entusiasmo che avevo prima e continuerò a farlo con professionalità e con tutta la competenza che ho acquisito negli anni. Al contempo sono cosciente che lo farò con molto distacco e parecchia demotivazione e con molta molta delusione, e la consapevolezza che se prima ero fiera di dire “sono un'infermiera” ora posso tranquillamente affermare che nella vita “io faccio l'infermiera”.

**.10 (Cardiochirurgia):** Continuerò a fare il mio lavoro come sempre fatto.

**.11 (Adi):** Uguale.

**.12 (Medicina D'urgenza ora Area Covid):** Avrò sicuramente più fiducia in me stesso. E' in corso una guerra e se non mi uccide diventerò più forte.

**.13 (Divisione rianimazione):** A questa domanda rispondo con una parola: flessibilità. Mi sto impegnando ad adattarmi ai continui cambiamenti di turno, di procedure... cerco di non aspettarmi niente da nessuno e avendo raggiunto (penso) un mio equilibrio cerco di allontanarmi dall'infermiere critico e più restio ai cambiamenti... per le critiche ci sarà tempo.

**.14 (Rsa):** La nostra categoria è stata messa in evidenza in questa pandemia, come “anello” che congiunge l'assistito e la società (famiglia). Se da una parte mi rende orgogliosa essere infermiera le parole di merito del Papa, del Governo e dei familiari dei pazienti da un'altra c'è il dispiacere per chi ci ha rimesso la vita nel fare il proprio lavoro, o a causa dei mancati dpi o a causa delle scarse conoscenze della nuova malattia. Nell'assistenza ci si mette in prima linea e si raccolgono note di merito e dispiaceri. Non dimenticherò mai i colleghi morti nell'affrontare il Covid e sarò sempre orgogliosa del mio lavoro anche per loro.

**.15 (Rianimazione Covid):** Questa esperienza mi sta facendo crescere professionalmente, facendomi sentire ancora più un pezzo importante ed autonomo del tessuto sanitario, facendomi sentire ancora più importante nel prendersi cura dei pazienti in maniera totalitaria.



TERMINI ANALIZZATI NELL'ANALISI DEI RISULTATI	
Interessante, appropriata, qualificata, faticosa, distanti, intimoriti, complicato, spaventato, intensificato, uguale, invariata, umano, forzata, diretto, adeguato, entusiasta	Aggettivo
Stress, timore, paura, attenzione, difficoltà, coraggio, barriera, comunicazione, distacco, gesti, relazione, assistenza, contatto, cura, rapporto, figura, sostegno, orgoglio, fiducia, dedizione, crescita, flessibilità	Sostantivo
Alto livello	Aggettivo+nome
Stravolgimento totale	Nome+aggettivo
Rafforzare, assimilare, migliorare, cambiare, ascoltare	Verbo

MACROAREE IDENTIFICATE NELLE RISPOSTE DEGLI INFERMIERI
Coraggio
Ansia
Paura
Orgoglio
Fiducia
Tenacia

## DISCUSSIONI

Analizzando le risposte ricavate dall'intervista cui sono stati sottoposti i 15 infermieri, si può evidenziare come queste siano diverse tra loro ma in un certo senso accomunate da alcune principali macroaree: coraggio, paura, stress ed orgoglio.

In merito alla prima domanda: "Come stai vivendo professionalmente questa emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19?" sono state date risposte differenti tra loro, in base al reparto di appartenenza dell'infermiere, ma ognuno ha espresso un'opinione che fa capire in che modo siano stati personalmente "toccati" da questa esperienza. Un infermiere appartenente all'area domiciliare ha espresso di vivere questa situazione con "timore", dovuto alla paura di contrarre il virus assistendo i malati al loro domicilio. Nonostante questa, ha però specificato di avere comunque la volontà di erogare un'assistenza infermieristica "appropriata e qualificata" facendo denotare quanto sia legato alla propria professione e l'interesse dato alle procedure di cura nonostante le circostanze siano avverse. Un infermiere appartenente alla medesima area ha allo stesso modo espresso la volontà di garantire un servizio di "alto livello", un altro ancora ha definito l'esperienza "interessante". Tutte queste espressioni fanno intendere come nel complesso gli infermieri abbiano vissuto questa esperienza allo stesso modo, ritrovandosi in una circostanza differente e quindi in un certo senso interessante nel suo svolgimento, mantenendo sempre l'interesse e la voglia nell'erogare un'assistenza di qualità. Altri infermieri appartenenti all'Area Covid, d'altra parte, hanno utilizzato espressioni ben diverse, di particolare impatto, come: "faticosa", "stravolgimento totale", "paura", "attenzione altissima", "con difficoltà". Questo indica come tra diversi ambiti l'emergenza sanitaria è stata vissuta in modo diverso. L'espressione "stravolgimento totale" ci fa capire come questo infermiere abbia vissuta l'emergenza attraverso un radicale cambiamento del suo modo di lavorare. Non l'ha vissuta in maniera "interessante" come definito da un infermiere dell'area domiciliare, ma piuttosto come un'esperienza che ha cambiato radicalmente il suo ambito lavorativo. D'altro canto, gli stessi infermieri dell'area Covid hanno utilizzato altri sostantivi come "coraggio", facendoci capire che nonostante tutto hanno affrontato l'emergenza con passione e dedizione, senza timore. Un'altra importante definizione data è "professionalmente l'assistenza non è cambiata". Nella loro area lavorativa si sono

trovati ad assistere sempre pazienti critici, pazienti con gravi problemi respiratori e bisognosi di un'assistenza intensiva ed accurata. Per questo motivo le loro procedure assistenziali non hanno visto grandi mutamenti ma, al contempo, il modo di relazionarsi con gli assistiti è cambiato a causa di evidenti barriere, quali i DPI, che non lasciano interagire in modo efficace il professionista. Alcuni professionisti in ambito della rianimazione hanno affermato di aver lavorato con difficoltà, presentatasi l'emergenza, dovuto al dover confrontarsi con uno squilibrio nel rapporto infermiere:paziente ed un conseguente aumento del carico lavorativo. Hanno affermato di aver assistito ad un mutamento della figura dell'infermiere, definendolo "gli occhi e le mani dei medici" e quindi essere ancor più in grado di gestire in autonomia e tempestività eventuali situazioni di emergenza a carico dell'assistito. E' da questa affermazione che si scaturisce la reale importanza della figura dell'infermiere, professionista formato ed esperto che, a prescindere dalle condizioni lavorative e cliniche dell'assistito, riesce ad erogare un'assistenza efficiente ed efficace necessaria alla guarigione di quest'ultimo.

Con la seconda domanda: "Quali ricadute, sul piano relazionale tra infermiere e assistito, ha creato la pandemia in corso?" si denota una netta linea di connessione tra la maggior parte delle risposte date: i DPI, in specifico la tuta, hanno creato una barriera fisica che ostacolano la comunicazione e la relazione con il paziente. Alcuni dei professionisti specificano: "si è venuta a creare una barriera vera e propria data dai dpi", "difficoltà di comunicazione", "sento che si è creato una sorta di distacco" e ancora "il rapporto non è più "diretto"". Tutto ciò a specificare il peso dato dai DPI utilizzati nei riguardi ad un efficace relazione e comunicazione con i pazienti, a prescindere dalla loro reale utilità quale la difesa e la protezione dall'agente patogeno che ci circonda.

Un infermiere dell'area Covid specifica "i pazienti si spaventano, per questo scriviamo i nomi sulle tute", un altro ancora indica "i pazienti si sentono distanti ed intimoriti, di conseguenza anche per noi il contatto è più complicato". Questi sono dei dati molto importanti perché per la prima volta si va ad evidenziare non solo come si sente l'infermiere nella sua sfera lavorativa ed emotiva e le problematiche che lui individua, ma anche le sensazioni dell'assistito e il suo modo di vedere la situazione dalla parte del malato. Si sottolinea ancora una volta quindi l'importanza dell'assistito e la considerazione che i professionisti danno a quest'ultimo, e la difficoltà della relazione se anche da una sola delle due parti si presentano complicazioni e problematiche. Una

considerazione differente è stata data da un infermiere della pneumologia, dove descrive il rapporto tra infermiere e paziente non difficoltoso ma “intensificato”. La risposta data da questo infermiere si discosta molto da tutte le altre e fa capire il suo modo differente di vedere la situazione creatasi o comunque la differente esperienza lavorativa provata all’interno di questo reparto. Con l’espressione “intensificato” si intende come il rapporto sia mutato in una relazione ancor più stretta e vicina, rispetto a quello instauratosi in una situazione al di fuori dell’emergenza. “Il paziente ha bisogno di piccoli gesti perché si sentono soli ed isolati”, in questo modo l’infermiere precisa di non aver visto i DPI come una barriera relazionale, non ha dato peso alle barriere fisiche che circondavano lui e l’assistito; ha di fatto notato il solo ma fondamentale bisogno che l’assistito aveva nel ricercare un contatto con l’umanità dei professionisti e che questi ultimi, senza indugio, hanno soddisfatto intensificando il loro modo di relazionarsi proprio perché l’assistito ne aveva ancor più bisogno. Nell’ambito dell’area di rianimazione si sono ricevute due differenti risposte; da un lato un infermiere ha definito la relazione “invariata perché i pazienti sono sedati”, soffermandosi semplicemente sullo stato di coscienza e la condizione clinica della gran parte dei pazienti presenti nel suo reparto. Un altro infermiere invece, appartenente alla stessa area lavorativa, ha individuato alcuni punti di forza ricavati da questa emergenza sanitaria: “questa pandemia mi ha condotto a rafforzare la comunicazione e la collaborazione nei confronti del paziente ma anche dei familiari” e ancora “spero che ciò possa continuare”, questo ad indicare che in un ambito lavorativo si è sempre vista una carenza nella relazione tra infermiere ed assistito, spesso “forzata” per via delle gravi condizioni del paziente. Ma con questa espressione di fiducia da parte dell’infermiere si può delineare la volontà che c’è da parte di quest’ultimo nel migliorare questa situazione ed avere l’interesse ad intensificare il rapporto con il paziente in qualsiasi caso, a prescindere dalla situazione lavorativa che si crea.

Nella terza domanda: “Quali elementi (risorse e/o criticità) si possono considerare per intervenire nella relazione tra infermiere ed assistito?” si vuole chiedere agli intervistati quali siano i punti di forza o di debolezza che hanno individuato e che potrebbero essere utilizzati per creare una relazione ottimale. Le risposte sono state molteplici. Alcuni infermieri, in particolare appartenenti all’Area domiciliare e all’Area Covid, hanno individuato come punto critico lo squilibrio tra il rapporto infermiere:paziente,

delineando la necessità di aumentare il numero del personale per erogare una migliore assistenza ai pazienti ricoverati. Viene utilizzata l'espressione "si ha tutto al limite" in riferimento ai presidi necessari, i DPI, il personale a disposizione ed altro. Questo evidenzia il principale punto critico presentatosi in qualsiasi ambito ospedaliero e sanitario durante la prima fase dell'emergenza sanitaria, dove i professionisti si sono dovuti adattare alla scarsità delle risorse andando avanti con il loro lavoro pur con estreme difficoltà. Un altro infermiere dell'Area Covid individua un esempio pratico per spiegare in che modo la scarsità del personale incida nella relazione: "2 infermieri per 21 pazienti gravi. Non si ha il tempo di fare la videochiamata col familiare e concentrarsi sull'aspetto "umano"". Queste testimonianze fanno capire la reale situazione instauratasi all'interno dei reparti e le criticità che si sono presentate, attraverso le quali è necessario sviluppare miglioramenti. Un infermiere della pneumologia indica invece una risorsa, un elemento da sfruttare nella relazione con il paziente: "abbiamo imparato a comunicare con gli occhi, i pazienti ci riconoscono così, dai dettagli" e un altro infermiere di una RSA a sua volta scrive "è importante avere sempre il contatto visivo con l'assistito perché gli occhi sono l'unica parte di noi singolare ed espressiva che lui può notare". Queste dichiarazioni delineano ancora una volta l'importanza dello sfruttare qualsiasi piccolo dettaglio per intervenire sulla scarsità della relazione. Anche solo uno sguardo può trasmettere fiducia e sicurezza in una persona fragile ed impaurita. I nostri occhi parlano e trasmettono più di qualsiasi parola detta, rassicurando quella persona che ha un evidente bisogno di vicinanza e "contatto umano".

Un infermiere dell'Area Covid individua come punto di forza la necessità di comunicare con i familiari del paziente stesso, indicando come intervento la possibilità di "far entrare almeno un parente a settimana con i dovuti DPI e con un'assistenza sanitaria adeguata. Credo porterebbe serenità nelle famiglie e nei pazienti". Si va quindi avvalorando l'importanza che i familiari hanno nel rassicurare l'assistito ma anche il bisogno di loro stessi di essere rassicurati vedendo anche per poco tempo il loro caro, ritrovatosi in una condizione di criticità e debolezza.

Nel rispondere a questa domanda, in generale, molti infermieri hanno individuato come risorsa preziosa l'utilizzo di smartphone e tablet per effettuare videochiamate con i familiari degli assistiti. Elemento ormai fondamentale in un ambito di emergenza dove

la necessità di limitare gli accessi dei visitatori alle strutture ospedaliere è fondamentale e vitale.

Con le ultime due domande poste agli intervistati si è voluto indagare nell'ambito di una sfera più personale, in particolare nella quarta domanda si è chiesto loro: "Come cambierà il tuo modo di relazionarti con l'assistito dopo tutto questo?". Qui alcuni infermieri hanno mostrato segni di incertezza rispondendo con l'espressione "non lo so", come ad evidenziare la particolarità di questa emergenza sanitaria e soprattutto l'incertezza di cosa porterà in futuro, se e quando finirà ed in che modo, e soprattutto quali evidenti segni lascerà nella sfera sanitaria e sociale. Ci sono state risposte discostanti in merito a questa domanda: un infermiere dell'Area Covid ha affermato che il rapporto con il paziente non cambierà "in nessuna maniera" dopo questa esperienza; sulla stessa linea di pensiero, un altro infermiere della rianimazione ha rilasciato una risposta simile "tornerò a farlo come era precedentemente" e ancora due infermieri dell'Area domiciliare rispondono "uguale" e "per me non cambierà nulla e tornerò ad essere l'infermiere che sono sempre stato". Al contrario, sono state date altre risposte che si discostano nettamente dal pensiero delle precedenti. In questo ambito gli infermieri hanno dichiarato di voler lavorare per migliorare il loro modo di relazionarsi ed approcciarsi con il paziente, come dichiara un infermiere della broncopneumologia "cercherò di assimilare l'esperienza avuta per migliorare il mio modo di comunicare con l'assistito", sfruttando le risorse e criticità presentatesi durante questa emergenza e utilizzandole a loro favore come punto di partenza per un'assistenza più concreta. Un infermiere dell'Area Covid ha dichiarato "sicuramente ci sarà un rapporto più consapevole", un altro collega della cardiocirurgia scrive "sicuramente cambierà molto. La capacità di ascoltare e prendersi cura, spesso sostituendo il familiare, ha sensibilizzato sempre più il nostro rapporto con il paziente", ed infine dalla rianimazione "sicuramente terrò molto più in considerazione la sfera relazionale, l'importanza per il paziente della mia presenza come figura di sostegno". Una dichiarazione di particolare spessore va individuata nella risposta data da un professionista appartenente all'Area Covid, che scrive "credo che quando sarà finito tutto mi distaccherò molto e mi limiterò a fare professionalmente al meglio il mio lavoro ma non credo che sarò ancora così "entusiasta" di farlo. Lo farò ma sicuramente con più distacco". Da questa risposta si evince come in realtà non tutti i professionisti

ne siano usciti “indenni” o più forti da questa particolare situazione di emergenza sanitaria. Bensì alcuni loro colleghi sono rimasti particolarmente “toccati” dall’esperienza e questa ha scaturito in loro un sentimento di disapprovazione e sconforto tanto da far cambiare l’idea di incentivare una buona relazione con l’assistito ad una mera esecuzione delle procedure infermieristiche, senza tener conto della sfera relazionale ed umana. Qui si identifica una delle aree più buie create nell’ambito lavorativo da questa pandemia, una reazione sconvolgente che pervade i professionisti sanitari portandoli alla negazione di parti fondamentali del loro stesso lavoro: l’assistenza basata sul rapporto umano con il malato.

Da tutto ciò si può comprendere non solo che per ogni area trattata il carico lavorativo e la possibilità di relazionarsi con il paziente sono nettamente differenti, ma anche che ogni operatore sanitario è diverso a modo suo nel relazionarsi con l’assistito e nel valutare un’esperienza in modo differente rispetto ad altri colleghi. In particolare, si è unici nel reagire a fonti di stress e disagio, assimilando il tutto in modi e tempi diversi, instaurando pensieri e comportamenti che non sempre portano ad un miglioramento personale ma, delle volte, ad una vera e propria crisi interiore.

Nel concludere l’intervista si è presentata la quinta domanda, appartenente sempre all’ambito della sfera personale, come precedentemente detto, dove si chiede: “Come cambierà il tuo modo di essere/sentirti infermiere dopo tutto questo?”. Tra le risposte è bene evidenziare due macroaree molto comuni individuate dagli infermieri intervistati: l’orgoglio e la speranza. Nel particolare, si considera una risposta data da un infermiere della domiciliare che afferma “Dopo aver superato il covid... l’orgoglio di aver affrontato questa pandemia con professionalità e dedizione”, un infermiere della rianimazione scrive “dopo tutto questo posso dire di sentirmi fiero, ancor più della professione che ho scelto. Posso dire di sentirmi un infermiere migliore”, due infermieri della broncopneumologia scrivono “darò ancora più valore al mio essere infermiere” “mi sono sentita cresciuta professionalmente, in grado di poter affrontare tante cose che prima non pensavo di essere in grado” infine in area Covid scrive “avrò sicuramente più fiducia in me stesso”. Tutte queste risposte danno fiducia e speranza alla nostra professione, perché si denota la passione e dedizione che gli infermieri hanno nello svolgere il proprio lavoro e la professionalità utilizzata nell’erogare cure ed assistenza. Un infermiere della rianimazione utilizza un termine molto preciso per rispondere alla

domanda: “flessibilità”. Con questa espressione tende ad esprimere il suo adattamento ai continui mutamenti delle procedure e tempi dedicati all’assistenza dovuti all’emergenza sanitaria e ciò fa onore ad un professionista competente ed adattabile a molteplici eventi e situazioni.

Tra le righe delle varie risposte si può inoltre notare uno sdegno dei professionisti nei confronti della gestione e dell’organizzazione all’interno delle strutture ospedaliere. Si sono sentiti “abbandonati” e trascurati nonostante il loro impegno e la loro dedizione siano stati sempre al primo posto. Questa scarsa considerazione della loro figura professionale ha fatto sì che alcuni di loro si sentissero demotivati e non incentivati a lavorare al meglio, con passione e lucidità, e questo è forse uno dei lati peggiori creatisi dalla pandemia. O meglio, un lato dell’ambito sanitario già presente e messo in luce dall’improvvisa emergenza.

Se da un lato molti infermieri si sono sentiti orgogliosi e cresciuti “professionalmente”, dall’altro canto alcuni loro colleghi hanno definito l’esperienza una “fase”, passata la quale tutto tornerà come prima senza aver cambiamento alcuno. A conferma di ciò, un infermiere dell’area domiciliare afferma: “quando tutto questo finirà, si chiuderà una triste parentesi e tornerà tutto come prima”, e ancora un infermiere della cardiocirurgia “continuerò a fare il mio lavoro come sempre fatto”. Da queste frasi si delinea ancora una volta la diversità che si va creando tra le varie aree lavorative, dall’organizzazione del lavoro, l’approccio a situazioni cliniche più o meno critiche dei pazienti, fino alla differenza di pensiero di ognuno dei professionisti.

In conclusione, da questa intervista si può desumere come molti infermieri, nonostante abbiano lavorato con difficoltà e avversità in condizioni lavorative pesanti, si sentano comunque soddisfatti ed orgogliosi del lavoro svolto e ben riuscito. Tutto questo mi rende conscia ancora una volta delle motivazioni per cui ho scelto questo mio percorso di studi e futuro ambito lavorativo, pieno di incertezze ma anche soddisfazioni, e ne sono orgogliosa.

Sia infermieri che pazienti hanno risentito molto del distacco sociale ed umano, dovuto in special modo alle barriere fisiche date dai DPI, e questo è inevitabile. In molti hanno sottolineato la paura dei pazienti di fronte a questo virus e questo contesto ospedaliero in cui si sono trovati. Spesso si tende a pensare che la differenza si sia presentata solo in riguardo ai professionisti sanitari e le loro condizioni lavorative, dimenticandoci invece



che chi è interessato in prima persona a questo virus è il paziente stesso, spesso conscio di cosa gli sta accadendo (e questa è la cosa peggiore).

Molte delle affermazioni date dagli intervistati hanno evidenziato il loro spirito di adattamento alle circostanze avverse che, nonostante le condizioni, hanno tentato comunque di trovare soluzioni e adattamenti per erogare assistenza e cure di qualità all'assistito.

In merito alle ultime due domande, riguardanti la sfera personale degli infermieri, molti degli intervistati hanno risposto che il loro modo di relazionarsi e/o sentirsi infermiere non verrà intaccato da questo momento storico sanitario, ma anzi, terminata l'emergenza, torneranno alla loro normalità come nulla fosse accaduto. E' inesplicabile pensare e dichiarare di non rimanere "toccati" da questa esperienza e risultarne indenni professionalmente e personalmente, denotando in particolar modo la situazione nazionale, in ambito sanitario, che la pandemia ha portato. In questo contesto sanitario pandemico si è andato delineando ancor più la fragilità di chi si assiste e il bisogno continuo che questi hanno di sentire la vicinanza di un sanitario che li rassicuri e colmi per quanto possibile la loro solitudine. Credo che il lavoro dell'infermiere sia proprio adattarsi a certe situazioni e trovare sempre una soluzione ai problemi del paziente, andando a delineare ed instaurare una vera e propria crescita professionale giorno dopo giorno.

## CONCLUSIONI

### 6.1 Limiti dello studio

Per la conduzione di tale progetto di tesi si è scelto di utilizzare un disegno di studio di tipo qualitativo fenomenologico ed etnografico, che risulta essere particolarmente indicato allo studio dell'esperienza umana e che permette di comprendere il senso di un'esperienza così come la colgono coloro che la vivono. In questo specifico contesto difatti, come detto in precedenza, l'approccio ad uno studio di tipo fenomenologico ed etnografico è stato considerato non in riferimento a come si è svolta nel suo insieme la ricerca, piuttosto per il contesto considerato di quest'ultima in cui gli intervistati e l'intervistatore sono coinvolti.

Nonostante lo studio sia stato condotto seguendo la metodologia, esso presenta alcuni limiti legati alla numerosità del campione d'indagine. Lo studio ha permesso, infatti, il reclutamento di un numero limitato di infermieri, complessivamente 15. Questo campione difatti non può essere rappresentativo della realtà infermieristica in quanto i dati, in specifico il rapporto in percentuale di maschi e femmine e la media dell'età degli infermieri intervistati, non sono uniformi a quelli presentati dalla Fnopi. Dall'analisi dei dati della Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro dell'Istat, emerge che nel 2015 gli infermieri occupati sono 371mila su oltre 440mila iscritti agli albi (Allegato2). Inoltre, la composizione per sesso ed età è un dato fondamentale. Tra gli infermieri sono meno presenti le classi più "giovani", se estendiamo il concetto fino ai 34 anni. Questa sottorappresentazione però va a vantaggio quasi interamente della classe intermedia, quella tra i 45-54 anni che assomma il 36,5% del totale occupati tra gli infermieri e il 30,1% nelle altre professioni. Nella classe 55- 64 anni il peso degli infermieri è leggermente superiore (17% contro il 16,4%) mentre è inferiore la quota di quanti lavorano oltre i 65 anni [35] (Allegato3).

Tutti questi dati vanno a discapito delle informazioni raccolte attraverso l'intervista dove si scaturisce un rapporto di genere maschio/femmina rispettivamente del 47% e 53%. Mentre in merito all'età degli infermieri intervistati sono stati ricavati dati riportanti un maggior numero di professionisti nell'età compresa tra i 20 ed i 30 anni (40%), contro una percentuale del 33% per i professionisti tra i 40 ed i 60 anni ed il

27% tra i 30 ed i 40 anni. Nonostante ciò, avendo di fatto svolto uno studio qualitativo, questa disuguaglianza nella rappresentatività dei dati a confronto con la realtà, non scaturisce un problema nell'analisi di questi ultimi in questa tipologia di studio.

Sebbene nello svolgimento delle interviste sia stata garantita la privacy e l'anonimato di ogni partecipante, la preoccupazione degli infermieri di poter essere riconosciuti, può aver causato un'alterazione delle risposte date ed una conseguente possibile alterazione dei dati raccolti. Un ulteriore limite dello studio è rappresentato dalla mancata verifica della chiarezza e accuratezza delle domande costituenti l'intervista semi-strutturata, non avendo potuto utilizzare precedentemente uno studio pilota per verificarne la comprensione.

## **6.2 Indicazioni per la pratica**

I risultati di questo studio possono costituire un contributo per la professione infermieristica relativamente all'assistenza erogata in un ambito di emergenza sanitaria, in quanto è stata esplorata una situazione lavorativa ancora poco approfondita, ma importante in futuro per l'erogazione di un'assistenza di qualità e quindi di una buona relazione con l'assistito. I risultati hanno quindi aiutato a comprendere quali possono essere le criticità e/o risorse che si possono presentare in tale situazione e quindi in che modo gli infermieri devono approcciarsi a queste, ora che l'emergenza è ancora in corso e in un futuro qualora un'emergenza simile si possa presentare, con l'obiettivo di erogare un'assistenza e una relazione di qualità.

## **6.3 Conclusioni**

Da questa intervista si può trarre l'esito positivo in riguardo alla necessità di ottenere risposte utili per rispondere ai quesiti di ricerca, ovvero: in che modo l'assistenza infermieristica viene erogata in un ambito di emergenza sanitaria? Quali sono i fattori che potrebbero creare un mutamento nella stessa? Che cambiamento ne è scaturito durante questa emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19? In che modo gli infermieri sono riusciti a relazionarsi con gli assistiti nonostante le criticità presentatesi?

Come sottolineato nel capitolo precedente, da questa intervista si può desumere come molti infermieri, nonostante abbiano lavorato con difficoltà e avversità in condizioni lavorative pesanti, si sentano comunque soddisfatti ed orgogliosi del lavoro svolto. Sia infermieri che pazienti hanno risentito molto del distacco sociale ed umano, dovuto in special modo alle barriere fisiche date dai DPI, e questo è inevitabile. Il principale cambiamento scaturito dalla pandemia in corso, nell'ambito della relazione di cura, è stato proprio relativo alla comunicazione tra professionista e paziente. La vicinanza che fino ad ora poteva essere mostrata con una carezza sul viso, parole confortanti o piccoli gesti di contatto ora sono stati sostituiti da distaccate tute, mascherine e caschi di protezione che alterano la percezione stessa di avere a che fare con una persona.

Molte delle affermazioni date dagli intervistati hanno evidenziato il loro spirito di adattamento alle circostanze avverse che, nonostante le condizioni, hanno tentato comunque di trovare soluzioni e adattamenti per erogare assistenza e cure di qualità all'assistito. Molti, difatti, hanno cercato di assecondare le necessità del paziente di comunicare con i propri familiari attraverso l'utilizzo di smartphone e tablet per effettuare video chiamate. Altri infermieri hanno ritenuto utile scrivere i propri nomi sulle divise per essere più riconoscibili dai propri pazienti ed altri ancora hanno dedicato parte del loro tempo utile per stare vicino agli assistiti soli, portando conforto e vicinanza.

Si denota come il lavoro dell'infermiere sia proprio adattarsi a certe situazioni e trovare sempre una soluzione ai problemi del paziente e dell'assistenza in generale, andando a delineare ed instaurare una vera e propria crescita professionale giorno dopo giorno.

Da questa gravosa condizione lavorativa sono emerse risorse ma anche criticità del sistema sanitario stesso, includendo l'organizzazione del lavoro e la carenza di risorse necessarie per lavorare al meglio. Tutto questo servirà a far capire come poter migliorare, in un prossimo futuro, il nostro modo di lavorare, ricavandone preziosi spunti e nuovi punti di partenza per un'assistenza finalizzata alla cura e alla relazione con il paziente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. (2021, 12 febbraio). Disponibile al sito <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?id=228&lingua=italiano#3>
2. Longhini, F., Bruni, A., Garofalo, E., Navalesi, P., Grasselli, G., Cosentini, R., Foti, G., Mattei, A., Ippolito, M., Accurso, G., Vitale, F., Cortegiani, A. & Gregoretti, C. (2020). Helmet continuous positive airway pressure and prone positioning: A proposal for an early management of COVID-19 patients. *Pulmonology Journal*, 26(4), 186-191;
3. Martinez Estalella, G., Zabalegui, A. & Sevilla Guerra, S. (2021). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 31, S12-S17;
4. Quotidiano Sanità. (2020, 23 giugno). Covid. “Al 15 giugno denunciati oltre 49mila contagi sul lavoro. Per il 40% riguarda tecnici della salute. Gli infermieri sono la categoria più colpita”. Il 5° report dell’Inail. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=86462](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=86462)
5. IacuanIELlo, F., Di Santo, S., Palladini, D. & Caputo, P. (2020, 21 luglio). Nursing Up: Noi infermieri come soldati allo sbaraglio. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/nursing-up-noi-infermieri-come-soldati-allo-sbaraglio.html>
6. Marasco, T., Sciacca, F. (2020, 8 maggio). Quale comunicazione con il paziente in tuta, occhiali e mascherina?. *Quotidiano Sanità*. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=84985](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=84985)
7. Vannini, C. (2020, 31 luglio). Come stanno gli infermieri dopo il Covid-19. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/come-stanno-gli-infermieri-fase-2.html>

8. González-Gil, M.T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A.I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-García, L., Navarta-Sánchez, M.V., Alcolea-Cosín, M.T., Argüello-López, M.T., Canalejas-Pérez, C., Carrillo-Camacho, M.E., Casillas-Santana, M.L., Díaz-Martínez, M.L., García-González, A., García-Perea, E., Martínez-Marcos, M., Martínez-Martín, M.L., Palazuelos-Puerta, M., Sellán-Soto, C. & Oter-Quintana, C. (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive & Critical Care Nursing*, 62;
  
9. Quarima Isa, K., Adib Ibrahim, M., Abdul-Manan H., Mohd-Salleh, Z., Abdul-Mumin, K., Abdul Rahman, H. (2018). Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 28 (1);
  
10. Asta, M.L. (2020, 21 agosto). Covid-19 la solitudine degli infermieri – la tragedia di cui nessuno parla. Disponibile al sito <https://www.infermieristicamente.it/articolo/12481/covid-19-la-solitudine-degli-infermieri---la-tragedia-di-cui-nessuno-parla>
  
11. Salerno, A. (2020). Storia dell'Assistenza Infermieristica: dal prendersi cura al professionista autonomo. Asso Care News. Disponibile al sito <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/storia-dellassistenza-infermieristica-dal-perdersi-cura-alla-professionista-autonomo#:~:text=Florence%20Nightingale%20%C3%A8%20la%20fondatrice,Infermiere%20presso%20l'Ospedale%20S.>
  
12. Di Santo, S. (2016). Teorie del nursing. Nurse24. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/infermiere/teorie/teorie-del-nursing.html>
  
13. Varvara, R. (2017). Infermieri, facciamo chiarezza: cos'è l'assistenza infermieristica?. Nurse Times. Disponibile al sito <https://www.nursetimes.org/infermieri-facciamo-chiarezza-cose-lassistenza-infermieristica/37404>
  
14. Università Niccolò Cusano. (2018, 28 giugno). Che cos'è l'assistenza infermieristica e cosa devi sapere. Disponibile al sito <https://www.unicusano.it/blog/didattica/master/che-cos-e-lassistenza-infermieristica/>

15. Ministero della Salute. (2020). Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. Disponibile al sito <http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>
  
16. Zampieron, A. La pianificazione dell'assistenza infermieristica al paziente affetto da insufficienza renale. Disponibile al sito <http://www.unimegroup.it/uploads/files/infermiere/area-scienze-interdisciplinari-cliniche-iii-anno-ii-sem/pianificazione%2520zampieron.pdf>
  
17. Manara, D.F. (2004). Ruolo dell'infermiere e natura dell'assistenza tra forma ed essenza. Nursing Oggi, numero 4;
  
18. Ministero della Sanità. (2020). D.M. 14 settembre 1994, n. 739. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n.6;
  
19. Tommasi, J. (2020, 7 settembre). La relazione di cura nell'assistenza: non solo un mestiere di mani e mansioni, ma anche di mente e cuore. Nurse Times. Disponibile al sito [La relazione di cura nell'assistenza: non solo un mestiere di mani e mansioni, ma anche di mente e cuore | Nurse Times](#)
  
20. Caretta, F. (2020). La relazione di cura nella pratica medica. Health Dialogue Culture. Disponibile al sito [La relazione di cura nella pratica medica \(mdc-net.org\)](#)
  
21. Menghini, V. (2019, 18 luglio). La relazione come gesto quotidiano di cura. I luoghi della cura, 4-2019;
  
22. Pagani, S. (2020, 19 marzo). Infermieri, noi, primi soldati sacrificabili. Quotidiano Sanità. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=82778](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=82778)
  
23. Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., Aggarwal, C., Vunnam, R., Sahu, N., Bhatt, D., Jones, K., Golamari, R. & Jain, R. (2020, maggio). COVID-19 and Older Adults: what we know. The American Geriatrics Society, 68(5), 926-929;
  
24. Di Santo, S. (2020, 2 aprile). Positività degli operatori sanitari serve un approccio più difensivo. Nurse24. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/sanitari-contagiati-bassa-letalita-per-iss.html>

25. IacuanIELlo, F., Di Santo, S., Palladini, D., Caputo, P. (2020, 24 marzo). Lavoro con la paura di non essere abbastanza protetta. Nurse24. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/lavoro-con-paura-di-non-essere-abbastanza-protetta.html>
26. Valcarengi, D. (2020, 15 maggio). Infermieri è giunto il momento di cambiare approccio. Quotidiano Sanità. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=85239](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=85239)
27. Quotidiano Sanità. (2020, 20 aprile). Coronavirus “io proteggerò la tua vita e la tua dignità” il manifesto deontologico degli infermieri. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=84272](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=84272)
28. Dionigi, A. (2020, 21 aprile). Impatto psicologico per gli operatori in prima linea. Nurse24. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/impatto-psicologico-per-operatori-prima-linea.html>
29. Berardinelli, D. (2020, 13 aprile). Sanitari a rischio di depressione, ansia, insonnia e stress. Nurse24. Disponibile al sito <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/sanitari-rischio-depressione-ansia-insonnia-stress.html>
30. Quotidiano Sanità. (2020, 4 maggio). Un operatore sanitario su tre mostra segni di burnout e uno su due soffre di sintomi di stress psico-fisico. La ricerca della Cattolica di Milano. Disponibile al sito [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=84851](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84851)
31. Dipartimento della funzione pubblica. (2013, 10 maggio). Tipologie di interviste. Presidenza del consiglio dei ministri. Disponibile al sito <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/comunicare-e-informare/strumenti-di-comunicazione/intervista/tipologie-di-interviste/index.html#:~:text=Le%20interviste%20semi%2Dstrutturate%20e,delle%20domande%20che%20delle%20risposte>
32. Cali, C. (2015). Fenomenologia teorica e sperimentale e scienza della visione. Open Edition Journals, 58, 89-135;
33. Ottaviano, C. (2021, 2 marzo). Etnografia (del consumo mediale). La comunicazione Dizionario di scienze e tecniche. Disponibile al sito Etnografia (del consumo mediale) - La Comunicazione



34. Giorgi, P. (2020, 11 novembre). Dal 23 febbraio al 3 novembre, ecco tutti i dpcm dell'emergenza. Agenzia Italia. Disponibile al sito <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-11-11/covid-tutti-dpcm-emergenza-10249097/>
35. Centro studi Federazione Ipasvi. (2015). Tutti i numeri degli infermieri. Chi sono, dove lavorano, privati, dipendenti e disoccupati: una professione allo specchio. Disponibile al sito Scheda n 2 L-analisi dei dati Istat.pdf (fnopi.it)

## ALLEGATI

### Allegato1- Intervista semi-strutturata creata tramite Google Moduli

#### **La relazione infermiere-assistito in un contesto sanitario pandemico da Covid-19**

Mi chiamo Martina Coloccini e sono una studentessa frequentante il terzo anno presso l'università di Infermieristica con sede in Ancona. Conseguirò la mia laurea in aprile 2021 e sto lavorando appunto alla mia tesi che verte su come la relazione tra infermiere e paziente sia mutata nel corso di una pandemia (da Covid-19). Ho creato questo modulo rivolto agli infermieri che abbiano lavorato in passato o stiano lavorando nel presente in area Covid, così da ricavare informazioni da parte di chi ha vissuto questa esperienza in modo diretto e poter poi utilizzare le informazioni ricavate dalle risposte nel mio lavoro. Vorrei sottolineare che alcuni dei dati sensibili rimarranno anonimi, come ad esempio il reparto di appartenenza, al posto del quale verrà indicato solo il dipartimento di riferimento. Ringrazio infinitamente per la Vostra collaborazione e disponibilità e a chi utilizzerà alcuni minuti del suo tempo nella compilazione del seguente modulo.

#### Età

- 20-30 anni
- 30-40 anni
- 40-60 anni

#### Genere

- M
- F

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Anni di servizio: \_\_\_\_\_

## QUESITI

1. Come stai vivendo professionalmente questa emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19?

Risposta: \_\_\_\_\_

2. Quali ricadute, sul piano relazionale tra infermiere e assistito, ha creato la pandemia in corso?

Risposta: \_\_\_\_\_

3. Quali elementi (risorse e/o criticità) si possono considerare per intervenire nella relazione tra infermiere e assistito?

Risposta: \_\_\_\_\_

4. Come cambierà il tuo modo di relazionarti con l'assistito dopo tutto questo?

Risposta: \_\_\_\_\_

5. Come cambierà il tuo modo di essere/sentirti infermiere dopo tutto questo?

Risposta: \_\_\_\_\_

## Allegato2 – Dati FNOPI numero infermieri

### Occupati per Classi di Attività Economica. Media 2015 (val. ass. in .000)

Servizi	Infermieri	Altre Prof.	Totale
1 Servizi ospedalieri	288	446	735
2 Servizi degli studi medici	31	339	369
3 Altri servizi di assistenza sanitaria	14	131	146
4 Strutture di assistenza residenziale	30	270	300
5 Strutture di assistenza non residenziale	4	243	247
<b>Sub-Totale Sanità</b>	<b>367</b>	<b>1.430</b>	<b>1.796</b>
6 Tutte le altre attività economiche	4	20.664	20.668
<b>Totale</b>	<b>371</b>	<b>22.094</b>	<b>22.465</b>

Fonte - elaborazione su dati Istat – Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro (RCFL)

### Occupati per Classi di Attività Economica. Media 2015 (comp. % per colonna)

Servizi	Infermieri	Altre Prof.	Totale
1 Servizi ospedalieri	77,7%	2,0%	3,3%
2 Servizi degli studi medici	8,3%	1,5%	1,6%
3 Altri servizi di assistenza sanitaria	3,8%	0,6%	0,6%
4 Strutture di assistenza residenziale	8,0%	1,2%	1,3%
5 Strutture di assistenza non residenziale	1,1%	1,1%	1,1%
<b>Sub-Totale Sanità</b>	<b>98,9%</b>	<b>6,5%</b>	<b>8,0%</b>
6 Tutte le altre attività economiche	1,1%	93,5%	92,0%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte - elaborazione su dati Istat – Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro (RCFL)

### Allegato3 – Dati FNOPI rapporto età e sesso infermieri

Composizione per sesso e classi di età degli infermieri e delle Altre Professioni (val. ass. in .000 e comp. %)

Età	Maschi	Femmine	M e F	Maschi	Femmine	M e F
Infermieri						
15-24	1	6	6	0,8%	2,0%	1,7%
25-34	12	44	56	12,7%	15,7%	15,0%
35-44	23	85	108	25,2%	30,5%	29,2%
45-54	35	100	135	38,7%	35,8%	36,5%
55-64	20	44	63	21,5%	15,6%	17,0%
>= 65	1	1	2	1,1%	0,4%	0,6%
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>280</b>	<b>371</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Altre Professioni				0,0%	0,0%	0,0%
15-24	568	353	921	4,4%	3,9%	4,2%
25-34	2.320	1.704	4.024	17,9%	18,7%	18,2%
35-44	3.702	2.692	6.393	28,5%	29,6%	28,9%
45-54	3.866	2.774	6.639	29,8%	30,5%	30,1%
55-64	2.172	1.453	3.626	16,7%	16,0%	16,4%
>= 65	366	124	490	2,8%	1,4%	2,2%
<b>Totale</b>	<b>12.993</b>	<b>9.101</b>	<b>22.094</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte - elaborazione su dati Istat – Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro (RCFL)

## **RINGRAZIAMENTI**

Al termine del presente lavoro di tesi vorrei ringraziare il mio Relatore ed il mio Correlatore, per avermi dato la possibilità di lavorare al loro fianco in questo progetto, dandomi i giusti consigli e spunti su cui riflettere.

Vorrei inoltre dedicare un ringraziamento a tutti gli infermieri che hanno preso parte a questo progetto, dando la loro piena disponibilità, serietà ed accortezza nel rispondere all'intervista presentatagli.

Un ringraziamento speciale va anche a coloro che mi sono stati vicini e che mi hanno sostenuta in questo mio percorso universitario. In particolare, vorrei ringraziare immensamente mia madre, mio padre e mio fratello Riccardo per avermi supportato ed essermi stati accanto sia nei momenti di sconforto che di gioia. Dedico loro questo mio traguardo che, in un modo o nell'altro, appartiene a tutta la nostra famiglia.

Un grazie di cuore va alle amiche di una vita, che mi hanno sempre sostenuta durante il percorso universitario attraverso il loro supporto e l'immensa pazienza nell'assecondare le mie numerose assenze a causa dei lunghi turni di tirocinio.

Un ringraziamento speciale va alla mia amica Alessandra, sempre pronta ad aiutarmi nei momenti più difficili e, allo stesso tempo, grande amica con cui passare giornate più spensierate.

Un profondo grazie va infine alle mie amiche e compagne universitarie, senza le quali non avrei affrontato questo percorso di studi con la stessa allegrezza e naturalezza. Insieme abbiamo vissuto momenti di grande felicità e momenti di sconforto, fronteggiandoli sempre con tanta forza e sostenendoci a vicenda. Nonostante tutto, posso affermare di essere loro grata di aver instaurato, nel corso di questi anni, un tale rapporto di amicizia.