



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'IMPATTO PSICOLOGICO DEL
COVID-19 SUL PERSONALE
INFERMIERISTICO DURANTE LA
PANDEMIA**

Relatore:
Dott.ssa Silvia Giacomelli

Tesi di Laurea di:
Alice Giuliodori

A.A. 2019/2020

*A Vincenzo,
mio nonno*

INDICE

INTRODUZIONE	p.7
---------------------------	------------

CAPITOLO 1: COVID-19, IL SARS-CoV-2

1.1 Struttura genomica.....	p.10
1.2 Trasmissione.....	p.11
1.3 Sintomi e latenza.....	p.12
1.4 Contagiosità e mortalità.....	p.13
1.5 Prevenzione e test diagnostici.....	p.13
1.6 I piani pandemici.....	p.15
1.7 SARS, MERS ed Ebola: cosa ci hanno insegnato.....	p.16

CAPITOLO 2: I DISTURBI PSICOLOGICI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO CAUSATI DALLA PANDEMIA

2.1 I principali disturbi di salute mentale nell'epoca Covid-19.....	p.20
2.2 Dallo stress al burnout.....	p.25
2.3 Lo stress.....	p.26
2.4 Lo stress post-traumatico.....	p.28
2.5 L'ansia.....	p.30
2.6 Il burnout.....	p.31

CAPITOLO 3 : L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SUL PERSONALE INFERMIERISTICO

3.1 Gli infermieri e le loro emozioni.....	p.34
3.2 Manifestazione dei sintomi psicologici, fattori di rischio ed impatto lavorativo.....	p.38
3.3 Infermieri, eroi o untori? Un passaggio psicologico.....	p.40
3.4 Nessuno si salva da solo: la comunità professionale.....	p.41
3.5 Il nuovo paradigma : la centralità dell'infermiere.....	p.41

CAPITOLO 4: ANALISI DEL QUESTIONARIO

4.1 Obbiettivi	p.43
4.2 Materiali e metodi	p.43
4.3 Analisi dei risultati	p.44
4.4 Discussione	p.69

CAPITOLO 5

Conclusioni	p.70
ALLEGATI	p.72
ACRONIMI	p.76
BIBLIOGRAFIA	p.77
SITOGRAFIA	p.78
RINGRAZIAMENTI	p.80

ABSTRACT

Background

Dopo aver duramente colpito la Cina nei mesi finali del 2019, l'epidemia da SARS-CoV-2 è esplosa ad inizio 2020 in Italia e in tutte le maggiori nazioni del mondo arrivando a dichiarare da parte dell'OMS di trovarci di fronte ad una Pandemia. La virulenza di questo virus ha causato una patologia tipica nota come polmonite interstiziale da COVID-19 che può portare alla morte. La gravità di questa malattia e l'alto grado di diffusione e contagiosità del virus hanno trovato tutti i Sistemi Sanitari impreparati a gestire e ad assistere un numero altissimo di pazienti con patologie infettive respiratorie. Il personale sanitario si è trovato a fronteggiare problemi e un carico di lavoro estremamente alto rispetto ad una patologia sconosciuta che ha imposto di sovvertire tutte le dinamiche assistenziali che finora si compivano in modo routinario. Se in un primo momento ci si è trovati di fronte all'assenza di DPI e alla carenza di personale, dovuta anche ai numerosi sanitari contagiati, si è poi dovuto affrontare tutti quei fattori di stress causati dal prolungato lavoro in condizioni di estrema emergenza. Si è ritenuto interessante perciò analizzare come gli operatori sanitari Infermieri in prima linea hanno risposto ai molteplici fattori di sovraccarico emotivo del lavoro in pandemia e quali sono stati i loro meccanismi di difesa.

Obbiettivi

Mediante l'ausilio di un questionario, non validato, si è provato ad analizzare i principali meccanismi di risposta allo stress degli infermieri e si sono approfondite le varie caratteristiche.

Metodi

La parte compilativa della ricerca è stata effettuata attraverso la consultazione di siti ufficiali e banche dati come Google Scholar, ILISI, PubMed.

La parte dello studio con riferimento ai fattori di stress che si sono esacerbati nella vita degli infermieri, è stata condotta mediante l'ausilio di un questionario non validato ad essi somministrato.

Risultati

Sono state approfondite le principali patologie e sintomatologie psicotiche e nevrotiche correlate. I risultati dell'indagine hanno rilevato un consistente aumento ed incidenza di stress lavoro correlato sul personale infermieristico, che ha dovuto cambiare modalità lavorative, cambiare colleghi per le numerose riorganizzazioni ed anche modificare stili di vita.

Conclusioni

A causa della pandemia gli operatori sanitari hanno sviluppato forti sintomi correlati allo stress ed al burnout. Questo evidenzia la necessità che vengano strutturati percorsi formativi adeguati al contesto pandemico, dopo un anno, nonché siano chiari e conosciuti i possibili cambiamenti organizzativi e di percorsi necessari a gestire una patologia infettiva su base respiratoria. E' altresì evidente la necessità di un sistema di supporto psicologico di ascolto e analisi sia delle èquipe multi professionali, sia di ogni singolo professionista infermiere, affinché esso possa fronteggiare le dinamiche dello stress lavoro correlato e trovi gli strumenti per non indurre in situazioni che possano aggravarsi ulteriormente nonché cronicizzarsi ed inficiare la qualità dell'assistenza.

INTRODUZIONE

Alla fine del 2019 in Cina viene isolato un virus denominato SARS-Cov-2, che provoca una patologia che viene chiamata Covid-19 (Corona Virus Disease 19), da lì a poco tempo dopo, il mondo moderno come lo conoscevamo, non sarebbe stato più lo stesso, l'OMS dichiarerà nei primi mesi del 2020 che ci trovavamo di fronte ad una Pandemia. L'uomo realizzava che non solo lui e le merci viaggiavano per ogni parte del mondo ma lo stesso virus ha viaggiato con loro. La natura riprendeva i suoi spazi spesso rubati ed aggrediti dall'arroganza dell'uomo.

Si sono verificati molteplici problemi, mancanze e sottovalutazioni che hanno contribuito ad un'ulteriore rapida diffusione del virus: l'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità effettua valutazioni di criticità che a distanza di un anno risultano evidentemente sbagliate, una mastodontica sottovalutazione di come il virus si sarebbe potuto diffondere a causa dei numerosi collegamenti tra i continenti.

I voli aerei diretti con la Cina verranno bloccati solo nel lontano 30 Gennaio 2020, ma rimarranno comunque disponibili i voli non diretti. Un'ulteriore mancanza, rilevata anche in Italia, fu quella legata ai Piani Pandemici che non venivano rinnovati dal 2007, e soprattutto non vi era alcuna applicazione dei suddetti in ambito regionale. La prima feroce e disarmante emergenza sanitaria del nostro paese fu infatti il non avere a disposizione scorte di DPI sufficienti per il personale sanitario per poter affrontare l'emergenza infettiva che si stava vivendo.

Volgendo lo sguardo ad un passato non così remoto, tante scelte compiute un anno fa sono da ritenersi superficiali e scellerate, perché acceleratori della diffusione del virus.

Numerosi gli assembramenti avvenuti e non rinviati come i festeggiamenti per il Carnevale, le partite di Champion League, a metà Febbraio 2020 ancora non vi era l'obbligo dell'uso delle mascherine neanche in ambito ospedaliero, dove anzi si riteneva che l'indossarle fosse fonte di paura per la cittadinanza.

In un clima di confusione mondiale e in una non capacità di leggere ciò che in passato era già avvenuto, con Sars, Mers ed Ebola, in Italia giungiamo ad un episodio che consideriamo il punto di inizio di una Pandemia che in realtà era già tale da mesi. Codogno, in provincia di Lodi, un ospedale qualunque di una città qualunque. Mattia Maestri, il paziente zero, poi paziente uno, ma in realtà sappiamo ora che non fu lui il

primo, fu solo il primo che la tenacia di una Dottoressa anestesista Annalisa Malara contro tutti eseguì un tampone molecolare che risultò positivo a Sars-Cov-2.

Si continuava a rinnegare il problema, con un meccanismo quasi di evitamento e di sola priorità a tematiche prettamente economiche, si commette di nuovo l'errore di credere che la diffusione sia limitata alla Cina, ora che sia limitato alla Lombardia ben presto il virus si diffonde in tutto il paese: il 9 Marzo 2020 tutta l'Italia entra in lockdown.

La maggior parte degli ospedali italiani sono già sovraccaricati, sprovvisti di DPI e di fronte ad un virus sconosciuto per cui nessuno sapeva come agire, come assistere e come curare.

Il Covid-19 ha quindi trasformato ogni aspetto delle strutture sanitarie ma anche delle vite di ogni persona.

La pandemia, come disse lo stesso Papa Francesco: “ci si è trovati tutti sotto la stessa tempesta, ma su barche diverse” , ha portato alla luce tutte le fragilità del nostro SSN e di come fosse stato trascurato e depauperato nello scorso decennio, ma anche tutte le fragilità di una società che veniva già da anni difficili per il lavoro, la diffusione della ricchezza e del benessere.

Ogni individuo ha dovuto trovare risorse per poter adattarsi alla nuova situazione che portava con sé paure ed incertezze profonde.

In ambito sanitario si è andati incontro ad una riorganizzazione strutturale e funzionale che ha visto in poco tempo cambiare la struttura originale delle unità operative nel riconvertirle e tentare di organizzarle come dei reparti di malattie infettive.

Ci si è trovati completamente impreparati di fronte al virus, nonostante le precedenti epidemie avevano fatto comprendere bene che il mondo doveva essere pronto a possibili emergenze.

Il non essere pronti ha portato ad un grande dispendio di denaro, perché la carenza di DPI ha generato un aumento vertiginoso dei prezzi e perché il mondo occidentale aveva completamente decentrato la produzione di questi in oriente. La stessa Cina stava affrontando l'emergenza pandemica e le merci non riuscivano più ad essere consegnate in tempi brevi come prima della pandemia.

Il personale sanitario, tutto, ha dovuto gestire un carico di lavoro inusuale, senza alcuna formazione e senza alcun sostegno psicologico, provocando stress, ansie, burnout, paure e dolore per il senso di impotenza di fronte a ciò che stava accadendo.

Potremmo parlare di cicatrici psicologiche che gli infermieri si trovano a portare con sé durante e dopo il lavoro nei reparti Covid.

Ciò richiede un approfondimento di quali sono stati i fattori che hanno portato ad una consistente vulnerabilità funzionale e strutturale del nostro SSN ma soprattutto di quanto dovremmo prenderci cura di chi cura.

La comunità professionale infermieristica si è unita come mai in passato, ma sarà necessaria una profonda rielaborazione di ciò che è accaduto e di ciò che sta ancora accadendo per poter proseguire ad erogare assistenza di elevata qualità non esaurendo le risorse psicologiche ed emotive dei professionisti.

CAPITOLO 1:

COVID-19, IL SARS-CoV-2

1.1 Struttura genomica

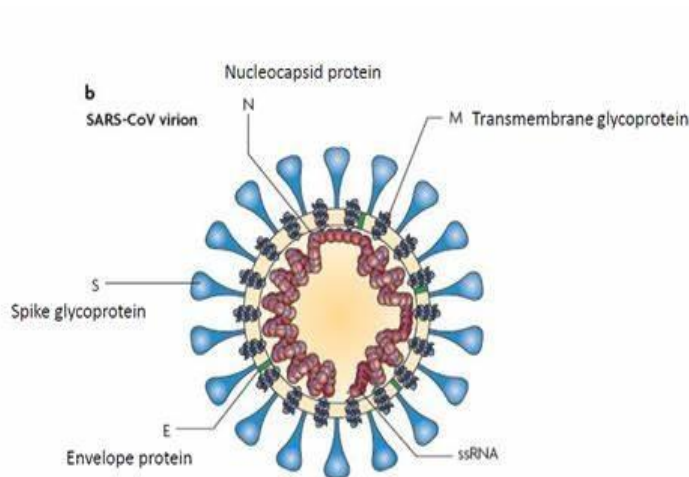


Figura 1: struttura virione SARS-CoV-2

COVID-19, sigla che sta per il Corona Virus Disease 19 (cioè malattia da coronavirus 2019, in quanto comparsa in Cina nel dicembre del 2019), è una malattia respiratoria causata da un virus, che è il coronavirus cosiddetto SARS CoV-2; come evidenziato al microscopio elettronico, appartenente alla famiglia Coronaviridae, le particelle virali hanno una forma sferoidale con un diametro di circa 100-160 nanometri. Presentano un envelope lipidico in cui sono ancorate le glicoproteine di superficie del virus che conferiscono alla particella virale una caratteristica forma a corona, da cui il nome coronavirus. Il genoma è costituito da RNA a singola catena a polarità positiva di circa 30 kb. Il virus contiene 4 proteine strutturali e 16 proteine non strutturali. L'attacco del virus alla cellula è mediato dall'interazione della proteina Spike con il recettore cellulare costituito dall'enzima angiotensina convertasi (ACE 2) a cui segue la sua internalizzazione e fusione con la membrana dell'endosoma tramite attività proteasiche e successivo rilascio nel citoplasma dell'RNA genomico. Questo viene immediatamente tradotto nelle poliproteine pp1a e pp1ab poi processate per dare la replicasi e altre proteine non strutturali responsabili della replicazione del genoma ed espressione delle

proteine strutturali e accessorie preceduta da una trascrizione discontinua di RNA subgenomici a polarità negativa su cui vengono sintetizzati i relativi RNA messengeri (mRNAs). Successivamente le proteine virali si assemblano con l'RNA genomico a cui segue il rilascio di nuove particelle virali.

Il SARS CoV-2 è emerso in Cina nel dicembre 2019 si è poi diffusa ad altri paesi. È un patogeno di probabile origine zoonotica. Si pensa che il reservoir, cioè il serbatoio di infezione, sia costituito dal pipistrello in quanto il virus umano è molto simile a uno dei virus, o meglio dei coronavirus del pipistrello. Al momento purtroppo non esiste una terapia specifica, un vaccino.

1.2 Trasmissione

Secondo l'OMS la prima forma di contagio di Covid-19 avviene tramite vie aeree. Durante la fase respiratoria ogni individuo produce una sorta di goccioline, che possono provenire da un banale starnuto o da colpi di tosse. Se ci si trova a meno di 1 metro dal soggetto potenzialmente infetto, siamo a rischio di contagio. Pertanto la trasmissione del Coronavirus può avvenire: per contatto diretto con il soggetto influenzato o per contatto diretto con gli ambienti e superfici utilizzati dalla persona contagiata. Alcuni studi pubblicati sul *New England Journal of Medicine* spiegano come avviene il contagio da Covid-19. Secondo gli studi una delle cause deriva dall'evaporazione delle goccioline prodotte da un infetto, le quali possono rimanere nell'area per lunghi periodi. Queste molecole potrebbero potenzialmente essere trasmessi ad altre persone anche per distanze superiori ad un metro. In presenza di soggetti che hanno difficoltà respiratorie che necessitano di intubazioni o ad aerosol il rischio di contrarre il virus aumenta notevolmente. Alcuni studi hanno dimostrato che analizzando l'aria presente in alcune situazioni che coercizione ospedaliera in presenza di pazienti sintomatici, l'aria conteneva particelle di Covid-19. Ci sono stati casi in cui non è stata rilevata la presenza del virus, questo non significa che non ci sia possibilità di contagi. L'OMS inoltre, sottolinea che nei vari esperimenti, seppur essendo rilevata la presenza del virus nell'aria, non ci sono rilevanze sulla sua capacità di contagio (Sanità, 2020).

Le attuali raccomandazioni dell'OMS sottolineano l'importanza di un uso razionale e appropriato di tutti i DPI. La raccomandazione riguarda non solo l'uso delle maschere appropriate, ma anche un comportamento corretto e rigoroso da parte degli operatori sanitari in particolare nelle procedure di levata e nelle pratiche di igiene delle mani. L'OMS raccomanda inoltre la formazione del personale su queste raccomandazioni, nonché l'approvvigionamento adeguati dei DPI necessari e di altre forniture e strutture. Infine, l'OMS continua a sottolineare la massima importanza dell'igiene delle mani frequente, dell'etichetta respiratoria e della pulizia ambientale (Broglietti, 2020)

1.3 Sintomi e latenza

I sintomi di Covid-19 variano sulla base della gravità della malattia, dall'assenza di sintomi (essere asintomatici) a presentare febbre, tosse, mal di gola, mal di testa, naso che cola, debolezza, affaticamento e dolore muscolare e nei casi più gravi, polmonite, insufficienza respiratoria, sepsi e shock settico, che potenzialmente portano alla morte.

I sintomi più comuni di Covid-19 sono:

- febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e brividi
- tosse di recente comparsa
- difficoltà respiratorie
- perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia)
- naso che cola
- mal di gola
- diarrea (soprattutto nei bambini).

(Salute, 2021)

In media il tempo di incubazione del nuovo coronavirus è risultato essere di 5,1 giorni, in un intervallo complessivo che va dai 2 agli 11,5 giorni. Il 97,5% circa dei casi, per essere precisi, ha sviluppato i sintomi della malattia entro 11,5 giorni, il 2,5% circa li ha manifestati già dopo 2 giorni dall'infezione (Magistrone, 2020).

1.4 Contagiosità e mortalità

R_0 è uno dei parametri fondamentali nell'ambito di una malattia infettiva (e di una pandemia) e indica il “numero di riproduzione di base” che rappresenta il numero medio di infezioni secondarie prodotte da ciascun individuo infetto in una popolazione completamente suscettibile, cioè mai venuta a contatto con il nuovo patogeno emergente, come spiega l'Iss. In parole più semplici si tratta del criterio con cui si misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva, ovvero il numero di persone che ogni malato può contagiare.

L'Istituto Superiore di Sanità spiega, declinando con un esempio pratico la teoria: "Se l' R_0 di una malattia infettiva è circa 2, significa che in media un singolo malato infetterà due persone. Quanto maggiore è il valore di R_0 e tanto più elevato è il rischio di diffusione dell'epidemia. Se invece il valore di R_0 fosse inferiore ad 1 ciò significa che l'epidemia può essere contenuta”(Panzeri, 2020).

Non è possibile effettuare un calcolo preciso della mortalità da Covid-19, questo perché dipende da molti fattori non calcolabili precisamente, come il luogo, il case mix dei pazienti, le cause di mortalità effettiva. E' stato stimato un tasso di mortalità intorno allo 0,05% negli under 70, sotto questa percentuale invece si trova il tasso di mortalità per il resto della popolazione più giovane.

1.5 Prevenzione e test diagnostici

Per quanto riguarda le misure di prevenzione e controllo chiaramente il tutto deriva dalla modalità di trasmissione. Siccome è un virus che si trasmette in particolare per via respiratoria e si trasmette per contatto relativamente ravvicinato (come potrebbe essere per esempio all'interno del nucleo familiare o all'interno di un ospedale) le misure principali sono basate su quello che noi definiamo come “distanziamento sociale”: quindi l'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2, che si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo

di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione e la quarantena, che invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

Mi sembra quindi giusto riportare qui di seguito la definizione di contatto stretto, particolarmente importante perché definisce la necessità di dover effettuare le eventuali valutazioni, se considerare quella persona all'interno della catena epidemiologica o no. Le valutazioni da fare sono: se la persona condivide la casa con un caso di Covid-19 o se c'è stato un contatto fisico diretto o con le secrezioni di un caso di Covid-19 oppure una persona che ha avuto un contatto diretto, per esempio faccia a faccia, con un caso di Covid-19, a una distanza minore di 2 metri e una durata maggiore di 15 minuti. E' dunque importante sia il tipo di contatto, sia il tipo di ambiente in cui si è svolta l'interazione tra la persona che l'uso di DPI.

Nella raccolta dei campioni clinici per la diagnosi del SARS-CoV-2 l'OMS divide due categorie principali, con funzioni differenti e complementari: i test molecolari, tra cui il cosiddetto tampone, che intercettano la presenza di materiale genetico virale, rivelando se è in atto l'infezione; e i test anticorpali, chiamati comunemente sierologici, che cercano gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario in risposta all'infezione, per scoprire se una persona è entrata in contatto con il sars-cov-2 negli ultimi mesi. I primi fotografano la situazione del momento, rivelando l'infezione in corso e quindi il singolo contagio, mentre i secondi aiutano a ricostruire la trasmissione del virus tra la popolazione e a monitorare il suo grado d'immunizzazione, da cui dipenderà l'evoluzione della pandemia.

In entrambe le categorie sono state sviluppate più tipologie di analisi che differiscono per affidabilità e sicurezza, facilità di esecuzione e tempi di risposta.

Il gold standard per la diagnosi delle malattie infettive raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) è il test molecolare, comunemente chiamato tampone, che identifica la presenza del materiale genetico del virus in campioni biologici attraverso la tecnica in provetta della *reverse transcription-polymerase chain reaction*. Grazie a questa tecnica vengono copiate più volte delle

porzioni specifiche del genoma virale fino a renderle “visibili”: se queste porzioni sono presenti nel campione, il test risulterà positivo; in caso contrario, sarà negativo. Il test viene fatto sul materiale biologico prelevato con un bastoncino lungo, simile a un cotton fioc, dalle basse vie respiratorie, come espettorato, aspirato endotracheale o lavaggi bronco alveolari (Tonon, 2020).

1.6 Emergenza sanitaria e piani pandemici

Quella del nuovo coronavirus è stata dichiarata dall’ OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Deriva da un Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) del 2005. Si tratta di uno strumento giuridico internazionale, che come obiettivo va a garantire la massima sicurezza contro la diffusione di malattie contagiose a livello internazionale, con la minima interferenza possibile sul commercio, sui movimenti internazionali e sui movimenti di popolazione. Questo perché chiaramente si deve sempre raggiungere una sorta di equilibrio e di compromesso fra la tutela della salute della popolazione e, allo stesso tempo, la tutela dell’economia globale. Quindi le misure che si prendono sono misure che tengono conto sia della tutela della salute del cittadino che della tutela dell’economia globale e della collettività in senso più ampio.

È un evento straordinario, non è un evento comune. In base al Regolamento Sanitario Internazionale deve costituire un rischio di sanità pubblica per altri Stati, quindi non basta che sia a livello di uno Stato singolo. Finché la diffusione è confinata all’interno di uno Stato (come era all’inizio per il coronavirus che era confinato all’interno di una area della Cina) evidentemente non scatta la dichiarazione. La dichiarazione scatta quando invece altri paesi vengono messi a rischio, o addirittura sono coinvolti, da questo evento straordinario e questo evento richiede una risposta internazionale coordinata. Non è un più quindi un affare di un singolo stato, ma deve essere un affare che coinvolge multiple entità statali.

Quindi in base a una valutazione complessiva specifica dei criteri del Regolamento Sanitario Internazionale (l’impatto e la gravità; l’inusuale/inattesa comparsa; la diffusione internazionale e restrizioni al commercio o al traffico internazionale che possono nemmeno essere previste) è stato dichiarato l'outbreak, ovvero i focolai di

nuovo coronavirus sono stati dichiarati appunto come un'emergenza sanitaria di livello globale.

Per concludere a livello internazionale il 30 gennaio del 2020, ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale 2005, la malattia da nuovo coronavirus, definita come Covid-19, è stata dichiarata quindi emergenza di sanità pubblica globale di rilevanza internazionale. I paesi europei, sulla base di quelli che sono i regolamenti vigenti, si stanno preparando ad affrontare un eventuale circolazione, che ormai è una circolazione di fatto della SARS CoV-2. Dobbiamo dire che purtroppo, dopo alcune piccole catene di trasmissione che si erano verificate in Germania in Francia, l'Italia è stato il paese per primo colpito in maniera pesante da questo coronavirus. In Italia c'è una diffusione a livello di più regioni che sta mettendo a dura prova la reattività del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Il 31 gennaio 2020 nel nostro paese è stata dichiarata un'emergenza sanitaria per un periodo di 6 mesi.

1.7 SARS, MERS ed Ebola: cosa ci hanno insegnato

MERS (dall'inglese Middle East Respiratory Syndrome) o Sindrome Respiratoria Mediorientale, e SARS (dall'inglese Severe Acute Respiratory Syndrome) o Sindrome Respiratoria Acuta Grave, sono due malattie respiratorie causate dai Coronavirus. I Coronavirus sono virus che circolano normalmente negli animali e nell'uomo, nel quale possono causare malattie lievi e frequenti come il raffreddore, oppure possono causare malattie più gravi e molto più rare come appunto MERS e SARS. Questi virus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi possono evolversi, infettare l'uomo e trasmettersi da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse quando si starnutisce o si tossisce. In particolare, il passaggio di Coronavirus dagli animali all'uomo è uno dei meccanismi che possono favorire la nascita di un nuovo Coronavirus che causa malattie infettive trasmissibili da persona a persona, come è avvenuto sia per SARS che per MERS. La SARS è stata descritta per la prima volta in Cina nel 2002, da qui si è diffusa in altri Paesi in Asia e nel Nord-America fino al 2004, da quando non sono più stati segnalati casi in nessuna nazione. I sintomi principali sono la febbre elevata, il malessere, il fiato corto e la tosse secca. Dopo una settimana circa, compaiono molto spesso i sintomi di

una polmonite. Il periodo di incubazione della SARS era di circa 2 - 10 giorni per un massimo di 13 giorni. Nella maggior parte dei casi i sintomi comparivano entro 2 - 3 giorni dall'esposizione al virus. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la SARS ha causato più di 800 decessi. I contagi sono stati circa 8.000, sparsi in 30 Paesi. Il numero maggiore di decessi si è avuto in Cina e in Canada. La mortalità del virus è stata del 10%.

Dieci anni dopo SARS, è comparsa in Medio Oriente (Giordania e Arabia Saudita) MERS, la Sindrome respiratoria medio-orientale, che rispetto alla SARS ha avuto una minore diffusione nel mondo. I sintomi principali della MERS sono febbre, tosse e fiato corto. Sono frequenti le complicazioni come polmonite e insufficienza renale. I casi di MERS descritti finora si sono verificati nella penisola arabica o nei Paesi circostanti. In questi Paesi si continuano a segnalare casi di MERS. Sembra che il virus che causa la MERS si trasmetta meno facilmente da persona a persona rispetto al virus della SARS, ma è in grado di causare una malattia più grave con un tasso di mortalità più elevato. La mortalità per MERS, infatti, è del 30% circa.

Sia SARS che MERS hanno interessato soprattutto adulti e anziani, mentre entrambe le malattie sono rare in età pediatrica. Nei bambini, queste infezioni di solito non danno sintomi o si manifestano in modo più lieve rispetto agli adulti. Durante l'epidemia di SARS del 2003, i casi di contagio certificati tra i bambini furono solo 80, mentre quelli sospetti 55. Nessun bambino o adolescente morì a causa della SARS. Durante l'epidemia di MERS nel 2012 in Medio Oriente, la maggior parte dei bambini contagiati non ha manifestato sintomi.

Negli adulti invece, soprattutto in persone con malattie croniche o in cura per un tumore, MERS e SARS si sono in alcuni casi aggravate fino all'insufficienza respiratoria.

Comprendere come i Coronavirus passano dagli animali all'uomo e come si adattano all'uomo è fondamentale per la prevenzione e il controllo delle nuove malattie causate da questi virus. Per questo è importante controllare attentamente l'inizio di focolai di malattie respiratorie inattesi e di origine sconosciuta.

Infatti, sia per SARS che per MERS la sorveglianza epidemiologica e virologica ha permesso di comprendere come queste infezioni si sono diffuse nella popolazione, con

quale velocità, con quale distribuzione geografica e quali sono le caratteristiche delle persone infette. Queste informazioni sono fondamentali per attuare le misure di prevenzione e i trattamenti più adeguati che comprendono l'identificazione precoce e l'isolamento dei malati.

Tale osservazione avrebbe dovuto essere rilevante per l'aggiornamento continuo dei piani pandemici negli anni: è infatti importante ricordare come la SARS, la MERS e l'Ebola sono state malattie epidemiche diffuse su vasta scala in alcune parti del mondo, che ci avrebbero dovuto insegnare a fronteggiare meglio nuovi patogeni e soprattutto ci avrebbe dovuto aiutare a capire l'importanza "dell'essere sempre pronti"; La popolazione della Terra potrebbe trovarsi a fronteggiare una nuova malattia infettiva ogni anno. Lo afferma Gro Harlem Brundtland, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dopo che gli esperti hanno tirato le somme dei cento giorni trascorsi da quando l'OMS ha lanciato per la prima volta l'allarme sul pericolo della polmonite atipica. "La SARS - predice Brundtland - non sarà l'ultima nuova malattia a trarre vantaggio dalle condizioni di un mondo globalizzato. Negli ultimi due decenni, sono emerse nuove malattie con un tasso senza precedenti di una all'anno. Questo trend probabilmente continuerà" (Ciofi, 2020).

Al momento dell'inizio della pandemia, esisteva un Piano Pandemico, quello del 2018, elaborato in conseguenza all'epidemia di Aviaria del 2003; in questa occasione l'OMS ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo linee guida concordate.

L'obiettivo del Piano era rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.

5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.

6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano erano:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.

2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).

3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.

4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.

5. Mettere a punto un piano di formazione.

6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione.

7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

La mancata attuazione di tutti questi punti, ha portato ad un blocco del sistema che ha fatto sì che l'epidemia sfuggisse di mano e diventasse una pandemia globale (Sanità I.s., 2020).

CAPITOLO 2:

I DISTURBI PSICOLOGICI DEL PERSONALE INFERMERISTICO CAUSATI DALLA PANDEMIA

2.1 I principali disturbi di salute mentale nell'epoca Covid-19

Sigmund Freud, medico neurologo viennese, è universalmente riconosciuto come il fondatore della psicoanalisi. La sua opera monumentale si indirizza in senso clinico utilizzando l'analisi dei casi allo scopo di giungere a formulazioni teoriche. Freud attribuisce l'algoritmo delle nevrosi a difese psicologiche, che prendono la forma di rimozioni, contro il manifestarsi di pulsioni sessuali: la cura psicanalitica mira a far riaffiorare a livello della coscienza, mediante l'interpretazione dei sogni, le libere associazioni e gli atti mancanti del paziente, ciò che è stato da lui rimosso.

Abbiamo un'impostazione topografica dell'apparato psichico che ne identifica tre sistemi:

- inconscio: costituito da pensieri, desideri, idee, il cui accesso alla coscienza è sbarrato da forze che si oppongono a ciò. Noi possiamo attraverso differenti vie e comunque con l'impiego di grandi quantità di energie.
- Preconscio: sono desideri, idee, pensieri che non sono coscienti ma che lo possono diventare con uno sforzo dell'attenzione.
- Conscio: l'esperienza vissuta in maniera consapevole.

Accanto a questa impostazione vi è una concezione strutturale, in cui abbiamo un raggruppamento funzionale dei processi mentali, funzionalmente collegati tra loro:

- L'Es è la sede delle pulsazioni, dal punto di vista topico è l'inconscio. Da un punto di vista economico è il serbatoio dell'energia psichica, mentre da un punto di vista dinamico può entrare in conflitto con la realtà esterna, l'Io.
- L'Io dal punto di vista strutturale è quell'istanza psichica responsabile dei rapporti tra mondo interno e mondo esterno, fra soggetto e ambiente. L'io è in parte conscio e in parte inconscio.

- Il Super Io comprende i nostri precetti morali e le nostre aspirazioni ideali. La sua disapprovazione si esprime attraverso il senso di colpa. Esso trae origine dall'interiorizzazione (processo mediante il quale delle relazioni con oggetti esterni si trasformano in relazioni intrapsichiche).

Particolare attenzione va posta al Super Io nella tematica degli operatori sanitari relativamente al lavoro a contatto con il Covid-19.

In termini psicologici, ogni atteggiamento mentale, azione o forma di adattamento che tendono a farci evitare stati di disagio, possono essere validamente intesi in psicologia come esempi di meccanismi di difesa. Quest'ultimi sono veri e propri processi mentali inconsci automatici e involontari messi in atto dall'Io.

Principali meccanismi di difesa:

- Rimozione: è un'attività dell'Io che sbarra la via della coscienza a qualsiasi idea, fantasia, impulso proveniente dall'Es. Da una parte avremo la carica pulsionale dell'Es, che tende al soddisfacimento, dall'altra la controcarica dell'Io che vi si oppone. L'equilibrio tra carica e controcarica non è stabile, ma dinamico.
- Formazione reattiva: è un meccanismo di difesa in cui gli impulsi inaccettabili di una posizione ambivalente vengono rimossi, ossia esclusi dalla coscienza, mentre quelli accettati vengono sopravvalutati e appaiono a livello del comportamento cosciente.
- Isolamento: è un meccanismo di difesa mediante il quale il soggetto isola un pensiero, un affetto da tutto il resto della propria esistenza.
- Annullamento: è un meccanismo di difesa a disposizione dell'Io che si traduce nel tentativo di rendere non avvenuti pensieri e comportamenti attraverso atti che incoscientemente o coscientemente hanno un significato opposto: con questo meccanismo si degrada la realtà.
- Regressione: è un ritorno a comportamenti, modi di agire e di pensare tipici di fasi precedenti dello sviluppo rispetto a tappe evolutive già raggiunte. E' una difesa che una persona mette in atto quando è incapace di vivere il presente perché carico di problemi.

- Proiezione: un impulso, un'idea, un sentimento, una fantasia che il soggetto avverte come inaccettabile per sé vengono attribuiti al mondo esterno.

Le patologie di interesse psichiatrico sono numerose, così come numerosi sono i fattori che stanno alla loro origine.

I fattori vengono distinti tra:

- Biologici: cioè la familiarità, il bagaglio genetico di ciascun individuo
- Culturali
- Sociali: come la pandemia che stiamo vivendo, può avere un forte impatto sull'umore delle persone, in special modo su coloro che si trovano in prima linea.
- Psicologici

La classificazione dei disturbi mentali è:

- Psicosi
- Nevrosi
- Reazioni
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi correlati all'abuso di alcool
- Sindromi da deficit di attenzione
- Demenze
- Stress-post traumatico
- Disturbi della personalità

Le principali classi di disturbi che si sono presentate con sintomi psicologici negli infermieri durante la pandemia da Covid-19 sono state due: reazioni nevrotiche e psicotiche.

Nevrosi

La nevrosi è sempre stata considerata come un disturbo funzionale, e quindi non conseguente ad una lesione anatomica, che realizza a livello soggettivo uno stato di malessere rappresentato come disagio e sofferenza psichica che si riflette spesso nelle relazioni con l'ambiente. Una caratteristica assai comune nelle nevrosi risulta essere un deficit nella necessaria plasticità di risposta all'ambiente circostante, con conseguenze che possono riguardare anche il rendimento sociale e lavorativo del soggetto colpito. A questa accezione va posta particolare importanza, in quanto ci spiega come l'operatore sanitario affetto porti un rendimento lavorativo minore nell'emergenza Covid-19.

Il nevrotico inoltre è ben consapevole della sua situazione, ma non riesce a fare a meno di comportarsi in tale modo.

La sintomatologia nevrotica si esprime con sintomi psichici quali ossessione, fobie, ansia e inoltre tachicardia, sudorazione, disturbi gastrointestinali.

Le quattro nevrosi si distinguono in:

- Isterica: si esprime con una sintomatologia varia e mutevole, si ritrova in tratti di personalità facili alla suggestione, all'egocentrismo, all'estrema sensibilità.
- Ossessiva: l'aspetto essenziale di questa sindrome è dato dall'ossessione che implica la presenza di pensieri, azioni in uno stato di assoluta incoercibilità non controllati dal soggetto. E' caratterizzata da comportamenti inconsulti ed illogici.
- Fobica: si concretizza con un ingiustificato e irrazionale timore per le situazioni che normalmente non destano preoccupazione.
- Ansiosa: l'ansia è una funzione fisiologica della mente che mette a confronto lo stimolo con la storia del soggetto determinando un conflitto intrapsichico che attiva i meccanismi di difesa

Psicosi

La psicosi è una malattia psichiatrica grave in cui si verifica una frattura tra il soggetto e la realtà. Il soggetto ha difficoltà nel distinguere chiaramente tra sé e la realtà esterna. Si possono identificare psicosi organiche, frutto di un'alterazione somatica, e psicosi funzionali, nelle quali non esiste un danno organico. Alle psicosi funzionali appartengono:

- Le sindromi schizofreniche, caratterizzate da una dissociazione delle differenti funzioni psichiche: le idee sono tra loro collegate in modo incongruo, bizzarro, tanto che riducono la persona in un mondo artistico scollegato dalla realtà.
- Sindromi deliranti paranoiche, caratterizzate da idee deliranti permanenti e allucinazioni riferite a un unico tema.
- Psicosi maniaco-depressive, in cui abbiamo un'alterazione dell'affettività, che si esprime con squilibri del tono dell'umore, dall'euforia alla depressione.
- Mania, è il contrario della depressione e si manifesta con uno stato di ipereccitazione delle funzioni psichiche.
- Depressione, cioè un grave abbassamento del tono dell'umore e un sentimento di tristezza e sofferenza accompagnato da un'inibizione motoria.

Può manifestarsi come episodio singolo o essere caratterizzato da episodi ricorrenti. La gravità di questo disturbo dell'umore è significativamente condizionata dal numero di episodi depressivi, dalla loro frequenza e gravità. E' inoltre un disturbo frequente e importanti sono le ricadute sulla qualità della vita.

E' una malattia invalidante che coinvolge spesso sia la sfera affettiva che cognitiva della persona, influenzando negativamente in modo disadattativo sulla vita familiare, lavorativa, sullo studio, sulle abitudini alimentari e riguardo il sonno (insonnia), sulla salute fisica con forte impatto dunque sullo stile di vita e la qualità di vita in generale.

Un ruolo importante in questa patologia è svolto dai farmaci, tipicamente i pazienti sono trattati con farmaci antidepressivi e spesso anche con la psicoterapia.

(Marina Vanzetta, 2014)

2.2 Dallo stress al burnout

“Relazione con il mondo esterno attraverso modelli comportamentali non condivisi e maladattativi”

Il disturbo psichico, a differenza delle malattie che colpiscono la sfera corporea, riguarda un aspetto della persona che in apparenza è meno visibile e più immateriale: quello psicologico e relazionale. Per questo motivo è più difficile concepirlo come malattia.

Il comportamento maladattativo implica la perdita dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana, nella capacità di soddisfare i propri bisogni, nella capacità di autocura, ne consegue un comportamento non adeguato alla richiesta dell'ambiente circostante; i soggetti portatori di disturbi psichici non sono più in grado di vivere nel “mondo della vita”.

Tutti sanno cosa sono ansia e stress, ma non tutti sanno che possono portare fino ad una sindrome di burnout. Tali sindromi colpiscono determinate persone, sottoposte per un lungo periodo a situazioni particolarmente stressanti.

Alcune categorie di lavoratori, a causa di particolari fattori stressogeni legati all'attività professionale, sono soggetti a rischio. Tale condizione è caratterizzata da affaticamento fisico ed emotivo, atteggiamento distaccato, apatia nei rapporti interpersonali e frustrazione. Lo stress è quindi la scintilla che può innescare questo processo degenerativo psico-fisico, se d'altra parte lo stress fa parte della vita e forse, in una certa misura, è necessario. A livello organizzativo ci sono numerosi aspetti comuni a questi disturbi psichici, dovuti soprattutto ai cambiamenti sul lavoro, e in parte anche agli effetti della globalizzazione economica. Essa infatti, prima anche tra le cause primarie di diffusione del virus SARS-CoV-2 a livello mondiale, ha dato luogo a mutamenti importanti della natura del lavoro ed intensificato la pressione esercitata sugli operatori: le persone devono far fronte ad una crescente incertezza, maggiore produttività e flessibilità.

Le aziende ospedaliere diventano fabbriche di stress, soprattutto perché tali disturbi sono più comuni nelle professioni in rapporto con la gente. Lo stress ha effetti deleteri non solo per la salute dei lavoratori ma anche sui risultati delle aziende, allenta

l'impegno dei lavoratori, bisogna quindi creare una situazione in cui il lavoratore si senta gratificato e spinto a lavorare senza andare in sovraccarico.

(Paolo Barelli, 2004)

2.3 Lo stress

I disturbi da stress hanno origine in conseguenza a gravi eventi traumatici vissuti dalle persone come aggressioni, incidenti, attentati. Sono caratterizzati da una triade sintomatologica:

- pensieri intrusivi
- sensazione di rivivere l'esperienza traumatica
- incubi notturni

Il paziente colpito da questi disturbi da stress hanno origine in conseguenza a gravi eventi traumatici vissuti dalla persona tende a manifestare ipersensibilità e paura agli stimoli e alle situazioni che possono ricordare l'evento. Gradualmente il senso di insicurezza può portare da un lato a sviluppare scoppi d'ira e aggressività e, dall'altro ad un progressivo isolamento.

Storia

Lo stress è il minimo comun denominatore delle reazioni dell'organismo a ogni tipo concepibile di esposizione, stimolo o sollecitazione, ovvero lo stereotipo, il modello generale di reazione dell'organismo ai fattori di stress di qualunque tipo. Un altro modo per descrivere il fenomeno "stress" è quello di far riferimento a Selye (1971) che lo ha definito il ritmo di usura dell'organismo, una sorta di stimolo ad accelerare ed intensificare le reazioni che prepara l'organismo all'azione, all'attività muscolare o di altro tipo.

Secondo la "Health and Safety Commission britannica (1999), lo stress è la reazione che le persone manifestano in risposta a eccessive pressioni o sollecitazioni alle quali sono sottoposte.

Una definizione analoga è fornita dal "National Institute for Occupational Safety and Health" : lo stress dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non

sono commisurate alla capacità, risorse ed esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni.

Al giorno d'oggi le condizioni di vita sono mutate radicalmente e le reazioni da stress sono diventate obsolete, tuttavia essendo determinate geneticamente, sono destinate a mutare in una prospettiva a lungo termine. Questo è il motivo per cui associamo ancora oggi lo stress alle pressioni a lunga durata, alle quali siamo esposti sul lavoro e nell'ambiente che ci circonda.

Fisiologia

Agli arbori della storia dell'umanità, lo stress ha aiutato i nostri antenati a sopravvivere quando dovevano fronteggiare, per esempio, un branco di lupi. In risposta la corteccia celebrale segnalava all'ipotalamo che occorreva predisporre l'organismo alla lotta o la fuga, ossia all'attività fisica, per far fronte alla minaccia. L'ipotalamo, direttamente o indirettamente, trasmetteva il segnale a tutte le parti del corpo attraverso tre apparati distinti ma strettamente correlati, il sistema nervoso, il sistema endocrino e il sistema immunitario, per aumentare la preparazione in vista della lotta o della fuga. In risposta il cuore iniziava ad accelerare il battito e i polmoni ad intensificare il ritmo respiratorio. Si verificava così una dilatazione dei vasi sanguigni che alimentavano i muscoli a spese di alcuni degli organi viscerali, temporaneamente in secondo piano in caso di emergenza. L'aumento della secrezione di ormoni adrenalina e noradrenalina consentiva di aumentare l'immissione nel flusso sanguigno di due importanti "carburanti", il glucosio e gli acidi grassi degli organi in cui erano immagazzinati.

Questo insieme di reazioni facilitava la preparazione alla lotta o alla fuga, all'attività fisica.

(Paolo Barelli, 2004)

2.4 Lo stress post-traumatico

E' un disturbo mentale che si manifesta in seguito a eventi disastrosi e tragici, da questa accezione possiamo capire come una pandemia, vissuta in prima linea, possa essere essere vissuta come tale.

Si possono manifestare ricordi improvvisi dell'evento, la persona può cercare di evitare tutto ciò che potrebbe riportare a quel momento e avere dei comportamenti caratterizzati da eccessiva vigilanza perché si sente ancora e sempre minacciata da quanto subito.

La causa è quindi un evento che ha messo a repentaglio la sopravvivenza dell'individuo, ma ci sono fattori biologici e psicosociali che interagiscono tra di loro, contribuendo all'insorgenza e allo sviluppo dei sintomi.

Tali fattori sono: pre-traumatici, come il sesso femminile, precedenti disturbi mentali, fattori ambientali e post-traumatici, come la gravità e le condizioni del trauma.

Secondo il DSM-5 per la diagnosi del disturbo post-traumatico, devono essere presenti oltre che determinati sintomi, criteri diagnostici.

Criteri diagnostici

- Esposizione a morte
- Grave lesione
- Violenza sessuale

Tali eventi possono essere vissuti in maniera diretta, vi si può assistere o vi si può essere coinvolti sentimentalmente.

Sintomi

- Ricordi spiacevoli e ricorrenti
- Sogni spiacevoli e ricorrenti
- Reazioni dissociative (flashback)
- Sofferenza psicologica
- Evitamento nel rievocare ricordi spiacevoli
- Irritabilità

- Aumento vigilanza e allerta
- Insonnia

Il disturbo da stress post traumatico produce un'importante compromissione fisica, psicologica e sociale, responsabile di un'elevata riduzione delle prestazioni lavorative degli infermieri.

Coping

La principale strategia di coping è data dalla psicoterapia: vengono applicati interventi orientati all'esposizione. Essi si basano sull'esposizione graduale a stimoli temuti (ricordi o situazioni), in assenza delle conseguenze negative sulla persona. L'obiettivo è fare in modo che, con il tempo, la paura associata allo stimolo cessi grazie al nuovo insegnamento.

Altri interventi applicati sono terapie cognitive, ossia ci si occupa dei pensieri disfunzionali sottesi al comportamento di evitamento, come l'errata interpretazione delle situazioni, intervenendo direttamente su questi schemi di pensiero.

Un ultimo intervento è la desensibilizzazione e rielaborazione, con cui l'individuo impara a gestire le emozioni negative e riprogrammare i pensieri distorti che lo accompagnano.

Con la terapia farmacologica si può ricorrere invece all'uso di antidepressivi, che riequilibrano i neurotrasmettitori implicati nella genesi dei sintomi, migliorando i comportamenti.

(Association, 2014)

2.5 L'ansia

L'ansia è una funzione fisiologica della mente che è rappresentata da un vissuto penoso con un senso di minaccia rivolto a sé proveniente da una fonte ignota. E' sia un sentimento, nel senso di un'esperienza vissuta, sia un segnale d'allarme utile all'attivazione delle difese intrapsichiche.

Uno stimolo viene messo a confronto con la storia del soggetto determinando un conflitto intrapsichico che attiva i meccanismi di difesa. Se le difese sono efficaci l'ansia viene meno, se al contrario risultano inefficaci allora l'ansia viene percepita. In taluni soggetti e in talune situazioni lo sforzo messo in atto per mobilitare le difese è talmente grande da risultare antieconomico: in queste situazioni si manifesta il sintomo psichiatrico.

L'ansia quindi è una risposta utile che consente alla persona di reagire a una situazione di pericolo. Peplau descrive l'ansia come un'energia motivazionale, senza la quale la persona non avrebbe interesse a mettere in atto determinati comportamenti.

Tuttavia quando il livello d'ansia diventa eccessivo la persona viene sopraffatta dal sentimento negativo e non riesce più a mettere in atto comportamenti coerenti con la situazione da affrontare. In questo senso l'ansia può quindi diventare un sintomo di un disturbo.

Sintomatologia (fisica):

- Aumentata vigilanza
- Aumenta coagulazione
- Aumentata frequenza cardiaca e pressione arteriosa
- Aumentata sudorazione
- Circolazione sanguigna dirottata verso i muscoli scheletrici
- Aumentata frequenza respiratoria
- Sensazione di malessere
- Contrazioni muscolari
- Digestione rallentata

- Minore risposta immunitaria

Sintomatologia (psichica):

- Blocco del pensiero sul proprio stato emotivo
- Aumentato senso di apprensione e paura
- Senso di inquietudine

Le crisi d'ansia hanno inoltre manifestazioni acute caratterizzate dagli effetti conseguenti alla ridotta ossigenazione dei tessuti muscolari e cerebrali dovuta all'iperventilazione, caratteristica della reazione di attacco o fuga.

(Paolo Barelli, 2004)

2.6 Il burnout

L'OMS definisce il burnout come una sindrome causata da uno stress lavorativo cronico e mal gestito e lo riconosce come un fenomeno occupazionale.

Storia

Guardando alla storia di tale sindrome, la sua comparsa risale agli inizi del novecento. Il primo fu Krepelin che durante le sue ricerche rilevava disagi particolari legati alla professionalità relativamente "all'esaurirsi".

Letteralmente il termine significa "essere bruciati, cotti"; il termine nella sua accezione attuale, è stato introdotto da Freudenberg (1974) per descrivere una particolare forma di reazione allo stress lavorativo, soprattutto in quelle professioni nelle quali il rapporto con l'utente assume un'importanza centrale in termini di significato e di lavoro in sé.

Tra gli altri psicologi che hanno affrontato lo studio sistematico vi è Christina Maslach (1976-78) che lo definisce sia come perdita di interesse per la gente con cui si lavora, in risposta allo stress, sia come tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico.

Un terzo psicologo che in seguito ha studiato questa sindrome è C. Cherniss, che nel 1980 definisce il burnout come un ritiro psicologico dal lavoro in risposta ad un eccessivo stress o insoddisfazione. Indica quindi la perdita di entusiasmo, di interesse e il senso di responsabilità.

In Italia questo fenomeno è stato definito nel 1978 dallo psicologo Palmonari.

Quando lo stress vince: il burnout

Il burnout è una sindrome da esaurimento emotivo, di depersonalizzazione, di ridotta realizzazione personale, che può insorgere in lavoratori che operano a contatto con altre persone. L'esaurimento emotivo si riferisce alla sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri; la depersonalizzazione identifica una risposta e sgarbata nei confronti delle persone che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura. Infine, la ridotta realizzazione personale è riferita alla sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza, così come il proprio desiderio di successo, diminuisca. Maslach evidenzia che il burnout, accompagnandosi ad un deterioramento del benessere fisico, a sintomi psicosomatici come l'insonnia e psicologici come la depressione, la bassa stima di sé, comprometta i rapporti con gli altri sia nell'ambito lavorativo che al di fuori di questo.

Ci sono individui considerati maggiormente a rischio:

- I lavoratori più giovani, non coniugati e all'inizio della carriera lavorativa. Persone che non sembrano capaci di controllare i propri impulsi ostili tenderebbero, in determinate situazioni, a cedere alle richieste del paziente piuttosto che a fornire risposte corrispondenti alle proprie responsabilità.
- Persone che non hanno fiducia in sé stessi, che non hanno quindi chiari gli obiettivi da raggiungere.
- Lavoratori anziani, perché sono soggetti a fattori multipli di stress psico-fisico, talvolta senza disporre di alcune delle risorse adattative su cui possono contare i colleghi più giovani. L'invecchiamento è caratterizzato, fra l'altro, in certa misura, dalla perdita della capacità di far fronte allo stress. Sotto molti aspetti l'organismo e la mente degli anziani funziona altrettanto bene di quelli giovani, ma a condizione che non vengano sottoposti a sforzi eccessivi (Sapolsky, 1998). Una percentuale notevole di anziani, tuttavia, è di fatto costretta a compiere sforzi eccessivi.
- Lavoratori esposti, come nel caso degli infermieri che lavorano in reparti Covid-19, spesso l'esposizione ad un fattore di rischio crea un ambiente lavorativo stressante che coincide con una maggiore vulnerabilità dell'operatore. Il massimo grado di vulnerabilità si associa così alla massima esposizione a fattori

ambientali di stress, aumentando il rischio di conseguenze negative sullo stato di salute e di benessere (Levi and Andersson, 1974).

Sintomi

Tale sindrome è caratterizzata da una serie di sintomi psicofisici ed atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro.

I primi campanelli d'allarme del burnout sono:

- Disturbi fisici: astenia e stanchezza, turbe del sonno, turbe gastrointestinali, emicranie e cefalee, dolori dorsali e tensione muscolare, precordialgie e “respiro corto”, raffreddori e influenze frequenti e persistenti
- Disturbi psicologici: depressione, ansia, noia, collera, rabbia, gelosia, permalosità, sospettosità, diffidenza, sfiducia, ruminazioni ossessive
- Disturbi comportamentali: cinismo, apatia, cavillosità, alcool e farmaco dipendenza, sciocco umorismo e ironia di fronte alla sofferenza
- Processo inefficiente di adattamento
- Progressiva perdita di idealismo, energia, obiettivi
- Perdita di motivazioni e di aspettative.
- Stato di affaticamento e frustrazione
- Esaurimento emotivo: è la risposta a situazioni che richiedono un eccessivo coinvolgimento emozionale, corrisponde a una sensazione di svuotamento, di perdita delle proprie energie e risorse.

(Marina Vanzetta, 2014)

CAPITOLO 3:

L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SUL PERSONALE INFERMIERISTICO

3.1 Gli infermieri e le loro emozioni

Un traguardo fondamentale per il mondo infermieristico, è la legge 26 febbraio 1999 n.423, con la quale si è abolito il mansionario, quindi l'infermieristica è passata da una professione sanitaria ausiliaria, ad una professione sanitaria. Questa modifica, ha portato al riconoscimento dell'infermiere come un professionista della salute, e quindi, come si può leggere nell'articolo 1, con un campo proprio di attività e responsabilità, campo determinato dal Profilo Professionale D.M. 739/94, dagli ordinamenti didattici del corso di laurea, titoli equipollenti e formazione post base e dal contenuto del Codice Deontologico elaborato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel 1999. Questo importante traguardo attribuisce all'infermiere un'autonomia e una posizione centrale nella presa in carico dell'utente, dandogli la possibilità di svolgere un'attività determinante e complementare a quella medico per il fine comune, ossia la cura della persona nella sua totalità. L'abolizione del mansionario, però, lascia l'infermiere senza un concreto punto di riferimento. Sottraendo molte certezze e amplificando i gradi di libertà, la mancanza del mansionario porta gli infermieri a porsi domande sulle proprie competenze ("Cosa mi compete?"), più che sulle proprie posizioni ("Questo non mi compete").

Un altro importante strumento che appartiene alla professione infermieristica è il codice deontologico. Non è una legge, ma è una guida per le proprie decisioni. In quest'ottica, la qualità decisionale del singolo infermiere dipende anche dalla propria maturità etica, che sarà in grado di portarlo a considerare il codice deontologico stesso. Questo aspetto non è da sottovalutare, infatti è stato rilevato che anche da una discordanza nella valutazione delle implicazioni etiche di un comportamento clinico - assistenziale può derivare crisi di coscienza, fattori altamente stressanti e possibili cause di burnout negli operatori.

Da quanto detto, si evince quanto la figura dell'infermiere debba essere carica di competenze cliniche e relazionali. Più in generale, vengono individuate quattro caratteristiche imprescindibili per l'operatore :

- PREPARAZIONE SPECIFICA

Preparazione specifica Il professionista infermiere, che ha già acquisito nel percorso formativo previsto dal piano di studi per la laurea di primo livello in infermieristica una molteplicità di conoscenze, andrà ad arricchire il proprio bagaglio di competenze attraverso l'apprendimento di tecniche e metodiche comportamentali interiorizzate in corsi specifici avanzati, che ne permetteranno un'ottima padronanza in regime d'urgenza.

- ESPERIENZA

Questa caratteristica non è altro che l'acquisizione diretta, teorico/pratica, di nozioni che permettano all'infermiere che opera nel settore sia la veloce valutazione dello stato di gravità del malato, sia l'assistenza mirata al problema. L'esperienza chiaramente viene acquisita sul campo.

- PROFESSIONALITA'

La professionalità, qualità che non si acquisisce tramite il mero conseguimento di un titolo, è intesa come una caratteristica che nasce e cresce con il professionista, di pari passo alla consapevolezza ed al credo in valori e principi che rendono la professione così importante nella società. L'infermiere che lavora in area Covid-19, pone un'attenzione particolare a questo aspetto, essendo ben consapevole di dover quotidianamente compiere scelte assistenziali in condizioni di stress, in regime d'urgenza e con risorse limitate.

In questa qualità sono di rilevante importanza le emozioni:

L'aspetto emozionale è un fattore incredibilmente importante per l'infermiere dell'emergenza, come per tutte quelle figure professionali che si misurano ogni giorno con la sofferenza, la rabbia, il dolore e la tristezza, avendo a che fare con soggetti portatori di bisogni spesso opprimenti. L'impatto emozionale sull'infermiere che assiste un paziente Covid-19 è in grado di determinare la buona o la cattiva riuscita di una manovra, una buona o deficitaria relazione con l'utente e la capacità di adattarsi e "sopravvivere" a quanto si è visto, restando quindi efficienti per l'urgenza successiva.

Le emozioni hanno tre funzioni principali:

- motivazione: sono processi motivazionali che predispongono l'individuo verso un certo insieme di possibili comportamenti;
- comunicazione sociale: permettono di comunicare informazioni da individuo a individuo (ad esempio, l'abbracciarsi per esprimere affetto o il lamentarsi per richiedere aiuto);
- informazione: fanno sì che l'individuo sia aggiornato sui suoi bisogni e obiettivi, che apprenda situazioni ed eventi utili e pericolosi, agendo come misuratori del proprio stato interno e del mondo esterno.

Durante un periodo pandemico in cui gli infermieri si trovano quotidianamente a lavorare tra paura del virus e senso di responsabilità verso il paziente, sono molte le emozioni che si possono tradurre: questo periodo storico ha cambiato approccio con le persone, ha cambiato la tecnica. Se nel pre-pandemia al primo posto c'era il paziente, oggi c'è il curante.

“Curare il curante”, è questo che avviene attualmente: si deve preservare la salute e l'incolumità degli infermieri, venendo meno all'approccio assistenziale con il paziente. Il fine è quello di proteggere il più possibile l'operatore, affinché questo possa continuare a dare il suo contributo sanitario.

Di fronte a questo nuovo modo di lavorare gli infermieri si sono trovati di fronte ad una cascata di emozioni: se prima tra tutte persisteva la paura, ora si fa spazio anche il senso di colpa. Con il nuovo approccio molti operatori sanitari si sono sentiti inefficienti, si sono sentiti di venire a meno al senso di umanità che caratterizza la loro professione. Non hanno potuto tenere la mano mentre uno dei loro pazienti moriva, o semplicemente non potevano tenere un cucchiaino ad un loro paziente che non riusciva ad alimentarsi autonomamente.

- ELASTICITA' MENTALE

E' la capacità di adattarsi alla situazione che ci si prospetta innanzi; ogni situazione, per quanto affine per codice o patologia, si presenta costantemente differente da quelle affrontate in precedenza. Da queste considerazioni si può cogliere come lavorare in un contesto pandemico non sia facile e l'operatore si trova a gestire su più livelli delle

situazioni che possono generare stress e richiedere una notevole capacità ed equilibrio per farne fronte.

Da tali nozioni si evince che la figura dell'infermiere si occupa della persona malata nella sua globalità, 24h su 24h, dunque presta assistenza in ogni ambito e stato della vita. Per questo motivo il personale infermieristico, che ha lavorato per il periodo pandemico con pazienti ad alta complessità e contagiosità, si è trovato oppresso da un pesante carico lavorativo ed emozionale che ha scaturito in loro pesanti disturbi psicologici.

L'infermiere che lavora in area Covid-19 presta quotidianamente servizio in un contesto in cui all'ordine del giorno ci sono paura, insicurezza e morte. Tali emozioni costituiscono un bagaglio traumatizzante per l'operatore sanitario.

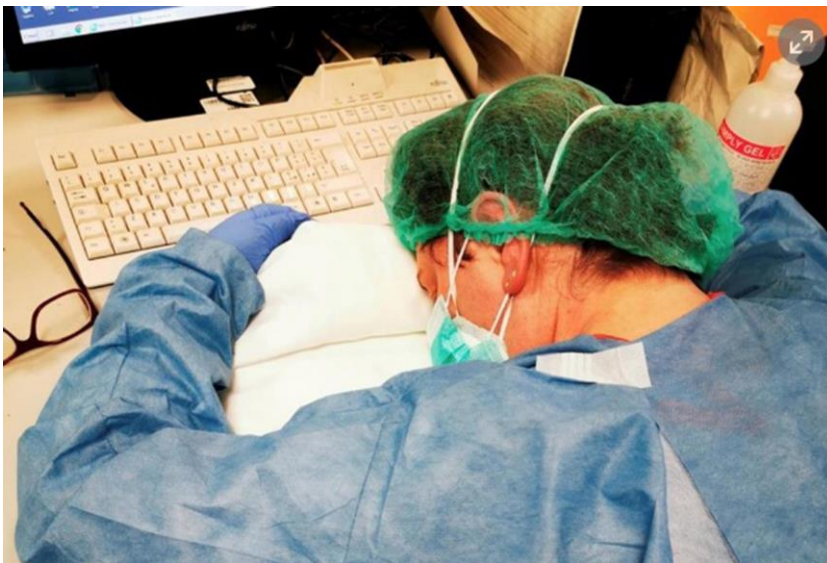


Figura 2: infermiera in reparto Covid, estenuata dopo un turno di lavoro

3.2 Manifestazione dei sintomi psicologici, fattori di rischio e impatto lavorativo

Gli operatori sanitari che lavorano in prima linea durante un'epidemia sono inevitabilmente più vulnerabili al disagio psicologico, perché oltre a garantire le cure e l'assistenza necessarie, vivono spesso in condizioni vulnerabili all'epidemia stessa. La malattia più importante che può essere causata da eventi di stress anormali è il disturbo da stress post-traumatico. A tal proposito, stanno emergendo in letteratura i primi dati sugli effetti psicologici della pandemia Covid-19 sulla salute e hanno individuato alcuni fattori di rischio che possono contribuire alla comparsa di questa malattia tra i professionisti sanitari.

L'impatto psicologico della pandemia Covid-19 sugli operatori sanitari in prima linea è stato valutato in tutto il mondo attraverso numerosi studi pubblicati in letteratura. In Italia uno studio trasversale su 1.379 operatori sanitari ha mostrato come l'età più giovane e il sesso femminile siano maggiormente correlati a reazioni avverse, con sintomi di stress post-traumatico nel 49,3% degli intervistati, grave depressione nel 24,7%, ansia nell'8,2%, insonnia nel 19,8% e stress percepito elevato nel 21,9%.

In Spagna è stato condotto un sondaggio online su 1.422 operatori sanitari (dei quali 1.228 erano donne), dimostrando come l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione (percezione alterata di sé e dell'ambiente) contribuiscano al disagio psicologico, mentre la resilienza e la realizzazione personale possono essere fattori protettivi, con sintomi di disturbo da stress post-traumatico nel 56,6% degli intervistati.

Negli Stati Uniti durante un picco di ricoveri ospedalieri è stato somministrato a 657 medici e infermieri un sondaggio web, il quale ha mostrato che gli infermieri e gli operatori sanitari avanzati in particolare stavano vivendo una situazione di disagio psicologico, con il 57% di loro che avevano punteggi rappresentativi per stress acuto, il 48% per i sintomi depressivi e il 33% per i sintomi di ansia.

Una revisione sistematica e una meta-analisi volte ad esaminare la prevalenza di depressione, ansia e insonnia su 33.062 operatori sanitari che hanno partecipato a 13 studi trasversali prevalentemente effettuati in Cina, hanno mostrato come il sesso femminile e gli infermieri mostrino tassi più elevati di sintomi affettivi rispetto al sesso

maschile e ai medici, con una prevalenza di sintomi di ansia e depressione superiore al 20% e una prevalenza di disturbi del sonno del 38,9%.

Una revisione sistematica di 117 studi, 65% dei quali condotti in paesi asiatici, ha dimostrato come l'età più giovane e il sesso femminile siano fattori di rischio per il disagio psicologico durante un'epidemia infettiva, con una prevalenza del 40% per lo stress acuto, 30% per l'ansia, 28% per il burnout, 24% per la depressione e 13% per lo disturbo post-traumatico da stress.

Infine, uno studio di follow-up condotto in Messico su 204 operatori sanitari in prima linea ha confermato il fatto che la preesistenza di sintomi quali ansia/depressione e depersonalizzazione possano contribuire allo sviluppo di sintomi di disturbo da stress post-traumatico negli operatori sanitari di prima linea durante un picco di ricoveri ospedalieri di pazienti con Covid-19. Inoltre, mentre una resilienza esistente gioca un'influenza protettiva, il burnout persistente può contribuire ai sintomi di depersonalizzazione e di stress acuto (Canova, 2020).

In conclusione, da quanto si evince, da questa revisione della letteratura di Nurse24, i fattori psicologici che si sono maggiormente manifestati sugli infermieri durante il lavoro in pandemia sono stress, stress post-traumatico, depersonalizzazione, ansia, burnout e depressione. I principali fattori protettivi sono la resilienza e la realizzazione personale, che hanno permesso agli operatori sanitari di trarre compiacimento dal proprio operato e migliorare se stessi, mentre i fattori di rischi sono stati oltre che la giovane età e il sesso femminile, lo stress emotivo e la depersonalizzazione dovuta a tutti gli input lavorativi che hanno portato gli infermieri a caricarsi di grandi rischi e responsabilità.

Il lavoro in questa situazione di continua emergenza ha portato gli infermieri ad un accumulo di stress tale che, ad un certo punto, si sono manifestati sintomi psicologici dovuti alla comparsa di patologie mentali: il burnout, lo stress post traumatico, hanno fatto sì che alcuni lavoratori si sono depersonalizzati, estraniati dalla propria persona in situazioni lavorative, al punto da avere un'alterata percezione della realtà, surreale, psicotica; si può quindi comprendere come queste circostanze mettano in pericolo non solo l'infermiere, ma soprattutto la presa in cura, l'assistenza del malato. Altre manifestazioni come ansia e depressione allo stesso modo portano ad abbassamenti del

tono dell'umore, fino ad una chiusura in se stessi, condizioni che difficilmente si trovano in equilibrio con l'ambiente lavorativo ed assistenziale.

3.3 Infermieri, eroi o unitori? Un passaggio psicologico

Infermieri, medici e Oss, sono persone ed è necessario ricordarsi che i super-eroi sono reali soltanto nei cartoni animati, nella vita reale chi affronta una battaglia simile non se ne esce se non con cicatrici profonde interne ed esterne, mai del tutto curabili.

Partiamo dal presupposto che, di per sé, l'ambiente sanitario e il lavoro in ospedale è causa di forte stress. La situazione ordinaria nel campo sanitario è quella in cui abitualmente gli operatori affrontano un enorme numero di fattori stressogeni: turni di lavoro incalzanti, fatica fisica ed emotiva, altissime responsabilità, continuo contatto con la sofferenza altrui, carenza di personale, ferie non godute, accumulo continuo di straordinari. Questo, viene percepito come lo stato naturale delle cose.

Ad oggi, ai tempi della pandemia, se da una parte gli operatori sanitari vengono visti come eroi, come coloro che hanno fronteggiato il virus in prima linea, coloro che sopra ogni forza hanno dato tutto loro stessi per gli altri : il loro volto è segnato da mascherine ed occhiali protettivi, trascorrono ore e ore nelle corsie degli ospedali “barricati” nelle sottili tute, le uniche e sole “difese” contro un nemico invisibile, vengono visti come coloro sul cui viso si legge la stanchezza, mentre nei loro occhi si intravede quel profondo dolore celato nel cuore di chi ha visto morire da sole persone private degli affetti più cari. Dall'altra parte, al contrario, basta scorrere Facebook per leggere i post di decine d'infermieri che provano sulla loro pelle lo stigma di untori e infetti. Lettere orribili di condomini che minacciano gli eroi di non utilizzare luoghi comuni delle abitazioni, come l'ascensore o particolari zone della casa, per non infettarne gli abitanti. Dando per scontato il fatto che siano automaticamente affetti. Isolati non solo dal resto della loro comunità ma spesso autoconfinati dalle loro famiglie, volontariamente o meno, per l'alto rischio di contagiare i membri, gli infermieri sono vittime due volte del Coronavirus (Trobruk, 2020).

3.4 Nessuno si salva da sola: la comunità professionale

Una comunità professionale è un luogo di incontro, sia fisico che virtuale, fondato sulla logica dell'apprendimento collaborativo e sullo scambio di esperienze “tra pari”, all'interno della quale gli iscritti possono modulare, a seconda delle proprie esigenze, un percorso di apprendimento e di informazione.

E' stato questo il punto di forza della pandemia per la comunità professionale infermieristica, è su questo che sono state investite la maggior parte delle energie per fronteggiare, tutti insieme, il periodo di emergenza.

Come emerso infatti molti infermieri in questa occasione si sono sentiti parte di un team, forti perché sicuri di poter condividere le proprie paure e il proprio vissuto con persone che avrebbero saputo comprendere e aiutare chi fosse stato in difficoltà; spesso le amicizie strette in una nuova corsia, un momento di convivialità sono state la fonte di benessere per tutti i momenti problematici vissuti.

Altre volte, in un momento di incertezza, il collega è stata la fonte del sapere, la fonte di nuove competenze acquisite in settori non pratici a molti lavoratori. Sicuramente la situazione pandemica ha creato una multidisciplinarietà dei singoli operatori che ha permesso di aumentare le competenze infermieristiche a livello generale.

L'unione fa la forza, non fisica, non psicologica, la forza di affrontare ogni giorno quella situazione, spaventosa per tutti, ma tutti insieme.

3.5 Il nuovo paradigma: la centralità dell'infermiere

Negli anni recenti il sistema sanitario è stato interessato da grandi cambiamenti che lo stanno trasformando profondamente, con rilevanti conseguenze sugli assetti organizzativi: il salto di paradigma e il nodo della sostenibilità economica.

Sono diversi i fattori che stanno contribuendo a questo cambiamento: l'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle malattie croniche, le malattie cardiovascolari, la spesa sanitaria globale e soprattutto in questo ultimo periodo, la pandemia che si sta vivendo.

Tra i nuovi bisogni c'è la presa in carico multidimensionale della persona, privilegiare un approccio necessariamente interdisciplinare, gestire il nodo cruciale della continuità assistenziale, superando approcci frammentati e di tipo prestazionale.

Diventa indispensabile riaggregare intorno al paziente l'insieme delle prestazioni e delle professioni coinvolte. Nuovi assetti come piattaforme assistenziali, ospedali per intensità di cura, focalizzazione sui percorsi multi professionali, logiche di rete, «ospedali di comunità, polo oncologico, percorso donna, e nuovi ruoli orientati a riconnettere attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni.

Come sta insegnando il SARS-CoV-2 l'assistenza è centralizzata dall'infermiere che si occupa di soddisfare tutti i bisogni di salute della società: quando si parla di centralità e multidisciplinarietà lo si fa perché appunto in questo ultimo anno si è visto come bisogna agire dai “piani più bassi” a salire. E' stato importante centralizzare numerosi infermieri a livello territoriale affinché essi abbiano potuto agire alle basi del contagio nel tracking dei contatti e contagi, è stato importante il collegamento tra territorio e ospedale, come è stato di rilevantissima importanza il servizio sanitario ospedaliero, in cui gli infermieri si sono trovati ad assistere h24 i pazienti affetti da questa nuova malattia (Brescia, 2016).

CAPITOLO 4 :

ANALISI DEL QUESTIONARIO

4.1 Obbiettivi

Analizzare l'impatto del Covid-19 sul personale infermieristico, studiare i meccanismi di risposta allo stress con le sue caratteristiche.

4.2 Materiali e metodi

L'analisi è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario al personale infermieristico che ha lavorato durante la pandemia.

Il questionario è stato elaborato su Google Moduli consultando pagine di società scientifiche ed è stato sottoposto agli operatori sanitari on line mediante i canali delle varie strutture sanitarie o reparti.

4.3 Analisi dei risultati

Domanda : Sesso

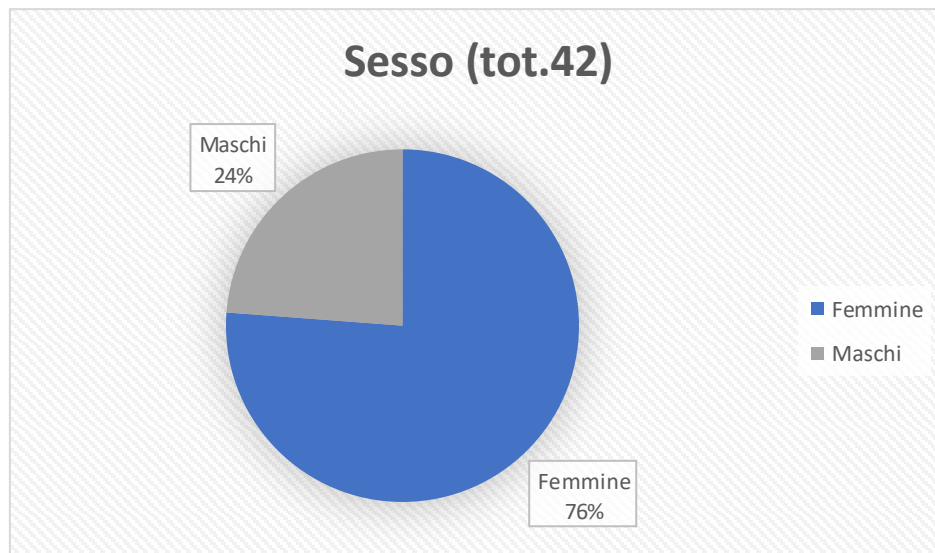
Frequenza assoluta

Tabella 1

Sesso	(tot. 42)
Femmine	32
Maschi	10

Frequenza relativa

Tabella 2



Domanda : Età

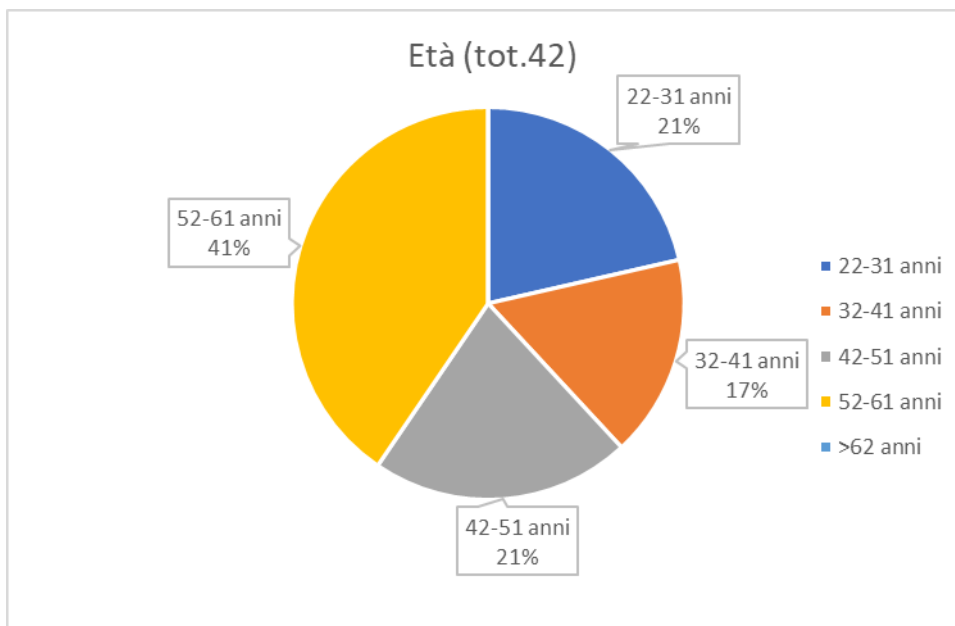
Frequenza assoluta

Tabella 3

Età	(tot.42)
22-31 anni	9
32-41 anni	7
42-51 anni	9
52-61 anni	17
>62 anni	0

Frequenza relativa

Tabella 4



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, al questionario hanno risposto principalmente persone di sesso femminile in una fascia di età maggiore dei quaranta anni, quindi ho avuto risposte principalmente da infermieri con esperienza lavorativa.

Domanda : Area di appartenenza

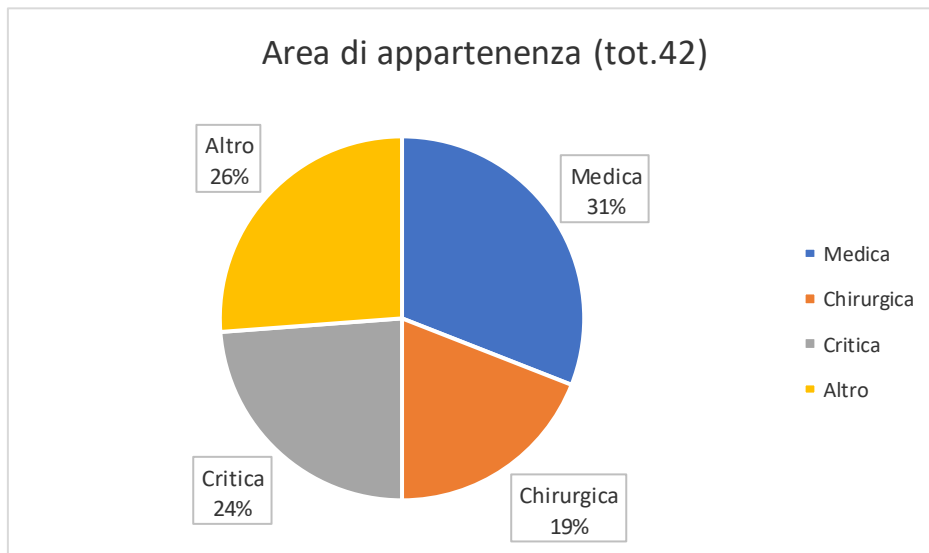
Frequenza assoluta

Tabella 5

Area	(tot.42)
Medica	13
Chirurgica	8
Critica	10
Altro	11

Frequenza relativa

Tabella 6



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, al questionario hanno risposto infermieri provenienti quasi in egual modo a tutte le aree, non solo critica, possiamo dunque capire come molti di loro non siano stati abituati al lavorare in criticità come successo durante la pandemia.

Domanda : Tipo di struttura in cui lavora

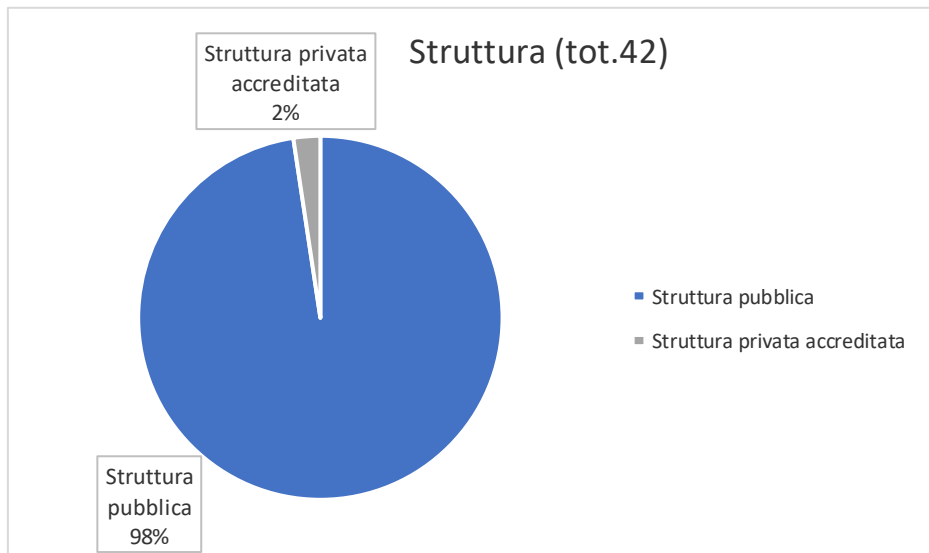
Frequenza assoluta

Tabella 7

Struttura	(tot.42)
Struttura pubblica	41
Struttura privata accreditata	1

Frequenza relativa

Tabella 8



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, al questionario hanno risposto quasi totalmente infermieri operativi nel Sistema Sanitario Nazionale Pubblico, quindi in ospedali civili.

Domanda : tipo di contratto

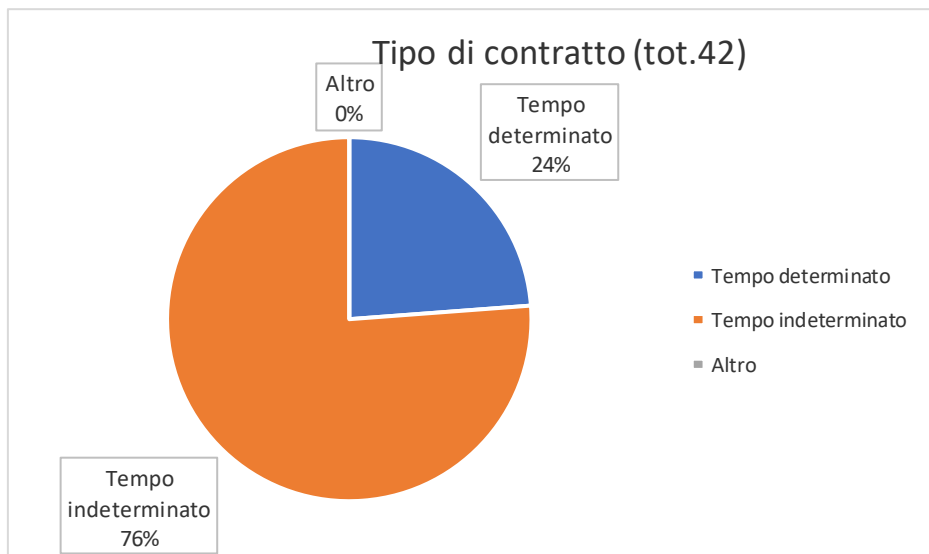
Frequenza assoluta

Tabella 9

Tipo di contratto (tot.42)	
Tempo determinato	10
Tempo indeterminato	32
Altro	0

Frequenza relativa

Tabella 10



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, al questionario hanno risposto prevalentemente infermieri con contratto a tempo indeterminato.

Domanda 1: Durante l'emergenza da Covid-19 è stato ricollocato in altre Unità Operative?

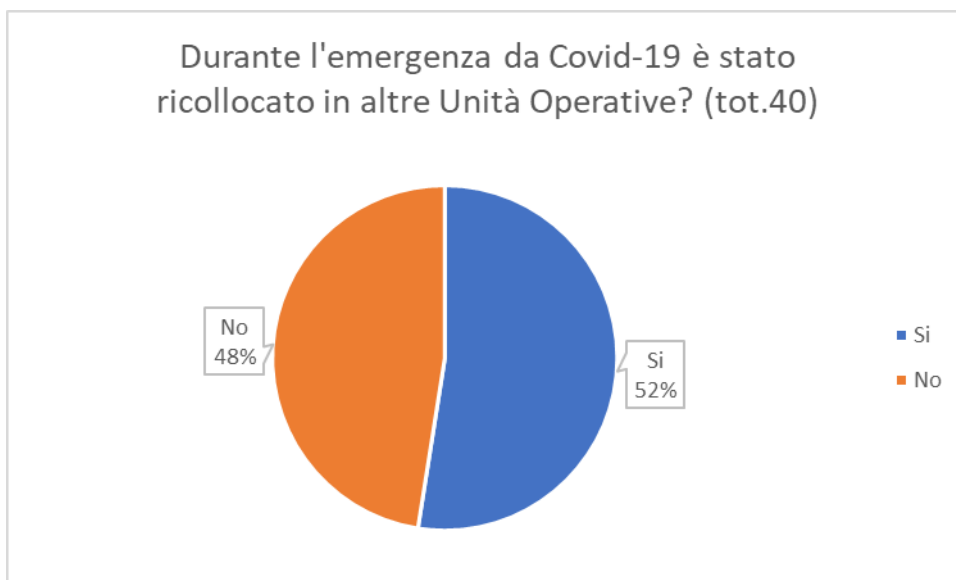
Frequenza assoluta

Tabella 11

Durante l'emergenza da Covid-19 è stato ricollocato in altre Unità Operative? (tot.40)	
Si	21
No	19

Frequenza relativa

Tabella 12



Domanda 2: Questo ricollocamento ha arrecato in lei ulteriore stress psicologico?

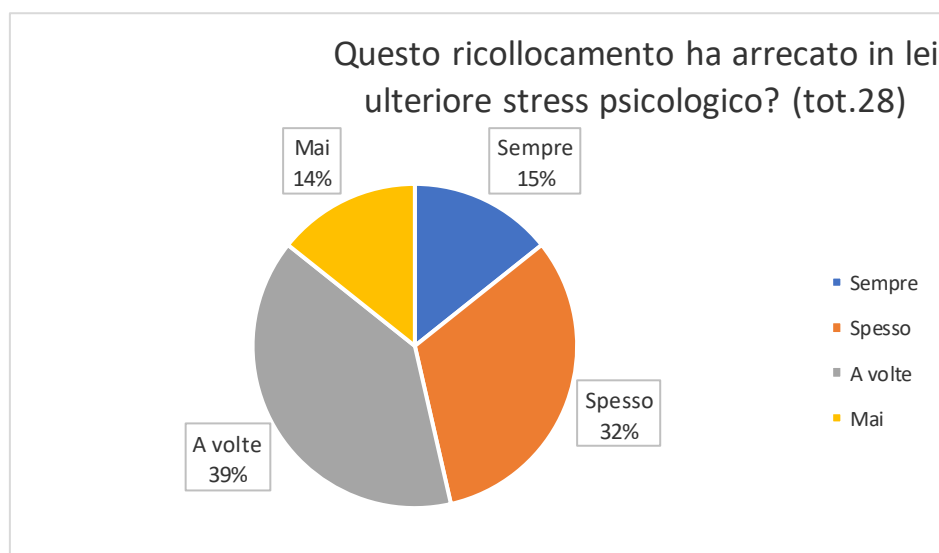
Frequenza assoluta

Tabella 13

Questo ricollocamento ha arrecato in lei ulteriore stress psicologico?	(tot.28)
Sempre	4
Spesso	9
A volte	11
Mai	4

Frequenza relativa

Tabella 14



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, più della metà degli infermieri che hanno risposto al questionario sono stati ricollocati in un'altra Unità Operativa, hanno quindi subito un riassetto organizzativo, che da come possiamo vedere dai grafici, frequentemente è stato causa di ulteriore stress.

Domanda 3: A cosa è stato dovuto questo stress?

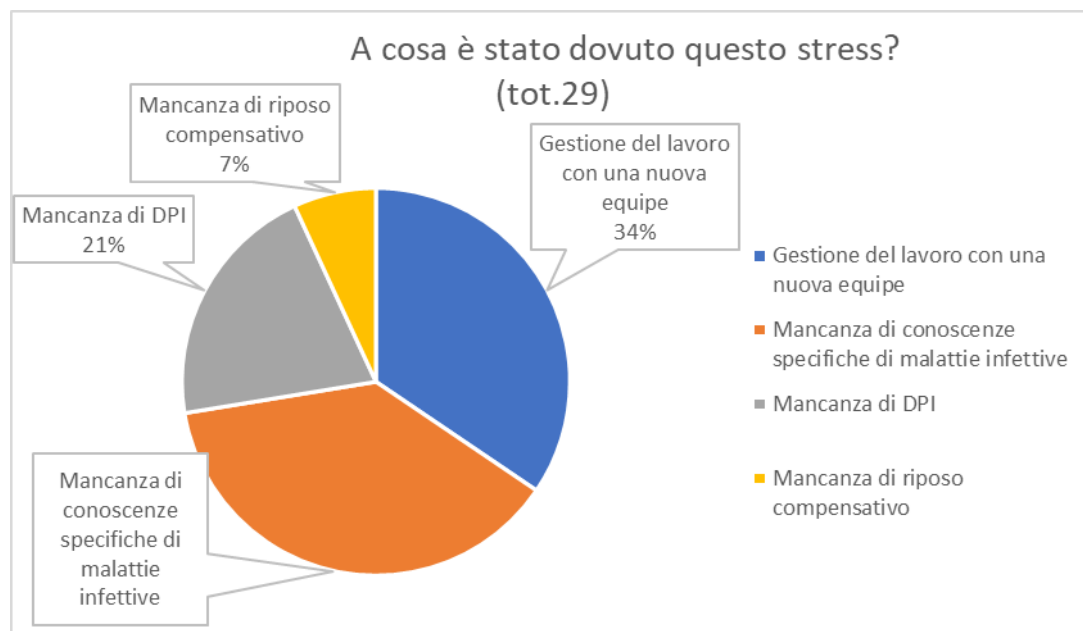
Frequenza assoluta

Tabella 15

A cosa è stato dovuto questo stress?	tot.29)
Gestione del lavoro con una nuova equipe	10
Mancanza di conoscenze specifiche di malattie infettive	11
Mancanza di DPI	6
Mancanza di riposo compensativo	2

Frequenza relativa

Tabella 16



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, lo stress per la maggior parte degli infermieri che hanno risposto al questionario è stato causato dalla mancanza di conoscenze specifiche di malattie infettive e dalla gestione del lavoro con una nuova equipe.

Domanda 4: Il suo stato emotivo/psicologico è stato modificato a causa della riorganizzazione del lavoro durante l'emergenza da Covid-19?

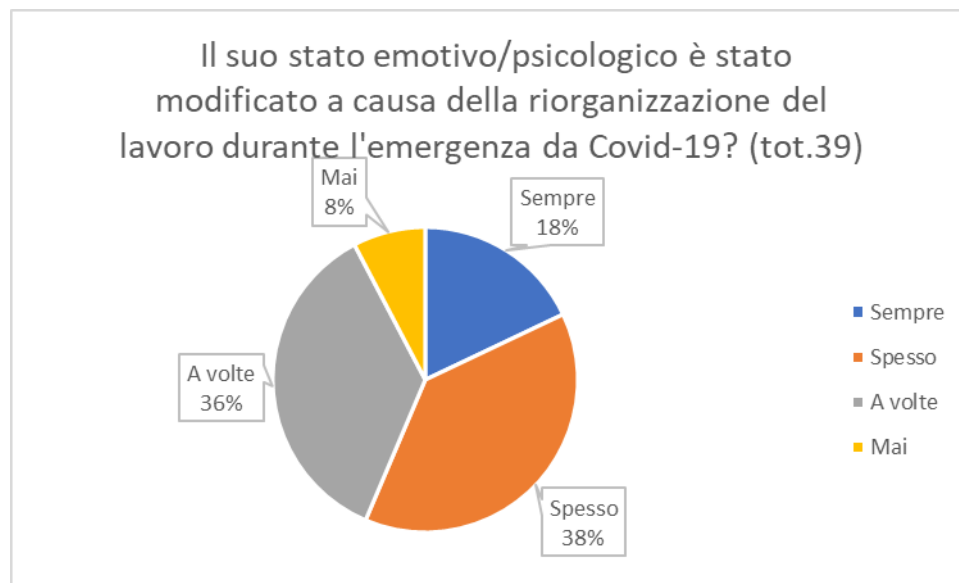
Frequenza assoluta

Tabella 17

Il suo stato emotivo/psicologico è stato modificato a causa della riorganizzazione del lavoro durante l'emergenza da Covid-19? (tot.39)	
Sempre	7
Spesso	15
A volte	14
Mai	3

Frequenza relativa

Tabella 18



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, frequentemente lo stato emotivo e psicologico degli infermieri che hanno risposto al questionario è stato modificato a causa del lavoro.

Domanda 5: Durante l'emergenza da Covid-19 si è sentito non all'altezza per mancanza di conoscenze/competenze?

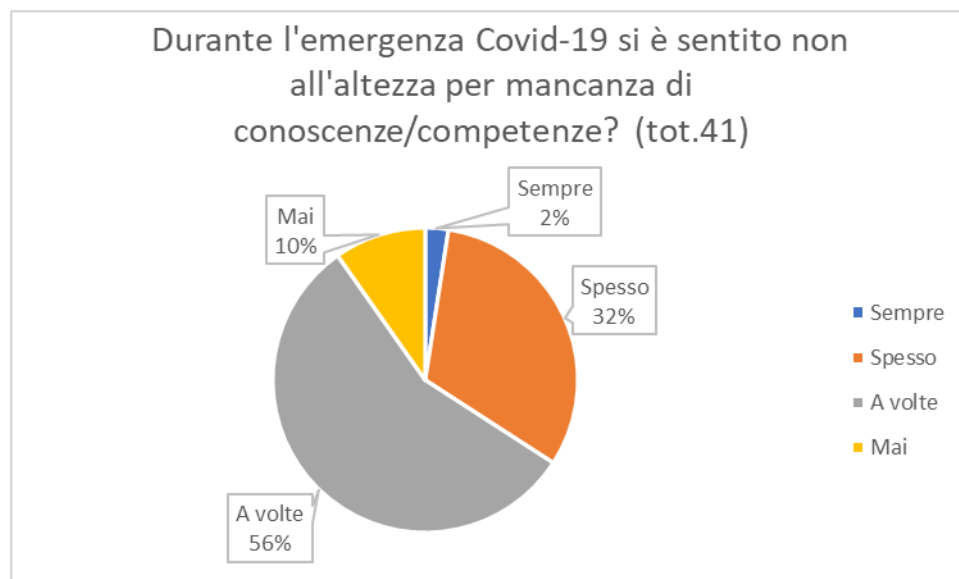
Frequenza assoluta

Tabella 19

Durante l'emergenza da Covid-19 si è sentito non all'altezza per mancanza di conoscenze/competenze?	(tot.41)
Sempre	1
Spesso	13
A volte	23
Mai	4

Frequenza relativa

Tabella 20



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, abbastanza spesso gli infermieri che hanno risposto al questionario si sono sentiti non all'altezza per mancanza di conoscenze e competenze.

Domanda 6: Si è sentito soddisfatto del lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

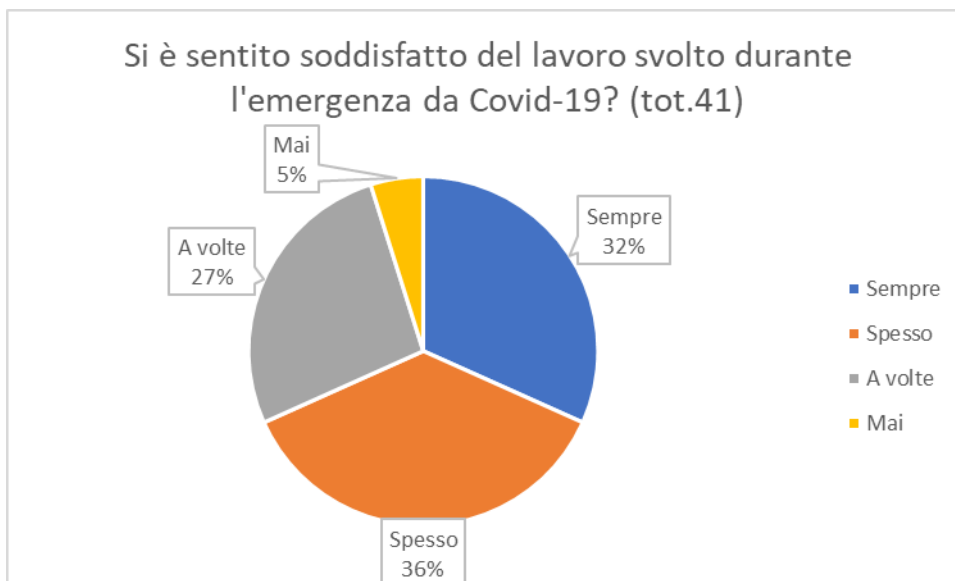
Frequenza assoluta

Tabella 21

Si è sentito soddisfatto del lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19 ? (tot.41)	
Sempre	13
Spesso	15
A volte	11
Mai	2

Frequenza relativa

Tabella 22



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, quasi sempre gli infermieri che hanno risposto al questionario si sono sentiti soddisfatti del lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19.

Domanda 7: Ha avuto paura di lavorare durante l'emergenza da Covid-19?

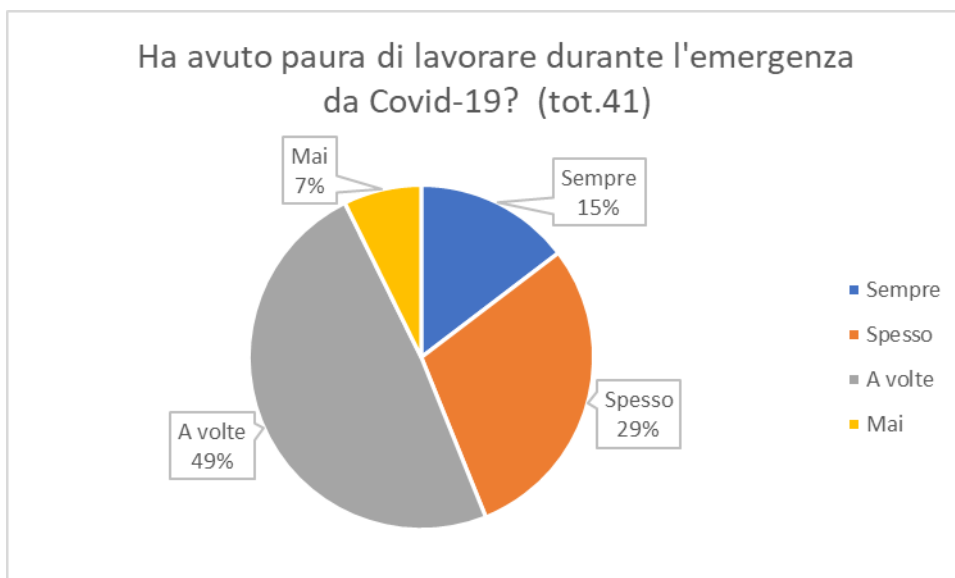
Frequenza assoluta

Tabella 23

Ha avuto paura di lavorare durante l'emergenza da Covid-19?	
l'emergenza da Covid-19?	(tot.41)
Sempre	6
Spesso	12
A volte	20
Mai	3

Frequenza relativa

Tabella 24



Domando 8: E' stato pervaso da un senso di negatività durante l'emergenza da Covid-19?

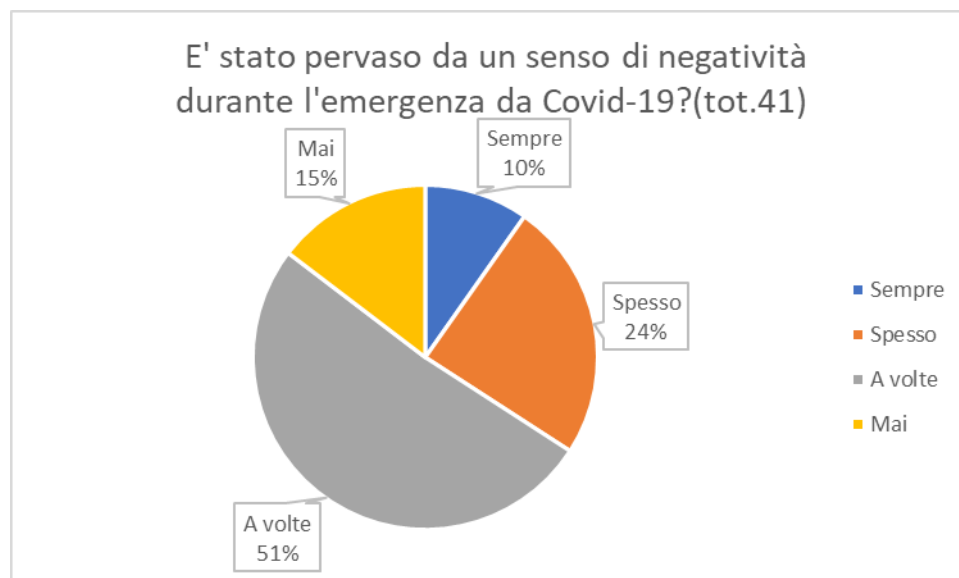
Frequenza assoluta

Tabella 25

E' stato pervaso da un senso di negatività durante l'emergenza da Covid-19? (tot.41)	
Sempre	4
Spesso	10
A volte	21
Mai	6

Frequenza relativa

Tabella 26



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, la maggior parte degli infermieri che hanno risposto al questionario hanno avuto paura di lavorare durante l'emergenza da Covid-19 e sono stati per questo pervasi da un senso di negatività.

Domanda 9: Quanto spesso si è sentito ansioso durante l'emergenza da Covid-19 ?

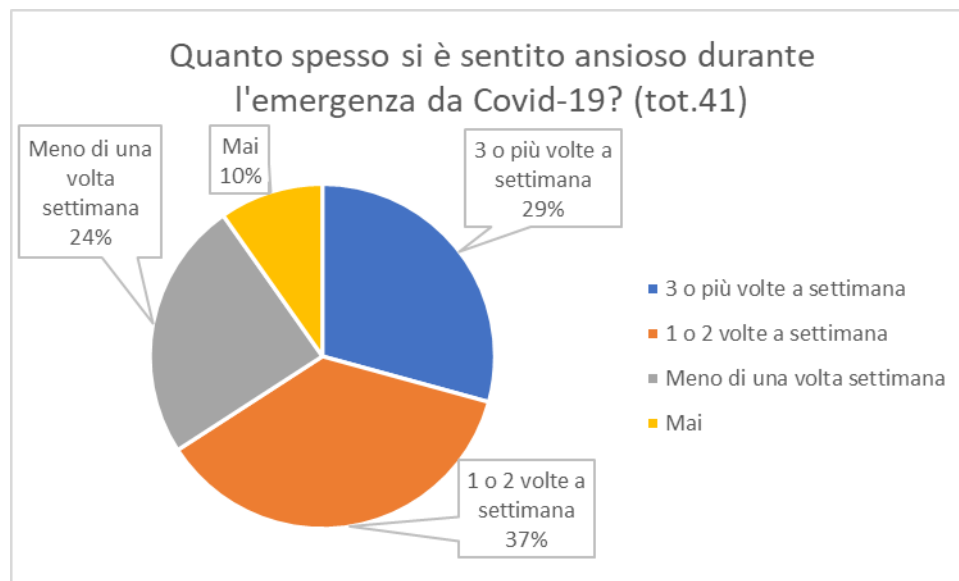
Frequenza assoluta

Tabella 27

Quanto spesso si è sentito ansioso durante l'emergenza da Covid-19 ?	
Covid-19 ?	(tot.41)
3 o più volte a settimana	12
1 o 2 volte a settimana	15
Meno di una volta settimana	10
Mai	4

Frequenza relativa

Tabella 28



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, la maggior parte degli infermieri che hanno risposto al questionario è stato ansioso almeno una volta a settimana a causa del lavoro in emergenza da Covid-19.

Domanda 10: Quanto spesso si è sentito irritabile o nervoso durante l'emergenza da Covid-19?

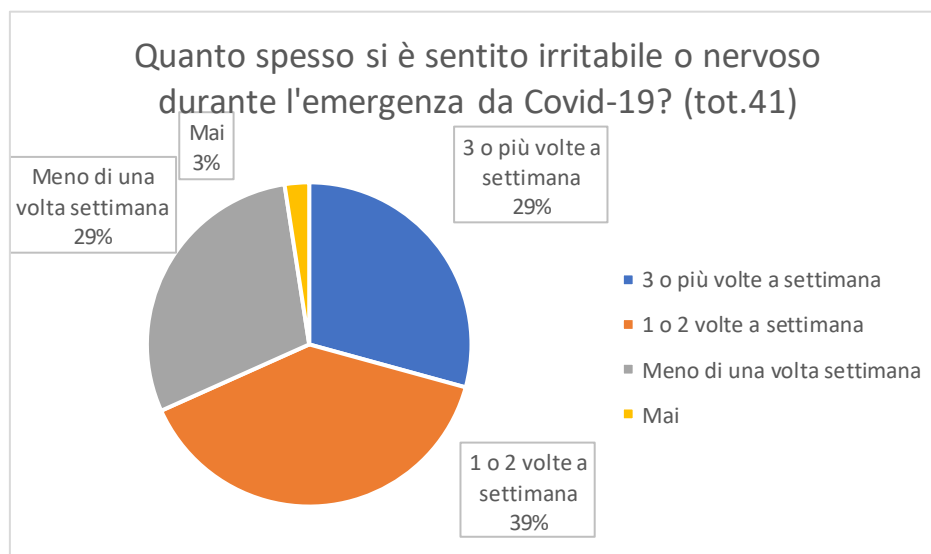
Frequenza assoluta

Tabella 29

Quanto spesso si è sentito irritabile o nervoso durante l'emergenza da Covid-19 ? (tot.41)	
3 o più volte a settimana	12
1 o 2 volte a settimana	16
Meno di una volta settimana	12
Mai	1

Frequenza relativa

Tabella 30



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, la maggior parte degli infermieri che hanno risposto al questionario si è sentito irritabile o nervoso almeno una volta a settimana a causa dell'emergenza da Covid-19.

Domanda 11: Quanto spesso ha sofferto di insonnia o disturbi del sonno durante l'emergenza da Covid-19?

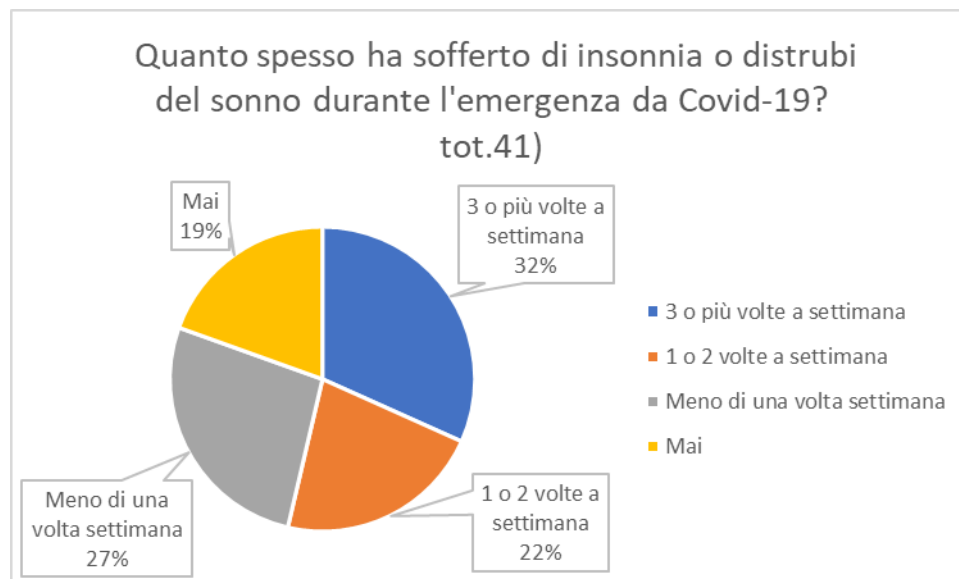
Frequenza assoluta

Tabella 31

Quanto spesso ha sofferto di insonnia o disturbi del sonno durante l'emergenza da Covid-19?	
	(tot.41)
3 o più volte a settimana	13
1 o 2 volte a settimana	9
Meno di una volta settimana	11
Mai	8

Frequenza relativa

Tabella 32



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, i disturbi del sonno come problemi di insonnia si sono presentati nella metà degli infermieri che hanno risposto al questionario, mentre l'altra metà non ha avuto disturbi di questo genere.

Domanda 12: Per fronteggiare lo stress emotivo ha aumentato o diminuito bruscamente l'apporto alimentare di cibo durante l'emergenza da Covid-19?

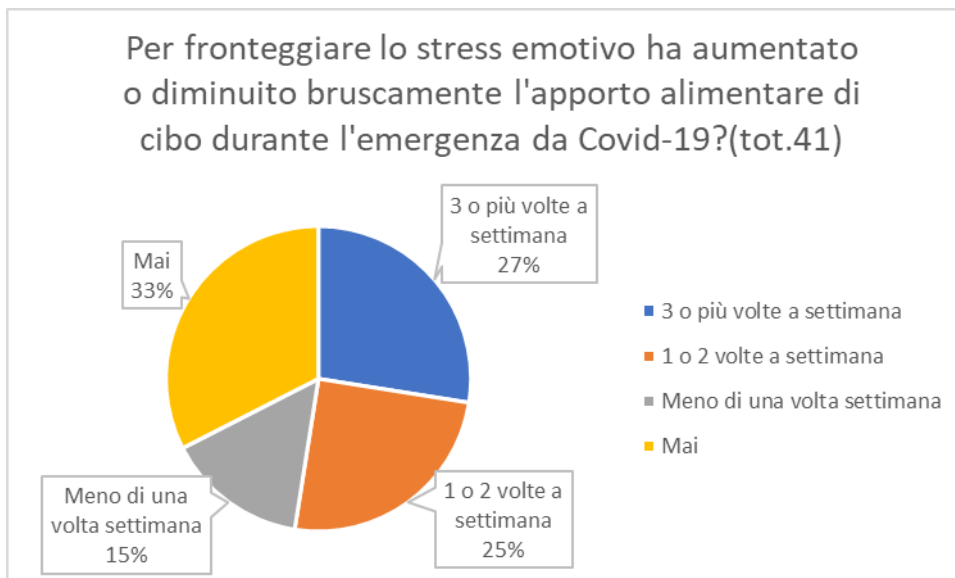
Frequenza assoluta

Tabella 33

Per fronteggiare lo stress emotivo ha aumentato o diminuito bruscamente l'apporto alimentare di cibo durante l'emergenza da Covid-19? (tot.41)	
3 o più volte a settimana	11
1 o 2 volte a settimana	10
Meno di una volta settimana	6
Mai	13

Frequenza relativa

Tabella 34



Domanda 13: Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto alcolici in quantitativi diversi rispetto a prima della pandemia?

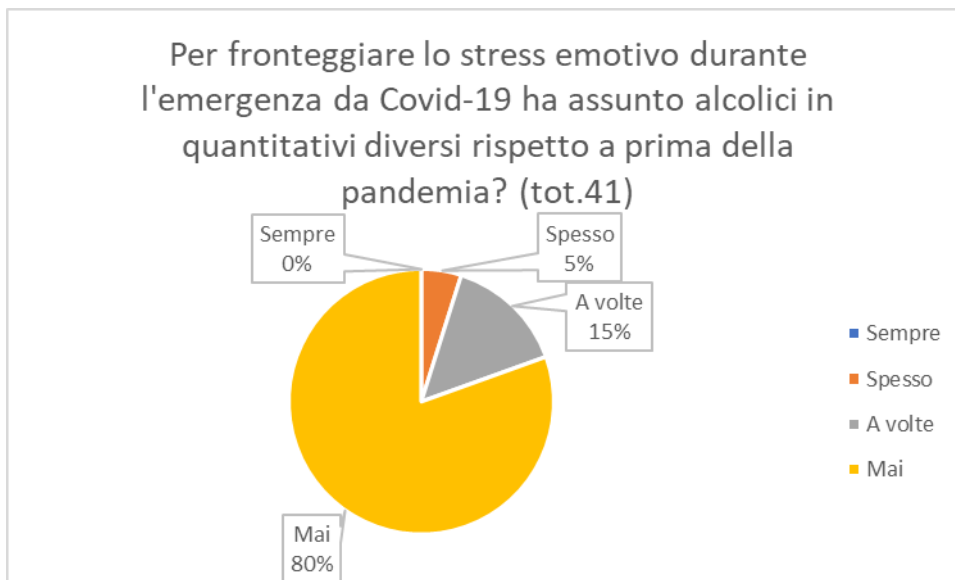
Frequenza assoluta

Tabella 35

Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto alcolici in quantitativi diversi rispetto a prima della pandemia? (tot.41)	
Sempre	0
Spesso	2
A volte	6
Mai	33

Frequenza relativa

Tabella 36



Domanda 14: Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto farmaci (ansiolitici, antidepressivi)?

Frequenza assoluta

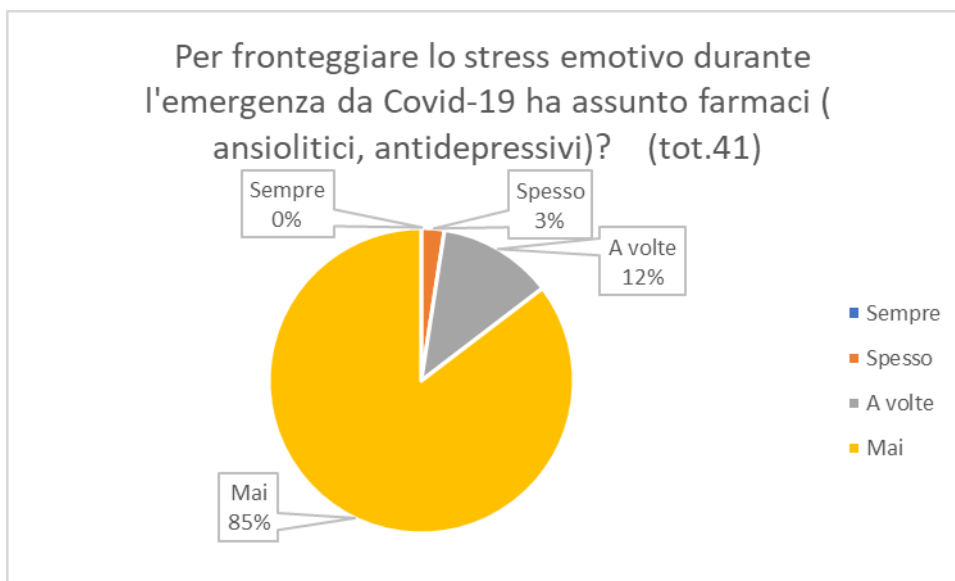
Tabella 37

Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto farmaci (ansiolitici, antidepressivi)? (tot.41)

Sempre	0
Spesso	1
A volte	5
Mai	35

Frequenza relativa

Tabella 38



Domanda 15: Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto l'uso di fumo di sigarette?

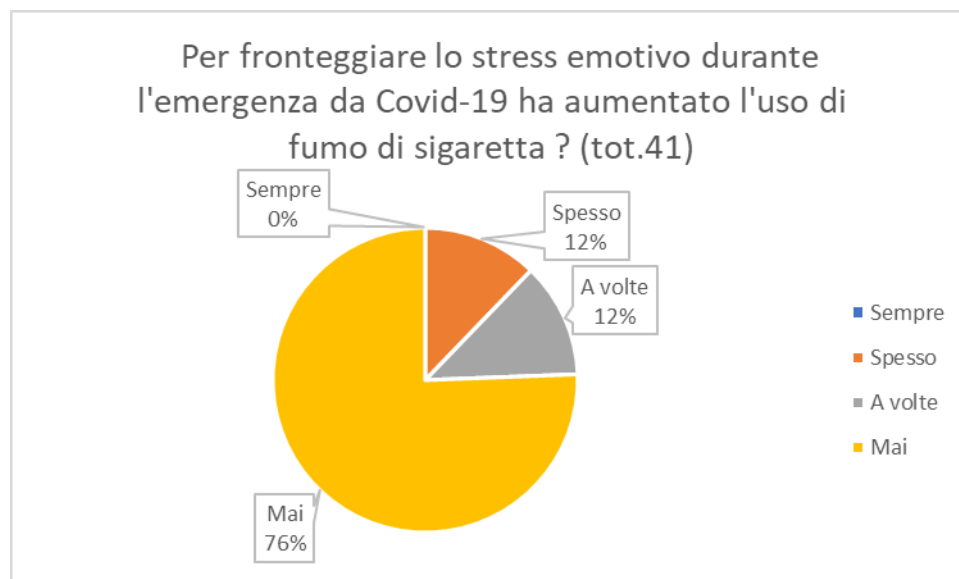
Frequenza assoluta

Tabella 39

Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha aumentato l'uso di fumo di sigarette? (tot.41)	
Sempre	0
Spesso	5
A volte	5
Mai	31

Frequenza relativa

Tabella 40



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, la metà degli infermieri che hanno risposto al questionario hanno aumentato bruscamente l'apporto alimentare di cibo almeno una volta a settimana, mentre pochi hanno assunto quantitativi di alcool maggiore rispetto al solito.

Allo stesso modo quasi nessun operatore sanitario ha usato farmaci (ansiolitici, antidepressivi) per curare lo stress, ma circa un quarto degli infermieri ha aumentato l'uso di fumo di sigaretta..

Domanda 16: Ha avuto riconoscimenti sociali per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

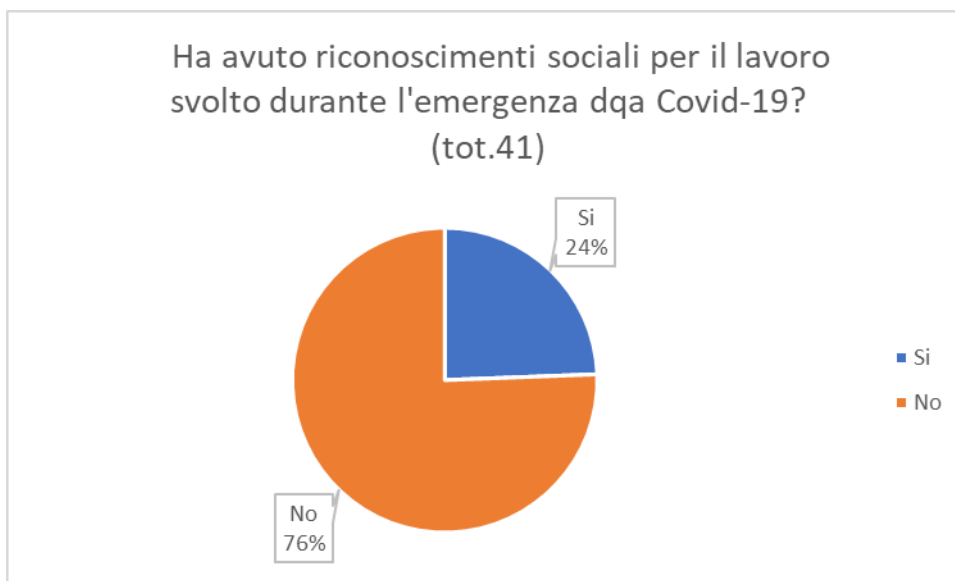
Frequenza assoluta

Tabella 41

Ha avuto riconoscimenti sociali per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?	
	(tot.41)
Si	10
No	31

Frequenza relativa

Tabella 42



Domanda 17: Ha avuto riconoscimenti economici per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

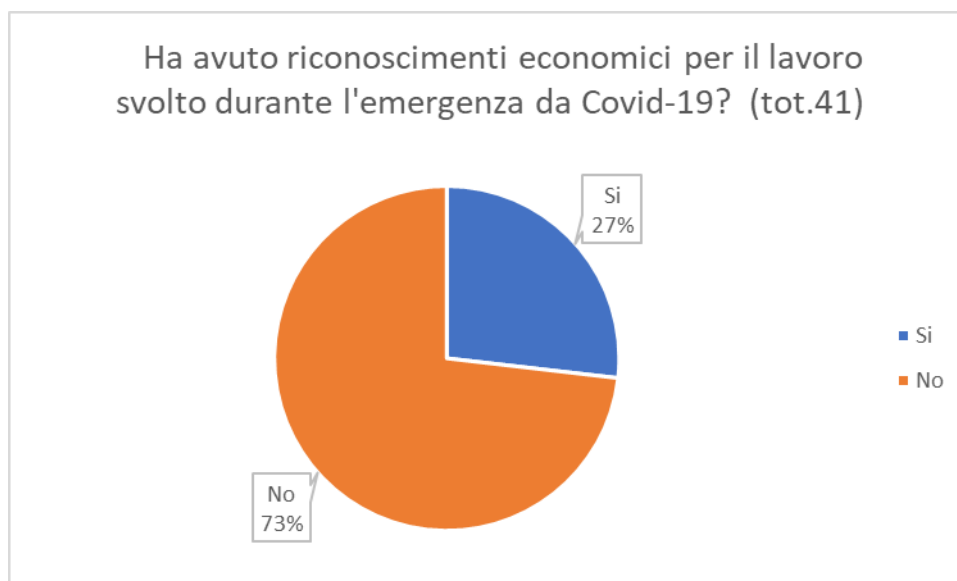
Frequenza assoluta

Tabella 43

Ha avuto riconoscimenti economici per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?	(tot.41)
Si	11
No	30

Frequenza relativa

Tabella 44



Domanda 18: I riconoscimenti avvenuti nel post pandemia alla professione infermieristica hanno inciso sulla qualità del lavoro?

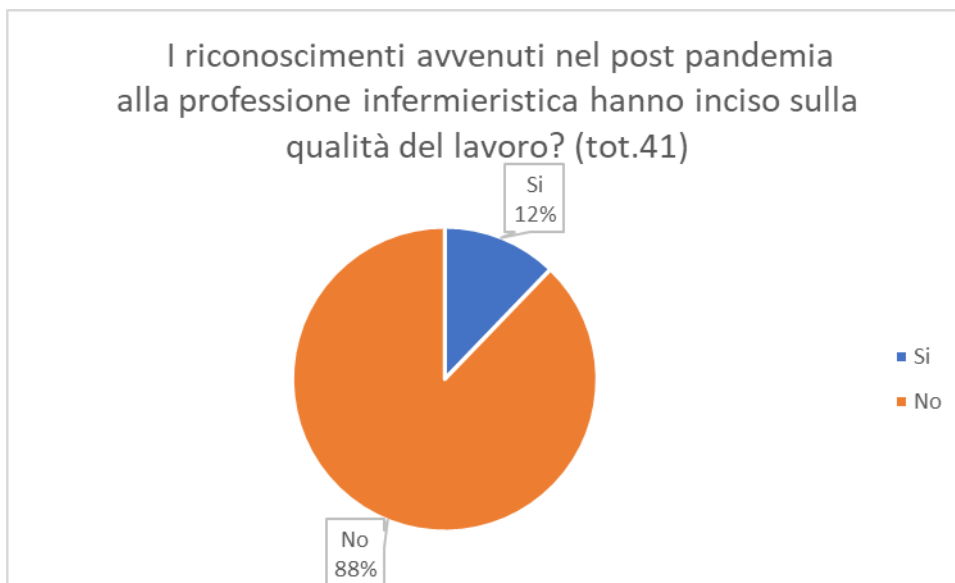
Frequenza assoluta

Tabella 45

I riconoscimenti avvenuti nel post pandemia alla professione infermieristica hanno inciso sulla qualità del lavoro? (tot.41)	
Si	5
No	36

Frequenza relativa

Tabella 46



Commento: come riportato dalla frequenza assoluta e relativa, la maggior parte degli infermieri che hanno risposto al questionario non hanno avuto riconoscimenti ne sociali ne economici per il lavoro svolto in emergenza durante la pandemia.

I riconoscimenti del post pandemia non hanno inciso sulla qualità del lavoro.

Domanda 19: Che cosa di positivo è emerso nella sua realtà lavorativa in seguito all'emergenza da Covid-19?

- Che siamo persone serie e professionisti all' altezza delle situazioni più difficili in mano a degli incompetenti
- Di positivo nulla ci hanno chiamato eroi finché avevano paura adesso ci continuano a prendere in giro sia del punto di vista economico che sociale
- Di positivo nulla. É venuto fuori il meglio ed il peggio dei colleghi. L'esperienza nella centrale territoriale in cui monitoravamo le persone in quarantena, invece, é stata una bella esperienza di professionalità e condivisione.
- Fiducia verso il Sistema Sanitario Nazionale
- Gruppo più coeso
- Ho imparato molte cose e fatto esperienze che non avrei mai pensato di vedere, belle e brutte.
- Il lavoro di squadra
- la buona volontà degli operatori (tutti infermieri medici Oss e figure di supporto -pulizia-logistica)
- La capacità di fare squadra, di supportarci, di trovare momenti di convivialità e di esserci gli uni per gli altri, questo è stato quello che ho provato e che se ripenso a quei momenti è rimasto
- La capacità di fare squadra, di supportarci, di trovare momenti di convivialità e di esserci gli uni per gli altri, questo è stato quello che ho provato e che se ripenso a quei momenti è rimasto
- La capacità di fare squadra, di supportarci, di trovare momenti di convivialità e di esserci gli uni per gli altri, questo è stato quello che ho provato e che se ripenso a quei momenti è rimasto.
- La coesione, l'unione tra colleghi. L'unione fa la forza, non fisica, psicologica, la forza di riaffrontare ogni giorno quella situazione, spaventosa per tutti, ma tutti insieme.
- L'essere uniti, sentirsi veramente un team
- L'importanza della nostra professione, del lavoro di equipe, ma tristemente non riconosciuto da coloro che non lo svolgono!
- L'uso attento dei dpi
- Nessun miglioramento positivo. Tranne alcuni strumenti medicali nuovi.

- Niente
- Niente!
- Nulla
- Nulla
- Nuove amicizie
- Positivo? Fortunatamente nessuno dei lavoratori si è contagiato.
- Riconoscimento della professione come ruolo fondamentale
- Scambi di conoscenze positive con nuovi colleghi
- Si è fatto lavoro di squadra come non accadeva da tempo
- Siamo in grado di lavorare in equipe molto meglio di quanto credevamo: abbiamo appreso nozioni e ci sentiamo più formati
- Spirito di collaborazione multiprofessionale e disciplinare
- Terminata l'emergenza Covid-19 sono ritornata nel mio reparto di appartenenza e nulla è cambiato nella mia realtà lavorativa. Ho ricevuto tanto affetto e stima da parte dei miei colleghi infermieri ,dalla coordinatrice e capo dipartimento.
- Unione e lavoro di squadra
- Unione tra colleghi

Commento: dalla revisione delle domande, si evince qual è stato il principale fattore di protezione degli operatori sanitari che hanno lavorato durante l'emergenza Covid-19: il lavoro di equipe.

E' stato questo che ha aiutato la maggior parte degli infermieri ad aumentare le proprie competenze sul campo e a trovare la forza di aumentare questo periodo di difficoltà.

Allo stesso tempo in alcuni casi gli operatori non hanno potuto ricavarne niente di buono

4.4 Discussione

Come riportato dall'analisi delle singole domande, il questionario mette alla luce le problematiche organizzative e psicologiche che il personale infermieristico ha riscontrato durante la pandemia.

Dal questionario, da cui abbiamo avuto principalmente risposte da personale femminile in un'età compresa tra i 41 e i 61 anni operative all'interno di ospedali pubblici, emerge come più della metà del personale infermieristico abbia subito un forte stress a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19: buona parte del personale sanitario è stato ricollocato in un'altra unità operativa e questa ne è stata la principale causa.

Un'ulteriore causa di stress è stata la mancanza di conoscenze specifiche in ambito di malattie infettive, oltre che in minor parte la mancanza di DPI.

Le problematiche hanno fatto sentire chi spesso, chi a volte, i lavoratori non all'altezza, ma nonostante la paura e il senso di negatività predominante, la maggior parte degli infermieri si sono sentiti soddisfatti del lavoro svolto in emergenza.

Quasi tutti gli operatori sanitari si sono sentiti ansiosi, irritabili o nervosi almeno una volta a settimana.

La maggior parte degli infermieri ha sofferto di insonnia o disturbi del sonno una o più volte a settimana, poco più della metà dei lavoratori hanno invece aumentato o diminuito bruscamente l'apporto alimentare almeno una volta a settimana. Solo una piccolissima percentuale talvolta ha fatto uso di alcool, psicofarmaci o fumo di sigaretta per fronteggiare lo stress.

La maggior parte degli infermieri non ha ricevuto riconoscimenti né economici, né sociali per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19, quindi questo non ha inciso sull'operatività.

Le cose positive emerse dal lavoro in pandemia sono molte e soggettive: mentre ci sono operatori sanitari che non ne hanno ricavato nulla di buono, dall'altra parte molti hanno avuto modo di capire l'importanza del team, del lavoro in equipe e ne sono usciti arricchiti di una nuova consapevolezza.

CAPITOLO 5:

Conclusioni

I fattori organizzativi e sociali hanno influito sul personale infermieristico durante la pandemia: lo stress per la mancanza di conoscenze, per il cambio di Unità Operativa, l'iniziale mancanza di DPI sono stati i fattori predominanti per eventi che hanno indotto forte malessere nei professionisti, potremmo parlare di vero e proprio esaurimento emotivo.

Perché non eravamo pronti?

E' evidente che non si era preparati a fronteggiare un'emergenza di tali dimensioni, ci si è trovati impreparati sia dal punto di vista dell'organizzazione lavorativa e soprattutto non si era pronti a sostenere psicologicamente stress di tali dimensioni. Si è dovuto prevenire, riconoscere e gestire le varie forme di disagio psicologico che possono manifestarsi nei contesti sanitari emergenziali pandemici. Definire il burnout, acquisire conoscenze rispetto alla sindrome della Compassion Fatigue, individuare i fattori che concorrono allo sviluppo del disturbo da stress post traumatico (PTSD), disturbi depressivi, d'ansia e di insonnia.

La maggior parte del personale infermieristico essendo di sesso femminile, oltre il grande carico lavorativo ha dovuto sostenere il carico dell'assistenza familiare, i figli in casa per le chiusure delle scuole, persone anziane che non potevano più avere assistenza come quello delle badanti, e il convivere con la paura assoluta di poter contagiare i propri familiari.

L'incertezza, la perdita di molti riferimenti organizzativi professionali ed anche personali faranno ricordare la pandemia da Covid-19 come una delle sfide più grandi che la professione infermieristica si è trovata ad affrontare e che sta tutt'ora affrontando.

Servirà un tempo di rielaborazione di tutto ciò che è stato vissuto, di tutto l'accaduto, servirà parlarne, scriverne, vedere fotografie, disegni, servirà tutto ciò che è necessario per ricordare e non dimenticare.

In futuro, come già accaduto per altre circostanze ad alto carico di stress emotivo, sarà importante la gestione del nostro stress acuto come professionisti, fondamentale per prevenire disturbi a lungo termine.

L'umanità aveva già affrontato disastri naturali o legati ad eventi di guerra od attentati, ma di nuovo ci siamo trovati “nudi” ed impreparati, non abbiamo strutturato l'insegnamento del passato.

Dovremmo auspicarci l'importanza di aumentare la resilienza degli operatori in prima linea attraverso strumenti supportati a livello organizzativo con formazioni appropriate, leadership efficaci ed una comunicazione adeguata.

Il senso di colpa, di solitudine e frustrazione provato da moltissimi sanitari non potrà essere cancellato, ma non potremo più giustificare l'essere stati lasciati soli “arrangiandosi” con ciò che si ha. Il senso di smarrimento di molti non potrà essere più ciò che ha travolto un intero mondo professionale. Il dovere delle organizzazioni sarà quella di fornire indicazioni sulle possibili conseguenze psicologiche dell'emergenza, e suggerire strategie per mitigare l'impatto dello stress acuto. Si dovranno organizzare percorsi specifici di rielaborazione delle esperienze vissute, al fine di normalizzare la condizione emotiva. Parleremo di Recovery Skills Training, di “riconnotazione esperienziale”, story-building guidato, “potenziamento delle competenze di resilienza”, costruire un “recovery action plan”. Parleremo di peer to peer support, del protocollo PIAS (prossimità, immediatezza, aspettativa soddisfatta, semplicità nell'intervento) individuato dall'OMS come il più efficace per prevenire la salute mentale degli operatori a seguito di eventi critici. Il supporto tra pari ha altresì una funzione di empowerment. Dovrà essere mantenuto un servizio attivo EEAP (emergency employee assistance program) pronto ad intervenire in caso di eventi traumatici con misure di monitoraggio della salute psichica e di stabilizzazione emotiva (defusing, debriefing e il counseling post-traumatico). Dovremmo avere il dovere etico e morale di non dover più affermare perché non eravamo pronti.

ALLEGATI:

QUESTIONARIO

Sesso :

maschio

femmina

Età:

22-31 anni

32-41 anni

42-51 anni

52-61 anni

>62 anni

Area di appartenenza:

medica

chirurgica

critica

altro

Tipo di struttura in cui lavora:

struttura pubblica

struttura privata

struttura privata accreditata

Tipo di contratto:

tempo determinato

tempo indeterminato

altro

1. Durante l'emergenza da Covid-19 è stato ricollocato in altre Unità Operative?

si

no

2. Questo ricollocamento ha arrecato in lei ulteriore stress psicologico?

sempre

spesso

a volte

mai

3.A cosa è stato dovuto questo stress?

mancanza di riposo compensativo

mancanza di DPI

gestione del lavoro con una nuova equipe

mancanza di conoscenze specifiche di malattie infettive

4.Il suo stato emotivo/psicologico è stato modificato a causa della riorganizzazione del lavoro durante l'emergenza da Covid-19?

sempre

spesso

a volte

mai

5.Durante l'emergenza da Covid-19 si è sentito non all'altezza per mancanza di conoscenze/competenze?

sempre

spesso

a volte

mai

6.Si è sentito soddisfatto del lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

sempre

spesso

a volte

mai

7.Ha avuto paura di lavorare durante l'emergenza da Covid-19?

sempre

spesso

a volte

mai

8.E' stato pervaso da un senso di negatività durante l'emergenza da Covid-19?

sempre

spesso

a volte

mai

9.Quanto spesso si è sentito ansioso durante l'emergenza da Covid-19?

mai

meno di una volta a settimana

1 o 2 volte a settimana

3 o più volte a settimana

10.Quanto spesso si è sentito irritabile o nervoso durante l'emergenza da Covid-19?

mai

meno di una volta a settimana

1 o 2 volte a settimana

3 o più volte a settimana

11. Quanto spesso ha sofferto di insonnia o disturbi del sonno durante l'emergenza da Covid-19?

mai

meno di una volta a settimana

1 o 2 volte a settimana

3 o più volte a settimana

12.Per fronteggiare lo stress emotivo ha aumentato o diminuito bruscamente l'apporto alimentare di cibo durante l'emergenza da Covid-19?

mai

meno di una volta a settimana

1 o 2 volte a settimana

3 o più volte a settimana

13.Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto alcolici in quantitativi diversi rispetto a prima della pandemia?

sempre

spesso

a volte

mai

14.Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha assunto farmaci (ansiolitici, antidepressivi)?

sempre

spesso

a volte

mai

15. Per fronteggiare lo stress emotivo durante l'emergenza da Covid-19 ha aumentato l'uso di fumo di sigaretta?

sempre

spesso

a volte

mai

16. Ha avuto riconoscimenti sociali per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

si

no

17. Ha avuto riconoscimenti economici per il lavoro svolto durante l'emergenza da Covid-19?

si

no

18. I riconoscimenti avvenuti nel post pandemia alla professione sanitaria infermieristica hanno inciso sulla qualità del lavoro?

si

no

19. Che cosa di positivo è emerso nella sua realtà lavorativa in seguito all'emergenza da Covid-19?.....

ACRONIMI

COVID-19: Corona Virus Disease 19

D.M.: Decreto Ministeriale

DPI: dispositivi di protezione individuale

DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

EEAP : Emergency Employee Assistance

IPASVI: Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

OSS: Operatore Socio Sanitario

MERS: Middle East Respiratory Syndrome

PIAS : Prossimità, immediatezza, aspettativa soddisfatta, semplicità nell'intervento

PTSD: Stress Post Traumatico

RNA: Acidoribonucleico

RSI: Regolamento Sanitario Internazionale

SARS: Severe acute Respiratory Syndrome

BIBLIOGRAFIA

B. Christopher Frueh, A. L. G. (2013). *Disturbo Post Traumatico da Stress*. Ferrari Sinibaldi.

Guido Silvestri (2020). *Uomini e virus*. Bur.

Irene Barbarisi (2020). *Lo stress in emergenza*. CTL.

Laura Binello, C. B. (2021). *La pandemia racconta gli infermieri*. Covid Ergo Sum.

Livia Bicego, C. B. (2008). *Salute mentale e organizzazione che cura*. Maggioli Editore.

Luisa Sodano (2020). *Emozioni Virali*. Il pensiero scientifico Editore.

Mauro Bologna, A. L. (2020). *Pandemie*. Bollati Boringhieri.

Marina Vanzetta, F. V. (2014). *L'operatore Socio Sanitario, manuale per la formazione*. McGraw Education.

Paola Salerno, R. A. A. (2020). *Storie di persone, voci di infermieri*. McGraw-Hill Education.

Paolo Barelli, E. S. (2004). *Nursing di Salute Mentale*. Carocci Faber.

Riccardo Iacona (2020). *Mai più eroi in corsia*. Piemme.

Roberto Tatarelli (2009). *Manuale di psichiatria e salute mentale*. Piccin.

Vittorio Agnoletto (2020). *Senza Respiro*. Altreconomia.

SITOGRAFIA

(L'accesso ai dati è avvenuto da Dicembre 2020 a Marzo 2021)

Association, A. P. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.

Brescia, I. (2016, Aprile 2). *Lo sviluppo professionale degli infermieri e delle professioni sanitarie*. Tratto da www.ipasvibs.it:
http://brescia.ipasvibs.it/images/Corsi_Convegni/2016/2_aprile_/cotta.pdf

Broglietti, C. (2020, Marzo 29). *Come si trasmette il Covid-19? Le indicazioni dell'OMS*. Tratto da Periodico Daily: <https://www.periodicodaily.com/come-si-trasmette-il-covid-19-le-indicazioni-delloms/>

Canova, G. S. (2020, 12 20). *Effetti psicologici nei sanitari derivanti dalla pandemia*. Tratto da www.nurse24.it: <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/effetti-psicologici-sanitari-derivanti-pandemia.html>

Ciofi, M. (2020, Marzo 5). *Coronavirus: MERS e SARS*. Tratto da www.ospedalebambingesu.it: <http://www.ospedalebambingesu.it/coronavirus-mers-e-sars#.YGMjDLBxdPZ>

Magistrone, M. (2020, Marzo 11). *Incubazione e coronavirus: i sintomi compaiono in media dopo 5 giorni dall'infezione*. Tratto da Wired.it:
https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03/11/coronavirus-incubazione-sintomi-covid-19/?refresh_ce=

Panzeri, V. (2020, Marzo 31). *Coronavirus, cos'è l'indice R0 e perché è così importante*. Tratto da www.quotidiano.net: <https://www.quotidiano.net/salute/indice-ro-1.5089295>

Salute, M. d. (2021, Febbraio 12). *Nuovo Coronavirus*. Tratto da www.salute.gov.it:
www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?id=228#1

Sanità, I. s. (2020). *Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale*. Tratto da www.epicentro.iss.it:
https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/pdf/pianopandemico.pdf

Sanità, S. U. (2020, Aprile). *Emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto*. Tratto da
<https://classroom.google.com/u/1/c/NjQyODA3MjkxNDha>

Tonon, L. (2020, Settembre 24). *Personale medico effettua dei tamponi per il covid-19*. Tratto da www.internazionale.it: <https://www.internazionale.it/notizie/laura-tonon/2020/09/24/quali-sono-come-funzionano-test-covid>

Trobruk, D. (2020, Aprile 24). *Ieri Infermieri eroi, oggi untori, domani dimenticati e depressi*. Tratto da www.dimensioneinfermiere.it:
<https://www.dimensioneinfermiere.it/infermieri-eroi-oggi-untori-domani-dimenticati-depressi/>

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il direttore del corso il Dott. Maurizio Mercuri e le mie Tutors, che in questi tre anni si sono dimostrati sempre disponibili nell'aiutarmi ad affrontare questo corso di studi.

Ringrazio la mia Relatrice, la Dott.ssa Silvia Giacomelli, anch'essa per la sua disponibilità, solarità e competenza nell'aiutarmi nella stesura della tesi.

Ringrazio in primis la mia famiglia, mio padre e mia madre, le mie rocce, per avermi insegnato a superare le difficoltà e raggiungere i miei obiettivi, per esserci stati in ogni mio momento no ed avermelo fatto superare con l'amore. Ringrazio Allegra, mia sorella, per esserci stata sempre, per essere stata notte e giorno la migliore amica con cui sfogarsi e confidarsi.

Ringrazio mia zia Sandra e mia nonna Maria per essere state di ispirazione a questa magnifica professione.

Ringrazio tutta la mia famiglia per essere stata, nella sua pazzia, sempre presente.

Ringrazio Marco, per aver condiviso con me questo percorso, per essere stato partecipe, per avermi dato l'affetto necessario nei momenti di difficoltà e soprattutto per avermi dato quella spinta in più necessaria, spesso, per portare a termine i miei piccoli progetti.

Ringrazio le mie migliori amiche: Susanna e Sofia, per la loro pazzia, per il loro affetto e per la leggerezza con cui mi hanno fatto passare questi due ultimi anni; ringrazio Adriana ed Elisa per esserci state sempre, nei miei momenti brutti ad aiutarmi e in quelli belli a divertirmi. Grazie a tutte per essere presenze costanti nella mia vita.

Ringrazio Daniele, il mio migliore amico, il mio "dottore" e confidente.

Ringrazio le mie compagne di percorso Camilla e Safè, senza cui probabilmente non mi sarei ancora laureata. Grazie per aver reso ogni momento noioso, divertente.

Infine, ringrazio tutti, tutti gli amici che, nel bene e nel male, con la loro presenza o con una birra, hanno saputo rendere migliore un momento della mia vita.

