



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in “Management pubblico e dei sistemi socio-sanitari”

**NARRAZIONI ORGANIZZATIVE DURANTE LA PANDEMIA DA SARS
COVID 19**

**ORGANIZATIONAL NARRATIONS DURING THE SARS COVID 19
PANDEMIC**

Relatore:

Prof. Micol Bronzini

Tesi di Laurea di:

Chiusolo Incoronata

Anno Accademico 2021 – 2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: NARRARE LE ORGANIZZAZIONI.....	7
1.1 IL PENSIERO NARRATIVO.....	7
1.2 LA NARRAZIONE LE ORGANIZZAZIONI.....	9
1.3 TIPI DI NARRAZIONI ORGANIZZATIVE.....	13
1.4 GLI AMBITI DELLA RICERCA NARRATIVA.....	17
1.5: UNA PLURALITÀ DI STORIE.....	24
CAPITOLO 2: IMPATTO DELLA PANDEMIA DA SARS COVID-19 SULLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE E IL POSSIBILE RUOLO DELLA NARRAZIONE.....	26
2.1: LA PANDEMIA DA SARS- COV 19: ORIGINI E DIFFUSIONE.....	26
2.2: IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LA PANDEMIA DA COVID 19.....	27
2.3: L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SUI PROFESSIONISTI SANITARI.....	33
CAPITOLO 3: IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SUI PROFESSIONISTI SANITARI: LO STUDIO.....	38
3.1: IL POSSIBILE APPORTO DELLA NARRAZIONE IN SANITA'.....	38
3.2: SCOPO E DISEGNO DELLO STUDIO.....	45
3.3: RACCOLTA DATI.....	50
3.4: ANALISI E RISULTATI.....	53
3.5 CONCLUSIONI DELLO STUDIO.....	76
CONCLUSIONI.....	81
BIBLOGRAFIA.....	86

INTRODUZIONE

La diffusione globale del SARS-CoV-2 ha posto in seria difficoltà le istituzioni sanitarie e governative di tutto il mondo, costrette ad affrontare le molteplici e tortuose sfide sanitarie, economiche e sociali conseguenti alla rapida proliferazione del virus. Quella che sembrava una banale influenza, localizzata nella provincia cinese di Hubei, si è trasformata nella più grande emergenza sanitaria degli ultimi decenni, a carattere internazionale.

La generale impreparazione dei governi nell'affrontare una grave minaccia alla salute pubblica, alimentata dalla mutabilità della situazione epidemica e dal mancato coordinamento globale nella gestione dell'emergenza, ha contribuito alla rapida diffusione del virus su scala internazionale.

A due anni e mezzo di distanza dal primo caso di polmonite bilaterale acuta registrato a Wuhan nel dicembre 2019, l'emergenza da COVID-19 continua a rappresentare una minaccia alla salute pubblica.

Questo lavoro si propone di contribuire a comprendere come le organizzazioni abbiano affrontato e vissuto questa maxi-emergenza tramite l'esperienza diretta dei professionisti che consente di approfondire molteplici aspetti che si sono presentati sia a livello professionale che a livello organizzativo. Gli operatori sanitari rappresentano i professionisti più esposti ai rischi relativi alla pandemia da covid 19, sia per le situazioni stressanti che hanno vissuto, sia per l'impegno diretto nella gestione dei pazienti covid positivi.

A tal fine, si è condotta una ricerca utilizzando un approccio qualitativo con interviste in profondità. Sono stati intervistati 20 professionisti sanitari in servizio in un reparto di medicina trasformato, per la pandemia, in un reparto di medicina semi intensiva per

gestire i pazienti Covid positivi critici, di un ospedale del Nord Italia, una delle aree più colpite della cosiddetta “prima ondata”. In aggiunta, sono stati intervistati 2 componenti dei vertici aziendali (il Direttore delle Professioni Sanitarie e la Coordinatrice di Area Medica), per comprendere le ripercussioni che la pandemia ha avuto sull’organizzazione stessa.

L’obiettivo della ricerca è quello di esaminare i racconti dei professionisti sanitari che nei loro diversi livelli organizzativi hanno dovuto affrontare la pandemia sin dalla “prima ondata” (Marzo, 2020).

Dall’indagine è emerso come la gestione dell’emergenza abbia provocato un vero e proprio trauma organizzativo, un profondo cambiamento organizzativo e logistico, un’importante crescita professionale nonostante la scarsa formazione e l’assenza di procedure e protocolli per l’utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, il miglioramento del lavoro d’equipe e del rapporto di cura con il paziente.

L’elaborato è suddiviso in tre capitoli. Nel primo capitolo viene presentata la cornice teorica del lavoro, ossia il filone di studi relativo alle narrazioni organizzative da cui si evince il ruolo importante che la narrazione svolge per le organizzazioni per riflettere su come agire nei momenti emergenziali tenendo conto delle esperienze passate e soprattutto per avere consapevolezza dei suoi punti di forza e debolezza.

Le organizzazioni non sono soltanto un contenitore di storie che continuano ad essere raccontate. Le storie che si raccontano sono strumenti, metodi e processi per descrivere e capire un’organizzazione.

D’altro canto, più è complessa l’organizzazione e la situazione circostante, più è importante avere un linguaggio di azione in grado di esprimere le connotazioni simboliche. Ruolo, appunto, svolto dalla narrazione.

Tenendo in considerazione gli spunti teorici utilizzati per la stesura di questo elaborato, richiamati nel primo capitolo, possiamo ricordare come le narrazioni, secondo Barbara Poggio (2004,91), servono sia agli individui “per dare un senso alla realtà organizzativa in cui si trovano, che per trovare una collocazione ed una identità al suo interno”.

Marsha Witten (1993), invece, sostiene che le narrazioni all’interno delle organizzazioni sono artefatti analizzabili per scoprire “i modi in cui le persone costruiscono mantengono e cambiano il loro ambiente organizzativo, producendo una conoscenza condivisa della realtà ed elaborando degli schemi di attribuzione di senso” (Poggio, 2004, 93).

Per Karl Weick infatti, “la maggior parte delle realtà organizzative sono basate sulla narrazione” (1995). Secondo Barbara Czarniawska, le narrazioni nelle e delle organizzazioni sono un vero e proprio genere narrativo moderno e post-moderno e in questo senso vanno analizzate, nella loro costruzione ed uso (1997).

Nel secondo capitolo viene descritto che impatto ha avuto la pandemia sulla sanità, le criticità del sistema sanitario e i fattori che hanno inciso sulla gestione della pandemia.

Per comprendere come la narrazione possa essere uno strumento utile nell’analizzare come l’organizzazione abbia affrontato la pandemia, nel capitolo tre si presenteranno i risultati della ricerca empirica

I vissuti degli operatori portano alla luce molti aspetti che meritano di essere indagati, come: il rapporto tra componente medica e comparto, il cambiamento organizzativo e logistico, la crescita e identità professionale, la vulnerabilità organizzativa, l’impatto fisico ed emotivo che la pandemia ha avuto sugli operatori, il miglioramento del lavoro d’equipe, i dilemmi etici, la gestione dei dpi e i conflitti con i leader o vertici organizzativi.

Le narrazioni dei vissuti organizzativi permettono di comprendere alcuni dei cambiamenti organizzativi e professionali che la pandemia ha apportato all'azienda in questione. Emergono le abilità professionali messe in atto dagli operatori sanitari nel far fronte all'emergenza sanitaria, così come le risorse che hanno permesso alle organizzazioni di essere resilienti e flessibili al cambiamento.

CAPITOLO 1: NARRARE LE ORGANIZZAZIONI.

1.1 IL PENSIERO NARRATIVO

Il termine narrazione è una di quelle espressioni che nel tempo ha assunto un significato sempre più ampio e dai mille contorni indefiniti per cui è importante partire dalla sua definizione per conoscere il ruolo che ricopre per l'essere umano.

Sono state formulate diverse teorie su questa parola, che possiamo definire tutte legittime a seconda del contesto in cui sono applicate. Se da un lato l'azione del narrare è definito come l'esposizione di un avvenimento con ordine e ricchezza di particolari, o semplicemente come una singola storia, dall'altro lato semiologi e psicologi hanno approfondito il compito che svolge nella creazione, nella comunicazione di significati (funzione epistemica) e per come sono strutturate e caratterizzate le storie (intenzionalità della narrazione).

La narrazione non è solo un modo per costruire e comunicare racconti, ma una delle modalità essenziali con cui la mente umana costruisce universi e li comunica; quindi, è un dispositivo con cui comprendiamo il mondo, ma è anche lo stesso che ci permette di immaginarne uno diverso e di proporlo come possibile.

Lo psicologo Jerome Bruner afferma che la narrazione è il primo dispositivo interpretativo e conoscitivo di cui l'uomo, in quanto soggetto socio-culturalmente situato, fa uso nella sua esperienza di vita (Bruner, 1991). Attraverso la narrazione l'uomo dà un senso e un significato alle proprie esperienze, in modo da definire le interpretazioni di eventi, azioni e situazioni, e costruendo su queste le forme di conoscenza che lo indirizzano nel suo agire.

Quindi possiamo affermare che la narrazione ha una funzione epistemica: quella di innescare processi di elaborazione, interpretazione, comprensione, rievocazione di esperienze, accadimenti e fatti, dando loro una forma che renda possibile:

a) descriverli e raccontarli ad altri;

b) tentare di spiegarli alla luce delle circostanze, delle intenzioni, delle aspettative di chi ne è protagonista;

c) conferire loro senso e significato, collocandoli nel contesto di copioni, routine, repertori socio-culturalmente codificati (Striano, 2010, articolo).

“Il dispositivo narrativo consente ai soggetti di ripensare le proprie esperienze e le proprie azioni ricostruendone il senso ed evidenziandone le possibili prospettive di sviluppo, portando alla luce le intenzioni, le motivazioni, le opzioni etiche e valoriali in esse implicate, inscrivendole all’interno di una rete di significati culturalmente condivisi, riconoscendo ad esse continuità ed unità” (Striano, 2010, articolo).

Bruner ipotizza una forma narrativa di pensiero che si sviluppa nella teoria del “pensiero narrativo”.

Il pensiero narrativo è quel pensiero che costruisce “infiniti mondi possibili” con le parole, con le immagini, con le invenzioni e con il ricordo autobiografico, e costituisce l’essenza della natura umana (Striano, 2010, articolo).

È importante comprendere cosa vuole intendere l’autore per “mondo possibile” per capire la funzione della narrazione nel creare significati e possibili varianti. Bruner (2005) riprende la concezione ontologica costruttivistica di Goodman, secondo cui, “contrariamente a quel che crede il senso comune non esiste un unico “mondo reale” che preesista e che sia indipendente dall’attività mentale umana e dal linguaggio simbolico

umano: quello che noi chiamiamo mondo è, secondo Goodman, il prodotto di una mente e delle sue procedure simboliche” (Bruner, 2005).

Le persone strutturano l’esperienza e gli scambi col mondo sociale attraverso il pensiero narrativo in modo cognitivo: è quel modo di pensare che ci permette di collegare fatti e situazioni diverse tra loro, attribuendo significati e senso a ciò che ci circonda.

Ciò che rende interessante la modalità cognitiva del pensiero narrativo è che, analizzando le infinite e possibili interpretazioni che permettono di collegare e dare senso a piani e situazioni distanti nel tempo e nello spazio, arriviamo ad immaginare soluzioni nuove e mondi diversi, potenziali, futuri. Questa è quindi la modalità che ci spinge ad immaginare il cambiamento e comunicarlo agli altri.

1.2: LA NARRAZIONE NELLE ORGANIZZAZIONI

Se le narrazioni sono quindi intrise di intenzioni, possono essere usate con coscienza per raggiungere un obiettivo.

Lo storytelling consiste nell’arte di raccontare storie finalizzate ad uno scopo, Salomon (2008) mette in luce come, dalla metà degli anni Novanta, lo storytelling abbia cominciato a diffondersi negli Stati Uniti con un successo inaspettato, tanto da imporsi in tutti i settori della società, sconfinando i confini politici, culturali o professionali e realizzando quello che i sociologi hanno chiamato il “narrative turn”, individuato come il momento di ingresso in una nuova epoca, “l’epoca narrativa” (Salomon, 2008).

Lo storytelling oggi viene utilizzato in diversi ambiti: dal marketing al management, passando per la politica e l’innovazione sociale.

L'attenzione per le narrazioni delle organizzazioni e nelle organizzazioni si pone in ritardo rispetto ad altre discipline (Gabriel, 1998, in Poggio, 2004, p. 93).

Negli ultimi anni all'interno degli studi sulle organizzazioni si è posta l'attenzione su come la narrazione rappresenti una delle principali fonti di conoscenza organizzativa ed è cresciuto anche l'interesse da parte dei ricercatori nei confronti delle molte narrazioni presenti all'interno di un contesto lavorativo.

Le organizzazioni non sono soltanto un contenitore di storie che continuano ad essere raccontate. Le storie che si raccontano sono gli strumenti, i metodi e i processi per descrivere e capire un'organizzazione.

In un contesto come quello organizzativo, particolarmente complesso, uno degli scopi principali della narrazione è quello di generare un senso di continuità temporale negli interlocutori, attraverso storie ancorate al passato e proiettate verso il futuro. È, inoltre, importante creare una cornice di senso univoca e un'identità di gruppo ben definita che permettano ai collaboratori di riconoscersi e di trarre motivazione per le attività quotidiane. Inoltre, la narrazione è lo strumento principe di trasmissione dei valori aziendali, raccolti in una storia che contribuisce a costruire la cultura organizzativa e che, condivisa dai collaboratori, è più facilmente promossa anche all'esterno.

Lo storytelling è anche uno strumento indispensabile per la definizione della strategia organizzativa, ovvero per la gestione delle dinamiche organizzative interne. Il suo impiego infatti permette di coinvolgere e avvicinare i collaboratori al messaggio veicolato nel racconto, rendendolo personale e favorendone il ricordo.

Inoltre, ciò è utile anche per far sì che i collaboratori riscoprano i valori fondanti dell'organizzazione e li connettano ai propri. In questo modo sono agevolati nell'identificarsi al meglio nel proprio ruolo e nel trasmettere un'immagine positiva

dell'azienda anche ai fruitori esterni, rendendosi loro stessi promotori diretti del marchio aziendale (Gill,2015).

All'origine di questo fenomeno organizzativo, ovvero la diffusione del concetto di narrazione come fonte di conoscenza di un'organizzazione, c'è la convinzione che attraverso il modo di narrare un'organizzazione risultino evidenti le interpretazioni soggettive e le idee che gli attori hanno delle organizzazioni in cui operano, così come la percezione della realtà che li circonda.

Le narrazioni, come ricorda Poggio (2004), servono sia agli individui per dare un senso alla realtà organizzativa in cui si trovano, che per trovare una collocazione ed una identità al suo interno.

Dunque, le narrazioni sono uno strumento potente: hanno la funzione di organizzare il mondo dal punto di vista del soggetto che narra: fornendo connessioni e schemi di interpretazione, che sono un modo per riaffermare e costruire in modo narrativo la propria identità all'interno di una realtà che la contestualizza. Infatti, le storie non possono essere colte nella loro individualità narrativa a prescindere dal contesto nel quale sono raccolte: si situano in un panorama che è costruito narrativamente da più soggetti, oggetti e eventi che fanno parte del mondo sociale del soggetto in cui è collocato (Connelly, Clandinin, 2000, in Poggio, 2004, 94).

Diversi autori hanno evidenziato nei loro testi l'importanza della centralità della narrazione come pratica organizzativa, partendo da Karl Weick, che ritiene che “la maggior parte delle realtà organizzative sono basate sulla narrazione” (Weick,1995), a van Maanen 1998 (in Poggio, 2004, p.92), che ha affermato che le narrazioni sono il veicolo più appropriato per rappresentare protagonisti e scene nelle organizzazioni. Barbara Czarniawksa sostiene che la teoria e la pratica delle organizzazioni possono

essere considerate generi speciali di narrazione in modo che gli studi dell'organizzazione si possono focalizzare su come queste narrazioni, sia a livello teorico che pratico, siano costruite usate o mal adoperate (Czarniawska, 1997).

Czarniawska si occupa di due fasi che riguardano lo studio dei testi: nella prima fase si comprende quali siano le storie (diverse da semplici elenchi o note), e nella seconda fase quali storie attraverso la loro trasmissione orale/scritta, diventino poi narrazioni. Contribuendo, in questo modo, all'esistenza delle organizzazioni stesse.

Il "racconto", adottando questa chiave, è considerato un insieme ordinato di eventi, mentre la "storia", invece, è un "intreccio" (appuntamento), scelta, opzione, arbitrio, quindi responsabilità dell'autore che decide di farci sapere alcune cose prima di altre, passando più volte da un equilibrio ad un altro, a dispetto di qualunque ordine cronologico. Silvia Gherardi, evidenziava come la Czarniawska consideri "l'attività del narrare e del narrare comunicativamente come locus in cui si formano le istituzioni e in particolare le identità istituzionali" (Gherardi, 2000). Questa affermazione rappresenta, l'aggancio alla narrazione come modello per una ricerca organizzativa, secondo cui non è tanto la tradizione orale o l'analisi della narrazione stessa a interessare gli studiosi di organizzazione, quanto le connessioni tra gli eventi che la caratterizzano. Dando un significato, in questo modo, al concetto stesso di "identità" come sistema interagente di "azioni". Le narrazioni all'interno delle organizzazioni sono artefatti che vengono analizzate per scoprire "i modi in cui le persone costruiscono, mantengono e cambiano il loro ambiente organizzativo, producendo una conoscenza condivisa e intersoggettiva della realtà ed elaborando degli schemi di attribuzione di senso" (Witten, 1993, in Poggio, 2004, p 93). Al contempo essa può rappresentare un mezzo per svelare le

ambiguità insite nel processo di costruzione sociale e l'indeterminatezza delle esperienze organizzative (Keenoy, Oswick, Grant, 1997, in Poggio 2004, 93).

1.3 TIPI DI NARRAZIONI ORGANIZZATIVE

Le narrazioni all'interno delle organizzazioni sono di diversi tipi. Due tipologie di grande rilevanza, che maggiormente hanno definito il significato di "narrazione organizzativa", sono state quelle proposte da Barbara Czarniawska (1997) e Silvia Gherardi (2000).

Secondo Barbara Czarniawska (1997), le narrazioni nelle e delle organizzazioni sono un vero e proprio genere narrativo moderno e post-moderno e in questo senso vanno analizzate, nella loro costruzione ed uso.

A seconda dei modi diversi di utilizzare le narrazioni nella ricerca organizzativa la Czarniawska identifica tre differenti percorsi:

1. La ricerca organizzativa che raccoglie storie;
2. La ricerca organizzativa che è descritta come storia;
3. La ricerca organizzativa che considera la vita organizzativa come la produzione di una storia e la teoria organizzativa come la lettura di una storia.

Il primo percorso identifica la ricerca organizzativa come una raccolta di storie dove vengono analizzate le storie che si raccontano all'interno di un'organizzazione e che vengono raccolte, in modo diretto o indiretto. La raccolta avviene sul campo (solitamente con registratori) e non risulta facile perché si riesce a raccogliere solo storie stimulate da un intervistatore e molto difficilmente vengono raccontate le vere storie, poniamo, magari durante una pausa caffè. Le storie analizzate sono aneddoti, miti, saghe, storielle etc. che ogni giorno un'organizzazione vive. Il ricercatore riveste quindi il ruolo dell'etnografo e

dello studioso del folklore, come suggerisce Yiannis Gabriel (in Poggio, 2004, 93). Questi tipi di storie - una volta analizzate, una volta confrontati copioni ed accounts (narrazioni di qualche evento) ed esaminati i modi in cui certi eventi producono determinate narrazioni e il perché certi eventi generano storie ed altri no - permettono di accedere a dimensioni organizzative più profonde e far emergere i vissuti organizzativi, i modelli culturali, le dinamiche di potere ed altre importanti dimensioni e processi dell'esperienza organizzativa e alle costruzioni simboliche e cognitive dei membri delle organizzazioni. Gabriel suggerisce che l'analisi degli elementi di folklore può aprire prospettive affascinanti e generare molteplici possibilità interpretative e generare molte possibilità interpretative, tra cui anche l'opportunità di confrontare delle organizzazioni diverse o magari di mettere in luce i punti di forza o di debolezza di ognuna, così come avere la possibilità di conoscere le caratteristiche simboliche e cognitive dei membri dell'organizzazione.

Ad ogni modo l'attenzione del ricercatore sociale non deve limitarsi alla semplice collezione di storie, intese come artefatti statici (Boland, Tankasi, 1995, in Poggio, 2005, p. 94), ma deve cercare invece, attraverso l'analisi e il confronto delle diverse narrazioni raccolte, di capire e portare in risalto il perché alcuni eventi aziendali sono in grado di scaturire una narrazione e altri eventi invece no, quali sono i motivi, le norme, i valori che esse vogliono trasmettere e cosa rivelano rispetto alle esperienze o alle percezioni di chi le racconta. Secondo Gabriel, infatti, le storie rappresentano quel metodo privilegiato che permette di analizzare una serie di fattori non visibili e latenti, come quelli relazionali e di potere, dinamici, emozionali, affettivi, contraddizioni e ambivalenze, all'interno di un'organizzazione di cui si mostra solo il lato visibile e tangibile (Poggio, 2004).

La ricerca che produce storie è la seconda categoria che pone l'attenzione al rapporto tra la narrazione e l'organizzazione, ovvero pone l'attenzione sul modo in cui le organizzazioni sono narrate per fare ricerca organizzativa. È possibile affermare che ogni rapporto di ricerca e ogni tracciato organizzativo rappresenta un atto narrativo in quanto nella fase di presentazione e stesura il ricercatore sceglie uno specifico stile narrativo per descrivere i metodi di ricerca utilizzati e gli esiti ottenuti, anziché il più tradizionale linguaggio scientifico, per descrivere ciò che si è compreso dell'organizzazione studiata. Possiamo aggiungere che una ricerca sulle narrazioni è essa stessa una narrazione.

Infatti, l'attenzione va posta al rapporto tra narrazione e organizzazione, inteso come il modo in cui le organizzazioni sono narrate nel fare ricerca organizzativa.

È possibile sostenere che ogni rapporto di ricerca e ogni scritto organizzativo rappresenta comunque di per sé un atto narrativo, in quanto nella fase di presentazione e stesura il ricercatore decide di scegliere un determinato stile narrativo per descrivere le tecniche di ricerca utilizzate e i risultati ottenuti.

Più in particolare possiamo tuttavia riferirci a quelle ricerche che volutamente utilizzano uno stile narrativo, anziché il tradizionale linguaggio scientifico, per comunicare ciò che si è compreso dell'organizzazione studiata.

È quanto accade nelle ricerche che si basano sugli studi di caso, in cui la cronologia rappresenta l'asse portante del discorso, ma anche di quei testi che utilizzano la letteratura come strumento per gestire e comprendere un'organizzazione (Poggio, 2004).

La terza strada analizza la vita organizzativa come testo narrativo ovvero come essa viene idealizzata e poi teorizzata.

L'agire organizzativo può infatti essere considerato comun processo narrativo e l'organizzazione come una narrazione che si fa conoscere in un testo o in un discorso

causato da atti narrativi, alla cui produzione partecipano diversi attori narrativi: dai manager, agli addetti alle pubbliche relazioni, ai biografi, ai teorici dell'organizzazione.

In questo caso si utilizzano delle tecniche interpretative tipiche degli studi letterari per consentire di cogliere elementi alternativi che si presentano nelle organizzazioni.

Silvia Gherardi (2000), propone una seconda tipologia che individua sei diversi modi di porsi da parte dei ricercatori rispetto alle narrazioni organizzative. Modi che possiamo collocare in ordine cronologico:

- le storie come oggetti di collezione: le storie sono fondamentali a comprendere e interpretare le culture organizzative. Il ricercatore ha come obiettivo di quello di individuare le trame e gli archetipi ricorrenti delle storie raccolte (Martin et al. 1983, in Poggio, 95);
- le storie come artefatti simbolici: le storie sono studiate come artefatti simbolici attraverso cui è possibile accedere a livelli più profondi e nascosti di significato come dinamiche di controllo, adattamento e cambiamento (vedi Frost et al. 1985, Turner 1990, in Poggio, 95);
- le storie come testo da decostruire: l'obiettivo di queste storie è l'uso di categorie analitiche decostruzioniste, al fine di portare alla luce dinamiche di potere e soprattutto processi di dominio (Martin 1990, Boje 1995, in Poggio,2004,95);
- le storie come testo aperto: le storie sono sottoposte ad una pluralità di interpretazioni e negoziazioni che le rendono prodotti incerti, instabili e mutevoli (Sims 1999, in Poggio 2004, 95);
- le storie come processo di storytelling: mostra il narrare come processo di espressione delle soggettività e quindi focus su emozioni, immaginazione,

sentimenti, che si sottraggono alla gestione e al controllo delle organizzazioni (Gabriel 1998, in Poggio, 2004, 95);

- le storie come locus di formazione delle istituzioni e delle identità istituzionali: la narrazione è un procedimento che formula e costruisce l'identità organizzativa, in cui sia il narratore che il pubblico sono coinvolti nella sua accettazione o rifiuto (Czarniawska, 1997).

1.4 GLI AMBITI DELLA RICERCA NARRATIVA

Gli ambiti di applicazione dell'approccio narrativo allo studio delle organizzazioni sono numerosi e complessi e spaziano dall'identità organizzativa, all'apprendimento, alle decisioni, al sense making, alle emozioni.

Per studiare le narrazioni all'interno delle organizzazioni è importante, come afferma Poggio (2004), presentare alcuni dei campi che hanno maggiormente suscitato l'attenzione dei ricercatori organizzativi.

I campi sono:

1. IDENTITÀ ORGANIZZATIVA;
2. SOCIALIZZAZIONE DELLA CULTURA;
3. PRATICHE DI GENERE;
4. SENSE-MAKING ORGANIZZATIVO;
5. RISOLUZIONE DEI PROBLEMI E PRESA DELLE DECISIONI;
6. LEGITTIMAZIONE DEL POTERE ED ESERCIZIO DEL CONTROLLO;
7. DEFINIZIONE DELLE CARRIERE;
8. ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI E DEI VISSUTI AFFETTIVI;
9. NARRAZIONI DI CAMBIAMENTO, NARRAZIONI PER CAMBIARE.

1: Identità organizzativa.

Czarniawska (1997) affronta molte volte il tema dell'identità organizzativa negli studi sul campo da lei condotti.

L'autrice mette in evidenza il tentativo, nell'ambito delle teorie razionali della scelta, di antropomorfizzare l'organizzazione, assegnandole uno status di super-individuo, al fine di garantirne la capacità di dare conto delle proprie azioni (accountability), dimensione centrale nella cultura moderna (Douglas 1992, in Poggio, 2004, 96).

Le organizzazioni sono intese come individui in grado non solo di raccontare ma di prendere decisioni. L'identità può essere considerata come istituzione tipica della modernità, unita alla necessità di rendere note le proprie azioni ed essere quindi accettate o meno dal pubblico.

Al venir meno dell'identità tradizionale, le organizzazioni cercano di trovare narrazioni che esprimono una nuova identità, modificandone i tradizionali contenuti. Auto rispetto, efficienza, autonomia e flessibilità sono le caratteristiche principali su cui dovrà essere costruita questa identità.

Se l'identità tradizionale era basata sul legame con il passato e sulle relazioni tra individui con la comunità, questa moderna si fonda sull'individualità e appare orientata al futuro (Czarniawska, 1997). Questa visione è tipica della modernità e post-modernità in cui l'individualità si impone sulla comunità in modo tale che le narrazioni autobiografiche risulti il genere più adeguato a crearla e per raffigurarla.

La narrazione autobiografica comporta, quasi sempre, l'attuazione di un processo definito di: positioning; ovvero un processo che definisce da un lato stabilisce l'identità di fronte

agli altri, mentre dall'altro una identità viene imposta agli altri attraverso una specifica conformazione narrativa

2: La socializzazione alla cultura organizzativa.

Narrare significa instaurare un legame tra chi racconta e il pubblico. Le narrazioni sono i mezzi più potenti per la socializzazione. È un fenomeno che porta alla costruzione di un sistema condiviso di norme e valori che sarà poi analizzato in modo tale da individuare i significati e i simbolismi per gli attori organizzativi (Meek,1988; Gabriel, 1992, in Poggio,2004,97).

Nelle organizzazioni, analizzare lo storytelling, significa accedere ai significati più profondi che caratterizzano la cultura di un'organizzazione. Riprendendo il lavoro di Wilkins (1983) Poggio afferma che “Le narrazioni trasmettono infatti i valori condivisi dai membri dell'organizzazione, generano appartenenza e coinvolgimento, prescrivono il modo giusto di agire, delineano le conseguenze per chi si adegua e per chi trasgredisce: forniscono dunque delle informazioni cruciali per la partecipazione alla vita organizzativa” (Poggio 2004, 97).

I racconti narrati delineano il confine dei valori e delle norme dentro cui vivere all'interno di un'organizzazione. Questo confine serve a segnalare agli attori dell'organizzazione cosa aspettarsi e come comportarsi, aiutando a catalogare gli eventi. Inoltre, la leadership è condizionata dalle narrazioni, perché le storie raccontate da un leader possono “costruire immagini solide per il passato e avvincenti per il futuro, facilitando l'identificazione dei membri con i successivi passi dell'organizzazione” (Poggio, 2004,97).

Essere a conoscenza delle narrazioni prevalenti permette ad ogni individuo di essere consapevole dei valori, norme e simbolismi condivisi dal gruppo e di riuscire a gestire le relazioni al suo interno, pena l'esclusione.

Il sapere accumulato di cui le narrazioni sono depositarie rappresenta un rilevante fattore di legittimazione e protezione delle comunità al cui interno sono prodotte e scambiate (Jordan, 1989, Brown, Duguid, 1991, in Poggio, 2004, 98).

3: Le pratiche di genere.

Gli studi sul genere sono stati quelli che hanno suscitato maggior interesse in ambito di ricerca narrativa.

Il genere maschile e femminile “non è qualcosa che si ha o che si è, ma qualcosa che si fa e che si dice (Poggio 2004, 98)”.

Le narrazioni rientrano tra il materiale più utile e prezioso da avere a disposizione per indagare sulle differenze di genere che avvengono e poi vengono raccontate all'interno delle organizzazioni.

L'importanza delle narrazioni permette di mettere in evidenza i modelli di costruzione e riproduzione degli ordini simbolici di genere, portando alla luce come l'ambiente organizzativo sia intriso di asimmetriche relazioni di genere e dalla egemonia della narrazione maschile.

Le narrazioni permettono di fare luce sul modo in cui i significati di genere vengono costruiti nell'ambiente organizzativo e di analizzare, ad esempio, i diversi significati attribuiti ai percorsi professionali di uomini e di donne all'interno dei contesti organizzativi.

4: Il sense-making organizzativo.

Karl Weick afferma che la produzione di senso è il principale processo manageriale: le storie organizzative servono ad attribuire un significato possibilmente condiviso agli

eventi (Poggio, 2004), per preservare plausibilità e coerenza, per integrare aspettative ed esperienze, per spiegare le incongruenze (Weick, 1995).

Gli individui che fanno parte di un'organizzazione attraverso la narrazione delle storie svelano tutti quei processi percepiti, elaborati e argomentati che hanno luogo al suo interno. In questa prospettiva, l'organizzazione viene vista come “un sistema di storytelling collettivo in cui la rappresentazione di storie è parte cruciale della produzione da parte dei membri ed è, inoltre, un mezzo che consente loro di supportare le memorie individuali come memorie istituzionali” (Boje, 1991, 106 citato in Poggio 2004).

Il significato è comunque sempre costruito in modo retrospettivo: serve a consolidare le storie presenti rendendole coerenti con la narrazione organizzativa e quindi, spesso si tenta di presentare gli eventi in modo vantaggioso per chi narra, fornendo nelle storie organizzative schemi di attribuzione di successo e insuccesso (Martin, 1983, in Poggio, 99).

5: Risoluzione dei problemi e la presa di decisioni.

Nelle organizzazioni spesso le narrazioni rappresentano un mezzo efficace per risolvere un problema o per prendere decisioni. Possiamo proprio affermare che una delle funzioni delle storie è quella di fungere da strumento di problem solving.

In questi casi le storie hanno funzione di memoria di lavoro in modo tale che si possa attingere dall'esperienza passata tutte le informazioni idonee per orientare le azioni organizzative alla situazione.

Ogni organizzazione si mostra come un luogo di narrazione dove vengono prodotte soluzioni ai problemi e risposte a situazioni di incertezza o conflitto. Questo si presenta come uno dei compiti dei leader di un'organizzazione.

In realtà tanti racconti “problem- solver” sono narrati a tutti i livelli dell’organizzazione. Orr è l’autore che spiega, con un esempio efficace, come la narrazione agisce nei processi di problem solving. Orr (1990, 1996, in Poggio, 2004,100) porta l’esempio di due tecnici delle fotocopiatrici Xerox, che attraverso il racconto portano all’interno della comunità un bagaglio di informazioni cruciali per la sopravvivenza della comunità stessa, superando la gerarchia tradizionale che vedrebbe il risolutore venire da un piano più alto della piramide gerarchica.

6: La legittimazione del potere e l’esercizio del controllo.

Le narrazioni organizzative si rivelano importanti anche per portare alla luce la dimensione politica di un’organizzazione.

Ogni storia organizzativa racconta e quindi legittima i ruoli e le norme da seguire all’interno di un’organizzazione tramite un controllo indiretto.

Narrare, spesso, risulta più efficace di uno schema, quale può essere un organigramma o un regolamento, perché permette di distinguere nell’immediato chi è all’apice e chi è alla base della piramide gerarchica dell’organizzazione o cosa si può fare e cosa no, quali sono le sanzioni in caso di trasgressione. Questo controllo crea la cosiddetta “cultura dell’obbedienza” all’interno di un’organizzazione.

Molto interesse è suscitato dal lavoro di David Boje (1995, 2001, in Poggio, 2004,102) nel recuperare le voci inascoltate di un’organizzazione con il fine di raccontare una storia diversa da quella ufficiale per mettere in mostra le ambiguità e le dinamiche di dominio, privilegio o controllo.

7: La definizione delle carriere.

I percorsi di carriera possono essere messi in luce dalle narrazioni organizzative. Nelle narrazioni dei percorsi di carriera si evidenziano rappresentazioni di un percorso ideale che comprende gli studi effettuati, le esperienze lavorative, ma anche quelle personali, secondo una regolazione normativa del timing degli eventi. I racconti che gli individui narrano rispetto alla propria storia lavorativa, ma anche a quella degli altri, cercano di rispettare la sequenza ideale o di motivarne gli scostamenti (Poggio, 2004).

Una fattispecie particolare è rappresentata dalle storie imprenditoriali: di solito si configurano come storie eroiche, epiche, drammi superati grazie all'ingegno e quasi sempre alla caparbietà dell'imprenditore – eroe. Tramite questi racconti si evincono i modi e i metodi in cui l'imprenditore ha effettuato le proprie scelte manageriali.

8: L'espressione delle emozioni e dei vissuti affettivi.

Le emozioni e i vissuti rientrano tra le dinamiche meno esplorate delle narrazioni organizzative.

Lo storytelling è un processo fortemente connesso alle emozioni e ai vissuti affettivi, esso si basa sulle emozioni che si racconta e sulle emozioni suscitate.

Secondo Gabriel (in Poggio, 2004, 103), la concentrazione sul sense-making tende a perdere di vista l'importanza poetica e creativa dei racconti delle e nelle organizzazioni.

Un ruolo importante è rivestito dal modo in cui le storie vengono raccontate che, secondo Boje (1991, in Poggio, 103), è fondamentale quanto la narrazione stessa.

9: Narrazioni di cambiamento e narrazione per cambiare.

Un ruolo fondamentale è svolto dalle narrazioni legate al cambiamento organizzativo.

Le narrazioni per il cambiamento partono dal racconto per lo status quo per poi indirizzarsi verso una nuova storia, figlia del cambiamento che si vuole, in futuro, attuare all'interno dell'organizzazione.

Eero Vaara (2002, in Poggio, 2004,103) afferma che quello che viene raccontato di solito è una storia disordinata e una conseguente storia di ordine, o meglio una storia con un nuovo ordine.

Art Kleiner raccoglie e crea storie orali inerenti al cambiamento organizzativo (2001, in Poggio, 2004,104). Dal momento che spesso al cambiamento interno di un'organizzazione è un processo che desta preoccupazione, si è visto che è importante la condivisione della trama, creata dal management, tra i collaboratori, una trama che racconta il futuro, il nuovo ordine che l'organizzazione intende raggiungere, una nuova storia, un mondo possibile.

1.5: UNA PLURALITÀ DI STORIE

In ogni organizzazione e su ogni organizzazione esistono una pluralità di narrazioni che sono intrecciate tra loro e, a volte, sono in conflitto tra di loro.

Prendendo in considerazione il concetto di polifonia delle storie di Bachtin e di sensemaking di Weick, Boje (1995, in Poggio, 2004,104) dedica la sua ricerca alle molteplici narrazioni che nelle organizzazioni come nella vita accadono in modo spontaneo e mai in totalmente afferrabile.

Le "grandi narrazioni", come le chiama Boje non sussistono perché il significato non è mai completamente compreso: le organizzazioni vivono di ante- narratives o prenarrazioni. Boje utilizza la metafora del Tamara- play per rappresentare diverse scene dove dodici attori continuano a spostarsi di scena in scena e a raccontare ognuno la propria

storia, che si modifica in base alla scena e all'interazione con altri attori. Allo stesso modo, afferma Poggio (2004, 105) "l'organizzazione può essere vista come un insieme di frammenti di storie che si intrecciano sulla base di incontri casuali in cui non è mai possibile accedere contemporaneamente a tutti i punti di vista e dove emerge l'esigenza di attribuire significato agli elementi discordanti, riempiendo gli eventuali vuoti narrativi".

Il ricercatore ha il ruolo di capire quali sono le voci soffocate dalle narrazioni dominanti o istituzionali, le ante-narratives che trasmettono il reale significato in un network di frammenti narrativi. Le storie prima della narrazione sono un sense -making non ancora completo e in quanto tale si manifesta come un oggetto di ricerca molto più interessante per comprendere la fluidità, le incertezze, e la mutevolezza del narrare organizzativo.

CAPITOLO 2: IMPATTO DELLA PANDEMIA DA SARS COVID-19 SULLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE E IL POSSIBILE RUOLO DELLA NARRAZIONE.

In questo capitolo verranno descritte le criticità del sistema sanitario italiano, i fattori che hanno inciso maggiormente nella gestione dell'emergenza pandemica, quali strategie sono state attuate per rafforzarlo e di come le narrazioni siano state uno spunto di riflessione per le organizzazioni nell'affrontare la pandemia mette.

2.1: LA PANDEMIA DA SARS- COV 19: ORIGINI E DIFFUSIONE.

Tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020, ci siamo trovati a fronteggiare un enorme problema sanitario, economico e sociale.

A fine dicembre 2019, nella città cinese di Wuhan e nella provincia di Hubei un gruppo di persone aveva mostrato i sintomi di una polmonite piuttosto anomala che soltanto nel mese di gennaio 2020 venne ribattezzata come primo caso di coronavirus 2019, una patologia collegata, in base alle prime indagini, al commercio di animali vivi.

La rapida diffusione a livello mondiale del Covid 19 ha rappresentato una grave minaccia per la salute globale a cui l'intera comunità internazionale è stata chiamata a rispondere.

Le conseguenze della rapida proliferazione del nuovo coronavirus in più di 200 paesi del mondo si sono riversate non solo in ambito sanitario, ma come è stato già detto anche economico e sociale

Nonostante siano passati più di due anni dal primo caso accertato di polmonite virale di origine sconosciuta individuata nella città di Wuhan , in Cina, ancora oggi molti paesi del

mondo stanno lavorando al fine di contenere le gravi ripercussioni della rapida propagazione a livello internazionale di questo agente patogeno.

La sindrome respiratoria acuta ha colto di sorpresa la comunità internazionale, impreparata ad affrontare una grave emergenza sanitaria nonostante l'OMS, ad inizio 2019, avesse incluso tra le dieci principali minacce alla salute globale anche il verificarsi di una pandemia, di origine e gravità sconosciute.

Il mancato aggiornamento dei piani pandemici nazionali di gestione delle emergenze, congiuntamente all'iniziale sottovalutazione del rischio associato al Covid 19 e agli scarsi investimenti in politiche sanitarie preventive, potrebbero aver contribuito in maniera sostanziale alla celere ed incontrastata diffusione del virus su scala globale.

A marzo 2022, a più di due anni di distanza dal primo caso accertato di sindrome respiratoria acuta coronavirus-2, le persone che hanno contratto il Covid 19 sono oltre 460 milioni, con un bilancio in tutto il mondo che ha superato le 6 milioni di vittime.

È importante delineare quali sono state le criticità che il sistema sanitario nazionale ha dovuto attraversare durante la pandemia da Covid 19.

2.2: IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E LA PANDEMIA DA COVID 19.

La Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV2), come noto, è una malattia da coronavirus (Covid 19) altamente infettiva identificata per la prima volta in pazienti con polmonite inspiegabile a Wuhan, in Cina, nel dicembre 2019.

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di pandemia, a causa della rapida diffusione della malattia nella maggior parte dei paesi del mondo, applicando misure restrittive per limitarne il contagio.

L'Italia è stata la prima nazione del mondo occidentale ad essere colpita dalla pandemia.

Nessuno Stato era pronto ad un'emergenza di queste dimensioni, anche se ci sono stati Paesi con capacità di intervento maggiori rispetto ad altri. I paesi asiatici, ad esempio, avendo alle spalle un'esperienza nella gestione di un virus simile (il virus SARS-CoV diffusi nel 2002), sono riusciti a limitare il contagio, più velocemente rispetto ad altre nazioni, riattivando le misure già sperimentate precedentemente.

Nel caso italiano, oltre a non riuscire a limitare i contagi in modo efficace, si sono evidenziate le criticità del Servizio Sanitario Nazionale: i continui tagli alla spesa pubblica, dati dalle politiche di austerità, hanno reso più efficiente, ma più debole il sistema sanitario. Quest'ultimo non era pronto ad affrontare una simile situazione emergenziale, non era sufficientemente rifornito dei dispositivi di protezione individuale a tutela degli operatori sanitari e non aveva abbastanza posti letto in ospedale, né per i semplici ricoveri, né per i ricoveri da terapia intensiva.

Come evidenziato nel Rapporto annuale Istat 2020, gli ospedali si sono ritrovati a dover fronteggiare uno shock di domanda tale da rischiare il collasso, soprattutto nei reparti di terapia intensiva.

Il sistema sanitario ha dovuto mettere in atto un adeguamento rapido ed emergenziale, mediante un impegno sostanziale sia dal punto di vista economico che organizzativo.

Su tutto il territorio nazionale si sono sviluppate diverse esperienze ed approcci alla gestione dell'emergenza pandemica. Ogni regione ha risposto in modo differente alla pandemia anche per il fatto che ognuna ha un proprio assetto organizzativo. Vi sono state regioni che godevano di una struttura territoriale forte, la quale ha ridotto il sovraccarico degli ospedali, e regioni che, mantenendo una configurazione ospedale-centrico, hanno dovuto riorganizzare l'assetto ospedaliero e il personale a disposizione.

Il sistema sanitario nazionale svolge un ruolo importante nella realtà italiana. È un sistema sanitario che garantisce una copertura universale, finanziato attraverso la fiscalità generale e con una capacità di intervento sia preventivo che diagnostico-terapeutico, a livello territoriale e a livello ospedaliero; sulla carta tale assetto dovrebbe consentire di affrontare efficacemente una condizione emergenziale come quella che si è verificata.

Tuttavia, all'inizio del 2020 il sistema sanitario nazionale si trova con una dotazione ridotta e soprattutto con una netta carenza di figure professionali impegnate nel far fronte alla pandemia. Stefano Neri (2021) ha ben evidenziato l'intensità della riduzione dei posti letto in Italia, come conseguenza della razionalizzazione del SSN.

La pandemia di Covid 19 ha messo in luce le grandi difficoltà incontrate dagli ospedali nella cura dei pazienti Covid e no. In Italia, l'overflow di pazienti Covid è stato spesso insostenibile per le unità di terapia intensiva o critica così come per le unità di terapia subintensiva e altri reparti ospedalieri direttamente coinvolti nei trattamenti Covid. Ciò ha influito in modo significativo su tutta l'organizzazione e l'offerta ospedaliera, costringendo i dirigenti delle ASL e degli Ospedali Autonomi a sospendere e rinviare le procedure non Covid, anche in caso di esami urgenti e operazioni (Agenas, 2021). La razionalizzazione e la riduzione dei posti letto negli ospedali è una politica di vecchia data, iniziata negli anni '80, e i tagli accumulati nel decennio precedente sono diventati alla fine eccessivi, rendendo gli ospedali incapaci di affrontare l'emergenza.

L'epidemia di Covid 19, la relativa mancanza di preparazione e le evidenti difficoltà ad affrontare i pazienti hanno provocato gravi calamità negli ospedali, che sono diventati uno dei principali focolai di contagio e in alcuni casi sono stati vicini al collasso. Ciò ha costretto non solo il rinvio di altre cure mediche, come già accennato, in ospedale e in regime ambulatoriale, ma ha anche indotto alcuni Amministratori Regionali a cercare

soluzioni per alleggerire gli oneri imposti agli ospedali, come il trasferimento dei pazienti Covid in infermieristica residenziale abitazioni, peggiorando gravemente la situazione.

I sistemi sanitari regionali, che avevano investito maggiormente sull'assistenza primaria e comunitaria, nonché sui servizi ambulatoriali, si sono mostrati in una posizione migliore durante l'emergenza, con effetti positivi sia sul sistema sanitario che sulla salute dei pazienti. Il trattamento domiciliare di più pazienti Covid 19 ha contribuito a contenere il numero di quelli in condizioni gravi e gravissime.

Si può sostenere che queste difficoltà e le loro conseguenze sui pazienti Covid positivi (e indirettamente non Covid-pazienti) sarebbero state meno gravi se gli ospedali fossero stati dotati di più letti, personale e attrezzature. Tuttavia, ci si chiede se l'impossibilità di affrontare la pandemia con le cure ospedaliere sia da attribuire principalmente a un'eccessiva riduzione del numero dei posti letto e del personale ospedaliero, o se siano coinvolti altri fattori importanti (Neri, 2021).

Per gestire l'emergenza nel migliore dei modi il governo attua procedure di reclutamento straordinarie, in deroga alla disciplina vigente, in modo da potenziare i reparti ospedalieri coinvolti nella cura dei pazienti affetti dal covid 19.

Tra le misure di reclutamento attuate vengono previste: la stipula dei contratti per il personale in quiescenza, il conferimento di incarichi a specializzandi all'ultimo e penultimo anno di formazione, l'introduzione del principio di laurea abilitante. Con uno stanziamento di oltre un miliardo di euro stabilito nel decreto "Cura Italia", ai primi di maggio del 2020 sono 23.580 i lavoratori assunti tra medici e infermieri, che salgono a quota 29.433 a settembre. A questi dovrebbero aggiungersi 9.600 infermieri di famiglia previsti dal "Decreto di Rilancio", ovvero decreto-legge del maggio 2020, che ad oggi non risultano arruolati se non in alcune regioni come il Veneto, Emilia-Romagna e

Toscana (Spina E. in Vicarelli G. e Giarelli G, 2021,67-75). In poco tempo entrano nel sistema oltre la metà dei lavoratori che si erano persi negli ultimi dieci anni. In molti casi si tratta di contratti a tempo determinato, in altri, tuttavia, l'assunzione è definitiva e ciò permetterà di rafforzare gli organici anche per il futuro.

Nonostante tale potenziamento, con l'arrivo della "seconda ondata" il troppo alto numero di medici morti , circa 365 persone, mentre quelli contagiati risultano essere circa 6.205, ovvero il 9 % del totale degli infetti (secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità risalenti al 2020) e quello altrettanto alto di infermieri e operatori sanitari (dai dati Inail e fnopi risulta il 47.4% degli infermieri contagiati, circa 29.282, mentre deceduti il 61% circa 236 persone; dati risalenti al 2020) non ha dissuasato migliaia di loro dal proporsi in aiuto ai colleghi delle aree più colpite. Nelle regioni più colpite, l'organizzazione degli ospedali, di solito descritta come intoccabile e spesso resistente al cambiamento, è stata rivoluzionata in poche settimane, mostrando una flessibilità e una resilienza inaspettata.

Oltre ai reparti di terapia intensiva, colpisce la rapidità con cui molte unità operative a specialità e sub-specialità mediche sono diventate semplicemente «unità Covid» spesso parte di «ospedali Covid» e la naturalezza con cui i loro medici e infermieri hanno accettato nuove gerarchie non basate sulla reputazione personale e/o sul prestigio della disciplina di provenienza, ma sulle conoscenze più pertinenti alla materia, quelle delle malattie infettive, unica specialità con un bagaglio di conoscenze, seppur minimo nel caso del covid 19 , sulle virosi.

Il sistema sanitario nazionale ha, così, scoperto, la capacità di poter contare al suo interno di nuove risorse, competenze, personale da mobilitare per le diverse trasformazioni avvenute nelle ondate della pandemia.

Superati i momenti dove era necessario dare una vera risposta alla situazione emergenziale presente, le organizzazioni sanitarie hanno iniziato a percepire l'emergere di un nuovo problema: l'attenzione riservata alla pandemia rischiava di sopraffare quella che era necessario continuare a dedicare alle patologie, come infarto, ictus, diabete, scompenso cardiaco, ecc., che, naturalmente, continuano a colpire la popolazione. Si è così provveduto ad attuare soluzioni provvisorie, come la posticipazione dei ricoveri e degli interventi programmati, percorsi protetti per garantire tempestività di soccorso alle patologie definite "tempo-dipendenti" come l'infarto cardiaco, nuovi programmi di monitoraggio delle gravidanze per le donne infette, in quarantena o soltanto residenti nelle «zone rosse».

Affrontare questi problemi richiede di conciliare le logiche della clinica e della sanità pubblica delle malattie infettive con quelle proprie delle malattie cronico-degenerative e di tradurre entrambe in forme organizzative integrate dentro sistemi già di per sé estremamente complessi.

La risposta a questo nuovo problema sta, al momento, creando problemi soprattutto nel settore della sanità pubblica e dei servizi territoriali, un ambito particolarmente critico, sia perché dovrebbe contribuire a contenere la rapidità di progressione del contagio per permettere al sub-sistema ospedaliero di approntare le risorse necessarie per trattare gli infetti sia perché costituiscono essi stessi una componente fondamentale della risposta assistenziale al contagio.

In ambito assistenziale, fra i tanti, la sottoutilizzazione della medicina generale, confinata in un ruolo marginale, e lo stentato sviluppo dei servizi sanitari a elevata integrazione sociale, frutto anche delle difficili relazioni fra Comuni e Aziende sanitarie hanno rivelato le criticità legate all'assistenza primaria.

In ambito preventivo, la sanità pubblica ha saputo aggiungere poco o nulla ai vecchi strumenti di controllo delle epidemie: luoghi dove vi erano restrizioni per prevenire il contagio in relazione agli spostamenti, ribattezzati come «zone rosse»; quarantene dei contatti; isolamento degli infetti e «indagine epidemiologica» per accertare i contatti.

Il cambiamento organizzativo del Ssn che dovrà accompagnare l'evoluzione dell'epidemia dei prossimi anni non potrà non comportare una nuova fase espansiva della spesa sociale, anche a fronte della crescita delle diseguaglianze, che durante e dopo l'emergenza mostrerà tutta la sua violenza. Le debolezze evidenziate dall'emergenza come l'abbandono della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, lo stentato sviluppo dell'assistenza primaria e territoriale, l'enfasi sui grandi ospedali, il ruolo della sanità privata, sono contemporaneamente strumenti e conseguenze della contrazione della spesa pubblica e della privatizzazione dei servizi dei decenni passati. E su queste non possono che incidere nette e radicali politiche volte a sostenere gli strumenti della giustizia sociale, i servizi collettivi di welfare, gli ambiti di una distribuzione/redistribuzione della ricchezza sociale prodotta, nell'ordine di un progetto di risocializzazione dell'economia fondato sulla loro riappropriazione democratica, sulla centralità delle produzioni dell'essere umano e per l'essere umano.

2.3. L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SUI PROFESSIONISTI SANITARI

Nonostante le forti misure restrittive imposte dal governo italiano per limitare la diffusione del virus, il progressivo e continuo aumento dei pazienti affetti da Covid 19 ha portato alla saturazione dei posti letto delle unità di terapia intensiva, semi intensiva e pronto soccorso negli ospedali italiani, seguiti da significativi cambiamenti strutturali e

dalla riorganizzazione dei reparti medico-chirurgici per il trattamento dei pazienti contagiati, e delle sale operatorie convertite in terapie intensive.

L'impatto, che l'emergenza, ha avuto sui professionisti sanitari coinvolti in prima linea nel combattere l'infezione è stato notevole. Gli operatori sanitari hanno dovuto affrontare importanti sfide cliniche ed organizzative, mettendo a rischio la propria incolumità e lavorando in un modo senza precedenti per soddisfare le esigenze che l'emergenza presentava (Duncan,2020).

Con specifico riferimento alla professione infermieristica, il Covid 19 ha presentato agli infermieri sfide mai verificatosi prima a livello professionale, sociale e psicologico. La situazione in rapida evoluzione, lo sviluppo di nuove politiche di gestione da adattare alle organizzazioni sanitarie in modo da garantire la tutela della salute per i pazienti hanno impattato in modo profondo nell'erogazione e nella gestione delle cure.

La rapida diffusione dell'infezione da Covid 19 ha rappresentato un vero "trauma" per le organizzazioni sanitarie ponendo la questione cruciale di quanto le stesse siano resilienti e come tale resilienza, come la capacità di rispondere alla situazione emergenziale dipende dall'adeguatezza della forza lavoro. I sistemi sanitari hanno risposto alla crisi sanitaria mobilitando tutto il personale a disposizione in modo da garantirne un utilizzo efficace e allo stesso tempo garantendo la continuità dei servizi essenziali dei percorsi di cura.

La letteratura ha rilevato che durante disastri naturali e malattie infettive, i professionisti della salute sacrificano attivamente i propri bisogni per fornire il proprio contributo come senso del dovere, responsabilità professionale ed etica (Marco A, Siracusano A,2020).

Tuttavia, il trovarsi di fronte a tali stati emergenziali può provocare uno stato di notevole stress fisico e mentale. Studi precedenti sulle epidemie da SARS e Ebola evidenziano che

la gestione di una malattia improvvisa e pericolosa per la vita può determinare pressione e stress sugli operatori sanitari.

Durante il periodo d'esordio del Covid 19 i professionisti sanitari sono stati costretti ad affrontare la situazione di emergenza, caratterizzata dall'ampia disparità tra risorse disponibili e la necessità di assistenza sanitaria. È stato analizzato il carico di lavoro infermieristico durante l'assistenza di pazienti critici affetti da Covid 19 che è risultato maggiore del 33% rispetto ai soliti pazienti in terapia intensiva. A metà dell'anno 2020 l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) e quella dei medici di area critica (SIAARTI) hanno emanato delle raccomandazioni sulla gestione dei pazienti affetti da Covid 19 che includono: previsione di carichi di lavoro aumentati a causa di elevate necessità di pronazione e delle procedure di vestizione e svestizione con i DPI; necessità di raggruppare gli interventi assistenziali ed anticipazione di eventuali situazioni prevenibili per ridurre il tempo di stazionamento a letto del paziente e permettere adeguati tempi di recupero senza DPI; potenziamento degli operatori di supporto per le necessità logistiche legate alla decontaminazione e recupero dei materiali di cura ed assistenza non monouso; formazione dettagliata e puntuale con adeguate simulazioni sulle procedure di vestizione e svestizione con i DPI; necessità di programmare i turni nei servizi nei reparti covid-positivi in modo che gli infermieri non indossino DPI per più di 4 ore e adozione di adeguate misure di prevenzione per limitare le lesioni da pressione derivanti da DPI; limitazione prudenziale e temporanea dell'accesso alle visite dei pazienti in tutte le aree dell'ospedale, assoluto divieto di ingresso a persone con sintomatologia respiratoria e introduzione di strategie alternative di comunicazione con le famiglie dei ricoverati.

La diffusione virale ha portato al collasso dei reparti intensivi con conseguente ampliamento dei posti letto di medicina e di sub-intensiva. Stefano Neri, in un suo

articolo, mostra il collasso dei reparti intensivi evidenziando l'intensità della riduzione dei posti letto in Italia, come componente fondamentale della razionalizzazione del SSN. I dati internazionali suggeriscono che la riduzione dei posti letto in ospedale fosse probabilmente eccessiva, privando il SSN di un ristagno organizzativo. Inoltre, la deospedalizzazione sarebbe stata accompagnata da un più forte sviluppo dell'assistenza primaria e comunitaria.

La relativa carenza di questi servizi, insieme alla mancanza di reti integrate tra cure ospedaliere e non ospedaliere, spiega le molte difficoltà incontrate dagli ospedali nell'affrontare i pazienti Covid.

Il basso numero di posti letto e gli alti tassi di utilizzo hanno rapidamente causato una carenza delle risorse strutturali disponibili nei reparti e nelle unità più coinvolte nella cura del Covid 19. Quando furono invasi dal flusso di pazienti Covid 19, erano privi dei posti letto e delle risorse strutturali necessarie per affrontarlo, in quanto privati di posti letto in esubero e di risorse attivabili in caso di situazione straordinaria. (Neri, 2020)

Oltre a questa punto, la pandemia ha evidenziato l'esistenza di una grave carenza di personale nel SSN italiano. La carenza esisteva ben prima della pandemia e appare particolarmente grave per gli infermieri e, a medio termine, anche per i medici (Vicarelli, Pavolini, 2015).

Per gestire al meglio questa enorme criticità molti professionisti, tra medici, infermieri e oss sono stati inviati in altre realtà lavorative per fronteggiare l'emergenza nei reparti adibiti appositamente ad accogliere pazienti covid positivi, condividendo i propri saperi per garantire adeguati standard di cura; allo stesso tempo il limite che emergeva era dato dalla mancata esperienza gestionale di pazienti a rischio e infettivo e dall'assenza di procedure e linee guida per determinate procedure. Il personale veniva formato sul campo

durante il turno lavorativo per mancanza di tempo da dedicare appositamente alla formazione e nel mentre doveva impegnarsi a lavorare in sicurezza e ad utilizzare adeguatamente i dispositivi di protezione individuale per ridurre il rischio di contagio.

Le norme restrittive hanno condizionato la qualità del periodo di degenza, in quanto i pazienti venivano isolati e non potevano ricevere visite, ed anche la morte veniva condizionata in quanto i pazienti non potevano godere del saluto dei propri cari. Queste condizioni, insieme al fatto che il personale rappresentava l'unico sostegno per i pazienti, ha richiesto un grande impegno emotivo e psicologico oltre che tecnico.

I sanitari, quindi, hanno dovuto affrontare un aumento inaspettato del carico di lavoro, turni intensi e cambiamenti nell'organizzazione lavorativa e tecnica che, combinati con la mancanza iniziale di chiare linee guida e protocolli per la gestione dell'infezione, hanno provocato non solo una stanchezza fisica ma anche sentimenti di incertezza, solitudine e alienazione.

Il personale sanitario ha quindi avuto bisogno di un supporto in quanto spesso sperimenta livelli elevati di ansia e stress, ciò ha comportato il rafforzamento della forza lavoro all'interno di un'organizzazione, che è risultato essere un fattore necessario per delineare la resilienza aziendale durante la pandemia (Duncan, 2020; Huang et al., 2020; OMS, 2020d; Xiao et al., 2020).

CAPITOLO 3: IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID 19 SUI PROFESSIONISTI SANITARI E IL RUOLO DELLA NARRAZIONE: LO STUDIO

3.1: IL POSSIBILE APPORTO DELLA NARRAZIONE IN SANITA'.

Come si è visto nel capitolo precedente, gli ultimi due anni hanno visto il sistema sanitario in prima linea nell'affrontare l'emergenza a cui ha dato una risposta immediata con una serie di misure urgenti che hanno implicato una profonda riorganizzazione dello stesso.

La pandemia da Covid 19 ha avuto un impatto sociale, sanitario ed economico non indifferente sull'intera popolazione mondiale. Le conseguenze della diffusione dell'infezione, e delle misure atte a contenerla, hanno infatti avuto ripercussioni eccezionali nelle vite di ogni persona, sia coloro che sono stati colpiti direttamente dalla malattia, che chi ne abbia subito gli effetti generali. Un trauma collettivo che ha imposto modifiche straordinarie, poi diventate ordinarie, nelle modalità di somministrazione delle cure e cambiato la percezione del pericolo sanitario sia nei pazienti e loro caregiver, che nei professionisti sanitari.

Questa emergenza ha mostrato la condizione umana drammatica vissuta dagli operatori sanitari che hanno richiamato l'attenzione su problematiche come la gestione della pandemia con scarse nozioni, l'elevato stress correlato ai turni di lavoro e alla situazione emergenziale; allo stesso tempo, però, hanno portato alla luce momenti di gratificazione correlati allo sviluppo del lavoro d'equipe, alla riconoscenza da parte dei pazienti.

Le tantissime informazioni che abbiamo oggi a disposizione non sempre, anzi raramente, riescono a trasformarsi in conoscenza, ovvero in valore, in nuovi strumenti e nuove idee

per cambiare e migliorare un po' la realtà e l'ambiente, professionale e no, in cui viviamo professionale.

Le aziende sanitarie oggi sono organizzazioni di grandi dimensioni, frammentate, complesse: è difficile delinearne il quadro complessivo. Le narrazioni organizzative possono contribuire a far luce su alcuni aspetti di tali realtà. C'è un'azienda ufficiale, che si esprime attraverso il sito, le brochure, le mission, le dichiarazioni del top management, il bilancio, gli organigrammi, i comunicati stampa. E c'è un'azienda "nella testa delle persone" che vi lavorano, fatta di esperienze individuali, di storie personali, di sentimenti, di relazioni, un'azienda che si esprime soprattutto attraverso il racconto.

Le "storie" interpretano i fatti umani mettendoli in relazione fra di loro e costruendo storie sensibili al contesto, che si basano sull'intenzionalità (voler fare qualcosa) e sulla soggettività (il proprio punto di vista) dei protagonisti di un'organizzazione.

Il meccanismo narrativo aiuta a dare un senso ai problemi e alle idee, a cercarne i nessi, a scoprirne le implicazioni, a giungere alle conclusioni.

Ascoltare "racconti" sull'organizzazione da parte di chi ci vive dentro è sempre stata considerata buona norma, sebbene sia solo da tempi relativamente recenti che gli esperti di organizzazione consigliano di ricorrere alle narrazioni come metodo di ricerca. Barbara Czarniawska, per esempio, considera la narrazione sia un "modo di conoscere" che un "modo di comunicare" (Czarniawska, 2000), offrendo attraverso il suo *Narrare le organizzazioni*, uno strumento interpretativo per produrre conoscenza narrativa e disporre di metafore complesse per fenomeni complessi (Gherardi, 2000)

Il sapere narrativo ha la capacità di informarci "sui modi in cui sono costruite le storie" (Czarniawska, 2000) della nostra vita e della società più in generale, intesa non solo come capacità di raccontare ma anche di prendere decisioni. Le storie raccontate da un lato sono

spesso il veicolo di forti emozioni e dall'altro generano emozioni. Il modo in cui vengono raccontate è cruciale. Il risultato è la trasmissione di significati e norme culturali, la generazione di obbedienza e consenso, la produzione di appartenenza e memoria.

Infatti, le narrazioni partono dal racconto dello status quo per muoversi poi in una storia nuova, figlia del cambiamento che si intende attuare all'interno dell'organizzazione.

Il racconto rende una situazione comprensibile, in senso weberiano, per sé stessi e per gli altri; è "un tipo d'azione che costituisce gli attori, i campi e le reti d'azione" (ibidem: 246); essa costituisce le relazioni mettendo in contatto tra loro chi racconta e chi ascolta. È per questo motivo che il sapere narrativo può offrire un'interessante chiave di lettura dei rapporti tra "controllati" e "controllori" in uno studio sulle organizzazioni, per comprendere i paradossi e le contraddizioni che si generano in un luogo complesso come le organizzazioni sanitarie.

Alastra (2016) afferma, che è importante ripensare le organizzazioni per consentire agli attori di raccontare le loro storie con fiducia, senza temere giudizio. Si tratta di accudire gli "ambienti narrativi", dove tutti possono vivere un momento, una situazione narrativa, sentendo di poter prendere la parola, di poterlo fare in maniera autoriale, ovvero come protagonisti.

Un'organizzazione sufficientemente buona e dinamica deve fondarsi su un ambiente narrativo virtuoso, popolato da operatori narrativi. Per creare questi ambienti narrativi occorre attuare una strategia concretizzabile in relazione ai vincoli e alle opportunità che caratterizzano ogni specifica realtà organizzativa, stiamo parlando di azioni come: progetti di animazione culturale, concorsi letterari, iniziative di vario genere e non solo attività formative e pratiche di cura narrative-based, capaci di coniugare fra loro il mondo

della cura e azioni condotte in modo coordinato su tutti i possibili i versanti della narratività.

Si potrebbe, addirittura parlare, di ri-animare i contesti lavorativi, una prospettiva interessante che coinvolgerebbe tutti gli attori implicati nel processo di cura in una prospettiva di empowering.

La narrazione può supportare il professionista nell'assunzione di quella posizione "meta" che costituisce per lui una condizione imprescindibile, per aprire varchi creando, eventualmente, un certo scompiglio nel suo operare e pensare, per rivitalizzare relazioni stantie (Alastra, 2016).

Chi ha la fortuna di praticare una professione di cura è continuamente posto di fronte alla necessità di incontrare sé stesso e dovrebbe avere la possibilità, di praticare una buona narrazione, di praticarla nei luoghi di cura e relazionali che si trova ad abitare professionalmente, che diventano così ambienti di cura e di narrazione.

Da qui discende l'importanza per il professionista della salute di una competenza autobiografica- riflessiva e della conoscenza di sé e, quindi, la necessità di predisporre percorsi formativi focalizzati sulla narrazione, che aiutino a riconoscere i pensieri e gli atteggiamenti che orientano l'agire professionale, i significati profondi che hanno per il professionista la sofferenza, la malattia, la morte e l'aver cura.

Una conferma sostanziale di quanto appena detto si rende necessaria alla luce di un contesto culturale e sanitario caratterizzato da crescenti preoccupazioni economicistiche che tendono ad allontanarci dalle radici umanistiche della cura.

Non si deve mai dimenticare che un ospedale non è un'impresa finalizzata al profitto.

Negli ultimi decenni il lavoro di chi opera in sanità è profondamente cambiato, non soltanto nelle tecniche che si utilizzano, ma anche nel modo di concepire ed esercitare la

professione di cura. Con il tempo, si afferma sempre più una medicina specialistica e ipertecnologica che può rischiare di concentrarsi esclusivamente sulla malattia.

Coltivare un umanesimo della cura significa allertare tutti i protagonisti della cura rispetto a questa deriva resa possibile anche a causa di un'impostazione meccanicistica e straniante del lavoro e di una parcellizzazione della medicina che prende forma già dai banchi universitari (Alastra, 2020): trascurando di formare il professionista su tutto il contesto che ruota attorno alla malattia e non solo sulla malattia.

In un'azienda sanitaria questa prospettiva rimanda a un agire professionale orientato all'umanesimo della cura, che dovrebbe essere parte integrante della vita organizzativa di un'azienda sanitaria nelle sue diverse manifestazioni partendo dalle pratiche di cura di un determinato contesto, ad arrivare alla gestione adottata dai diversi livelli di management, alle politiche di sviluppo delle persone che sono presenti nell'organizzazione stessa, e alle relazioni tra i diversi attori dell'organizzazione.

Come sostiene ancora Alastra (2020), chi opera all'interno di un'organizzazione sanitaria, che per definizione è dedita alla cura, si deve porre il problema di alimentare con continuità, e in diversi modi, una cultura della cura all'interno del proprio contesto di lavoro, ovvero luoghi capaci di conferire un'identità professionale agli operatori che li vivono. Un'azienda ospedaliera così caratterizzata si presenta come luogo di cura e la popolazione dei suoi lavoratori può essere intesa come comunità, con usi e costumi che rendono visibile un sentimento di appartenenza e la messa in atto di relazioni non solo tra pazienti, membri e caregiver ma anche dei locali di lavoro. In questi contesti è possibile notare segni tangibili e tracce che narrano le storie di tutti gli attori dell'organizzazione. Non si tratta di arredare lo studio del medico o posizionare correttamente il letto di un paziente ma si sta dando voce alla cultura della cura che deve caratterizzare questi luoghi.

Il mondo della sanità ora più che mai ha bisogno di professionisti con competenze umanistico-narrative, che sappiano ascoltare e soprattutto raccontare storie che permettono di vedere la realtà da tutti i punti di vista, partendo da quello del paziente arrivando al punto di vista gestionale.

Un atteggiamento narrativo quando applicato correttamente, magari unito ad una disciplina riflessiva, può rivitalizzare un determinato contesto lavorativo, può restituire ai gruppi professionali il senso di appartenenza permettendo di superare i motivi di disagio. Questo atteggiamento può favorire un ripensamento tout court delle organizzazioni sanitarie, può accrescere la qualità del lavoro, promuovere benessere nelle e delle organizzazioni.

L'epidemia inaspettata e le misure drastiche necessarie per contrastare la pandemia di Covid 19 hanno rapidamente cambiato la vita personale e professionale degli operatori sanitari. Il lockdown e le misure di distanziamento sociale applicate dai governi hanno influenzato pesantemente la vita privata e la stessa possibilità di prendersi cura dei bisogni personali di questi ultimi.

I professionisti della salute hanno dovuto sperimentare un nuovo scenario di lavoro impegnativo all'interno delle unità operative Covid 19. In questo contesto, sono stati chiamati a fornire la consueta cura di alto livello dei pazienti, e hanno, anche, cercato di far fronte alle ulteriori problematiche causate dai dispositivi di protezione individuale (DPI), che si sono rivelati estremamente pesanti e scomodi da indossare soprattutto per lunghi periodi.

Inoltre, la prova più difficile che hanno dovuto affrontare è stata quella di offrire esattamente lo stesso trattamento e cura "umana" ai pazienti.

I DPI, l'isolamento dei pazienti, la soppressione delle visite da parte della dirigenza ospedaliera hanno originato un senso generale di solitudine e depressione e aumentato il rischio di delirio nei pazienti covid positivi.

Pertanto, si sono attuate soluzioni nuove per fornire il massimo livello possibile di umanizzazione nell'assistenza offerta nei reparti Covid 19.

Ad esempio, i diari delle unità operative, che sono forme di narrazione da non sottovalutare, possono fornire la possibilità di riconnettere le menti dei pazienti agli eventi vissuti durante la loro permanenza in ospedale, specialmente quando sono stati sedati o durante fasi di livelli di coscienza "fluttuanti". Inoltre, ci sono prove che i diari di reparto sono efficaci nel prevenire la depressione dei pazienti e migliorare la loro qualità di vita (Brandao Barreto et al., 2019).

Inoltre, ripensare l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria durante l'era Covid 19 dovrebbe comprendere anche il benessere psicologico del personale che opera in questi reparti. Il disagio morale, che i sanitari hanno provato nel prendere decisioni di triage forzato, è stato causato dalla carenza o dalla mancanza di risorse sanitarie, tecnologie salvavita e ventilatori meccanici, tutti fattori, questi che dovrebbero rientrare tra le valutazioni meramente economiciste di un'organizzazione. Valutazione economicistica intesa come quel procedimento logico ed esplicito che si propone di aiutare gli operatori sanitari, i decision-maker e gli amministratori pubblici ad assumere decisioni circa il miglior uso delle risorse in Sanità.

La sanità pubblica dovrebbe assumere una mission e vision di cura sempre più ampie in modo da spingersi oltre i confini del suo agire tradizionale e diventare più incisiva nell'affrontare situazioni critiche.

Non possiamo escludere che questo tipo di emergenze non si ripetano in futuro. Pertanto, si dovrebbe dedicare del tempo alla ricerca di soluzioni innovative e trovare modi per mantenere l'attenzione non solo sugli aspetti clinici di queste minacce, ma anche sulle caratteristiche di umanizzazione della cura verso i pazienti, le famiglie e anche verso gli operatori stessi (Keya Vakil, 2020).

Si potrebbe fare tesoro di questa esperienza e applicare tutte le competenze acquisite in un contesto di cura, dove un medico o qualsiasi altro operatore sanitario possa avvalersi delle narrazioni come strumento da inserire nel processo di cura del paziente e conseguentemente co-partecipare alla creazione dei suoi ricordi e della sua storia di malattia. La narrazione potrebbe essere utile come strumento anche, in un contesto formativo, ad esempio: raccontare a qualcuno o scrivere del proprio lavoro con il paziente, lavorando sul concetto di relazione di cura, ma anche narrando dei colleghi con i quali si lavora i team, in modo da attivare quei processi di riflessione e riposizionamento di una determinata esperienza, emergenziale e no, necessari per svolgere al meglio il proprio lavoro.

3.2: SCOPO E DISEGNO DELLO STUDIO.

Lo studio empirico eseguito si prefigge due obiettivi: da un lato, in linea con il quadro teorico richiamato in precedenza, mostrare come le narrazioni organizzative possano essere uno strumento utile per le organizzazioni, dall'altro, attraverso l'analisi dei vissuti degli operatori sanitari, riflettere su quali "lezioni" è possibile apprendere, dal punto di vista organizzativo.

I professionisti sanitari costituiscono il segmento occupazionale più esposto ai rischi relativi alla pandemia da Covid 19, sia per le situazioni stressanti in cui si sono trovati,

sia per l'impegno diretto nel contenimento dei contagi e gestione del percorso di cura dei pazienti covid positivi.

La raccolta dei vissuti e delle narrazioni degli operatori sanitari permette di mettere in evidenza tutti quei fattori che sono stati impattati dalla pandemia, ad esempio, come: l'identità professionale, il senso del dovere, l'orgoglio per il proprio lavoro e desiderio di rendersi utili; il lavoro d'equipe multidisciplinare; l'emergenza sanitaria ha determinato inevitabilmente un forte aggravio del "carico di lavoro" degli Infermieri, che hanno dovuto prestare assistenza ad un numero molto aumentato di assistiti, ciò ha comportato un miglioramento delle relazioni di cura nonostante la barriera comunicativa creata dai dispositivi di protezione individuale (DPI); e l'impatto psicologico, emotivo ma anche fisico che i professionisti hanno dovuto affrontare, loro malgrado, per tutte quelle scelte drammatiche che sono stati costretti a prendere.

Al tempo stesso, dalle narrazioni emerge un vero e proprio trauma correlato alle scelte organizzative, professionali e direttive prese dalle aziende ospedaliere per gestire l'emergenza sanitaria.

La narrazione ha permesso di evidenziare, utilizzando i vissuti degli operatori, tutti quegli aspetti che si sono presentati, durante la pandemia, a livello sanitario, organizzativo e professionale e ha permesso di mettere in risalto da un lato le abilità professionali dei professionisti sanitari nell'affrontare una pandemia e dall'altro la capacità dell'organizzazione di essere resiliente ad una situazione emergenziale di livello mondiale.

La raccolta dati è stata effettuata nel periodo da giugno ad agosto 2021 presso un'azienda ospedaliera del Nord-Est che ha rappresentato un centro Hub per la gestione del Covid-19. Come oggetto di studio sono stati presi 2 componenti della Direzione delle professioni

sanitarie (Direttore delle professioni sanitarie, coordinatrice dell'Area Medica dell'Azienda ospedaliera) e 20 professionisti sanitari di un reparto di medicina semi-intensiva adibito alla gestione e cura dei pazienti covid positivi.; Direttore di dipartimento (unità operativa complessa), coordinatrice di unità operativa, 4 medici specializzandi, 2 medici strutturati, 8 infermieri (tra cui uno che ha gestito, a livello logistico, l'organizzazione del reparto garantendo la sicurezza del luogo di lavoro), 4 operatori sociosanitari.

Prima di analizzare la ricerca, è importante definire il ruolo del Direttore delle Professioni Sanitarie e il ruolo della Coordinatrice di area medica.

Il direttore delle professioni sanitarie opera per assicurare elevati livelli di assistenza ai pazienti che accedono all'ospedale concorrendo al perseguimento della mission aziendale. Ad esso afferiscono i professionisti sanitari dell'area: infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, riabilitativa, oltreché gli operatori sociosanitari. Garantisce l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza professionale – operativa delle attività assistenziali, riabilitative e tecnico-sanitarie erogate nell'ambito del percorso di cura del paziente sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici.

Le funzioni e i compiti da assolvere sono principalmente: disciplina delle professioni sanitarie; individuazione, in raccordo con le Regioni e altre pubbliche amministrazioni, dei fabbisogni di personale del SSN e di professionisti sanitari; promozione della professionalità attraverso programmi organici di formazione permanente e di aggiornamento; approvazione, in raccordo con la Direzione generale della programmazione sanitaria e la Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure, etc.

La coordinatrice di area medica, invece, gestisce l'organizzazione di una area sanitaria, che può essere medica, chirurgica o di area critica in base alle competenze acquisite e all'esperienza svolta durante la carriera lavorativa. Di solito si tratta di un infermiere, che successivamente è diventato coordinatore infermieristico per poi diventare coordinatore dell'area, in questo caso medica. L'area medica è composta da tutte le unità operative a carattere medico, ad esempio: un reparto di medicina a degenza ordinaria, un reparto di geriatria, malattie infettive o unità operativa di fisiopatologia respiratoria.

Si occupa di organizzare il personale di una determinata area, in questo caso specifico è medica, di identificare e gestire i processi di lavoro, di controllare l'andamento economico, di verificare la corretta applicazione della normativa sanitaria, il tutto collaborando con la coordinatrice infermieristica secondo le disposizioni date dalla direzione.

Il suo ruolo gioca una funzione fondamentale nella gestione di un'organizzazione, in quanto è la figura che funge da intermediario tra la direzione ospedaliera e delle professioni sanitarie e il comparto e che garantisce che ci sia una comunicazione efficace e rapida tra le parti.

Gli intervistati sono dunque professionisti sanitari che hanno vissuto in prima persona la maxi-emergenza e che a causa di quest'ultima hanno visto la loro realtà lavorativa trasformarsi radicalmente.

Si tratta di 20 professionisti che, prima della cosiddetta "prima ondata", prestavano servizio in un reparto di medicina interna e, a causa della pandemia, per sopperire al collasso dei posti letto nelle unità operative di Rianimazione e Anestesia, hanno vissuto in prima persona la conversione della loro unità operativa in un reparto di medicina Semi-intensiva. Conversione avvenuta in tempi brevi e senza la dovuta formazione. I

professionisti si sono mostrati resilienti al cambiamento, formandosi sul campo e lavorando in equipe. La coordinatrice e il direttore di dipartimento sono stati punti di riferimento per i professionisti in quanto hanno garantito, seppur minima e molte volte non sufficiente, la formazione sul campo, la strumentazione e i dispositivi più idonei, anche se non sufficienti per tutti i pazienti.

Il direttore delle professioni sanitarie e la Coordinatrice di area medica, invece, sono state le due figure direttive che hanno permesso di delineare come l'azienda stesse gestendo l'emergenza dal punto di vista organizzativo, tenendo conto del grande cambiamento che stava avvenendo, delle risorse umane e no, partecipando alle riunioni con l'unità di crisi dove venivano elencate le criticità gestionali presenti al momento.

Prima di procedere con l'analisi delle interviste è opportuno sintetizzare i momenti salienti che l'unità operativa ha vissuto e che sono stati richiamati nel corso delle stesse. L'unità operativa di medicina semi-intensiva diviene reparto per l'accoglienza dei pazienti covid il 03/11/2020 ed è stata assegnata a questa realtà nuova strumentazione, nella maggior parte dei casi con poca formazione del personale per apprendere il corretto utilizzo. Alcuni presidi si sono mostrati incompatibili con il setting strutturale dell'unità operativa; per questa tipologia di pazienti più critici era aumentato drasticamente il bisogno di erogatori di ossigeno, sono state quindi effettuate modifiche a mano a mano che emergevano le problematiche ed inviati, alla direzione, rapporti quotidiani, sul consumo con la paura costante che il sistema di erogazione dell'ossigenoterapia collassasse perché sovraccarico.

Nel febbraio 2021, data la diminuzione di contagi e di ricoveri, la direzione ospedaliera ha deciso rendere la medicina semi-intensiva un reparto "covid-free", mantenendo a prescindere il setting di area critica. Questa decisione sembra essere stata presa troppo

rapidamente in quanto, dopo questo periodo di calma apparente, si è registrata una nuova impennata di ricoveri, che ha reso necessario una nuova riconversione del reparto dal 06/03/2021 al 17/05/2021.

La situazione è rimasta stabile fino a novembre 2021 quando l'unità operativa di Rianimazione e Anestesia non è stata più in grado di gestire l'eccessivo incremento dei ricoveri ed è stato necessario la conversione in reparto covid del reparto sub-intensivo, precisamente il 23/11/2021 per poi tornare ad essere reparto "covid-free" il 16/02/2022.

3.3: RACCOLTA DATI.

A tutti gli intervistati, dopo aver garantito l'anonimato sia per quanto riguardava il singolo professionista, sia per quanto riguardava l'azienda ospedaliera in questione, è stata spiegata la finalità dello studio e l'importanza di raccogliere dati al fine di poter avere una visione globale della situazione vissuta. I professionisti hanno affrontato, in prima linea, la pandemia da Covid 19 senza linee guida, procedure e protocolli, senza sapere quali fossero i dispositivi di protezione individuale più idonei a prevenire il contagio, senza esperienze precedenti simili da cui trarre insegnamento. Hanno dovuto descrivere i momenti difficili e quelli di forza che questa emergenza ha scaturito in loro, il cambiamento organizzativo che ha generato e come è cambiato e se è cambiato l'approccio alla professione. Sono state poste quattro domande uguali per il Direttore di dipartimento, la coordinatrice dell'unità operativa, medici, infermieri e operatori sociosanitari che specificatamente sono:

- Mi può raccontare una situazione o un episodio vissuto di particolare rilevanza per l'organizzazione in cui lavora, sia questo un episodio critico o anche un momento di forza?

- Mi può raccontare quale è stato il momento più difficile per lei come professionista sanitario e perché?
- Pensa che questa esperienza abbia cambiato il modo di vivere la sua professione, il rapporto con i colleghi, con l'organizzazione di cui fa parte e con i pazienti?
- Quali sono stati i momenti di Cambiamento organizzativo più rilevanti a cui ha assistito dall'arrivo della pandemia Covid 19 ad oggi nella sua organizzazione?

Al direttore delle professioni sanitarie sono state poste, invece, cinque domande aperte in modo da avere una visione globale della situazione emergenziale dal punto di vista organizzativo e decisionale, al fine di mettere in risalto, qualora ci fossero stati, criticità o contrasti con gli operatori sanitari e i coordinatori, riconoscimenti per i professionisti e difficoltà nelle scelte organizzative. Le domande scelte sono:

- Durante questo anno, anno e mezzo di pandemia ci sono stati momenti di conflitto o tensione per le decisioni prese con i direttori di unità operativa e con i coordinatori che dovevano gestire in prima linea la pandemia? Se sì, mi può raccontare un episodio e le motivazioni dello scontro?
- È sempre stato concorde con le scelte prese dall'unità di crisi o dalla regione?
- Mi racconti un momento di particolare difficoltà per lei dovuto alle scelte prese e soprattutto mi racconti quando queste scelte sono state comunicate ai dipendenti.
- Avrebbe fatto scelte diverse per l'azienda e per i suoi dipendenti? Scelte completamente diverse?
- In questo anno e mezzo i professionisti sanitari hanno sperimentato modalità nuove di organizzazione del lavoro: hanno rinforzato la collaborazione interprofessionale e hanno trovato strategie condivise per affrontare al meglio diverse criticità. L'azienda si sta adoperando per riconoscere questo straordinario

processo di apprendimento organizzativo per diffondere queste buone pratiche e per sostenere questa crescita professionale? Se sì in che modo?

Alla Coordinatrice di area medica sono state poste altre quattro differenti domande in modo da avere chiaro il punto di vista di chi si è dovuto interfacciare sia con tutti i coordinatori che gestivano unità operative con pazienti covid positivi e sia con la direzione ospedaliera, portando alla luce tutte le criticità, momenti difficili vissuti con entrambe le parti sopraelencate e il punto di vista gestionale e decisionale delle scelte prese dalla direzione e unità di crisi. Le domande presentate sono:

- Durante questa maxi-emergenza ci sono stati momenti di conflitto/tensione per le decisioni prese, con il personale sanitario che è stato coinvolto in prima linea nella pandemia? Se sì, può raccontare un avvenimento e quali sono state le motivazioni dello scontro?
- Ci sono stati momenti o eventi significativi nel rapporto con il direttore sanitario, con il direttore delle professioni sanitarie e con l'unità di crisi in cui non è stata concorde con le decisioni prese?
- Mi racconti un episodio in cui c'è stata conflittualità o magari collaborazione con la dirigenza ospedaliera e con la dirigenza delle professioni sanitarie.
- Questa esperienza ritiene che abbia migliorato o peggiorato i suoi rapporti con le professioni sanitarie?

Per ragioni di disponibilità degli operatori, è stato “negoziato” con loro che potessero rispondere alle domande in forma scritta; solo nel caso del direttore di dipartimento e del direttore delle professioni sanitarie è stato possibile raccogliere l'intervista oralmente (registrandola).

Dopo ogni intervista si è attribuito un codice numerico progressivo che ha permesso poi di identificare le varie figure professionali e di inserire i suoi dati in modo anonimo nella tabella Excel creata appositamente per raccogliere tutte le informazioni ed analizzare i dati.

3.4 ANALISI E RISULTATI.

L'analisi delle interviste è stata eseguita in modo da identificare i temi emersi dai vissuti degli operatori sanitari su questa esperienza emergenziale in relazione anche all'impatto che la pandemia ha avuto sull'organizzazione.

Attraverso questa ricerca empirica di tipo qualitativo, si identificano dodici temi che vengono sviluppati in modo esplicativo e completo in modo di cercare di presentare una visione chiara del fenomeno indagato. Man mano che si procede con l'analisi, i temi e i contenuti che sono stati via via sviluppati vengono discussi in modo esplicativo per garantire una migliore comprensione del fenomeno. L'inclusione delle citazioni dei partecipanti è volta a rafforzare il commento.

Due narrazioni, precisamente quella del direttore del dipartimento e della coordinatrice di area medica, invece, descrivono come l'organizzazione si sia trasformata per far fronte all'emergenza.

Dall'analisi delle 20 interviste ai professionisti sanitari sono emersi diversi e importanti temi quali: (1) il cambiamento organizzativo e logistico; (2) l'organizzazione del lavoro; (3) la vulnerabilità organizzativa; (4) i modelli di leadership adottati per gestire l'emergenza; (5) la gestione e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI); (6) l'impatto fisico e psicologico; (7) i rapporti interprofessionali e il lavoro in team; (8)

l'identità e la crescita professionale; (9) la relazione di cura; (10) i dilemmi etici; (11) il riconoscimento sociale e istituzionale; (12) il punto di vista della direzione.

1. Cambiamento organizzativo e logistico.

La pandemia ha stravolto il modo di lavorare di ogni professionista sanitario, il tema dell'ambiente lavorativo fa riferimento ad una serie di aspetti legati al contesto logistico-assistenziale-relazionale. "L'incertezza", vissuta soprattutto nella prima parte della fase pandemica, è stata generata dai dubbi sulla modalità di comportamento da tenere nell'assistenza ai pazienti, nei percorsi da seguire, nelle modalità da attuare per limitare il contagio, nella scarsa conoscenza della strumentazione di monitoraggio intensivo, nella scarsa formazione per gestire un reparto con un carico assistenziale più alto e critico. Tutti gli operatori ricordano in modo indelebile il primo giorno di apertura come reparto covid e la trasformazione dell'unità operativa da medicina di ordinaria degenza a medicina sub-intensiva.

I "cambiamenti organizzativi" che si sono resi necessari per fronteggiare la pandemia sono stati repentini e hanno portato alla ridefinizione del normale assetto, ad esempio è stato rimpostato il sistema di erogazione di ossigeno in quanto si rischiava il collasso degli erogatori per l'alto flusso di ossigenoterapia, sono state adibite aree per la vestizione e svestizione del personale, quelle stesse aree che mesi prima erano semplici sale d'attesa o ambulatori medici.

"Abbiamo lavorato pomeriggio e notte ad accogliere i pazienti. Siamo partiti da zero. Non c'era una traccia di una precedente esperienza organizzativa da seguire. È stata una bella prova." (medico 1).

“Abbiamo dovuto improvvisarci una semi- intensiva, senza avere una adeguata formazione prima di partire e inizialmente anche senza le adeguate risorse materiali. Un po’ alla volta ci siamo formati sul campo.” (infermiere 3).

“Questa esperienza ha modificato la organizzazione di cui faccio parte, partendo proprio dall'inquadramento del tipo di paziente che viene accolto nel nostro reparto e quindi passando da degenze ordinarie a degenze destinate ad un'area di intensità maggiore.”

(medico 8)

"Il giorno in cui il reparto si è trasformato in covid, il tutto è accaduto in pochissime ore e con un senso di incertezza e di sgomento enorme." (infermiera 14).

"Inizio marzo 2020 il reparto viene trasformato in reparto covid, con un preavviso di 2h l'instaurazione di nuovi approcci lavorativi, lo stabilire le aree pulite da quelle sporche e dividerne i percorsi. Alcuni colleghi non se la sentono di affrontare questa nuova situazione e vengono trasferiti, altri vengono ceduti per far fronte alla carenza di personale. Metà marzo 2020 primi ammalati fra colleghi e la paura di fare le cose in modo non del tutto corretto, si valuta la necessità di regole e stili comportamentali più rigidi. Febbraio 2021 veniamo chiusi per 2 settimane ritorniamo alla normalità. Una scomoda parentesi in quanto da lì a poco riapriamo spesso le informazioni arrivano in modo frammentato e i traslochi avvengono nel fine settimana.

Marzo 2021 la pandemia raggiunge il suo massimo apice, siamo costretti a fare bis nelle stanze, si rischia il collasso del sistema di ossigeno." (infermiere responsabile di adibire l'u. o 20).

2. Organizzazioni del lavoro.

L'infezione Covid 19 ha portato una maggiore instabilità clinica del paziente. Questa situazione ha determinato una revisione dei piani di lavoro ed un conseguente incremento della richiesta di personale sanitario nei reparti Covid. Si è resa necessaria la presa in carico del paziente in coppia in modo tale che un professionista si occupasse della gestione completa del paziente e l'altro si occupava di mantenere pulita l'area circostante per ridurre il rischio di contagio per il personale stesso.

È stata riorganizzata l'assistenza medica, infermieristica e primaria (assistenza garantita dagli operatori sociosanitari intesa come cure igieniche- sanitarie, alimentazione mobilizzazione dei pazienti), tenendo conto delle competenze e dell'esperienza del personale proveniente da altre realtà e gradualmente inserito nell'unità operativa per fronteggiare la pandemia.

"Il cambiamento organizzativo più rilevante è stato incrementare il lavoro in team. "
(infermiere 2).

"Il lavoro in coppia, ha permesso di migliorare il confronto sulla gestione del paziente e la condivisione delle conoscenze infermieristiche con infermieri più esperti. " (infermiere 6).

"Credo che il dover chiudere un reparto pulito che ha una sua impostazione, un suo imprinting e doverlo riaprire modificandone la sua natura, resta sempre fra le prove più dure che un'organizzazione deve affrontare cambia la visione che si deve avere delle cose, cambiano le modalità di richiederle e la stessa predisposizione del lavoro routinario si modifica" (infermiere responsabile di adibire l'u. o 20).

3. Vulnerabilità organizzativa.

Sebbene alcune crisi possano essere considerate più come “normali” emergenze (incendi, incidenti) ve ne sono altre invece che sono molto più imprevedibili, come è accaduto durante la pandemia, e hanno un più grosso impatto nelle persone e nelle organizzazioni. La preparazione a queste emergenze è necessaria poiché le conseguenze potrebbero essere catastrofiche; dunque, le organizzazioni devono cercare di anticipare, rispondere e ridurre la vulnerabilità comportandosi in modo resiliente e quindi agire rapidamente e improvvisare. Questo tipo di resilienza è utile per conoscere attentamente i processi interni in modo da facilitare il riconoscimento e l'interpretazione di eventuali pericoli, migliorare la sensibilizzazione e i processi decisionali impegnandosi nelle pratiche e routine giornaliere.

La mancanza di formazione o la formazione sul campo è uno degli argomenti che delinea la vulnerabilità organizzativa in pandemia. Gli operatori hanno dovuto formarsi sul campo per gestire le criticità emergenziali e molte volte non è bastato, si sono ritrovati a trovare soluzioni definite “artigianali” per tutelare loro e i pazienti.

"Stante il dubbio di infezione da SARS CoV 2 non si riusciva però a decidere in quale rianimazione trasferirlo: pulita o sporca? Il paziente, intubato, è stato quindi riportato in reparto in una stanza singola. Questo episodio, frutto dell'enorme incertezza della quale eravamo vittima all'inizio della pandemia, oltre che mettermi in grande difficoltà dal punto di vista clinico mi ha fatto capire quanto vulnerabile fosse in quel momento la nostra organizzazione sanitaria davanti all'emergenza in atto." (medico 4).

"l'uso di device, quali a supporti ventilatori in hfnc, arterie, cvc senza protocolli e linee guida aggiornate in azienda che permette un'adeguata gestione infermieristica"

"Abbiamo fatto un giorno di formazione quando normalmente ne servono 15." (direttore di dipartimento).

"la stessa ""preparazione"" o formazione, unica cosa alla quale un professionista si potrebbe aggrappare per tutelarsi, viene sminuita, non data, o data per scontata. Mettendo così a rischio i colleghi. Alla strumentazione che ci viene fornita spesso non segue un'adeguata formazione con conseguente attrito tra i colleghi. alcuni presidi risultano incompatibili con il setting di reparto, per rispondere al meglio ai bisogni dei pz si modificano artigianalmente" (infermiere responsabile di adibire l'u. o 20).

4. Modelli di leadership per gestire l'emergenza.

L'emergenza ha stravolto completamente il modo di gestire l'organizzazione, possiamo dire che vi è stato un vero e proprio shock organizzativo.

Modus operandi da rivedere, una burocrazia sempre più imponente, le risorse umane che scarseggiavano, il carico di lavoro sempre più gravoso, riunioni continue con le unità di crisi e la direzione per comprendere la gravità e la diffusione del virus erano gli aspetti rilevanti per riorganizzare il dipartimento in risposta alla crisi sanitaria.

L'organizzazione doveva affrontare questo evento traumatico con molta flessibilità. Si può parlare di resilienza; gli operatori dovevano essere in grado di prepararsi al peggio, di proteggersi e proteggere il paziente e di promuovere il cambiamento. Questo tipo di trasformazione dei processi decisionali dell'organizzazione e dei comportamenti sarebbe diventata un must durante il periodo covid.

"Per me come direttore di dipartimento è stato molto rilevante riorganizzare il dipartimento in risposta alla prima ondata. non si aveva la percezione della gravità. È stato molto difficile convincere colleghi medici a collaborare, dovevamo rivedere tutto

quello che dovevamo fare. Era importante capire quanto fosse flessibile e resiliente l'azienda. Il criterio di resilienza e flessibilità è diventato un must." (direttore di dipartimento)

"Aprivamo i reparti ed eravamo chiamati a farlo, uno dietro l'altro e in alcuni casi, non si concludeva il ciclo di apertura di un reparto che già ci veniva chiesto di aprirne un altro (questo perché il modello nel quale c'eravamo improvvisati era stato ritenuto dalla direzione sanitaria, un modello organizzativo corretto e consono per le unità operative in risposta della pandemia, o forse perché era l'unico)." (infermiere responsabile di adibire l'u. o 20).

La leadership in fase emergenziale descrive, anche, come sono cambiati i ruoli dei coordinatori infermieristici e come i canali e gli stili di comunicazione sono stati alterati. C'era il bisogno di identificare una singola persona come fonte di una formazione e punto focale della leadership, soprattutto per le comunicazioni inerenti alla gestione dell'emergenza.

La coordinatrice dell'unità operativa risulta rappresentare, nel vero senso della parola, questa figura per i professionisti. Tutte le comunicazioni sul cambiamento organizzativo venivano garantite dalla coordinatrice, si occupava di partecipare alle riunioni con la direzione, con l'unità di crisi e con la direzione delle professioni sanitarie facendo da tramite e presentando tutte le criticità e le necessità che la situazione portava con sé, tutelando i suoi professionisti nonostante i contrasti con la direzione e attuando i cambiamenti logistici che venivano richiesti.

"Ricordo la disperazione negli occhi della mia coordinatrice che non sapeva come dirci che dovevamo scegliere se rimanere uniti ma dover riaffrontare l'emergenza covid, o se dividerci ed essere destinati ad altri reparti. Abbiamo scelto di affrontare di nuovo

l'emergenza in prima linea ma mantenendo l'unità e quindi la forza del nostro gruppo."(infermiere 3)

"Il coordinatore ha attivato dei corsi interni frequenti e aggiornamenti riferiti a questa situazione, per tutto il personale." (operatore sociosanitario 9)

"Dall'alto giungevano informazioni ed indicazioni spesso frammentarie, se ne occupava fortunatamente la coordinatrice " (medico 11).

5. Gestione e utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI).

Il tema dei DPI è emerso in quasi tutte le interviste. Gli operatori sanitari hanno descritto la necessità di indossare i presidi, definiti più volte come “armature” esprimendo il loro “disagio”, per tutelarsi e ridurre il rischio di contagio. È emerso anche, come i professionisti non avessero le giuste conoscenze nell’utilizzo di alcuni DPI, come le tute e i calzari. Il processo di vestizione e svestizione, così ricordato come “entra protetto ed esci pulito” è stato un mantra per gli operatori.

C'erano poche notizie e informazioni sul virus, nessuno era stato formato sulla gestione dei DPI, gestione intesa come manutenzione, mantenimento e ripristino, nessun operatore aveva idea di come quel DPI l'avrebbe tutelato e se conforme alla normativa e alla situazione vissuta.

"Nessuno davvero sapeva se i DPI ci avrebbero protetto. Le uniche notizie che si avevano erano quelle che ci venivano date da chi era in contatto con la Lombardia e quelle ricavate da internet dalla Cina." (medico 1)

"Visitare i pazienti con la barriera fisica di un camice una tuta, 2 mascherine, 3 paia di guanti ha cambiato profondamente il mio personale modo di rapportarmi a loro e alla sofferenza che li accompagna." (medico 7)

"Imparare come vestirti e più importante come toglierti i dpi. Anzi imparare quali sono questi dispositivi, a cosa servono e come li devi usare." (operatore sociosanitario 9)

"nessuno sapeva della vestizione e della svestizione, nessuno sapeva come comportarsi nessuno sapeva molto di questo virus. Con i dpi non si riesce a trasmettere la stessa empatia." (infermiere 12)

"Indossare ogni giorno i famosi tutoni, le visiere, doppie maschere facciali, tre paia di guanti, calzari e cuffiette (che spesso solo l'unico dettaglio che ci distingue tra i varicolleggi), sono ormai prassi" (Coordinatore)

"Il momento vestizione- svestizione di cui abbiamo sentito sempre parlarne ma mai vissuto con questa intensità." (operatore sociosanitario 17)

Poi, oltre a determinare lesioni sul volto, hanno rappresentato per gli operatori un grande "limite comunicativo", fungendo da barriera alla relazione con i pazienti.

"Con i dpi non si riesce a trasmettere la stessa empatia." (infermiere 12)

"adattarsi all'uso dei dpi da un lato ci ha permesso di sentirci protetti e sicuri, dall'altro ci ha resi indistinguibili agli occhi dei pazienti." (infermiere 14)

C'è stato un periodo in cui vi è stata carenza di DPI poiché sono stati adibiti numerosi reparti come reparti covid e non c'era abbastanza materiale per garantirlo a tutti. Era sempre più difficile prevedere il fabbisogno e fare gli ordini del magazzino che garantissero una fornitura sufficiente che coprisse più giorni.

Questa criticità è emersa nel periodo di emergenza, in particolarmente nella fase iniziale in cui si cercava di capire l'utilizzo del materiale, calcolare il fabbisogno e in cui la paura di contaminarsi portava il personale a consumare più DPI.

Viene raccontato, infatti, di come gli operatori si siano dovuti ingegnare nel proteggersi, proprio a causa di questa criticità, di come siano stati vittima di “saccheggi” da parte degli altri reparti.

"Ricordo comunque che gestire alcune situazioni come la reperibilità dei dpi quando dpi non ce ne erano, e dover decidere di mettere i sacchetti di nylon al posto dei veri dpi, è stata una cosa poco piacevole. Aprile 2020 i dpi scarseggiano o mancano, talvolta si è vittime di saccheggi da parte di altri reparti. Gli stessi presidi che l'azienda ci mette a disposizione talvolta non sono conformi alle normative ma in mancanza altro si prosegue." (infermiere responsabile di adibire l'u. o 20).

6. Impatto fisico e psicologico.

Questo tema comprende le esperienze vissute dai partecipanti allo studio, caratterizzate da una forte connotazione negativa. Possiamo immaginare una sottocategoria dove “paura, ansia, impotenza, solitudine” emergono come le preoccupazioni di quasi tutti gli operatori.

"Mi sono sentita impotente e parte di una scelta ingiusta. Il vivere tutti una situazione nuova, ignota e pericolosa ci ha portato a condividere le paure, le incertezze." (infermiere 3)

"La cosa che più mi addolora è il pensiero della solitudine in cui sia morto. Questo è quello che succede nei reparti covid, ed è la cosa che con più difficoltà riesco ad affrontare ed accettare." (infermiere 5)

"Nessuno di noi è preparato ad affrontare la morte che aleggia negli occhi di un paziente. Nessuno. eppure, quante volte in questo anno abbiamo affrontato l'inaffrontabile. Non dimenticherò mai più i suoni dei saturimetri e dei monitor collegati a persone che non

respirano. La visione della frequente e scandita della morte richiede preparazione, riflessione, condivisione." (Medico 7)

"Condividere la sofferenza dei pazienti mantenendo il sorriso sotto le doppie mascherine e le visiere, ma il panico e la paura che ci attanagliavano non dovevamo trasmetterlo a loro così increduli di quello che stavano vivendo. Abbiamo lottato senza mai dimenticare i pazienti." (operatore socio-sanitario 18)

Tra i sentimenti provati, il "timore del contagio" è stata una delle emozioni presenti in molte esperienze riportate dagli intervistati, la paura di essere vettori era una costante nella vita di ogni operatore. Questa parte della ricerca dimostra come la pandemia abbia stravolto non solo la componente lavorativa di un professionista ma anche la quotidianità.

"Il doversi confrontare con la paura di poter contagiare i miei familiari, soprattutto nel corso della prima ondata. Ho vissuto i primi mesi ossessionata dalle procedure di disinfezione. Alla fine di ogni turno covid il terrore era tanto che a casa avevo istituito un'area sporca dove lasciare vestiti, oggetti, qualsiasi cosa avessi solo il dubbio potesse essere contaminata." (medico 8)

"Quando uno dei miei colleghi si è ammalato. Una collega oss. Mi sono resa conto qual è il pericolo, e che siamo esposti tutti. Terrore? No. Attenzione aumentata, sì. Imparare come muoverti in un ambiente nuovo, strano, pericoloso, rischioso." (operatore socio-sanitario 9)

"Mi sono ammalata di covid e a poca distanza si è ammalato mio marito. E 'stato davvero difficile per la nostra famiglia, in particolare per i nostri bambini che sono piccoli. Ma ci hanno dimostrato grande forza."(medico 10).

"Senso di smarrimento, vuoto, affaticamento, rinuncia e tensione: una compagnia costante.

La maggior parte di noi torna a casa dalle proprie famiglie con la paura costante di poter essere un pericolo per loro. mai un momento per staccare la spina.

Non siamo persone che hanno potere. Siamo persone per cui nessuno ha mai trovato il tempo di spendere vere, credibili e generose parole. Siamo persone su cui non si investe. Mi sento un pò provata, stanca e invecchiata ma al momento quando metto piede in reparto, sono ancora motivata a fare il meglio che mi è possibile.” (coordinatore)

Oltre alla componente emotiva/psicologica, non è da escludere l’impatto fisico che la pandemia ha avuto sugli operatori, la stanchezza, i turni di lavoro massacranti, l’impossibilità di bere, di andare in bagno, sono stati i fattori principali dell’elevato stress che ha coinvolto gli operatori sanitari. Molti si sono contagiati, altri, invece, hanno manifestato patologie correlate allo stress fisico che gli operatori hanno sopportato.

“Il lavoro in area covid ha determinato un aumento dello stress, non solo fisico ma anche psicologico. fisico perché stiamo costantemente all'interno di sacchi di plastica in cui sudiamo e dobbiamo stare attenti a quanto beviamo perché non possiamo fare pipì, gambe gonfie perché siamo costantemente in piedi, mal di testa per le innumerevoli ore in cui indossiamo la mascherina. stress psicologico per l'aumento del carico di lavoro e l'importanza della relazione d'aiuto e dell'empatia nei confronti dei pazienti.” (infermiere

6)

"In questo clima di frenesia e di tensione, non andavo nemmeno a dormire a casa, molto spesso mi fermavo a dormire a casa di una collega.

Ricordo che una notte mi svegliai e non riuscii a prendere sonno, perché la testa comincia a macinare nuovi pensieri, nuove soluzioni e migliorie da poter apportare al reparto, ai pazienti ai colleghi. ” (infermiere responsabile di adibire l’u. o 20).

7. Rapporti interprofessionali e lavoro in team.

Il lavoro in team risulta essere presente in tutte le interviste, viene definito, dai professionisti, come la “parte bella di un periodo difficile”.

Il carico assistenziale, con l’infezione da Covid 19, è aumentato radicalmente. I pazienti si presentavano critici e instabili, il rischio di contagio tra i professionisti era molto alto e si è ritenuto necessario, non solo unire tutte le conoscenze di tutte le figure sanitarie presenti all’interno di un ospedale, ma anche garantire più personale, il tutto per un fine comune la salute e la salvaguardia del paziente e la sicurezza degli operatori. Anche, la trasformazione di un reparto di medicina di degenza ordinaria in un reparto di medicina sub-intensiva ha richiesto l’incremento delle risorse umane a volte provenienti da altre realtà lavorative con differenti esperienze professionali, oppure neoassunti senza esperienza e senza conoscenze sul sistema informatico utilizzato in reparto, costretti a formarsi sul campo.

La pandemia ha migliorato anche il rapporto tra componente medica e personale di comparto, tutte le figure hanno lavorato insieme, unendo ognuno le proprie conoscenze/esperienze attuando un vero e proprio lavoro d’equipe.

"Questa esperienza ha rafforzato in me la convinzione di quanto sia importante il lavoro di squadra nel nostro campo.

Ho visto un'apertura soprattutto da parte dei medici nei confronti di noi infermieri, che forse si sono resi conto di quanto sia fondamentale anche la nostra parte nell'assistenza al paziente. Si è creato sicuramente un legame più forte con tutti i colleghi (medici, infermieri e oss); il vivere tutti una situazione nuova, ignota e pericolosa ci ha portato a condividere le paure, le incertezze; ci ha obbligato ad imparare a gestire situazioni

cliniche per tutti nuove, a direzionare tutte le nostre forze su un fronte comune e a condividere l'amarezza delle sconfitte e le gioie delle vittorie" (infermiere 3)

"Quello che sicuramente ha aiutato un po' tutti e che è diventato un po' il punto di forza di questo periodo è stato proprio il lavoro molto più simbiotico con i colleghi e con i medici che ci ha permesso di terminare anche turni di lavoro interminabili il lavoro d'équipe si è molto intensificato durante questa emergenza sanitaria; il rapporto con i colleghi è diventato sempre più stretto perché sai che sono persone su cui puoi contare sempre e comunque". (infermiere 5)

"Questa esperienza ha senz'altro contribuito a renderci conto di quanto l'unione faccia la forza, senza la collaborazione dei miei colleghi ma in generale di tutto il personale afferente al reparto, questi mesi sarebbero stati molto più difficili." (medico 8).

"Mi ha mostrato però le potenzialità di lavorare in un gruppo affiatato dove tutti hanno messo a disposizione le loro conoscenze. Il risultato è stato lavorare in modo più sereno in un momento di grande stress di fronte ad una malattia di cui sappiamo ancora poco." (Medico 10).

"nonostante tutte queste difficoltà, rischi, ed incertezze nel giro di qualche giorno una quantità quasi commovente di specializzandi e specialisti diede la propria disponibilità ad entrare in COVID come volontario. Dai cardiologi ai Neurologi per arrivare fino ai Gastroenterologi. Tutti sono accorsi nel nostro reparto e insieme abbiamo costruito un gruppo di lavoro e fatto un fronte comune contro l'incertezza, le paure e la disorganizzazione che imperavano. Credo che il rapporto con i colleghi si sia in qualche modo rafforzato perché durante questa pandemia ciascuno di noi ha contribuito a dare la propria opinione, ha studiato, si è messo in gioco, per cercare di rimanere al passo con le migliaia di pubblicazioni sul covid." (medico 11)

"I ragazzi avevano retto al trauma di trasformarsi, forti del gruppo che sapendo che il problema di uno diveniva il problema di tutti. Si sono rafforzati i rapporti di collaborazione tra i diversi operatori di ogni grado." (coordinatore)

8. Identità e crescita professionale.

Questa maxi-emergenza ha messo alla prova tutti i professionisti sanitari. Ognuno di loro ha dovuto rivedere il suo modo di lavorare, adeguarlo alla situazione e imparare a migliorare ulteriormente anche l'aspetto relazionale, inteso come la capacità di contestualizzare ciò che sai fare agendo insieme ad altri o per gli altri.

Tutti gli operatori, oltre a descrivere come la pandemia avesse stravolto il modo di prendersi cura e di curare, narrano, anche, della trasformazione dell'unità operativa in un reparto di medicina sub-intensiva, descrivendolo come uno shock organizzativo e logistico inizialmente ma, in seguito, come questa trasformazione totale li abbia stimolati nell'imparare, nel sapere di più e nell'applicare il sapere nella pratica quotidiana, garantendo una vera e propria crescita professionale.

"Sì, senza dubbio. Per quanto riguarda la mia professione, ho imparato tanto dal punto di vista clinico e strumentale, ho cambiato il setting nel quale svolgo la mia attività e probabilmente questo cambiamento segnerà il mio futuro" (medico 4)

"Per quanto riguarda la mia professione, il covid 19 più che cambiarla, l'ha arricchita di molti aspetti, professionali e umani." (medico 11)

"posso dire che ricevetti oltre ogni mio inaspettato successo professionale. La soddisfazione con le mie uniche forze e l'aiuto del personale infermieristico di aver creato una sub intensiva. Soddisfazione che nessuno ci può togliere. La soddisfazione di

essere e restare il riferimento di tanti dirigenti medici del reparto che hanno contribuito a far crescere la nuova realtà operativa. La soddisfazione che la nostra sete di conoscenza, le nostre puntualizzazioni, il passaparola della ricerca dell'eccellenza che abbiamo perseguito sia diventata un riferimento per molte altre unità operative.

Questa esperienza nel covid ci ha dato la conferma che il sistema di assistenza, di continuità assistenziale, di programmazione era talmente consolidato e faceva parte di noi che è stato facile e veloce adattarlo a questa nuova realtà.

In questo frangente tutto il personale coinvolto ha acquisito in soli 6 mesi skills che alcuni non raggiungono in una intera vita professionale." (Direttore di dipartimento)

"Ha assunto ancora più consapevolezza l'importanza del nostro lavoro. la forza e il coraggio di saper e dover affrontare ogni sfida, ogni situazione con professionalità forza e umanità. Con il paziente, il rapporto che si instaura è un legame di fiducia assoluta." (infermiera 14)

"Questa esperienza ha rafforzato l'idea che la nostra sia una grande professione, rispettabile e da rispettare, di grande impegno." (infermiere 16)

9. Rapporto di cura e rapporto con i familiari.

Con riferimento a questo tema sono emerse esperienze legate alla presa in cura degli assistiti affetti da Covid 19. Un fattore di grande impatto per i sanitari intervistati, è stata la “solitudine dei pazienti”, descritta come causa di disperazione.

Inoltre, la “gravità della patologia” ha determinato spesso un rapido deterioramento delle condizioni degli assistiti che ha richiesto il ricorso a ventilazione non invasiva o intubazione.

"il momento più difficile è stato durante una videochiamata a casa con i parenti di un paziente molto critico. i familiari erano consapevoli delle condizioni in cui si trovava il loro caro e vedere la dolcezza e la forza che cercavano di trasmettere durante quel momento, che può apparire così distante, mi ha provato molto. È stato l'ultimo contatto tra di loro, ed entrambi lo sapevano. La visiera ha nascosto molte lacrime.

Ora, ripensare a quando lavoravamo senza tuta, ripenso a questo lungo periodo e quanto importante sia per i nostri pazienti una parola "buona" ma soprattutto degli "occhi" che sappiano accogliere la loro storia "(infermiere 2)

"Condividere la sofferenza dei pazienti mantenendo il sorriso sotto le doppie mascherine e le visiere, ma il panico e la paura che ci attanagliavano non dovevamo trasmetterlo a loro così increduli di quello che stavano vivendo. Abbiamo lottato senza mai dimenticare i pazienti." (operatore socio-sanitario 18)

Il tema della "morte" può essere immaginato come sottocategoria a grande impatto. La solitudine del momento, privato degli affetti dei cari e la necessità di gestire le salme con le necessarie precauzioni, ha determinato esperienze a forte connotazione emotiva.

"Il momento più difficile per me, come professionista sanitaria è stato affrontare la morte del paziente in condizione di isolamento dai familiari e cercare di dare loro supporto attraverso relazione d'aiuto e supporto emotivo" (medico 7).

10. Dilemmi etici.

La professione in questo periodo è stata messa a dura prova. I professionisti hanno dovuto affrontare delle scelte che hanno compromesso la loro etica

Per alcuni lo scegliere quale paziente era candidabile all'intubazione, il paziente da salvare e quindi da ritenersi "sopravvissuto" ha creato un vero e proprio shock emotivo e professionale.

"Il momento più difficile per me come professionista sanitario è stato quando abbiamo dovuto decidere chi si "meritava di più" il posto in terapia intensiva. Chi "meritava di più "di ricevere delle cure intensive. Chi "si meritava di più" la possibilità di cavarsela, di andare avanti... di sopravvivere.

Ma che cosa puoi fare quando hai tre persone che hanno bisogno di essere trasferite in rianimazione, ma hai un solo posto in terapia intensiva a disposizione? Lo hai sentito al telegiornale... ma non te ne rendi conto veramente finché non lo vivi... Cosa fai quando le persone che stanno male sono troppe e non hai le risorse per poterle aiutare tutte? Devi scegliere. Devi scegliere chi ha più possibilità di sopravvivere alle cure intensive e pesanti della rianimazione. E quindi...devi scegliere chi ha il diritto di tornare a vivere la propria vita di prima, chi ha il diritto di tornare dai propri cari.. E gli altri?"
(infermiere 3).

"si dovevano prendere decisioni quasi da scenario di guerra. Ricordo una collega anestesista essersi messa a piangere perché non aveva trovato un posto in rianimazione per una signora di oltre 80 anni. Ricordo le sue esatte parole "Il mio lavoro non può essere questo: scegliere chi salvare e chi no, a chi dare una possibilità e a chi no."

"Il costante terrore di non avere i mezzi per poter dare le cure di cui i pazienti hanno bisogno" (medico 11).

11. Riconoscimento sociale e istituzionale.

Nella cosiddetta “prima ondata”, il turbinio di informazioni che proveniva dai mass-media creava terrore nella società, questo ha portato ad un maggiore legame di fiducia instauratosi tra pazienti e professionisti, in quanto i pazienti vedevano gli operatori non solo come punti di riferimento ma anche come quelle uniche figure capaci di tutelare la loro salute senza fare obiezione su nessun tipo di decisione.

"Non ho mai sentito nessuno dei miei pazienti obiettare una decisione terapeutica intrapresa per curarli" (medico 11)

“la maggioranza dei pazienti ci ha dimostrato affetto e fiducia e ha riconosciuto maggiormente il nostro lavoro rispetto a prima.” (infermiere 12)

Allo stesso tempo la stessa riconoscenza non è avvenuta da parte delle organizzazioni; perciò, gli operatori si sono sentiti in diritto di ridimensionare la loro vita lavorativa, poco riconosciuta.

"la poca riconoscenza che abbiamo ricevuto, mi ha fatto reperire, ridimensionare il mio approccio lavorativo...se prima restavo a lavoro volentieri anche per 17 ore di fila, adesso non lo faccio più." (infermiere 20)

L'anno 2020 è stato l'anno che ha descritto i professionisti sanitari come “EROI”, come se gli operatori fossero l'unico segmento occupazionale capace di affrontare questa guerra. La società riponeva molta fiducia nel loro operato tanto da “coccolare”, come afferma un medico, il personale dei reparti. Questo tipo di riconoscenza si è rivelata come un fondamentale segno di sostegno per l'umanità.

"Durante la prima ondata della pandemia, il personale dei reparti COVID è stato “coccolato” e sostenuto dai gestori di moltissime attività commerciali nell'ambito della ristorazione. Ciò che in apparenza è stato un gesto semplice e con finalità dimostrative,

ai miei occhi è apparso come un passo importante verso la compassione e il reciproco sostegno tra uomini, a ricordare che la fratellanza può essere ancora di salvezza nelle tempeste" (medico 7).

12. Il punto di vista della direzione.

Indagando l'aspetto del rapporto con la direzione ospedaliera, precisamente intervistando il direttore delle professioni sanitarie e la coordinatrice di area medica, durante la pandemia sono emersi molti punti di vista differenti che hanno dimostrato come il "cambiamento organizzativo" durante la gestione dell'emergenza si è manifestato in ogni ambito del management, ma vissuto diversamente da ogni figura professionale.

L'aspetto più evidente, riscontrato durante le narrazioni, è stata la mancanza di comunicazione e di ascolto all'interno dell'organizzazione che ha portato, in primis la coordinatrice, e a seguire gli operatori sanitari a sentirsi un po' "abbandonati", come espresso dal coordinatore nella sua intervista. Viene raccontato di come inizialmente i coordinatori infermieristici dei reparti covid+ venissero coinvolti nelle decisioni aziendali prese durante le riunioni dell'unità di crisi a cui partecipavano, poi gradualmente si sono sentiti messi da parte, non venivano infatti più invitati a questa tipologia di incontri, erano meno informati di ciò che accadeva all'interno dell'azienda e dell'orientamento organizzativo che si intendeva adottare per gestire le varie situazioni. Nella sua intervista la coordinatrice usa il termine "spodestare" per indicare un certo grado di conflittualità e mancanza di fiducia e rapporto con la direzione. Dal punto di vista della coordinatrice emerge come la gestione della pandemia sia stata una vera e propria distruzione organizzativa.

"mi sono trovata spodestata di una realtà su cui avevo investito sangue e sudore e con me tutto il mio personale che a testa bassa mi aveva seguito sino all'ultimo.

La domenica del 15/03/2020 alle 11.40 ho ricevuto una telefonata da una delle "referenti di area" della Direzione delle Professioni Sanitarie. Mi è stato chiesto di presentarmi immediatamente al lavoro in quanto uno dei due reparti da me coordinato si sarebbe trasformato in reparto covid. Il nuovo dirigente della Dps (dirigenza professioni sanitarie) mi comunicava che il piano alle h 13 doveva essere operativo e diventare covid. Mi rifiutai di fare quanto mi stavano chiedendo. Cercai di spiegare che aprire un reparto covid senza avvisare il personale era già una situazione destabilizzante.

Dichiarai che non avevo alcuna intenzione di lasciare i miei infermieri e operatori. In quel frangente mi fu ricordato a chiare lettere che li "non c'era nulla di mio". In quel momento il dottore mi fece notare che la sua non era una richiesta ma un ordine ben preciso.

Nessuno ascoltò ... è stato il mese e mezzo più duro di tutta la mia carriera professionale. La fine di quella ondata covid decretò non solo la sconfitta del sistema ma anche il fallimento organizzativo di quella decisione.

ogni volta ti dimostrano che dalle esperienze passate non imparano nulla quando impervia una pandemia chi dovrebbe essere coinvolto nel decidere strategicamente è chi quotidianamente lavora nel "campo di battaglia" e non i burocrati che stanno dietro le scrivanie perchè molte volte le loro "scelte strategiche" sono opinabili, discutibili e la strategia assistenziale non sanno nemmeno dove sta di casa" (coordinatrice)

Il direttore delle professioni ospedaliere e la coordinatrice di area medica, nella loro narrazione, non trattano assolutamente temi come la scarsa comunicazione o la presenza

di conflitti, ma narrano di momenti di tensione correlati ai cambiamenti organizzativi che sono stati attuati, e definiti difficili da accettare.

“Durante la pandemia non ci sono stati grandi conflitti, ma alcune difficoltà e tensione da parte degli operatori. A causa dei numerosi invii dal Pronto Soccorso la Direzione Sanitaria decide di ridurre o chiudere alcune Unità Operative. Velocemente il personale che lavorava in queste UO, sevizi, ambulatori e senza alcun preavviso viene trasferito”
(coordinatore dell'area medica)

“Non ho avuto scontri con i direttori di unità operativa e coordinatori al contrario ho riscontrato molta collaborazione nel gestire questa situazione di emergenza. Non posso parlare di conflitto ma piuttosto di malessere generale dovuto all'apertura di nuovi reparti covid + e alla chiusura dei reparti di appartenenza; non posso collegarlo ai coordinatori o direttori ma piuttosto ai dipendenti, parlo di infermieri e oss che si sono trovati a ripartire in una situazione del tutto nuova e manifestavano malessere e paura perché erano in prima linea senza sapere bene a cosa andassero incontro.” (direttore delle professioni sanitarie)

Si può notare come i punti di vista dell'emergenza siano diversi, come la direzione, nelle vesti di organizzazione, ha percepito l'ansia, la paura, l'incertezza dei coordinatori, infermieri e medici e la scarsa comunicazione come momenti di tensione correlato al cambiamento e non come conflitti.

Un altro tema che emerge è quello del riconoscimento professionale. I professionisti narrano del riconoscimento professionale e istituzionale ricevuto dalla società e dai pazienti durante il percorso di cura cosa non percepita da parte della direzione.

Dati i grandi sforzi, la professionalità e lo spirito di adattamento dimostrato durante l'emergenza, i professionisti avrebbero voluto che, non solo l'organizzazione

riconoscesse l'importanza della professione, ma che questa situazione rappresentasse anche un punto di svolta per la crescita e identità professionale, attesa da anni.

Aspettative deluse dalla percezione dell'organizzazione che afferma che tutto quello che si è costruito non è altro che figlio del momento e quindi non ci sarebbe stato alcun cambiamento se non un ritorno alla normalità.

“Non stiamo facendo nulla di specifico. Tutto quello che si è costruito non è altro che figlio del momento. E il momento cos'era? Soluzioni estemporanee in una grande emergenza. Adesso che bisogna assolutamente tornare ad una normalità intesa normalità di produzione di attività.” (direttore delle professioni sanitarie).

Nonostante la pandemia abbia dimostrato la grande disponibilità, professionalità e capacità di resilienza del personale sanitario, nonostante la normativa recente richiede personale esperto all'interno delle organizzazioni e nonostante la società abbia riconosciuto il grande lavoro svolto dagli operatori durante la pandemia sembrerebbe che per l'organizzazione, invece, il duro lavoro, il sacrificare la vita sociale per la sicurezza altrui, l'aumentata empatia correlata all'isolamento fossero tutti aspetti dovuti e scontati da parte di tutti gli attori che hanno lottato in prima linea.

Concludendo, ad oggi, si può affermare che il cambiamento organizzativo, la crescita professionale e la capacità di essere flessibili si sono dimostrati un must per un'organizzazione resiliente durante la pandemia ma non rientrano tra i requisiti sufficienti per provocare quella svolta professionale che si attende da tempo e per cui i professionisti lottano.

3.5 CONCLUSIONI DELLO STUDIO

Questo studio ha esplorato il vissuto dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza diretta a pazienti affetti da Covid 19 durante la maxi-emergenza.

Come visto, uno dei temi emersi riguarda il “cambiamento organizzativo e logistico” che comprende tutta la sfera legata al contesto professionale, con riferimento all'incertezza sui comportamenti da adottare, ai cambiamenti organizzativi messi in atto per rispondere all'emergenza sanitaria, all'aumentato carico di lavoro e alle mutate relazioni professionali. Il tema del cambiamento organizzativo è emerso in più studi italiani, che hanno evidenziato come la riorganizzazione del setting lavorativo sia stato un presupposto indispensabile che ha richiesto grande flessibilità del personale nel gestire il cambiamento (Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, DassoN, Ottonello G. et al.2021).

La letteratura descrive anche l'impatto del maggiore carico di lavoro cui sono stati sottoposti gli operatori sanitari, soprattutto nella prima fase pandemica, e come ciò ha cambiato l'organizzazione del lavoro, secondo tema affrontato nella ricerca (Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al.2021). È stato necessario riorganizzare l'unità operativa raddoppiando il personale in turno, tenendo conto delle esperienze professionali degli operatori, in modo da affrontare i turni di lavoro.

Il tema della “vulnerabilità organizzativa” fa emergere come la formazione sia indispensabile per gli operatori sanitari e come sia stato difficile affrontare l'emergenza senza conoscenze e sapere. La scarsa formazione dei professionisti è stata una delle più grandi vulnerabilità organizzative.

Alla luce dei risultati emersi dallo studio sul tema dei modelli di leadership, è necessario che le organizzazioni sanitarie e i leader infermieristici intesi come coordinatore

infermieristico e coordinatore dell'area medica - in collaborazione con la direzione, ridefiniscano e rafforzino le strutture organizzative in modo da poter affrontare tutte quelle situazioni di emergenza che possono sorgere in futuro. In particolare, potrebbe risultare interessante individuare le aree dedicate alla gestione dei pazienti in caso di emergenza; individuare le figure professionali idonee in base alle loro competenze acquisite precedentemente; garantire una comunicazione e magari garantire una buona connessione tra l'ospedale e il territorio in modo da non sovraccaricare le unità operative. Il tema dei "DPI" è stato molto dibattuto nel contesto internazionale. Questo studio ha evidenziato la presenza di disagio da parte degli Infermieri nell'indossare le protezioni e presenza di un limite comunicativo, sia nei confronti dei pazienti, sia dei colleghi. Studi analoghi hanno evidenziato che indossare i DPI per i sanitari è sgradevole e difficoltoso e determina restrizioni nella mobilità, nell'alimentazione e nella comunicazione (Bellanti F, Lo Buglio A, Capuano E, Dobrakowski M, Kasperczyk A, Kasperczyk S, et al., 2021). È emerso, anche, come ci siano stati dei veri e propri saccheggi nei vari reparti per recuperare i DPI che scarseggiavano nell'intera azienda e della paura che i sanitari provavano nel contrarre il virus.

Il tema "impatto fisico e psicologico" ha delineato la presenza di forti emozioni a connotazione negativa legate all'emergenza sanitaria, quali paura e ansia per il rischio percepito connesso all'esperienza pandemica, timore del contagio, aumento dello stress. Sentimenti di paura sono stati evidenziati anche in studi precedenti riguardo la reazione dei sanitari esposti a malattie infettive respiratorie acute (International journal of evidence-based healthcare 2011).

Anche il timore del contagio, descritto da quasi tutti i soggetti del campione, è un'esperienza ampiamente riportata in letteratura, che determina un senso di timore e vulnerabilità (International journal of environmental research and public health, 2021).

Oltre alla componente emotiva/psicologica, non è da escludere l'impatto fisico che la maxi-emergenza ha scatenato; la stanchezza, l'insonnia e patologie correlate ai dpi sono state alcune delle conseguenze manifestatesi.

Durante le prime fasi pandemiche, c'è stato un significativo incremento di personale che è dovuto migrare in nuove aree; questo ha garantito il miglioramento non solo dei rapporti interprofessionali tra professionisti della stessa categoria ma, ha portato, anche un miglioramento del rapporto tra il comparto e la componente medica garantendo un efficace lavoro in team.

Può essere utile per la direzione mappare una serie di competenze chiave relative al Covid 19 attraverso le esperienze richieste e acquisite dai professionisti nella gestione della pandemia. Questo lavoro si potrebbe basare sull'individuazione di alcune delle core competence utilizzate in passato per gestire le emergenze (Ripoll Gallardo et al., 2015). L'emergenza Covid 19 ci ha anche ricordato l'importanza di disporre di meccanismi forti per comunicare rapidamente i cambiamenti e così da pianificare i meccanismi di risposta ai disastri (Squires et al., 2017).

Le testimonianze raccolte nello studio hanno anche rivelato un forte spirito di adattamento e resilienza da parte degli operatori sanitari alle sfide che hanno dovuto affrontare. Questo deve essere considerato un punto di forza per i professionisti coinvolti. Il tema "dell'identità e crescita professionale" ha evidenziato una sorta di stabilità all'interno dell'evento pandemico. Il lavoro in team, la trasformazione dell'unità operativa in una medicina semi-intensiva e la formazione sul campo sono stati degli input

chiave per gestire l'emergenza. Infatti, il superamento della crisi iniziale può essere attribuito ad una crescita personale e professionale. L'acquisizione di competenze, la presenza di percorsi codificati e un'identità professionale più forte hanno determinato lo sviluppo di strategie di coping.

Il tema del "rapporto con i pazienti" rappresenta la presa in cura degli assistiti contagiati. Gli intervistati hanno evidenziato l'impatto psicologico derivato dalla percezione della solitudine dei pazienti, dalla gravità della patologia e dalla morte. L'isolamento dei pazienti dai familiari, in condizioni di deterioramento repentino fino alla morte è vissuto come fonte di stress. L'ansia per la morte è un concetto multidimensionale che coinvolge aspetti cognitivi, emotivi ed esperienziali della persona per cui i sanitari possono avvertire sentimenti di impotenza e inadeguatezza.

Data l'instabilità della situazione, è importante garantire una protezione del personale, sia dal punto di vista fisico che psicologico, attraverso vari interventi tecnici un'adeguata formazione e supporto psicologico. L'importanza di fornire un supporto psicologico non può essere sottovalutata, sia per la salute mentale del personale che per ridurre il logoramento correlato al periodo di stress, soprattutto se vi è la giusta forza lavoro.

Le scelte prese durante la maxi-emergenza, individuate con il tema "dilemmi etici", si sono dimostrate molto dure da metabolizzare, i dilemmi che sono emersi dalla ricerca mostrano come ci sia stato un vero e proprio shock emotivo e professionale. Allo stesso tempo però, i professionisti raccontano di come ci sia stato un riconoscimento sociale del proprio lavoro, da parte dei pazienti durante la pandemia.

Dalle narrazioni emerge anche il punto di vista della direzione che ha gestito l'emergenza, di come quest'ultima abbia vissuto la pandemia.

Emerge un quadro differente rispetto a quello degli operatori. Un vissuto organizzativo caratterizzato da momenti di tensione nel gestire il personale, tensione causata dai cambiamenti che l'organizzazione stava apportando ma senza esplicito riferimento a quella conflittualità emersa dai racconti dei sanitari. Emerge un ritorno alla normalità organizzativa senza riconoscimenti per i professionisti che hanno affrontato questa maxi-emergenza.

I temi emersi forniscono importanti informazioni sull'impatto emotivo e lavorativo che la pandemia ha avuto sui professionisti.

È importante per l'organizzazione comprendere l'esperienza degli operatori di prima linea per mettere in atto strategie efficaci, in modo da saper gestire un'eventuale nuova emergenza sanitaria.

CONCLUSIONI

La gestione dell'emergenza pandemica ha portato alla luce l'importanza di poter contare su organizzazioni flessibili e resilienti.

Questa tesi di ricerca nasce dalla volontà di analizzare come la narrazione possa essere una fonte preziosa di conoscenza e intervento sulle organizzazioni, oltre ad essere un elemento importante per riflettere su ciò che è accaduto e trarne insegnamento per evitare un ritorno a ciò che si viveva prima della pandemia da Covid 19. Oltre a descrivere i vissuti e le emozioni dei professionisti, le narrazioni delineano i processi di sense-making organizzativo, favoriscono l'apprendimento, il cambiamento e lo sviluppo organizzativo (Poggio, 2004), tutti elementi che risultano fondamentali e centrali nell'ottica di una resilienza organizzativa.

Il lavoro empirico ha voluto dare voce ai vissuti degli operatori in servizio all'interno di un reparto di medicina interna trasformato, durante la pandemia, in un reparto di terapia semintensiva Covid.

La scelta di dare voce al personale sanitario è motivata dal fatto che risulta utile ascoltare quanti erano impegnati in prima linea, per capire come si sia affrontata l'emergenza dal punto di vista sanitario e organizzativo.

Dalle narrazioni degli operatori sono emersi alcuni nodi critici come: i contrasti con i vertici organizzativi generati dalla mancanza di comunicazione, un mancato riconoscimento istituzionale e professionale, turni di lavoro massacranti, scarsa formazione sull'utilizzo DPI e un forte impatto emotivo che la pandemia ha avuto sulla vita personale e lavorativa dei professionisti. Al tempo stesso, però, quasi paradossalmente, la situazione emergenziale ha contribuito a migliorare alcune dinamiche all'interno del reparto.

Infatti, nonostante i dissapori per la conversione a terapia semintensiva, in quanto le terapie intensive erano al collasso, allo stravolgimento logistico e organizzativo si sono creati dei rapporti solidi e di parità tra componente medica e infermieristica. Durante la gestione dell'emergenza pandemica gli infermieri si sono sentiti più apprezzati dai medici strutturati, rapporti che sono migliorati rispetto al passato dove si notava un netto distacco tra componente medica e comparto.

I sanitari raccontano come il lavoro in team sia stato uno dei fattori che ha contribuito alla crescita professionale, nonostante la scarsa formazione in materia e nonostante il carico di lavoro percepito come ingestibile.

Come già detto, nonostante il clima teso e incerto, gli operatori hanno creato molti rapporti positivi e sono riusciti a lavorare in sintonia. Questa è stata una vittoria da riconoscere al Direttore di Dipartimento, alla Coordinatrice e soprattutto ad ogni singola figura che ha desiderato e ha contribuito con la propria disponibilità e la propria esperienza a far funzionare al meglio la vita lavorativa e l'attività all'interno del reparto, sia per il bene dei pazienti che dei colleghi.

Un altro aspetto importante da evidenziare è stato il mancato riconoscimento da parte dell'azienda ospedaliera nei confronti di quanto fatto dai suoi dipendenti. A livello economico non vi è stato alcun riconoscimento per gran parte degli operatori sanitari. In realtà nessun operatore si aspettava un riconoscimento economico, ma riconoscimenti di altro tipo indubbiamente sì o, per lo meno, non un atteggiamento di "contrasto" come, ad esempio, la dichiarazione del Direttore delle Professioni Sanitarie che afferma ad un ritorno alla normalità senza cambiamenti di nessun tipo perché definisce il cambiamento organizzativo avvenuto come una soluzione temporanea correlata alla situazione emergenziale.

Questo tipo di rapporto contribuisce ad appesantire il clima all'interno dell'azienda e ad aumentare il dissapore del personale nei confronti dei vertici aziendali.

Parlando di riconoscimenti non sono mancati quelli da parte dell'opinione pubblica che attribuiva il termine eroi ai sanitari impegnati all'interno dei reparti o i riconoscimenti da parte dei pazienti con cui gli operatori hanno instaurato un rapporto di fiducia solido.

La società attribuiva il nominativo "eroi" a tutti i professionisti attivi in prima linea. Un termine significativo che va a racchiudere tutta la sofferenza dei professionisti e la sensazione che nel tempo molte aspettative sono state deluse. Quasi una previsione, perché la figura dell'eroe nasconde in sé sempre una realtà alterata, distorta, edulcorata nella migliore delle ipotesi, o falsa e meschina il più delle volte. I sanitari hanno sperato in un cambiamento che invece sembra infrangersi contro un senso di delusione che mostra un ritorno ad una certa normalità che, però, non sarà più quella di prima.

Quello che si è appreso in questo periodo e, che è costato un alto prezzo in vite umane, dovrà essere investito in un impegno che si prolunghi nel tempo per avere una società migliore, per evitare che i torti vengano cancellati, per ricordare che una pandemia risponde non solo agli agenti infettanti, ma anche a chi l'affronta. Il tempo degli eroi è passato ed è giusto garantire gli adeguati riconoscimenti nel solo ed unico modo possibile: costruire le condizioni che non permettano più lo sfacelo che è stato.

Le narrazioni permettono all'organizzazione di riflettere in modo critico sugli avvenimenti, definendo i punti di forza e di debolezza che la caratterizzano, in modo che l'organizzazione possa attuare trattamenti tempestivi nelle situazioni di emergenza.

L'interdipendenza è sempre più elevata fra ambienti di vita e di lavoro. La pandemia con i suoi caratteri emergenziali pone come prioritaria la promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro. Sono proprio gli ambienti di lavoro che necessitano di un radicale

intervento, da parte dell'organizzazione, per la garanzia della salute dei lavoratori, per ambienti sani e che producano benessere. Durante la pandemia, precisamente nel 2020, i medici contagiati sono stati 6.205 mentre 29.282 sono gli infermieri contagiati, in questo periodo non tutti i reparti convertiti in reparto covid disponevano di camere di degenza a pressione negativa e non si avevano le giuste informazioni sui DPI più idonei a prevenire il contagio. La tutela della salute sul luogo di lavoro è fondamentale ed è necessario prima di gestire qualsiasi situazione emergenziale che il luogo di lavoro sia predisposto ad affrontare quella determinata situazione senza mettere a rischio la vita dei dipendenti. L'impatto emotivo che questa pandemia ha avuto sui professionisti non è stato indifferente, la tensione, l'ansia e la paura erano le emozioni onnipresenti nelle vite dei professionisti, sarebbe utile garantire un supporto psicologico in queste situazioni in modo che i sanitari si sentano tutelati e vivano, nonostante il momento, l'ambiente lavorativo con benessere.

Ancora una volta bisogna potenziare le risorse di professionisti dedicati ma si tratta anche di introdurre metodologie, pratiche di coinvolgimento e formazione fondamentali per i sanitari.

L'organizzazione, in questo caso, ha retto perché i suoi professionisti si sono mostrati flessibili e resilienti, ma è urgente un ripensamento organizzativo profondo, alla luce di un nuovo paradigma in cui ci sia oltre che la tutela del cittadino anche quella del professionista.

Le narrazioni possono essere considerate, uno strumento utile per le organizzazioni per comprendere nell'immediato su cosa si può intervenire non solo evitando contrasti e conflitti ma anche cercando di gestirli nel modo migliore tenendo conto delle esperienze passate, grazie alla conoscenza dei punti di forza e delle criticità.

Le narrazioni sono fondamentali anche per i professionisti sanitari in quanto permettono di riflettere sulla propria identità professionale. Durante la pandemia gli operatori si sono mostrati flessibili, autonomi, efficienti; tutte caratteristiche fondamentali per la costruzione di un'identità professionale moderna basata sull'individualità.

Concludendo, le narrazioni trasmettono i valori condivisi dai membri dell'organizzazione, generano appartenenza e coinvolgimento, prescrivono il modo giusto di agire, delineano le conseguenze per chi si adegua e per chi trasgredisce: forniscono dunque delle informazioni cruciali utili per affrontare le difficoltà e per affrontare la vita organizzativa.

BIBLIOGRAFIA

- Alastra V., *Ambienti Narrativi, territori di cura e formazione*, Editore Franco Angeli, Milano, 2016.
- Alastra V., *Umanesimo della cura creatività e sentieri per il futuro*, Editore Pensa MultiMedia, Lecce, 2020.
- Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E. *Il sistema sanitario italiano e la sfida covid-19*. Lancet Sanità Pubblica. 2020.
- Argentero, P. e Cortese, G. C. *Psicologia delle organizzazioni*. Raffaello Cortino Editore, Milano, 2020.
- Barreto et al. *The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis*, Critical Care, 2019.
- Bellanti F, Lo Buglio A, Capuano E, Dobrakowski M, Kasperczyk A, Kasperczyk S, et al. *Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy*. International journal of environmental research and public health, 2021.
- Bruner J., *The Narrative Costruction of reality*, Edizioni Laterza, Bari, 1991.
- Bruner J., *La mente a più dimensioni*, Edizioni Laterza, Bari, 2005.
- Bruner, J., *La costruzione narrativa della realtà*. Edizioni Laterza, Bari, 1999.
- Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, Dasso N, Ottonello G. et al., *Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study*, Journal of Nursing Management, 2021.
- Costa, G., Gubitta, P. *Organizzazione aziendale. Mercati, gerarchie e convenzioni*, McGraw-Hill, Milano, 2008.
- Czarniawska, B., *A Narrative approach to organization studies*, Sage, Londra, 1997.

- Czarniawska, B., *La narrazione nelle scienze sociali*. Editoriale scientifica, paese, 2004.
- Czarniawska, B., *Narrare l'organizzazione. La costruzione dell'identità istituzionale*. Einaudi, 2000.
- Duncan, LD., *Cosa ci dice la pandemia di COVID-19 sulla necessità di sviluppare la resilienza nella forza lavoro infermieristica*. Gestione infermieristica, 2020.
- EftekharArdebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. *Healthcare providers experience of workIng during the COVID-19 pandemic: A qualitative study*, American journal of infection control, 2021.
- Gherardi, S, *Il genere e le organizzazioni*. Cortina, Milano, 1998.
- Gherardi S., Murgia A., *Narrazioni, lavoro e organizzazioni*, Home M@GM@ » Vol.10 n.1 2012.
- Gill, R., “*Why the PR strategy of storytelling improves employee engagement and adds value to CSR: An integrated literature review*”. Public Relations Review, 2015.
- Koh Y, Hegney DG, Drury V. *Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases*. International journal of evidence-based healthcare 2011.
- Kotter, J.P., *I leader. Chi sono e come lavorano gli uomini che sanno cambiare le aziende*, Il Sole 24ore, Milano, 1999.
- Neri, S: *Has healthcare rationalisation been rationale? Hospital beds and Covid-19 in Italy*, Salute e Società, XX, suppl. 2/2021.
- Paterlini M. *In prima linea sul coronavirus: la risposta italiana al COVID-19*. BMJ. 2020.
- Pinardi, D., *Narrare. Dall'Odissea al Mondo Ikea*.Book Time, Milano, 2016.
- Poggio B., *Mi racconti una storia?* Carocci editore, Roma, 2004.

Ripoll Gallardo, A., Djalali, A., Foletti, M., Ragazzoni, L., Della Corte, F., Lupescu, O., Arculeo, C., von Arnim, G., Friedl, T., Ashkenazi, M., Fisher, P., Hreckovski, B., Khorram-Manesh, A., Komadina, R., Lechner, K., Stal, M., Patru, C., Burkle, FM e Ingrassia, PL , *Competenze chiave nella gestione dei disastri e nell'assistenza umanitaria: una revisione sistematica. Medicina di emergenza e preparazione alla salute pubblica*, Cambridge University Press, 2015.

Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al., *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*. JAMA Netw Open 2020;

Salmon,C., *Storytelling - La fabbrica delle storie*. Fazi Editore, Roma, 2008.

Squires, A., Jylhä, V., Jun, J., Ensio, A. e Kinnunen, J., *Una panoramica della ricerca sulla pianificazione della forza lavoro infermieristica e sulla previsione*. Rivista della gestione infermieristica, 2017.

Striano, M., *La narrazione come dispositivo conoscitivo ed ermeneutico*. M@gm,@ vol.3, n.3 (Luglio-Settembre 2005).

Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients, American journal of infection control 2020.

Tosi, H.L., Pilati, M., *Comportamento Organizzativo*, Egea, Milano, 2008.

Vakyl K. *Obama si è preparato per una potenziale pandemia. Trump ha sventrato il suo lavoro*. Corriere. 2020.

Vicarelli G., Giarelli G., *Il Libro Bianco. Il servizio sanitario Nazionale e la pandemia da Covid 19*. FrancoAngeli, Milano, 2021.

Vicarelli G., Sanità: *percorsi difficili di riforma*, Pavolini E., *Lo stato sociale italiano in una prospettiva europea*, Policy Press, Bristol, 2015.

Weick K., *The Social Psychology of Organizing*, Random House, New York, 1969: traduzione italiana, *La psicologia sociale dei processi organizzativi*, ISEDI, Torino, 1993.

Weick K., *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, Thousands Oaks, CA, 1995.

Witten, M., *Narrative and the culture of obedience at the workplace*, Sage, Londra, 1993.

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. e Yang, N., *Gli effetti del supporto sociale sulla qualità del sonno del personale medico che cura i pazienti con malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) a gennaio e febbraio 2020 in Cina*. Giornale medico internazionale di ricerca sperimentale e clinica, 2020.

SITOGRAFIA

www.nurse24.it

www.fnopi.it

www.aniarti.it

www.siaarti.it

<https://www.iss.it/coronavirus>

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-sremarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>

www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

www.salute.gov.it

www.inail.it

www.agenas.it

www.istat.it

<http://www.curitalia.it>

<https://www.gazzettaufficiale.it>