



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Ansia Covid-19 correlata in Fase 2:
studio cross-sectional per
indagare il fenomeno
“coronafobia” tra gli studenti di
Infermieristica**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Serena Frassini

Tesi di Laurea di:
Alessandro Silvestri

Correlatore: Chiar.ma
**Dott.ssa Donatella
Giovannini**

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
2. CAPITOLO 1.....	3
2.1. La scoperta del nuovo virus e l’inizio della pandemia.....	3
2.2. La diffusione del virus in Italia	4
2.3. Sintomi e diagnosi	4
2.4. Trattamento, trasmissione e prevenzione	6
2.5. Coronafobia, una patologia emergente	8
2.6. Situazione tra gli studenti di infermieristica.....	11
3. CAPITOLO 2.....	13
3.1. Obiettivo	13
3.2. Materiali e metodi	13
3.3. Risultati	17
3.4. Discussione	27
3.5. Conclusioni	34
4. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	36
5. ALLEGATI.....	39

1. INTRODUZIONE

La pandemia di Covid-19 che alla fine dell'anno 2019 ha investito la popolazione cinese di Wuhan, e che all'inizio dell'anno 2020 è dilagata nel resto del mondo, compresa l'Italia, è stata la causa di innumerevoli disagi sotto multipli aspetti.

Uno tra tutti è stato lo sviluppo di condizioni di alterazione psichica scaturite durante il periodo del lockdown. Per arginare la rapida diffusione del nuovo e temuto virus in Italia, la strategia politica scelta è stata la suddivisione in 3 Fasi. Con la Fase 1, che va dal 9 marzo al 3 maggio, si è avuta la completa serrata della nazione, oltre che la chiusura delle singole regioni, l'isolamento completo di tutti i comuni, aldilà della segregazione di tutti i cittadini che sono stati confinati all'interno del proprio domicilio.

Durante questa fase l'isolamento, l'aumento dei livelli di disoccupazione, il fatto di trovarsi in un periodo di emergenza sanitaria, l'incapacità di poter discernere le notizie sensate da quelle originate dalla mente di qualche esaltato e il numero sempre in aumento dei decessi, hanno portato una buona parte della popolazione a sviluppare pensieri e atteggiamenti in certi casi eccessivi nei confronti del nuovo e sconosciuto virus che ha, nel giro di breve tempo, invaso il mondo.

Con il termine "Coronafobia", neologismo coniato da Asmundson e Taylor (2020) e letteralmente, fobia del Coronavirus, vengono identificati gli effetti psicologici legati alla diffusione del contagio: quelli che predispongono alla "Coronafobia" sono quelli che impattano a livello ansioso e fobico.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 4 Maggio 2020 ha avuto inizio la tanto attesa Fase 2, con la quale, sebbene le ancora numerose restrizioni, i cittadini italiani hanno acquisito maggiori libertà. Nonostante ciò, la paura e l'ansia dovute al virus, hanno lasciato un segno indelebile nelle menti di cittadini che si sono visti portare via i propri cari malati senza poterli mai più rivedere, ma anche in quelle di tutti gli operatori sanitari e medici che dentro le mura degli ospedali hanno combattuto contro "il nemico invisibile", e hanno visto questo nuovo e spietato avversario portare via con sé un numero esorbitante di persone nel giro di così poco tempo. L'impatto che ha avuto la pandemia di Covid-19 sullo stato di stress e sulla salute mentale di medici ed infermieri è stato devastante. Un discorso simile può essere fatto per quanto riguarda l'emotività degli studenti di infermieristica: è noto che il senso di ansia sia largamente diffuso tra gli studenti a causa della pressione per il rendimento scolastico, per i piani

futuri degli allievi e per altri vari fattori (Beiter et al., 2015); ancor di più vi è un'associazione tra ansia e studenti che seguono un corso di formazione in infermieristica, i quali sono sottoposti a lezioni con programmi sostanziosi e a tirocini in ambiente clinico che aumentano la possibilità di sperimentare questo stato emotivo (Chernomas e Shapiro, 2013).

In questo periodo soggetto al flagello del virus Sars-Cov-2, il grado di benessere e l'ansia degli studenti di infermieristica è ulteriormente minato da una situazione di criticità dovuta alla pandemia, ed è obiettivo di questo studio effettuare una valutazione del livello di "Coronafobia" tra i discenti del corso di formazione in Infermieristica, appartenenti al terzo anno (prossimi alla laurea e ad essere immessi nel mondo del lavoro), per misurare il livello di ansia e preoccupazione manifestato dagli studenti in Fase 2, e rilevare eventuali effetti psicologici residui della Fase 1.

Essendo la pandemia di Covid-19 un evento recente, non vi sono studi affini in letteratura in lingua italiana.

2. CAPITOLO 1

2.1. La scoperta del nuovo virus e l'inizio della pandemia

Il 31 Dicembre 2019, le autorità sanitarie della città di Wuhan, capoluogo della provincia di Hubei, in Cina, hanno notificato la presenza di un focolaio di polmoniti ad eziologia ignota. Attraverso un incrocio delle informazioni ottenute dai pazienti si è giunti alla probabile conclusione che l'origine di questo focolaio potesse essere il "Wuhan's South China Seafood City Market". Sospettando una patologia infettiva derivante da un processo di zoonosi vennero effettuate indagini microbiologiche che il 9 Gennaio 2020 portarono alla scoperta di un nuovo Coronavirus, identificato temporaneamente come 2019-nCoV.

È stata confermata la trasmissione interumana e la correlazione tra questo nuovo virus e il focolaio di polmoniti.

L'11 Febbraio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) annuncia definitivamente che la malattia respiratoria derivante dal 2019-nCoV è stata chiamata Covid-19 (COronavirus DIsease 2019).

Il Gruppo di Studio sui Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (International Committee on Taxonomy of Viruses) in seguito ad indagini, ha associato il 2019-nCov al coronavirus responsabile della sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronaviruses) in quanto questi sono geneticamente correlati. Per questo, il CSG ha definitivamente classificato il 2019-nCoV con il nome di SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (Alexander E. Gorbalenya et al., 2020).

Il 30 Gennaio 2020 la diffusione del virus Sars-Cov-2 era già considerata come emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale ovvero "un evento straordinario che può costituire una minaccia sanitaria per altri Stati membri attraverso la diffusione di una malattia e richiedere una risposta coordinata a livello internazionale" (OMS, 30 Marzo 2020), e l'11 Marzo 2020, il Direttore Generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, in seguito ad una valutazione della gravità della situazione e della diffusione del contagio, tenuto conto dei 118.000 casi in 114 differenti paesi, e con un numero di decessi pari a 4.291, ha dichiarato che, quella di Covid-19 poteva essere ritenuta una pandemia (OMS, 11 Marzo 2020).

2.2. La diffusione del virus in Italia

In Italia il 30 Gennaio 2020 sono stati confermati i primi due casi di Covid-19: due turisti Cinesi sono risultati positivi. Il 16 febbraio è stato identificato il primo focolaio in Italia: è insorto a Codogno, in Lombardia, con un numero iniziale di 16 casi confermati che, già il giorno seguente erano divenuti 60. Di lì a poco hanno iniziato a presentarsi i primi decessi.

Da qui il virus ha avuto una diffusione senza precedenti ed è stato necessario, a livello centrale, prendere in mano la situazione ed attuare misure di contenimento del contagio. L'Italia è stata il primo paese europeo a sospendere i voli da e per la Cina (Gazzetta Ufficiale, 1 Febbraio 2020) e, in seguito alla scoperta del focolaio di Codogno, si è disposta la quarantena di 11 comuni del nord Italia, per passare ad una politica sempre più restrittiva, fino alla completa chiusura della Nazione. Questo evento segna l'inizio della cosiddetta Fase 1, primo passo di un percorso costituito da tre fasi e messo in opera per rallentare la diffusione del contagio che già stava mettendo in crisi la sanità.

Con il DPCM del 16 Maggio 2020 viene annunciato all'Italia l'inizio della Fase 2 nella quale, dopo un rallentamento della curva pandemica, sono riprese attività commerciali e sono state allentate le restrizioni, come lo spostamento inter-regionale e l'isolamento sociale.

Nonostante le misure restrittive adottate in Fase 1 e la loro prosecuzione, anche se in misura moderata, in Fase 2, alla data del 9 Ottobre 2020 sono stati registrati 70 110 casi positivi con 129 471 tamponi. È stata raggiunta una totalità di almeno 343 770 persone che in Italia, dall'inizio della pandemia e fino alla data del 9 Ottobre 2020, hanno contratto il virus. Tra questi, 237 549 persone dimesse e guarite e 36 111 persone decedute, e sono stati effettuati 12 326 971 tamponi per il virus, rendendo l'Italia il diciottesimo paese al mondo per numero di casi totali e il sesto per numero di decessi.

2.3. Sintomi e diagnosi

Il Sars-Cov-2, così come altri virus appartenenti alla propria famiglia, ovvero quella dei Coronavirus umani, si localizza in genere a livello del tratto respiratorio superiore ma anche a livello di quello inferiore. In relazione alle sedi interessate dall'infezione si ha

una diversa sintomatologia: se ad essere colpite sono le alte vie aeree le manifestazioni principali sono rinorrea, cefalea, faringiti, laringiti, tosse, febbre e dispnea.

Nel momento in cui invece il virione colonizza le strutture delle basse vie aeree possono manifestarsi sintomatologie anche gravi come quadri clinici di polmoniti e sindromi respiratorie acute gravi. Ad ogni modo, oltre la sintomatologia manifestata relativamente alle strutture interessate, è solita la presenza di sintomi generalizzati quali febbre, malessere generale, letargia e dolori muscolari. È meno frequente la presenza di segni e sintomi gastrointestinali quali nausea, vomito e diarrea.

Nel momento in cui la patologia sfocia in una forma importante dal punto di vista clinico possono instaurarsi anche un quadro di insufficienza renale e altre complicanze come la trombosi venosa profonda, la quale è stata correlata all'infezione da Coronavirus (Enrico M. Marone, Luigi F. Rinaldi, 2020). In casi estremi, ma non rari (da come è stato dimostrato nella prima ondata e da come viene mostrato tutt'ora), la patologia può evolvere in exitus. (Dipartimento di malattie infettive, Istituto superiore di sanità, 2020, Jin et al., 2020).

Da quanto è stato possibile constatare, come per altre patologie di natura infettiva, anche quella provocata dal Sars-Cov-2 manifesta diversa patogenicità in relazione all'ospite e alla struttura che invade: nel momento in cui sono interessate solamente le prime vie aeree la sintomatologia è spesso quella lieve o moderata e di breve durata, mentre in caso di interessamento di bronchi e polmoni, le manifestazioni risultano più importanti. Va inoltre definito che la patogenicità varia a seconda dell'ospite: la probabilità di avere complicanze gravi in pazienti che godono di buona salute risulta essere bassa; al contrario, le condizioni critiche s'instaurano più facilmente in pazienti fragili che presentano comorbidità (pazienti pediatrici, oncologici, geriatrici con pregressa patologia cardiovascolare/respiratoria).

Trattandosi di una patologia che non manifesta segni e sintomi patognomonici, è importante, in assenza di sintomi, utilizzare i dispositivi di protezione individuale (DPI) consigliati (per evitare di diffondere il virus in caso di soggetto asintomatico), mentre in presenza di sintomi anche lievi è fondamentale evitare contatti sociali, e richiedere un parere medico che, se necessario, disporrà una prescrizione per diagnosticare l'eventuale patologia.

Ad oggi, per la diagnosi di Covid-19 si utilizzano tre principali metodi di indagine:

- Test molecolare, effettuato tramite tampone nasale o faringeo, ma anche su saliva, richiede da alcuni giorni a più di una settimana per l'esecuzione ed è un test molto accurato, che in genere non necessita di essere ripetuto. Permette di diagnosticare la presenza attiva di infezione da coronavirus, ma non permette di sapere se in passato si è mai entrati in contatto con questo;
- Test antigenico, conosciuto anche come test antigenico rapido, viene effettuato tramite tampone nasale o faringeo e mostra i risultati entro un'ora. Ha una sensibilità elevata per la quale i risultati positivi sono molto accurati, mentre al contrario, la specificità di questo test diagnostico è piuttosto bassa e i risultati negativi potrebbero avere la necessità di una conferma attraverso PCR (Test molecolare). Permette di definire l'infezione attiva da coronavirus;
- Test anticorpale, definito anche test sierologico si basa su un prelievo di sangue capillare o venoso. Impiega alcuni giorni per fornire la risposta e a volte risulta necessario un secondo test anticorpale per avere risultati più accurati. Permette di fare diagnosi di una pregressa infezione da coronavirus, ma non determina un'infezione attiva da coronavirus al momento del test.

2.4. Trattamento, trasmissione e prevenzione

La COVID-19 è una patologia di tipo infettivo che si manifesta nel momento in cui il paziente viene contagiato dal virus Sars-Cov-2.

Come nelle infezioni di tipo virale, anche quella determinata dal Sars-Cov-2 è una patologia che ad ora non ha un rimedio curativo, né preventivo (vaccino): l'unico trattamento che può essere effettuato nei pazienti contagiati dal virus consiste nella terapia di supporto, attraverso la somministrazione di farmaci volti al trattamento e/o alla riduzione, per quanto possibile, della sintomatologia e al mantenimento di condizioni stabili (ove possibile). In genere si effettuano terapie volte a garantire l'equilibrio idro-elettrolitico, terapia con antinfiammatori steroidei per ridurre il processo infiammatorio che, in casi gravi, è il motivo principale delle complicanze (tempesta di citochine), e supporti ventilatori (utilizzo di device per la somministrazione dell'ossigenoterapia che vanno dalle semplici cannule nasali, alla ventilazione assistita, sia tramite ventilazione

non invasiva, che in modalità invasiva). Sono state inoltre tentate durante sperimentazioni, anche la somministrazione di numerosi farmaci antivirali, immunoglobuline e acido ascorbico (Jin et al., 2020).

Nonostante non siano stati trovati medicinali curativi, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) fornisce informazioni su farmaci che, al di fuori delle sperimentazioni cliniche e che sono utilizzati per altre indicazioni, sulla base di evidenze scientifiche potrebbero essere utili nel trattamento del Covid-19.

Il presupposto per avere la malattia è che ci siano tre fattori necessari affinché si presenti la “catena dell’infezione”: l’agente, la trasmissione e l’ospite.

Per quel che riguarda l’agente infettivo, trattandosi di un virus che, secondo studi effettuati è risultato probabilmente da un processo di zoonosi (Alexander E. Gorbalenya et al., 2020), all’inizio della pandemia era ancora completamente sconosciuto e il fatto di non avere alcuna informazione riguardo alla modalità di trasmissione, il serbatoio, le principali sedi corporee colpite, ma anche virulenza, contagiosità e patogenicità, hanno comportato un incremento impressionante dei contagi.

Ad oggi, dopo numerosi studi e ricerche sul microorganismo responsabile di questa patologia sappiamo che, il serbatoio in cui si localizza il virus sono le vie aeree, sia superiori che inferiori. Come conseguenza di questo, è facile intuire che la modalità di trasmissione dell’agente avviene principalmente mediante droplet e, in certi casi, anche per aerosol attraverso la vaporizzazione di liquidi in cui sono dispersi i virioni. È strettamente fondamentale per cui, per evitare la trasmissione di questo, utilizzare DPI per prevenire sia la diffusione, che il contagio: per evitare di diffondere il virus è consigliato utilizzare mascherine chirurgiche che evitano lo spandimento di droplet su superfici che poi verrebbero contaminate; per evitare il contagio (soprattutto in ambito ospedaliero) è invece opportuno l’utilizzo di facciali filtranti di tipo FFP2 ed FFP3 che abbattano notevolmente il rischio di contrarre il virus anche in caso di contatto ravvicinato con paziente infetto (è opportuno proteggere anche le mucose oculari attraverso l’utilizzo di visiere o caschi). Queste misure, tuttavia, possono non risultare sufficienti per evitare di essere contagiati: è fondamentale infatti porre particolare attenzione a non toccarsi il viso nel momento in cui non è stata eseguita una corretta igiene delle mani: la trasmissione

infatti avviene, oltre che attraverso i droplet e per contatto diretto con il paziente, anche attraverso contatto indiretto tra le mani contaminate e le mucose.

Riguardo il nuovo SARS-CoV-2, il principale meccanismo di trasmissione è il contatto con i casi sintomatici (persone infette che hanno manifestato i sintomi). Vi è inoltre una possibile trasmissione del virus anche tra persone infette ma ancora asintomatiche. In base alle informazioni conosciute riguardo gli altri coronavirus si sa che l'infezione asintomatica potrebbe essere rara, e che la trasmissione del virus da parte di soggetti asintomatici è possibile ma non frequente. Quindi, secondo l'OMS, i soggetti asintomatici non sono la causa principale dell'enorme diffusione del contagio. Nonostante ciò, sono in corso numerosi studi per ampliare le conoscenze riguardo questo virus.

Uno dei modi più importanti per abbattere il contagio, è quindi quello di fare prevenzione: dopo aver descritto precedentemente quelli che sono i principali meccanismi di trasmissione del virus, si può dire che i più importanti accorgimenti per prevenire l'infezione da SARS-CoV-2 sono il frequente lavaggio delle mani, soprattutto dopo aver tossito o starnutito, ma anche dopo aver assistito un malato, prima di mangiare, dopo essere andati in bagno, ma anche dopo aver toccato oggetti che potrebbero facilmente essere contaminati (ad esempio la maniglia delle porte).

Inoltre, per la prevenzione della diffusione, è fondamentale che i soggetti con sintomi respiratori, anche atipici, utilizzino adeguati accorgimenti per evitare la diffusione del virus. (Dipartimento di malattie infettive, Istituto superiore di sanità, 2020).

2.5. Coronafobia, una patologia emergente

La pandemia COVID-19, oltre ad essere un'emergenza sanitaria globale, ha molteplici ramificazioni socioeconomiche e psicologiche, una delle quali la paura, o meglio, la fobia legata al nuovo coronavirus (Arora A, Jha AK, Alat P, Das SS., 2020). Come in altre pandemie, paura, ansia e preoccupazione sono le principali conseguenze psicologiche; la paura correlata a COVID-19, i tassi di mortalità, la disoccupazione, le strategie di protezione sono diventati gli argomenti più ricercati nella cronologia delle ricerche di Google. C'è unanimità sul fatto che il nuovo coronavirus sia un agente eziologico endemico: convivere con esso, utilizzando costantemente precauzioni e dispositivi di

protezione individuale, è diventata la nuova normalità. La paura, o meglio, la fobia può andare oltre l'ammalarsi o morire a causa del virus ed evocare altre paure, come quella delle avversità economiche e di poter infettare gli altri. Poiché la pandemia COVID-19 è in continua evoluzione, i disturbi psicologici ad essi correlati possono manifestarsi non solo per l'ansia di contrarre la malattia e la paura di morire, ma anche per lo stress socio-lavorativo associato. Una fobia è un disturbo d'ansia caratterizzato da una paura persistente, eccessiva e irrealistica di un oggetto, persona, animale, attività o situazione. La fobia fa sì che le persone evitino i fattori scatenanti della paura; quando tale evitamento non è possibile, essa provoca ansia e angoscia.

La coronafobia può essere definita come un'eccessiva risposta innescata dalla paura di contrarre il virus che causa il COVID-19, che porta a preoccuparsi eccessivamente di sintomi in realtà fisiologici, a cercare rassicurazione, ad evitare luoghi e situazioni pubbliche, a cambiare drasticamente, se non stravolgere, la propria vita quotidiana. I trigger (cause scatenanti) riguardano situazioni che comportano maggiore probabilità di contrarre il virus, (incontrare gente, uscire di casa, viaggiare, lavorare), o leggere notizie e aggiornamenti sulla pandemia. Le fobie condividono un modello di evitamento e rassicurazione comportamentale che va oltre le proporzioni realistiche. Sebbene la coronafobia sia simile ad altre fobie, la paura non si limita solo a luoghi e situazioni ma, principalmente, riguarda il contatto fisico con gli altri esseri umani.

Di seguito sono riportati i fattori che rendono unica la pandemia COVID-19 e costituiscono la base per lo sviluppo della coronafobia.

- L'unicità dell'agente, SARS-Cov-2: il virus è nuovo, ciò che non si conosce spaventa maggiormente.

La nuova e incerta realtà, il cambiamento, in qualsiasi forma è inizialmente minaccioso, poiché disturba l'equilibrio e la stabilità, generando insicurezza. I termini "lockdown", quarantena, auto-isolamento, oggi così ricorrenti, hanno connotazione negativa ed evocano, a loro volta "coronafobia", ovvero paura del tempo che passa, condizione che può arrivare a generare veri e propri disturbi d'ansia.

- L'acquisizione di nuove modalità relazionali e comportamenti di evitamento

I cambiamenti comportamentali imposti dal dilagare della pandemia quali l'allontanamento sociale, il dover indossare maschere, il lavaggio/disinfezione delle mani, i comportamenti di evitamento, incluso quello di evitare di toccarsi il viso, generano

un circolo vizioso di disagio, paura e ansia. Un essere umano normalmente si tocca il viso in media 23 volte all'ora: dato che questo atteggiamento, nel particolare momento che stiamo vivendo può rappresentare un importante fattore di rischio, le persone devono sforzarsi per non mettere in atto un comportamento naturale, che noi tutti adottiamo, senza pensare, sin dalla nascita: questo implica una “riprogrammazione dell'abitudine”, che richiede inoltre 68–254 giorni per essere acquisita e eseguita involontariamente. L'impossibilità di acquisire tali cambiamenti in un breve lasso di tempo può generare ansia ed ulteriori paure, rendendo le persone più suscettibili alla coronafobia.

- *Dichiarazioni delle organizzazioni internazionali*

Le persone si affidano alle organizzazioni internazionali e alle loro previsioni di speranza e ottimismo. L'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) e il Fondo Monetario Internazionale (FMI), definendo il COVID-19 come la peggiore crisi globale dalla Grande Depressione degli anni '30, hanno ulteriormente sottolineato quanto il futuro possa essere spaventoso ed incerto. Il World Economic Forum ha persino definito questa pandemia come diverse crisi riunite in una, vale a dire crisi sanitaria, crisi economica e crisi umanitaria, che peggiorano i rischi geopolitici a livello globale. L'OMS e studi recenti hanno ulteriormente avvertito che COVID-19 non ha ancora compiuto il suo pieno corso e che il peggio deve ancora arrivare.

- *Crisi delle potenze economiche e mancanza di fiducia nelle strutture sanitarie*

I paesi più sviluppati a livello economico e sanitario come Stati Uniti, Regno Unito, Francia, Spagna e Italia non sono stati in grado di affrontare la crisi in modo efficace, sia dal punto di vista sanitario, sia economico. Questo impatta negativamente anche sulla situazione dei paesi a reddito medio e basso, alimentando l'ansia e il panico durante la pandemia.

- *Leader e celebrità famose che hanno contratto COVID-19*

Vari leader di paesi sviluppati hanno contratto COVID-19, come Boris Johnson (Primo Ministro Regno Unito), Jair Bolsonaro (Presidente Brasile), Principe Carlo (Principe di Galles), Trump (Presidente USA). Un leader è visto come la persona più potente di un paese ed il fatto che abbia potuto contrarre il virus può generare un senso di impotenza ed acuire l'ansia dei cittadini. Inoltre, il fatto che celebrità e sportivi, ricchi e famosi, siano risultati positivi, può far pensare che anche i privilegiati non sono al sicuro: questo può creare ulteriormente senso di impotenza.

- L'infodemia

Con la pandemia stiamo assistendo a un'infodemia globale facilitata da internet e dai social media. L'OMS aveva avvertito del problema legato all'infodemia che accompagna il COVID-19, un eccesso di informazioni, alcune accurate, altre no, che rende difficile trovare fonti informative affidabili. I social media possono essere una minaccia per la salute pubblica globale a causa della disinformazione, spesso manipolativa, riguardo alla diffusione di notizie false su possibili cure, sintomi e mortalità. L'utilizzo di queste piattaforme può contribuire in modo determinante alla diffusione di coronafobia. Il virus ha portato una mortalità osservata superiore al previsto, il che ha esercitato forti pressioni sul settore sanitario. Di conseguenza, gli operatori sanitari di tutto il mondo si sono trovati a lavorare in setting altamente stressanti, fisicamente estenuanti, spesso anche pericolosi per la propria salute. Studi recenti hanno rivelato che una percentuale significativa di professionisti sanitari accusa insonnia, stress post-traumatico, depressione e ansia generalizzata (Lai et al., 2020).

Ad oggi, a parte uno studio condotto in Messico (Ignacio Mora-Magaña et al., 2020), non ci sono in letteratura esperienze di ricerca che riguardano questo fenomeno negli operatori sanitari.

2.6. Situazione tra gli studenti di infermieristica

La condizione di stress fisico ed emotivo ha tartassato operatori sanitari per tutto il periodo della Fase 1: la paura di infettare sé stessi o i propri cari, i turni incessanti e le ore fuori contratto per sopperire alla mancanza di colleghi malati, o addirittura deceduti; le condizioni disagiate in cui si lavorava, dove camici, mascherine, visiere, doppie paia di guanti venivano indossati e mai più rimossi fino alla fine del turno, rendendo impossibile l'utilizzo dei servizi igienici; la totale ignoranza riguardo la fine di tutto, ma anche il fattore emotivo, derivante dall'assistenza di pazienti che, una volta entrati in reparto, raramente ne uscivano, e se avevano la sfortuna di essere ancora vigili e coscienti, dai loro occhi si manifestava in maniera palese la consapevolezza di una fine vicina e solitaria, senza nemmeno la possibilità di dire addio ai propri cari. Tutto ciò ha portato all'esaurimento e ad una condizione di burn-out che ha provocato un trauma, una cicatrice nelle menti di un incredibile numero di medici, infermieri e di tutto il personale sanitario.

In Italia gli studenti di infermieristica non sono stati richiamati ad operare e fornire aiuto in questa emergenza sanitaria, richiesta effettuata invece, ad esempio, in Israele, dove è stato redatto uno studio riguardante il livello di ansia e le strategie di coping degli studenti che prestavano la propria opera in seguito alla dichiarazione del Ministro della Salute, il quale manifestava il bisogno fondamentale di incrementare gli operatori all'interno delle strutture sanitarie per far fronte alle necessità emerse con la pandemia (Bella Savitsky, Yifat Findling, Anat Ereli, Tova Hendel, 2020). Nonostante gli studenti infermieri in Italia non siano stati reclutati all'interno dei reparti, questi erano ben coscienti, grazie alle piattaforme social e ai mass media, di quella che era la situazione all'interno dei nosocomi, e di quello che molto probabilmente li avrebbe attesi una volta terminati gli studi: questa consapevolezza avrebbe potuto comportare un turbamento riguardo la scelta della propria facoltà e, di conseguenza, della futura professione, con un incremento dello stress dovuto alla manifestazione di una situazione con un futuro incerto.

In effetti, da uno studio Turco volto a valutare i livelli di stress degli studenti di infermieristica in relazione alla pandemia di Covid-19, è emerso che questi hanno presentato moderati livelli di stress, i quali erano influenzato da età, sesso ed altri fattori correlati alla pandemia (Aslan H, Pekince H., 2020).

Si può quindi dire che vi è stata una alterazione dei modelli psichici tra coloro che studiano infermieristica. Tutto ciò può essere dichiarato prendendo in considerazione il periodo nel quale il virus ha avuto la sua massima diffusione, il quale ha poi condotto l'Italia alla Fase 1. È interessante studiare il livello di ansia tra gli studenti di infermieristica nella Fase 2, periodo in cui l'aumento della curva pandemica ha avuto una stabilizzazione e in cui, a discapito di un ulteriore aggravamento della condizione di emergenza, i cittadini italiani hanno ricominciato a trascorrere le proprie giornate nella quotidianità di sempre e, in certi casi, come se nulla fosse accaduto.

3. CAPITOLO 2

3.1. Obiettivo

L'obiettivo di questo studio cross-sectional è indagare, il nuovo fenomeno noto con il termine di "coronafobia" tra gli studenti del terzo anno di infermieristica, che tra non molto saranno catapultati nel mondo del lavoro, presteranno servizio in strutture sanitarie e socio-assistenziali e, è utopistico escluderlo, si troveranno a stretto contatto con soggetti infetti dal virus Sars-Cov-2, in caso di ripresa della pandemia. Lo studio vuole misurare il livello di ansia e preoccupazione manifestato dal campione durante la Fase 2 (fase di stallo della curva pandemica) allo scopo di evidenziare gli effetti psicologici residui della Fase 1 su questa popolazione target. Per il mio studio ho utilizzato scale di valutazione validate, la OCS (Obsession Coronavirus Scale), la CAS (Coronavirus Anxiety Scale) e la CRBS (Coronavirus Reassurance-Seeking Behaviors Scale). L'indagine è stata integrata da una serie di domande conoscitive poste allo scopo di indagare la condizione emotiva dei soggetti in Fase 1 e cercare di comprendere se, coscienti della situazione globale in cui ci troviamo, i futuri infermieri si sentono pronti, anche in termini di conoscenze e di competenze, ad operare nelle condizioni dell'era del Covid.

3.2. Materiali e metodi

Per la conduzione dello studio è stato utilizzato un disegno quantitativo, descrittivo cross-sectional.

L'indagine conoscitiva è stata condotta nel periodo compreso tra agosto e settembre 2020 (corrispondente alla Fase 2 della pandemia), mediante la somministrazione di un questionario per via telematica, attraverso la piattaforma Google Moduli.

3.2.1. Campionamento

La popolazione target è rappresentata dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica del 3° anno, prossimi all'ingresso nel mondo del lavoro. Lo studio è stato condotto su un campione non probabilistico di convenienza, rappresentato dagli studenti del 3° anno di Infermieristica dei vari poli dell'UNIVPM (Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, Macerata, Pesaro). Nel campione è rientrato anche un gruppo di studenti appartenenti all'UNIPR,

tutti del polo di Piacenza. Grazie all'aiuto della Direttrice del mio Polo didattico, Dott.ssa Benedetti, il questionario telematico è stato diffuso ai vari dirigenti degli altri poli del CdL in Infermieristica dell'UNIVPM, i quali poi hanno reindirizzato il link del mio questionario a tutti gli studenti che presentavano l'unico criterio di inclusione, ovvero quello di essere studente di infermieristica che frequenta il 3° anno presso uno qualsiasi dei poli dell'UNIVPM. Sempre grazie alla Dott.ssa Benedetti sono state contattate le direttrici dei corsi di laurea in Infermieristica di Parma e Piacenza, entrambe collocate sotto l'UNIPR. Purtroppo non è stato possibile ottenere risposte al questionario da parte degli studenti di Parma, ma sono stati ricevuti feed-back da parte di alcuni studenti del polo di Piacenza, i quali rientrano nel campione.

3.2.2. Descrizione del questionario

La prima parte dello strumento d'indagine riguardava la raccolta di dati di carattere anagrafico (età, genere, Polo didattico) e quesiti volti a studiare la condizione emotiva del campione in Fase 1: si chiedeva agli intervistati se avrebbero voluto fare esperienza di tirocinio in reparti Covid, se avevano mai pensato, in quel periodo, di lasciare gli studi in Infermieristica, se erano stati in ansia per la loro salute e per quella dei loro cari, se ritenevano di possedere conoscenze e competenze per predisporre un piano di assistenza per pazienti Covid-19, se avrebbero scelto ancora di iscriversi al CdL in Infermieristica. Infine, se avevano paura del nuovo coronavirus. Nella seconda parte dell'indagine, punto focale di questa ricerca, sono stati utilizzati strumenti validati, la Scala OCS, la CAS e la CRBS, elaborate e validate dal Prof. Sherman Lee della Christopher Newport University (Virginia, USA). Sono strumenti atti alla misurazione dell'ansia da coronavirus sviluppati nell'ambito di un progetto di ricerca internazionale le cui fila sono tenute dal Prof. Sherman Lee.

Con la guida del mio relatore, ho contattato via mail il Prof. Lee, manifestando l'interesse a condurre la mia tesi sul problema della coronafobia tra gli studenti di infermieristica in Italia ed ottenendo il suo consenso formale all'utilizzo di OCS, CAS e CRBS. Sulla pagina web "The coronavirus anxiety project" erano presenti le traduzioni delle scale in varie lingue, ma non in quella italiana. Il Prof. Sherman ha quindi proposto di collaborare inviando la versione in italiano delle scale, le cui traduzioni, curate dal mio relatore, sono

ad oggi state inserite sulla pagina web del progetto al link:
<https://sites.google.com/cnu.edu/coronavirusanxietyproject/home>

Le 3 scale di valutazione utilizzate sono strumenti che permettono di apprezzare un'alterazione dello stato psichico dei soggetti in studio, relativamente ad attività, pensieri e sensazioni che, mediante studi e ricerche, sono stati classificati come identificativi per un disturbo psichico correlato al Covid-19.

La OCS valuta la presenza di un pensiero ricorrente e disfunzionale, tendente all'ossessione per il Covid-19. Il fatto di porre particolare attenzione e riflettere sulle notizie fornite relativamente al Covid-19 può essere un fattore protettivo che riduce la possibilità di un soggetto di contagiarsi. Pensare per troppo tempo al Covid-19 può però compromettere i normali modelli di pensiero e portare ad alterazioni psichiche riguardanti sia il pensiero stesso, sia il comportamento, che risultano essere dannose per il benessere e la salute della persona. La scala OCS consente di identificare con maggior facilità tutti quei soggetti che presentano dei segni clinici di modelli di pensiero alterato, se non addirittura compromesso, in relazione al Covid-19, in modo da poter essere inquadrati e trattati precocemente, prima che l'alterazione disfunzionale arrechi maggiori danni al soggetto. Si tratta di uno strumento di screening che presenta una sensibilità dall'81% al 93%, ed una specificità dal 73% al 76%. La OCS si basa sulla formulazione di 4 items, ad ognuno dei quali è attribuito un punteggio che va tra 0 (per niente) e 4 (quasi ogni giorno) relativamente a 4 modelli di pensiero che l'utente ha manifestato nelle ultime due settimane. Un punteggio superiore o uguale a 7 o un punteggio elevato per un particolare item indica la presenza di fattori che potrebbero richiedere un giudizio clinico o addirittura un trattamento: modelli di pensiero altamente persistenti e assillanti sono sintomi di ansia clinica. Naturalmente occorre effettuare una lettura critica dei risultati ottenuti, lasciandosi guidare dal giudizio clinico (Sherman A. Lee, 2020).

La CAS è uno strumento di screening che indaga l'ansia disfunzionale derivante dalla pandemia di Covid-19; consente di identificare i soggetti che presentano probabili

alterazioni del modello psichico correlate alla pandemia e alla gravità dei sintomi associati alla coronafobia.

Questa scala di valutazione è costituita da 5 items che sono valutati con un punteggio tra 0 (per niente) e 4 (quasi ogni giorno), e che sono riferiti alle esperienze effettuate nelle ultime due settimane. Qualora dalla valutazione ne risulti un punteggio totale uguale o superiore a 9, o vi sia un item con un punteggio elevato, si ha la presenza di una sintomatologia che potrebbe indicare un disturbo d'ansia coronavirus-correlata tale da richiedere la valutazione medica specialistica o addirittura un trattamento. Anche in questo caso, come per la OCS, si tratta di una scala validata, con una sensibilità pari al 90% ed una specificità pari all'85%; è sempre importante affiancare a questo strumento di monitoraggio un giudizio clinico che guidi alla formulazione della diagnosi (Sherman A. Lee, 2020).

La CRBS è la terza scala di valutazione utilizzata in questo studio. Anche questa è stata progettata dal Prof. Sherman Lee e dal suo team di ricerca. Lo strumento indaga la presenza di comportamenti di rassicurazione che si associano all'ansia da nuovo coronavirus: determinate attività e comportamenti sono utilizzati dai soggetti per ridurre la preoccupazione derivante dalla possibilità di essere stati contagiati. Queste attività possono avere funzione di rassicurazione, ma in casi eccessivi possono diventare disfunzionali per la salute psichica del soggetto. La CRBS è uno strumento affidabile ($\alpha=.90$). È costituita da 5 items contrassegnati da un punteggio tra 0 (per niente) e 4 (quasi ogni giorno), in relazione ad attività effettuate nelle due settimane antecedenti la compilazione della scala. Per la CRBS non è stato ancora identificato un vero e proprio cut-off clinico, anche se un punteggio uguale o maggiore di 12 sembra indicare la presenza di atteggiamenti di rassicurazione superiori alla media (Lee S.A. et al., 2020).

Per la partecipazione allo studio, su base volontaria, venivano garantiti, nel rispetto delle normative vigenti, anonimato e riservatezza dei dati ai sensi del D.L.196/2003 e fornite tutte le informazioni e gli eventuali chiarimenti riguardo alla struttura del questionario, ai test somministrati e alla finalità dell'indagine. La restituzione del questionario compilato è stata considerata come consenso-accettazione alla partecipazione allo studio. Inoltre, a introduzione del questionario, è stata effettuata una breve descrizione di quello che

sarebbe stato poi l'obiettivo dell'indagine conoscitiva, in maniera da fornire le informazioni riguardanti la finalità dello studio e un contatto per eventuali chiarimenti in relazione a forma e contenuto del questionario. Il protocollo di studio è stato approvato dalla Direzione del Corso di Laurea.

La raccolta dati è stata molto semplificata mediante l'utilizzo del software Google Moduli, che ha permesso una semplice e contestuale elaborazione dei dati raccolti. Questo software ha permesso di avere una panoramica delle risposte in maniera grafica, ma anche in formato Excel. Una volta terminato il periodo preso come riferimento, la raccolta dati è stata "chiusa" per passare poi all'analisi statistica. I dati sono stati elaborati utilizzando una statistica di tipo descrittivo (frequenza, percentuali, media, deviazione standard) e di tipo inferenziale (test chi quadrato) utilizzando i calcolatori online Free Statistics Calculators version 4.0 e Medcalc®. I risultati ottenuti sono poi stati riassunti in tabelle e grafici.

3.3. Risultati

Il campione è composto da 184 studenti, appartenenti all'UNIVPM (169) e all'UNIPR (15). Mentre gli studenti dell'UNIPR appartengono tutti alla sede di Piacenza, quelli dell'UNIVPM sono distribuiti in 5 poli. Per la mancata compilazione del campo riferito al polo didattico di appartenenza, 4 studenti (2,17%) non possono essere ricondotti a nessuno dei sottoinsiemi del campione. La Tabella 1 riassume le caratteristiche anagrafiche del campione

<i>Tabella 1 – Caratteristiche socio anagrafiche del campione</i>	
Numerosità campionaria: 292	
Rispondenti: 184	
Tasso risposta: 61,64%	
Età: M±dev.st. (range) 24±4,4 (20-48)	
Variabile	N°(%)
<i>“Genere”</i>	
F	156 (84.8)
M	28 (15.2)
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	
Ancona	41 (22)

Ascoli Piceno	27 (15)
Fermo	15 (8)
Macerata	46 (25)
Pesaro	36 (20)
Piacenza	15 (8)
Non identificata	4 (2)
<i>"Fasce di età"</i>	
20-24	148 (80.4)
25-29	21 (11.4)
30-34	5 (2.7)
35-39	6 (3.3)
40-44	3 (1.6)
45-49	1 (0.6)

La Tabella 2 fornisce, in relazione alla popolazione di ciascun polo didattico e al numero di risposte ricevute attraverso il questionario, il tasso di risposta da parte del campione, ottenuto per ognuno dei singoli poli.

<i>Tabella 2 – Tassi di risposta al questionario</i>							
	<i>"Polo Didattico/sede"</i>						<i>Totale*</i>
	Ancona	Ascoli Piceno	Fermo	Macerata	Pesaro	Piacenza	
N° questionari restituiti	41	27	15	46	36	15	180
N° Iscritti per sede	65	34	40	50	48	55	292
Tasso di risposta per sede (%)	63	79,4	37,5	92	75	27,3	61.7%

**non compresi nel conteggio 4 questionari mancanti dell'informazione "polo didattico/sede"*

Il tasso di risposta al questionario è stato complessivamente del 61,7% (180 rispondenti/292 iscritti).

I dati ottenuti attraverso i questionari sono stati elaborati in relazione al polo didattico di appartenenza. Le Tabelle e i Grafici seguenti sintetizzano i risultati, i quali sono stati restituiti anche raggruppando i tassi di risposta in base all'incidenza epidemiologica del

Covid-19 in Fase 1, ovvero “Marche alte” (sedi di Pesaro e Ancona), dove si è registrata una più alta incidenza di casi, versus “Marche basse” (sedi di Fermo, Ascoli Piceno e Macerata), con incidenza largamente inferiore e quindi meno colpite dalla pandemia, per evidenziare se la provenienza da zone più o meno colpite possa avere inciso sulla condizione emotiva del campione in esame, sia in Fase 1 che in Fase 2.

3.3.1 Risultati domande introduttive

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti per ogni domanda, espressi in forma tabellare, in dettaglio per polo di appartenenza ed aggregati per area geografica a maggiore/minore incidenza epidemiologica in Fase1.

Domanda 1

“Durante la Fase 1 della pandemia avresti voluto fare esperienza di tirocinio in reparti Covid?”

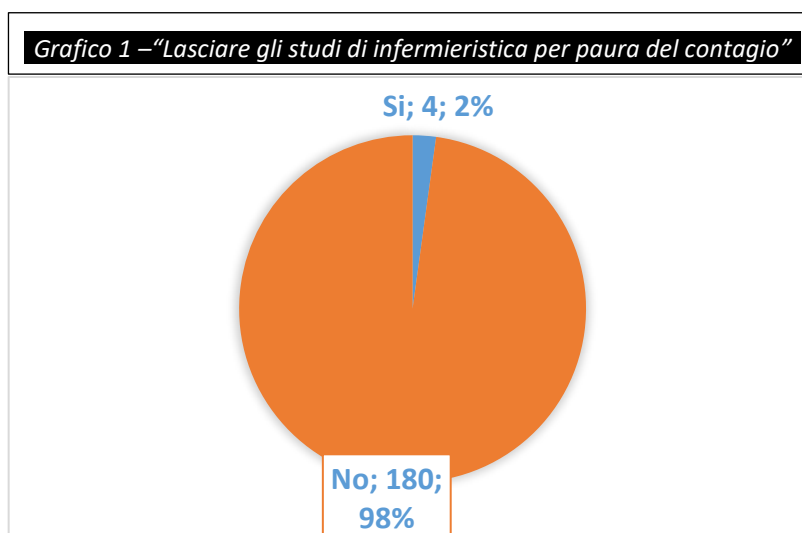
<i>Tabella 3 – “Tirocinio in reparti Covid”: dettaglio per Polo/sede</i>			
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Non so</i>
<i>“Polo Didattico/sede formativa”</i>	<i>N°(%)</i>	<i>N°(%)</i>	<i>N°(%)</i>
Ancona	19 (46.3)	13 (31.7)	9 (22)
Ascoli Piceno	15 (55.6)	6 (22.2)	6 (22.2)
Fermo	8 (53.3)	4 (26.7)	3 (20)
Macerata	12 (26.1)	20 (43.5)	14 (30.4)
Pesaro	22 (61.1)	9 (25)	5 (13.9)
Piacenza	10 (66.7)	4 (26.6)	1 (6.7)
Non identificata	2 (50)	1 (25)	1 (25)
Totale	88 (47.8)	57 (31)	39 (21.2)
Media±DS	51.3±13	28.7±7.1	20±7.7

Tabella 4 –“Esperienza di tirocinio in reparti Covid”: dati aggregati in relazione alle aree geografiche				
	Si	No	Non so	
<u>Area geografica (n° iscritti)</u>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	P value*
Marche “alte”[^] (77)	41 (53.2)	22 (28.6)	14 (18.2)	0.204
Marche “basse”^{^^} (88)	35 (39.8)	30 (34.1)	23 (26.1)	
Totale	76 (46.1)	52 (31.5)	37 (22.4)	
[^] Poli didattici Pesaro + Ancona ^{^^} Poli didattici Ascoli Piceno, Fermo e Macerata *Test Chi quadrato Livello significatività 0.05				

Domanda 2

“Durante la Fase 1 della pandemia hai valutato la possibilità di lasciare gli studi di infermieristica per paura del contagio?”

A questa domanda solamente 4 studenti (2,2%) hanno risposto in maniera positiva, affermando quindi di aver valutato la possibilità di abbandonare il corso di laurea, nello specifico 3 soggetti di sesso femminile iscritti presso il polo di Pesaro e 1 soggetto di sesso femminile appartenente al CdL in Infermieristica di Piacenza



Domanda 3

“Durante la Fase 1 della pandemia, sei stato in ansia per il tuo stato di salute?”

Tabella 5 – “Ansia per la propria salute”: dettaglio per sede formativa

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	12 (29,3)	11 (26,8)	16 (39)	2 (4,9)	0
Ascoli Piceno	6 (22,3)	10 (37)	10 (37)	1 (3,7)	0
Fermo	4 (26,7)	8 (53,3)	2 (13,3)	1 (6,7)	0
Macerata	5 (10,9)	19 (41,3)	18 (39,1)	4 (8,7)	0
Pesaro	10 (27,8)	10 (27,8)	13 (36,1)	3 (8,3)	0
Piacenza	3 (20)	3 (20)	6 (40)	3 (20)	0
Non identificata	0	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0
Totale	40 (21.7)	63 (34.2)	66 (35.9)	15 (8.2)	0
Media±DS	19.5±10.6	36,6±12.5	32,8±10	11±8.2	0

Tabella 6 “Ansia per la propria salute”: dati aggregati in relazione alle aree geografiche

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso	P value*
<i>Area geografica (n° iscritti)</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	
Marche “alte”[^] (77)	22 (28.5)	21 (27.3)	29 (37.7)	5 (6.5)	0	0.162
Marche “basse”^{^^} (88)	15 (17)	37 (42)	30 (34.1)	6 (6.9)	0	
Totale	37 (22.4)	58 (35.1)	59 (35.7)	11 (6.7)	0	

[^] Poli didattici Pesaro + Ancona

^{^^} Poli didattici Ascoli Piceno, Fermo e Macerata

*Test Chi quadrato

Livello significatività 0.05

Nel confronto per area geografica è stato utilizzato il Test del Chi Quadro con livello di significatività pari a 0,05. Dai risultati, sintetizzati in Tabella 6, è però emerso che il confronto effettuato non è statisticamente significativo.

Domanda 4

“Durante la Fase 1 della pandemia, sei stato in ansia per lo stato di salute dei tuoi familiari/amici?”

Tabella 7 “Ansia per la salute di familiari/amici”: dettaglio per sede formativa

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	0	1 (2,4)	16 (39)	19 (46,3)	5 (12,3)
Ascoli Piceno	1 (3,7)	0	12 (44,4)	9 (33,4)	5 (18,5)
Fermo	0	4 (26,7)	3 (20)	6 (40)	2 (13,3)
Macerata	4 (8,7)	2 (4,3)	18 (39,2)	14 (30,4)	8 (17,4)
Pesaro	3 (8,3)	5 (13,9)	10 (27,8)	13 (36,1)	5 (13,9)
Piacenza	1 (6,7)	1 (6,7)	5 (33,3)	6 (40)	2 (13,3)
Non identificata	1 (25)	0	1 (25)	1 (25)	1 (25)
Totale	10 (5.4)	13 (7.1)	65 (35.3)	68 (37)	28 (15.2)
Media±DS	7,5±8,5	7,7±9,6	32,7±8,8	35,9±7	16,2±4.5

Tabella 8 – Ansia per la salute di familiari/amici”: dati aggregati in relazione alle aree geografiche

Confronto per area (Marche “alte” vs Marche “basse”)

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso	P value*
<i>Area geografica(n° iscritti)</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	
Marche “alte”[^] (77)	3 (3.9)	6 (7.8)	26 (33.8)	32 (41.5)	10 (13)	0.781
Marche “basse”^{^^} (88)	5 (5.7)	6 (6.8)	33(37.5)	29 (33)	15 (17)	
Totale	8 (4.8)	12 (7.3)	59 (35.7)	61 (37)	25 (15.1)	

[^] Poli didattici Pesaro + Ancona
^{^^} Poli didattici Ascoli Piceno, Fermo e Macerata

*Test Chi quadrato
Livello significatività 0.05

Anche in questo caso, nel confronto per area geografica è stato effettuato il Test del Chi Quadro con livello di significatività pari a 0,05. Dai risultati sintetizzati in Tabella 8, il confronto è risultato non statisticamente significativo.

Domanda 5

“Ritieni di possedere tutte le conoscenze necessarie e di essere pronto per predisporre un piano di assistenza per pazienti Covid?”

Tabella 9 – “Conoscenze/competenze per predisposizione di piano assistenziale paziente Covid”: dettaglio per sede formativa

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Non so</i>
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	19 (46,3)	5 (12,2)	17 (41,5)
Ascoli Piceno	5 (18,6)	10 (37)	12 (44,4)
Fermo	1 (6,6)	7 (46,7)	7 (46,7)
Macerata	11 (23,9)	14 (30,4)	21 (45,7)
Pesaro	12 (33,3)	7 (19,4)	17 (47,3)
Piacenza	0	7 (46,7)	8 (53,3)
Non identificata	3 (75)	1 (25)	0
Totale	51 (27.7)	51 (27.7)	82 (44.6)
Media±DS	29,1±25.5	31,1±13.2	39,8±17.9

Domanda 6

“Nel caso in cui dovesse verificarsi un ulteriore picco di contagi, come infermiere alla tua prima esperienza, ti sentiresti sicuro a lavorare in reparti Covid?”

Tabella 10 – “Percezione di sicurezza in caso di esperienza lavorativa in reparti Covid”: dettaglio per sede formativa

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Non so</i>
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	17 (41,5)	13 (31,7)	11 (26,8)
Ascoli Piceno	6 (22,3)	10 (37)	11 (40,7)
Fermo	3 (20)	6 (40)	6 (40)
Macerata	11 (23,9)	18 (39,1)	17 (37)
Pesaro	18 (50)	5 (13,9)	13 (36,1)
Piacenza	7 (46,7)	3 (20)	5 (33,3)
Non identificata	2 (50)	2 (50)	0
Totale	64 (34.8)	57 (31)	63 (34.2)
Media±DS	36,3±13.7	33,1±12.4	30,6±14.3

Tabella 11 – “Percezione di sicurezza in caso di esperienza lavorativa in reparti Covid”: dati aggregati in relazione alle aree geografiche

	Si	No	Non so	P value*
<i>Area geografica (n° iscritti)</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	
Marche “alte”[^] (77)	35 (45.4)	18 (23.4)	24 (31.2)	0.006
Marche “basse”^{^^} (88)	20 (22.8)	34 (38.6)	34(38.6)	
Totale	55 (33.3)	52 (31.5)	58 (35.1)	
[^] Poli didattici Pesaro + Ancona ^{^^} Poli didattici Ascoli Piceno, Fermo e Macerata *Test Chi quadrato Livello significatività 0.05				

Nel confronto per area geografica effettuato rispetto ai dati riassunti in Tabella 10, è stato condotto il Test del Chi Quadro con livello di significatività pari a 0,05. È emerso che il confronto effettuato risulta statisticamente significativo ($p < 0,05$).

Domanda 7

“Se dovessi iniziare oggi un percorso di formazione universitaria, sceglieresti di nuovo il Corso di Laurea in Infermieristica?”

Tabella 12 – “Conferma scelta CdL in Infermieristica”: dettaglio per sede formativa

	Si	No	Non so
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	33 (80.5)	3 (7.3)	5 (12.2)
Ascoli Piceno	24 (88.9)	0	3 (11.1)
Fermo	9 (60)	2 (13.3)	4 (26.7)
Macerata	40 (87)	1 (2.1)	5 (10.9)
Pesaro	31 (86.1)	1 (2.8)	4 (11.1)
Piacenza	14 (93.3)	1 (6.7)	0
Non identificata	4 (100)	0	0
Totale	155 (84.3)	8 (4.3)	21 (11.4)
Media±DS	85.1±12.6	4.6±4.8	10.3±9

Domanda 8

“Ad oggi, il Covid ti fa paura?”

Tabella 13 – “Sentimento di paura coronavirus correlata”: dettaglio per sede formativa

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Terrorizzato
<i>“Polo Didattico/sede</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	1 (2.4)	10 (24.4)	22 (53.7)	7 (17.1)	1 (2.4)
Ascoli Piceno	0	7 (25.9)	15 (55.6)	4 (14.8)	1 (3.7)
Fermo	1 (6.7)	2 (13.3)	9 (60)	3 (20)	0
Macerata	2 (4.3)	5 (10.9)	35 (76.1)	4 (8.7)	0
Pesaro	2 (5.6)	11 (30.5)	18 (50)	5 (13.9)	0
Piacenza	1 (6.7)	5 (33.3)	6 (40)	3 (20)	0
Non identificata	0	0	3 (75)	1 (25)	
Totale	7 (3.8)	40 (21.7)	108 (58.7)	27 (14.7)	2 (1.1)
Media±DS	3.7±2.9	19.8±12	58.6±13.1	17.1±5.3	0.9±1.5

Tabella 14 – “Sentimento di paura coronavirus correlata”: dati aggregati in relazione alle aree geografiche

Confronto per area (Marche “alte” vs Marche “basse”)

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Terrorizzato	P value*
<i>Area geografica (n° iscritti)</i>	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	
Marche “alte”[^] (77)	3 (3.9)	21 (27.2)	40 (52)	12 (15.6)	1 (1.3)	0.458
Marche “basse”^{^^} (88)	3 (3.4)	14 (16)	59 (67)	11 (12.5)	1 (1.1)	
Totale	6 (3.6)	35 (21.2)	99 (60)	23 (13.9)	2 (1.2)	

[^] Poli didattici Pesaro + Ancona
^{^^} Poli didattici Ascoli Piceno, Fermo e Macerata

*Test Chi quadrato
Livello significatività 0.05

Nel confronto per area geografica è stato effettuato il Test del Chi Quadro con livello di significatività pari a 0,05. Dai risultati, sintetizzati in Tabella 14, è emerso che il confronto non è statisticamente significativo.

3.3.2 Risultati punteggi scale OCS, CAS, CRBS

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti per score delle scale OCS, CAS, CRBS, espressi in forma tabellare, in dettaglio per polo di appartenenza ed aggregati per area geografica a maggiore/minore incidenza epidemiologica in Fase1.

I dati relativi alle scale di valutazione OCS, CAS e CRBS sono stati analizzati e riassunti nelle tabelle seguenti, le quali mostrano quanti studenti hanno raggiunto o superato i cut-off clinici ed il loro polo di provenienza (tabelle 15 e 16).

Tabella 15 – Risultati > cut-off clinici OCS, suddivisi per punteggio e per polo didattico

		Punteggio OCS				Punteggio OCS≥7
		7	8	9	10	
<i>Polo Didattico/sede</i>	Rispondenti	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	41	2 (4.9)	1 (2.4)	0	0	3 (7.3)
Ascoli Piceno	27	0	0	1 (3.7)	1 (3.7)	2 (7.4)
Fermo	15	1 (6.7)	0	0	0	1 (6.7)
Macerata	46	0	1 (2.2)	2 (4.3)	0	3 (6.5)
Pesaro	36	1 (2.8)	2 (5.5)	0	0	3 (8.3)
Piacenza	15	0	0	0	0	0
Non identificata	4	0	0	0	0	0
Totale	184	4 (2.2)	4 (2.2)	3 (1.6)	1 (0.5)	12 (6.5)

Tabella 16 – Risultati > cut-off clinici CAS, suddivisi per punteggio e per polo didattico

		Punteggio CAS			Punteggio CAS≥9
		9	10	14	
<i>Polo Didattico/sede</i>	Rispondenti	N°(%)	N°(%)	N°(%)	N°(%)
Ancona	41	1 (2.4)	0	0	1 (2.4)
Ascoli Piceno	27	0	0	0	0
Fermo	15	0	0	0	0
Macerata	46	0	1(2.2)	2 (4.3)	3 (6.5)
Pesaro	36	0	0	0	0
Piacenza	15	0	0	0	0
Non identificata	4	0	1 (25)	0	1 (25)
Totale	184	1 (0.6)	2 (1.1)	2 (1.1)	5 (2.7)

Dall'analisi dei dati emerge che nessuno studente di alcun polo ha presentato un punteggio alla CRBS superiore o uguale a 12 (cut-off clinico). Il 100% degli studenti non

attua attività di rassicurazione, o comunque non le compie in maniera tale da poter indurre ad un'alterazione del quadro psichico del soggetto.

La tabella 17 riassume il quadro degli scores ottenuti dall'intero campione, dettagliando le unità per polo didattico/sede di provenienza.

Tabella 17 – Quadro riassuntivo dei risultati superiori ai cut-off clinici di OCS, CAS e CRBS, suddivisi in relazione al polo didattico di provenienza

Quadro riassuntivo OCS/CAS/CRBS +				
		OCS≥7	CAS≥9	CRBS≥12
<i>“Polo Didattico/sede”</i>	Rispondenti	N°	N°	N°
Ancona	41	3	1	0
Ascoli Piceno	27	2	0	0
Fermo	15	1	0	0
Macerata	46	3	3	0
Pesaro	36	3	0	0
Piacenza	15	0	0	0
Non identificata	4	0	1	0
Totale N°(%)	184	12 (6.5)	5 (2.7)	0

3.4. Discussione

Obiettivo di questo studio è quello di effettuare una valutazione del livello di “Coronafobia”, ovvero il livello di ansia e preoccupazione disfunzionale correlato alla pandemia di Sars-Cov-2, tra gli studenti del terzo anno di infermieristica nel periodo della Fase 2. Lo studio, come già definito nella sezione materiali e metodi, si è basato sulla somministrazione di un questionario in cui rientrano domande riguardanti lo stato emotivo degli studenti in Fase 1 (relativamente alla pandemia di Covid-19), e 3 scale di valutazione costruite dal Prof. Sherman A. Lee e dal suo team di ricercatori. Si tratta di strumenti che sostanzialmente permettono di identificare persone che presentano un'alterazione del modello psico-comportamentale, scaturita in seguito alla pandemia di Covid-19.

Dai tassi di risposta delle domande conoscitive relative alle esperienze emotive dei soggetti in Fase 1 è emerso che il 47,8% dei soggetti avrebbe preferito effettuare un periodo di tirocinio in reparti Covid, mentre il 31% non avrebbe voluto praticarlo e il

21,2% non ha fornito una risposta certa. È un dato indicativo del clima di paura generato dall'emergenza sanitaria; in particolare, sono gli studenti della sede formativa di Macerata i meno propensi a svolgere un'esperienza formativa in aree Covid (43.5%); nel complesso, sono poco meno della metà del campione gli studenti che avrebbero voluto fare esperienza in reparti Covid.

Di contro però, i tassi di risposta a questa domanda evidenziano che le percentuali più alte di studenti desiderosi di prestare il tirocinio in reparti Covid sono state rilevate nei poli universitari delle città maggiormente colpite, Piacenza e Pesaro (rispettivamente 66.7% e 61.1%). Considerando che il nord delle Marche è stata la zona più colpita della regione in Fase 1, ci si poteva aspettare un tasso di risposta contraria per i poli didattici di Pesaro e di Ancona. In realtà, come visto dai dati precedenti, è proprio l'opposto.

Secondo il mio pensiero, questo risultato è dovuto al fatto che gli studenti hanno considerato questa, come un'opportunità per mettere in pratica misure comportamentali che avrebbero dato loro la possibilità di sentirsi più sicuri e più preparati una volta usciti dall'Università ed entrati nel mondo del lavoro: il ruolo dell'infermiere consiste nell'assistenza a qualunque tipologia di paziente, che sia infetto o meno; sarebbe perciò stata un'ottima occasione per approcciarsi ad una condizione lavorativa prevedibile per ogni studente, soprattutto tenendo in considerazione il fatto che la pandemia di Covid-19 potrebbe perdurare per molto tempo. In realtà questo tasso di risposta sottende tutta una serie di motivazioni che sarebbe interessante approfondire con un ulteriore studio di tipo qualitativo. La percentuale di risposte negative (31%) e dubbie (21%) potrebbe essere motivata dalla paura per la salute propria o dei propri cari.

Una piccola percentuale di studenti ha dichiarato di essere stata spesso in asia per il proprio stato di salute (8.2%), la grande maggioranza quasi mai (34.2%) o solo qualche volta (35.9%) senza differenze da segnalare rispetto alle aree geografiche di provenienza. Per quanto riguarda la salute dei propri cari, il tasso di risposta cambia radicalmente: quando viene chiesto al campione se durante la Fase 1 sono stati in ansia per lo stato di salute dei propri cari, emerge che la risposta maggiormente presentata è stata "Spesso", con una media percentuale di $35,9\% \pm 7$. La seconda risposta che ha ottenuto il punteggio maggiore è stata "Qualche volta" a cui segue il "Molto spesso".

Si può quindi ipotizzare che una delle preoccupazioni principali correlate al Covid-19 per gli studenti di infermieristica sia la salute dei propri cari.

Riguardo a questo item non vi sono differenze significative tra le due zone: la correlazione tra aree più o meno colpite dal virus in Fase 1 e il livello di preoccupazione degli studenti per i propri familiari non porta ad alcuna ipotesi, se non al fatto che durante la Fase 1, anche se le province del sud erano meno colpite rispetto a quelle del nord, la preoccupazione degli studenti era in percentuale la stessa in tutta la regione.

Possiamo quindi ipotizzare che, durante la Fase 1, una buona percentuale di studenti (circa il 50%) non avrebbe voluto effettuare tirocinio o si sarebbe astenuta dal rispondere in maniera precisa alla domanda, non tanto per proteggere sé stessi, quanto per evitare il rischio di contagiare i propri cari.

In effetti questa ipotesi viene ulteriormente sostenuta dal fatto che alla domanda riguardante la possibilità di abbandono degli studi in infermieristica per paura del contagio, il 98% del campione sostiene di non aver mai preso in considerazione questa possibilità; inoltre, alla domanda se, dovendo iniziare oggi un percorso di studi universitario, avrebbero scelto di nuovo il CdL in Infermieristica, l'84,3% degli studenti ha dato risposta affermativa.

I dati risultanti dall'item che sondava conoscenze e competenze necessarie per la predisposizione di un piano assistenziale per il paziente affetto da Covid-19 devono farci riflettere: solamente il 28% degli studenti risponde positivamente mentre un ulteriore 28% non si ritiene adeguatamente formato e la restante quota del campione non sa dare risposta.

In relazione alle conoscenze e alla consapevolezza degli studenti di infermieristica rispetto alla pandemia di Covid-19 può essere effettuato un confronto con uno studio effettuato in India e che prende in considerazione non solamente gli studenti del terzo anno di infermieristica, ma una totalità di 407 studenti di ogni anno di corso, a cui è stato somministrato un questionario per sondare le conoscenze basilari inerenti Covid-19 e che sono state formulate rispetto le principali linee guida ed informazioni per il personale sanitario fornite dall'Indian Council of Medical Research (ICMR) e dall'OMS. Dai

risultati dello studio è emerso che il $75,58 \pm 3,21$ degli studenti hanno mostrato buone conoscenze e consapevolezza rispetto al Covid-19 (Joshi K.P. et al.,2020).

Provenendo io stesso dal polo di Pesaro posso dire che l'università ha fortemente consigliato agli studenti di seguire un corso di formazione per sanitari riguardante l'emergenza Covid, che è stato esteso anche a tutti gli studenti di medicina e delle professioni sanitarie.

Il fatto che il campione di studenti preso in considerazione in questo studio affermi in larga parte di non possedere le conoscenze necessarie per predisporre un piano di assistenza per pazienti Covid, mi porta a queste considerazioni: tra gli studenti che appartengono al campione, effettivamente solo il 28% possiede conoscenze adeguate rispetto al Covid-19 (anche se pare poco probabile), oppure la maggior parte degli studenti, non avendo potuto praticare tirocinio in reparti Covid, sottostima le proprie conoscenze. Questo aspetto potrebbe essere valutato ed approfondito attraverso un ulteriore studio volto ad indagare, come quello citato, le conoscenze e la consapevolezza che gli studenti di infermieristica italiani hanno del Covid-19.

Il 31% del campione afferma che, in caso di un ulteriore picco di contagi, in quanto infermiere neo-laureato, non si sentirebbe sicuro a lavorare in reparti Covid, mentre il 34% non sa dare risposta certa. Solamente il 35% afferma di sentirsi a proprio agio in questa futura, probabile condizione. Anche queste scelte potrebbero derivare dal fatto che, non avendo avuto la possibilità di assistere durante un periodo di tirocinio pazienti infettati, la maggior parte degli studenti manifesta insicurezza o non si sente completamente a proprio agio nel prestare assistenza a questa categoria di malati.

Nella suddivisione in relazione alle zone più o meno colpite in Fase 1 vi è una completa reciprocità tra le risposte fornite: in caso di un ulteriore picco di contagi, il 45% degli studenti dei poli di Pesaro e Ancona si sentirebbe al sicuro nel prestare assistenza a pazienti Covid, e solo circa il 20% non si sentirebbe a proprio agio, per gli studenti delle basse Marche vi è un'inversione di tendenza, con un 20% di studenti che affermano di sentirsi sicuri nel lavorare in reparti con pazienti infetti ed un 40% circa che dichiara invece di non sentirsi per niente al sicuro. A ciò si aggiunge una percentuale abbastanza elevata di studenti che non hanno saputo rispondere. Il confronto dei tassi di risposta per area è risultato statisticamente significativo, per cui possiamo affermare che si

sentirebbero più sicuri ad affrontare l'esperienza di lavoro in reparti Covid gli studenti dei poli universitari delle città più colpite dalla pandemia in Fase 1. Questi dati stanno ad indicare che gli studenti percepiscono più sicuri contesti assistenziali che, maggiormente gravati dall'impatto dell'infezione in Fase 1, hanno maturato un'esperienza sul campo tale da fornire maggiori garanzie in termini di protezione e sicurezza per gli operatori.

Dai dati ottenuti in relazione al senso di paura coronavirus correlata deriva che, anche se la maggior parte degli studenti avrebbe voluto effettuare un periodo di tirocinio durante la pandemia e nessuno ha pensato, durante la Fase 1, di abbandonare gli studi ma anzi, se avesse dovuto iniziare oggi un nuovo percorso di studi avrebbe scelto di nuovo quello in Infermieristica, la maggior parte del campione ha un grado di paura piuttosto elevato rispetto al Covid.

Oggetto di riflessione è la relazione tra i risultati "a rischio" ottenuti dalle scale di valutazione OCS, CAS e CRBS, e il polo didattico di provenienza. Dal momento che il primo focolaio pandemico in Italia è originato a Codogno, città in provincia di Lodi, e geograficamente non lontano da Piacenza, sarebbe stato intuibile per gli studenti del polo di Piacenza, ottenere punteggi ben più alti rispetto alla media. Allo stesso modo si sarebbe atteso un punteggio maggiore dalla valutazione degli studenti del polo di Pesaro, la provincia delle Marche maggiormente colpita dal Covid in Fase 1.

Dall'analisi dei dati è emerso che solamente il 6,5% (12) ha ottenuto un punteggio maggiore o uguale a 7 alla OCS, mentre alla CAS gli studenti che hanno ottenuto un punteggio maggiore o uguale a 9 sono stati il 2,7% (5). Nessuno studente ha raggiunto punteggi superiori a 12 alla CRBS, per cui nessuno attua comportamenti di rassicurazione, ovvero tutte quelle attività che permettono ad un soggetto di sentirsi più al sicuro ed eliminare o comunque abbattere temporaneamente ansia e pensieri negativi. Possiamo perciò dire che nella Fase 2 la "Coronafobia" tra gli studenti di infermieristica ha raggiunto risultati talmente bassi da essere quasi inesistente. Di conseguenza è poco probabile che si siano sviluppate in questo periodo, nel campione, delle alterazioni psico-comportamentali che sarebbero dovute essere valutate o trattate sotto un aspetto medico.

I risultati mostrano che tra gli studenti del terzo anno di infermieristica dell'UNIVPM vi è una bassissima, se non trascurabile, percentuale che presenta "Coronafobia" in Fase 2. Per il polo di Piacenza nessuno studente ha superato il valore soglia in alcuna scala: è vero che si trattava di un piccolo campione, ma questi dati fanno supporre che la "Coronafobia" sia un disturbo davvero trascurabile tra i futuri infermieri, anche se provenienti da zone rosse ed importanti focolai.

Effettuando comunque un confronto tra i risultati ottenuti, la scala di valutazione che ha manifestato un maggior punteggio è stata la OCS, ovvero quella che studia il grado di "ossessione" e il pensiero continuo e disfunzionale nei confronti del Covid-19. Anche se i risultati potrebbero essere irrilevanti, è emerso che i pochissimi studenti (6.5% per OCS e 2.7% per CAS) che hanno raggiunto o superato il cut-off clinico, e quindi con probabile pensiero disfunzionale, sono distribuiti in maniera uniforme tra i vari poli didattici.

Secondo uno studio effettuato in Israele nel periodo della terza settimana di lockdown, è emerso che gli studenti di infermieristica, (in Israele effettuavano tirocinio durante questo periodo) manifestavano alti livelli di ansia dovuta, molto probabilmente alle circostanze quali isolamento sociale, instabilità economica, incertezza sul futuro e paura di essere contagiati. Inoltre è stato rilevato un più alto livello di ansia, tra i soggetti in cui era elevato il livello di paura manifestato e che lavoravano in strutture sanitarie in mancanza di DPI (Bella Savitsky et al., 2020). Anche se lo studio non è comparabile con la mia ricerca, condotta quando la pressione psicologica generata dal coronavirus aveva dimensioni ben diverse rispetto alla prima ondata, possiamo comunque fare qualche altra considerazione. In Fase 1 in Israele gli studenti manifestavano ansia proporzionale al livello di paura (l'ansia però è stata sviluppata sia dalla paura del contagio che dalle circostanze promosse dalla pandemia); la mia ricerca mostra invece che in Fase 2 gli studenti di infermieristica italiani manifestano un livello moderato di paura, che però non è proporzionale a quello di ansia, la quale è quasi assente. Si può quindi dire che, come sostenuto dallo studio di Israele, l'ansia correlata al Covid tra gli studenti di infermieristica è per lo più dovuta alle alterazioni sociali che la pandemia ha provocato.

Rispetto alle domande conoscitive riferite alla Fase 1, sono emersi risultati che possono essere spiegati esclusivamente attraverso la formulazione di ipotesi: sarebbe stato

interessante cercare di approfondire ulteriormente, prendendo ad esempio in considerazione vari fattori che avrebbero potuto influenzare le risposte date (ad esempio, l'età dei parenti per capire se il grado di ansia rispetto alla salute dei propri cari derivi dall'età avanzata di questi, ma anche ricercare i veri motivi per cui gli studenti avrebbero o meno voluto fare tirocinio in reparti Covid). La stesura del questionario è stata fatta per cogliere vari aspetti d'interesse nella maniera più sintetica possibile, evitando di annoiare lo studente che, in tal modo avrebbe potuto compilarlo in maniera casuale, ma la semplicità e rapidità di compilazione hanno comportato un minor approfondimento delle motivazioni delle risposte.

Limiti di questa esperienza sono principalmente la bassa numerosità campionaria e il fatto che sia sostanzialmente uno studio monocentrico, infatti il tasso di risposta della sede formativa di Piacenza è stato piuttosto basso.

Sarebbe stato in tal senso interessante effettuare uno studio multicentrico e su un campione molto più grande, che avesse interessato CdL in Infermieristica di più Facoltà universitarie. Questa esperienza pone le basi per lo sviluppo di ulteriori indagini: con la ripresa della curva pandemica, a cui stiamo assistendo dal mese di ottobre, sottoporre lo stesso campione alla somministrazione delle scale OCS, CAS e CRBS ci consentirebbe di cogliere se ci sono correlazioni tra l'andamento epidemiologico dei casi e la presenza di disturbi ansiogeni tra i nuovi infermieri, riferibili al nuovo coronavirus. Ancora, sarebbe stato interessante somministrare il medesimo questionario ad un campione di studenti universitari di altri corsi di laurea ad indirizzo sanitario: questo tipo di indagine avrebbe permesso di evidenziare differenze, in termini di presenza di "Coronafobia", in relazione al tipo di professione sanitaria.

3.5. Conclusioni

In conclusione è possibile dire che se da un lato l'assenza di alterazione dei modelli di pensiero e di comportamento tra gli studenti sia qualcosa di positivo, d'altra parte potrebbe presentare anche un lato negativo: i processi cognitivi che vengono identificati alla OCS, come ad esempio sognare il coronavirus, pensare ripetutamente al coronavirus, aver pensieri inquietanti riguardo la possibilità di aver contratto il coronavirus o riguardo la possibilità di aver incontrato persone infette, sono processi che derivano da un sistema di difesa biologicamente evoluto e progettato per mantenere il soggetto al sicuro dal contagio. Nonostante ciò, questi schemi di pensiero, se persistenti e angoscianti sono sintomi comuni di ansia clinica, dimostrati disadattivi poiché non solo sono correlati a compromissione funzionale, ma sono anche stati trovati associati a problemi di droga/alcool e suicidio (Lee S. A., 2020).

Ad oggi la curva pandemica sta avendo un'ulteriore impennata e il fatto che gli studenti di infermieristica non abbiano presentato alcun sintomo di ansia nei confronti del Covid-19 in Fase 2, potrebbe portarli, in futuro, ad essere meno scrupolosi riguardo la possibilità di essere contagiati.

In realtà, anche se i livelli di ansia tra gli studenti, in base ai punteggi ottenuti dalle scale, sono tendenti allo 0, la maggior parte di questi, alla domanda n° 8 ha affermato di avere paura del Covid-19.

È emerso che la preoccupazione principale degli studenti è quella relativa allo stato di salute dei propri cari e che la maggior parte degli studenti non si sentirebbe sicuro a lavorare in strutture Covid nel caso di un ulteriore picco. Prendendo in considerazione il fatto che una importante percentuale di studenti afferma di non avere conoscenze a sufficienza per assistere pazienti Covid, sarebbe utile innanzitutto capire quali sono le carenze degli studenti in termini di conoscenze (se sono effettivamente presenti e non derivanti dal fatto di non avere svolto pratica nei reparti Covid e non sentirsi, per questo, pronti per farlo), ed implementare gli interventi educativi relativi alla gestione ed al controllo delle infezioni, riproponendoli, in ambito universitario, in maniera periodica. Attraverso queste attività sarebbe possibile incrementare le conoscenze degli studenti, in

maniera tale da ottimizzare l'assistenza ai pazienti contagiati dal virus, e allo stesso tempo mettere in condizioni di sicurezza lo studente stesso.

Concludendo si può dire che la Coronafobia, stato di ansia relativo alla pandemia di Covid-19 che era stata considerata come una possibile nuova sottoclasse di disturbo d'ansia, ad oggi, prendendo in esame gli studenti del terzo anno dei poli di infermieristica, non è presente in percentuali significative, in quanto le circostanze che sviluppano ansia tra gli studenti infermieri, in Fase 2, fino ad ora, non si sono manifestate. Considerando l'evoluzione della situazione pandemica ed il nuovo picco di contagi sarebbe interessante effettuare nuovamente lo stesso test (magari aggiornato sotto alcuni aspetti) agli infermieri neo-laureati, per valutare se, in ambito lavorativo, la situazione emotiva dei soggetti possa variare o meno e se si manifesti una percentuale maggiore di soggetti con "Coronafobia" rispetto ai risultati ottenuti in questo studio.

4. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Gorbalenya, A.E., Baker, S.C., Baric, R.S. et al.: The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol* 5, 536–544 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- Arora A., Jha A.K., Alat P., Das S.S.: Understanding coronaphobia. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 54:102384. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102384.
- Aslan H, Pekince H.: Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2020;1–7. DOI: 10.1111/ppc.12597.
- Asmundson, G. J. G., & Taylor S.: Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70 (2020) 102196. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102196.
- Beiter R.: The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders* 173 (2015) 90–96 DOI: 10.1016/j.jad.2014.10.054.
- Bella Savitsky, Yifat Findling, Anat Erel, Tova Hendel: Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice* 46 (2020) 102809 DOI: 10.1016/j.nepr.2020.102809.
- Brenna L. Quinn, PhD, RN, NCSN; and Anya Peters, PhD, RN, CNE: Strategies to reduce nursing student test anxiety: A literature review, *Journal of Nursing Education*, Vol. 56, No. 3, 2017. DOI: 10.3928/01484834-20170222-05.
- Enrico M. Marone, Luigi F. Rinaldi: Upsurge of deep venous thrombosis in patients affected by COVID-19: Preliminary data and possible explanations. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, Volume 8, Number 4, 2020. DOI: 10.1016/j.jvsv.2020.04.004.
- Epicentro, ISS (2020). Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>.
- FDA (2020). Coronavirus Testing Basics. Disponibile su: <https://www.fda.gov/media/138094/download>.
- Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.64 del 11/03/2020. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/03/11/64/sg/pdf>.

- Gazzetta Ufficiale del 04/05/2020. Disponibile su: http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/DPCM_20200426.pdf.
- Ignacio Mora-Magaña, Sherman A. Lee, Isaac Maldonado-Castellanos, Carlos Jiménez-Gutierrez, José Mendez-Venegas, Azareel Maya-Del-Moral, Margarita D. RosasMunive, Amanda A. Mathis & Mary C. Jobe (2020): Coronaphobia among healthcare professionals in Mexico: A psychometric analysis, *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2020.1808762.
- Joshi K.P., Madhura L., Jamadar D.: Knowledge and awareness among nursing students regarding the COVID-19: a cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2020; 7:2518-21. DOI: 10.18203/2394-6040.ijcmph20202536.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S.: Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3), 1-12. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lee S.A.: Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*, 44(7) (2020a), 393-401 DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481.
- Lee S. A.: How much “thinking” about covid-19 is clinically dysfunctional? *Brain, Behavior, and Immunity* 87 (2020b) 97-98. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.067.
- Ministero della Salute (2020). Che cos'è il nuovo coronavirus. Disponibile su: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=228>.
- OMS (2020a): Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponibile su: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- OMS (2020b): WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Disponibile su: <https://www.who.int/director->

[general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020](https://www.who.int/general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)

- Protezione Civile. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile. Bollettini giornalieri. Disponibile su: <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaa82fe38d4138b1>.
- The Coronavirus Anxiety Project. Disponibile su: <https://sites.google.com/cnu.edu/coronavirusanxietyproject/home>.
- Wanda M. Chernomas* and Carla Shapiro: Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2013; 10(1): 255–266. DOI: 10.1515/ijnes-2012-0032.
- Ying-Hui Jin: Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey, *Military Medical Research* (2020) 7:24. DOI: 10.1186/s40779-020-00254-8.
- Sherman A. Lee, Mary C. Jobe, Amanda A. Mathis, Jeffrey A. Gibbons: Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 74 (2020), DOI: 101016/j.janxdis.2020.102268

5. ALLEGATI

Ansia Covid-19 correlata in fase 2: studio cross-sectional per indagare il fenomeno “coronafobia” tra gli studenti di Infermieristica

Gentile Futuro Collega, sono Alessandro Silvestri, tesista dell'Università Politecnica delle Marche-Polo didattico di Pesaro, prossimo alla Laurea in Infermieristica.

Per riuscire a sviluppare la mia tesi Ti chiedo di dedicarmi un po' del tuo tempo per rispondere ad alcune domande e compilare tre brevissime scale validate.

L'obiettivo del mio lavoro è quello di misurare il livello di ansia correlata alla pandemia di Covid-19 in Fase 2 utilizzando le Scale CRBS, CAS e OCS, elaborate dal Prof. Sherman Lee della Christopher Newport University (Virginia, USA). Ti proporrò anche alcune brevi domande che riguardano il tuo vissuto in Fase 1, nel periodo corrispondente al lockdown. La compilazione è in forma anonima e richiederà solo 5 minuti.

I dati raccolti, poiché aggregati, saranno mantenuti anonimi al momento della pubblicazione e saranno utilizzati ai sensi del D.L.196/2003 sulla tutela dei dati personali nel rispetto della privacy.

Confido nella Tua partecipazione e Ti ringrazio per la Tua preziosa collaborazione. Per qualsiasi informazione o chiarimento puoi contattarmi alla seguente mail: silver_98@hotmail.it

***Campo obbligatorio**

1. Sesso *

Contrassegna solo un ovale.

Maschio

Femmina

2. Età *

3. Università *

4. Polo didattico *

5. Durante la Fase 1 della pandemia avresti voluto fare esperienza di tirocinio in reparti Covid? *

Contrassegna solo un ovale.

Si

No

Non so

6. Durante la Fase 1 della pandemia hai valutato la possibilità di lasciare gli studi di infermieristica per paura del contagio? * *Contrassegna solo un ovale.*

Si

No

Non so

7. Durante la Fase 1 della pandemia: *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto spesso
Sei stato in ansia per il tuo stato di salute?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei stato in ansia per lo stato di salute dei tuoi familiari/amici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ritieni di possedere tutte le conoscenze necessarie e di essere pronto per predisporre un piano di assistenza per pazienti Covid? * *Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No
- Non so

9. Nel caso in cui dovesse verificarsi un ulteriore picco di contagi, come infermiere alla tua prima esperienza, ti sentiresti sicuro a lavorare in reparti Covid? * *Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No
- Non so

10. Se dovessi iniziare oggi un percorso di formazione universitaria, sceglieresti di nuovo il Corso di Laurea in Infermieristica? * *Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No
- Non so

11. Ad oggi, il Covid ti fa paura? *

Contrassegna solo un ovale.

0	1	2	3	4			
	<hr/>						
	Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sono terrorizzato/a

12. OCS (Obsession with Covid-19 Scale): Quante volte hai vissuto le seguenti situazioni nelle ULTIME 2 SETTIMANE? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Per niente	Raramente, meno di uno o due giorni	Qualche giorno	Più di 7 giorni	Quasi ogni giorno durante le ultime 2 settimane
Ho avuto pensieri inquietanti sulla possibilità di avere contratto il coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho avuto pensieri inquietanti sulla possibilità che alcune persone che ho incontrato avessero contratto il coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non riesco a smettere di pensare al coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho sognato il coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. CAS (Coronavirus Anxiety Scale): Quante volte hai vissuto le seguenti situazioni nelle ULTIME 2 SETTIMANE? *

Contrassegna solo un ovale per riqq.

	Per niente	Raramente, meno di uno o due giorni	Qualche giorno	Più di 7 giorni	Quasi ogni giorno durante le ultime 2 settimane
Mi sono sentito frastornato, stordito, o senza fiato quando ho letto o sentito notizie riguardanti il coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho avuto difficoltà a prendere sonno o a dormire perché stavo pensando al coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sono sentito paralizzato o raggelato quando ho pensato o sono stato esposto ad informazioni sul coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho perso interesse nel cibo quando ho pensato o sono stato esposto ad informazioni sul coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho avvertito nausea o disturbi di stomaco quando ho pensato o sono stato esposto ad informazioni sul coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. CRBS (Coronavirus Reassurance-Seeking Behaviors Scale): Con quale frequenza hai effettuato le seguenti attività nelle ULTIME 2 SETTIMANE? *

Contrassegna solo un ovale per rias.

	Per niente	Raramente, meno di uno o due giorni	Qualche giorno	Più di 7 giorni	Quasi ogni giorno durante le ultime 2 settimane
Ho misurato la mia temperatura corporea per vedere se ero stato infettato dal coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho cercato informazioni in internet per capire se avevo i sintomi della malattia da coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho letto oppure ho guardato video per capire se ero stato infettato dal coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho parlato dei miei sintomi con altre persone per capire se ero stato infettato dal coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho parlato dei miei sintomi con un medico per capire se ero stato infettato dal coronavirus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google