UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

COVID-19: GLI EFFETTI DELLO STRESS LAVORO CORRELATO E L'IMPATTO PSICOFISICO DEL NUOVO VIRUS SUI PROFESSIONISTI SANITARI

Relatore: Chiar.mo
Ercolani Maurizio

Tesi di Laurea di:
Tini Giorgia

Correlatore: Chiar.mo
Tufoni Simona

A.A. 2019/2020

Ringraziamenti

Prima di procedere con la trattazione vorrei ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione della tesi e che sono stati presenti nel mio percorso universitario.

Ringrazio il mio relatore, Ercolani Maurizio, ed il mio correlatore, Tufoni Simona, per la disponibilità avuta sin dall'inizio, per avermi guidato nella ricerca del materiale, per i consigli e le indicazioni per la stesura dell'elaborato.

Grazie ai miei genitori, perché mi hanno dato la possibilità di raggiungere questo traguardo.

Grazie alle mie amiche, Jessica, Sara, Benedetta per tutto ciò che abbiamo condiviso, per il supporto e per i momenti di spensieratezza.

Infine, grazie a me perché ho avuto costanza e determinazione nel portare a termine il percorso universitario, sperando che la fine di questo sia l'inizio di qualcosa ancora più grande.

Background: attraverso lo studio effettuato sono stati ricercati i sintomi insorti tra il personale sanitario che ha affrontato la pandemia COVID-19 in prima linea; sono state analizzate, inoltre, possibili strategie da adottare nella gestione delle conseguenze portate da situazioni stressanti.

Quesito di ricerca: esiste una correlazione tra lo sviluppo di sintomi negativi e la conoscenza del Buddy system?

Obiettivo: con questo studio si intende valutare l'intensità dell'impatto psicofisico che la pandemia ha avuto sul personale sanitario.

Metodologia di ricerca: il metodo di lavoro adoperato consiste nella consultazione di articoli scientifici inerenti al concetto di stress, le sue manifestazioni in ambito lavorativo, diverse modalità per prevenire e ridurre le potenziali conseguenze negative.

La ricerca delle fonti è stata fatta tramite Internet.

È stata, poi, analizzata la risposta psico-fisica che infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) hanno avuto successivamente all'emergenza COVID-19 attraverso la somministrazione di un questionario, "Indagine di risposta emotiva all'emergenza Coronavirus di infermieri ed OSS", sulla piattaforma Moduli Google.

Risultati: dai dati ottenuti attraverso il questionario, confrontati con i differenti articoli inerenti allo stress lavoro correlato, è emerso che situazioni difficili, stressanti hanno ripercussioni psicofisiche anche nel periodo successivo.

Conclusione: considerando le dinamiche stressanti delle professioni d'aiuto non è possibile stabilire a priori dei programmi tali per cui si avrà la certezza che non ci sarà alcuna manifestazione di stress psicofisico. E', invece, possibile considerare una formazione mirata circa l'adozione di strategie per la prevenzione gestione dello stress.

Sommario

1. Introduzione

1.1 Motivazione

1.2 Obiettivi

2. Lo stress lavoro correlato

2.1 Cos'è lo stress

2.2 Lo stress mentale

2.3 Lo stress lavorativo

2.4 Lo stress nelle professioni sanitarie

3. Gestione dello stress lavorativo

3.1 La resilienza: etimologia del termine e definizioni in ambito piscologico

3.2 L'intelligenza emotiva

3.3 Il coping: definizione e stili differenti

3.4 Lavoro in team: educazione preventiva e Buddy system come supporto alla pari

3.5 Il team building e gli stili di leadership

3.6 L'effetto buffer: moderazione all'interferenza tra lavoro e vita privata

4. Effetti e conseguenze dello stress lavoro correlato

4.1 Rischi psicosociali: l'impatto del lavoro sulla salute e sul benessere degli operatori

4.2 Il disturbo post traumatico da stress: sintomatologia e trattamento

5. Studio "Indagine di risposta emotiva all'emergenza Coronavirus di infermieri ed OSS"

5.1 Materiali e metodi

5.2 Analisi dei risultati

6. Discussione

7. Conclusione

8. Bibliografia

1. Introduzione

Questa tesi nasce dalle riflessioni sorte in relazione all'emergenza COVID-19: in particolar modo le tematiche trattate ed analizzate riguardano l'impatto psicofisico per il personale sanitario, la cui vita lavorativa, professionale, privata è stata perturbata da questo evento.

La professione dell'infermiere è fatta, nell'attività ordinaria, di situazioni emotivamente forti, stressanti, emergenze, rapporto con assistiti e famigliari di età e culture diverse. Nella gestione di una realtà cosi diversificata sono necessarie alcune abilità di cui, sin dalle prime lezioni in aula durante il percorso universitario, ne è stata sottolineata l'importanza per poter erogare un'assistenza che sia efficace in tutti i suoi aspetti.

Empatia, fermezza, controllo, conoscenza, consapevolezza, responsabilità, rispetto, stabilità emotiva consentono di svolgere il proprio lavoro cercando di ridurre le ripercussioni che questo potrebbe avere sulla vita del lavoratore stesso senza, però, intaccare la qualità e l'efficacia del percorso assistenziale.

Se tutto ciò è caratteristico della routine di un infermiere, una situazione di emergenza nuova e sconosciuta ne richiede un incremento in quanto la dinamica in sé apporta un maggiore sforzo psicofisico.

Attraverso un questionario è stata analizzata la modalità con cui infermieri ed OSS abbiano affrontato questa pandemia, in relazione alla sintomatologia riportata,

alle difficoltà incontrate nella vita professionale e privata, le ripercussioni e l'eventuale conoscenza di tecniche di gestione dello stress lavorativo.

1.1 Motivazione

Nella pratica assistenziale pre-COVID il personale sanitario e sociosanitario è stato messo sotto pressione su più fronti, avendo a che fare con turni stressanti, carenza di personale, approccio con situazioni sofferenti per assistito, famigliari e questo a volte ha reso difficile l'allineamento perfetto con gli aspetti sopra citati. Inoltre, l'impatto dato dalle circostanze affrontate durante il lavoro era più dilazionato nel tempo, mentre è stato più intenso durante tale emergenza sanitaria. Il motivo per cui ho scelto di analizzare questa situazione emergenziale è conseguente alle molteplici domande sorte in me: come sia stata affrontata, come siano stati mantenuti gli stessi standard qualitativi nonostante la non conoscenza del fenomeno, la repentina riorganizzazione lavorativa. Nonostante l'uso di dispositivi di protezione individuale che avrebbero protetto dal virus ma altrettanto distanziato il professionista dalla persona assistita. Nonostante la paura di contrarre l'infezione e conseguentemente il rischio di trasmetterla ai propri cari; nonostante il timore di non riuscire a controllare efficacemente la diffusione e la patologia indotta dal virus Sars-Cov2.

Mi sono spesso immedesimata in un infermiere in prima linea contro il COVID-19 e mi sono chiesta se questa situazione, qualora l'avessi affrontata da

professionista, avrebbe avuto in me delle ripercussioni psicofisiche, se avesse minacciato il mio benessere, generato in me nuove preoccupazioni e paure.

Da questi interrogativi ho scelto di analizzare tali aspetti in chi ha lavorato in durante la pandemia COVID-19.

1.2 Obiettivo

Con questa tesi si intende valutare quali sono state le manifestazioni psicofisiche degli operatori sanitari, infermieri ed OSS, successivamente al periodo dell'emergenza, come questa ha impattato sulle loro vite, con quali tecniche è stata affrontata e gestita.

2. Lo stress lavoro correlato

2.1 Cos'è lo stress

Le prime ricerche ed i primi studi a riguardo sono mossi dal concetto di omeostasi sviluppato da Cannon (1929, 1939): con tale termine egli ha definito il mantenimento all'interno di specifici range di diversi parametri fisiologici, quali glicemia, ossigeno, temperatura corporea. La conservazione di questo equilibrio richiede la presenza di sensori che captino eventuali discrepanze tra la condizione presente ed i valori definiti accettabili per l'organismo.

Successivamente Cannon ha esteso tale concetto alle perturbazioni psicologiche e negli anni seguenti è stato reso noto da Selye (1956) che lo ha ridefinito

dall'ambito fisico, in cui è considerato come una forza che provoca una deformità e causa tensione.

Nella nuova definizione da lui coniata, invece, lo stress è una qualsiasi risposta aspecifica con cui l'organismo risponde ad uno stimolo esterno. La non specificità si riferisce alla natura casuale della sollecitazione, ovvero la risposta non è dipendente dalla tipologia di fattore stressante.

La reazione attuata dall'organismo rientra in quella che è stata definita sindrome da adattamento generale suddivisa in tre fasi:

-allarme, con modificazioni di tipo ormonale e biochimico;

-adattamento, associato ad una forma di resistenza;

-esaurimento, con crollo delle difese e morte organismica.

Selye ha condotto degli esperimenti su animali, successivamente ai quali è stato dimostrato che i cambiamenti di tipo biochimico ed ormonale sono associati all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).

Oltre a questa modalità di reazione ha elaborato il concetto di eterostasi (Selye 1956), in riferimento all'introduzione di un nuovo stato di equilibrio ottenuto modificando il set point per rispondere a situazioni fortemente stressanti. Questa condizione si raggiunge attraverso il potenziamento delle difese naturali e non tramite metodologie di cura diretta.

Sono state, così, poste le basi per la nozione di allostasi, ovvero la capacità di un organismo di mantenere i sistemi fisiologici attraverso il cambiamento.

Diversi sono i modelli elaborati riguardanti il concetto di stress; quello più attuale e completo, oggi utilizzato, è il transactional approach, di Lazarus (1991). Questa teoria suggerisce come la risposta che l'individuo attua di fronte ad una situazione stressante non sia dipendente da fattori parziali, ma conseguenza dell'interazione individuo-ambiente. Con ciò si intende considerare l'influenza, sulla modalità di reazione, data delle caratteristiche individuali e dallo stile di coping adottato: ovvero le azioni cognitive e comportamentali che la persona mette in atto per gestire gli stimoli esterni.

Chi è sottoposto a fattori stressanti, cerca di individuare quali possano essere i comportamenti più idonei per affrontarli, in un processo di continuo adattamento.

In una situazione di stress si distinguono diversi aspetti, correlati tra di loro ma differenti per significato l'uno dall'altro:

-stress, inteso come l'intero processo di interazione individuo-ambiente;

-stressor per definire gli stimoli e le sollecitazioni che possono produrre disagio;

-strain per indicare le risposte di natura comportamentale, cognitiva, fisica che il soggetto mette in atto.

2.2 Lo stress mentale

Lo stress mentale è una forma di adattamento aspecifica alle sollecitazioni dell'ambiente. Gli stimoli che giungono all'organismo vengono sottoposti ad una valutazione cognitiva, successivamente alla quale viene prodotta una reazione emozionale che si manifesta attraverso aspetti fisiologici e comportamentali. La risposta che ne deriva risente delle condizioni abituali, del momento, della personalità, della capacità di adattamento dell'individuo e del proprio stile di coping (Rapporti ISTSAN 10/21, 2009).

Oltrepassato un certo limite, soggettivo e dipendente dal proprio stile di coping, la risposta inizialmente adattiva potrebbe divenire disfunzionale. In questo caso si ha il passaggio eustress-distress, sotto l'influenza di differenti fattori quali l'intensità e la durata dello stimolo, l'individualità del soggetto.

La risposta dell'individuo agli stressor può produrre effetti negativi a seconda che ci sia un aumento oppure una diminuzione del carico di lavoro.

Nel primo caso si assiste ad una maggiore fatica mentale, in cui l'operatore percepisce una sensazione di stanchezza tale da peggiorare il rapporto prestazione/sforzo, con un calo dell'efficienza. Viceversa, nel secondo caso si manifestano monotonia, ridotta vigilanza.

Un'ulteriore conseguenza negativa correlata è la ridotta capacità di riuscire a gestire l'impatto con il contesto operativo. Questa generale condizione di disagio

ed inadeguatezza determina reazioni di tipo psicologico, fisiologico e comportamentale. Le reazioni psicologiche sono relative soprattutto all'insoddisfazione lavorativa ed alle relazioni interpersonali; quelle fisiologiche si manifestano attraverso alterazioni della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione sanguigna, disturbi dell'alimentazione e gastrointestinali.

Dal punto di vista delle risposte comportamentali il soggetto direttamente coinvolto può manifestare difficoltà a prendere sonno, uso e abuso di sostanze quali alcol, tabacco, sino alle droghe.

2.3 Lo stress lavorativo

Nell'Accordo Europeo 2004 lo stress da lavoro è stato definito come uno stato caratterizzato da sensazioni di malessere fisico, psicologico, sociale conseguente alla condizione in cui le persone percepiscono un divario tra le richieste e le risposte da loro attese. Di fronte a situazioni simili ognuno può reagire in modo differente e la stessa persona, nell'arco della propria vita, può rispondere in modo diverso a condizioni affini tra loro.

Lo stress in sé, quindi, non è da considerarsi come una malattia, ma la prolungata esposizione a questo può avere ripercussioni negative sulla salute, sull'efficacia ed efficienza del proprio operato.

In ambito lavorativo, se ne deduce, che non è il lavoro stesso ad esserne la causa ma diversi fattori caratteristici di questo, quali l'organizzazione, il contesto, la comunicazione, le relazioni interpersonali.

Individuare il problema dello stress da lavoro è fondamentale per poterlo gestire ed arginare le potenziali conseguenze che potrebbe avere se non venisse trattato.

L'identificazione può avvenire analizzando organizzazione, ambiente e condizioni di lavoro, comunicazione, soggettività dei lavoratori.

Tra i modelli sviluppati in relazione allo stress occupazionale quello più attuale e adottato è il transactional approach (Lazarus 1991), il quale include nella valutazione dello stress sia il soggetto che lo scenario circostante.

I fattori che possono concorrere allo sviluppo dello stress in ambito lavorativo sono molteplici: sovraccarico, scarsa qualità delle relazioni interpersonali, ambiguità di ruolo, pressioni temporali. Gli effetti individuali che questi possono avere si manifestano in ambiti diversi della personalità di ognuno, dall'assetto comportamentale a quello psicologico, sino a risposte fisiopatologiche.

In merito alle variabili che possono considerarsi responsabili dello stress occupazionale, si possono distinguere quelle individuali, organizzative, sociali.

Tra i fattori individuali elevati livelli di autostima ed autoefficacia, intese rispettivamente come la considerazione sulle capacità individuali e collettive del gruppo di portare al termine un compito ed il valore che ognuno attribuisce a sé

stesso, consentono di risentire meno dell'effetto negativo degli stressor. Un ulteriore vantaggio è dato dall'abilità di riuscire ad avere controllo sull'evento.

Tra le variabili organizzative si rivela efficace il commitment, il senso di identificazione e di appartenenza del lavoratore verso la propria organizzazione, con effetti positivi in relazione alla soddisfazione ed al coinvolgimento lavorativo.

Per quanto concerne il supporto sociale anche questo può avere degli effetti positivi riguardanti le modalità con cui sono affrontati i fattori stressanti.

Nella gestione adeguata delle possibili conseguenze derivanti dagli stressor lavorativi, le modalità di intervento si possono articolare in tre fasi.

È importante innanzitutto adottare adeguate strategie di prevenzione cercando, ad esempio, di riprogettare l'organizzazione lavorativa, instaurare un clima di maggiore cooperazione tra colleghi in modo da ridurre l'impatto delle sollecitazioni. Gli interventi di tipo secondario, invece, sono prevalentemente concentrati sulla moderazione delle risposte che i lavoratori possono attuare.

Infine, gli interventi realizzati a livello terziario si concentrano sulla riabilitazione del lavoratore che manifesta le conseguenze dello stress.

2.4 Lo stress nelle professioni sanitarie

Le professioni d'aiuto rientrano nella categoria di lavori a maggiore rischio di sviluppare conseguenze dello stress quotidianamente affrontato sul campo, sia dal punto di vista fisico che psichico. Aiutare un'altra persona nel momento del

bisogno richiede l'entrata in gioco di diversi fattori, la necessità di stare bene con sé stessi per poter fare spazio alle sensazioni ed emozioni altrui, la presenza di un clima lavorativo di supporto in cui si percepiscano sicurezza, coesione, stabilità. Il lavoro umano, l'aiuto verso l'altro non sono semplici mansioni al termine delle quali si avrà un prodotto finito: in questi si intersecano molteplici fattori, servizi che inevitabilmente s'intrecciano con diverse aree della soggettività umana, con l'identità, con la relazione che si instaura tra il professionista e l'assistito.

È inevitabile, quindi, che il personale sia adeguatamente formato tale da poter riconoscere gli stati emozionali che si configurano, saper gestire situazioni stressanti e non farsi sopraffare.

Le difficili condizioni lavorative in cui operano possono rappresentare un rischio per il benessere psicofisico se non correttamente gestite. Tra questi oltre al burn-out che deriva dell'esposizione cronica ad un evento stressante, il disturbo post traumatico da stress (DPTS) e la traumatizzazione vicaria (TV) sono conseguenti, invece, a situazioni acute più o meno traumatiche.

A differenza del DPTS che si manifesta in chi vive direttamente l'esperienza da vittima oppure da soccorritore, la TV è una forma di disagio psichico che può derivare anche soltanto dalla conoscenza di quell'evento (Argentero P. et al, 2008).

Di conseguenza i professionisti del settore occupazionale d'aiuto sono esposti al duplice rischio di sviluppare il DPTS, se direttamente coinvolti, e la TV qualora ascoltino di esperienze vissute da colleghi oppure assistiti.

Nonostante la diversa circostanza che può determinare l'uno oppure l'altro disturbo, la sintomatologia è sovrapponibile: la presenza di pensieri intrusivi che ricordano l'evento, immagini, allucinazioni, percezioni ricorrenti relative a questo, l'evitamento di tutti quegli stimoli che possano riportare la mente alla situazione traumatica. Infine, l'iperattività, consistente in stati frequenti di ansia, tensione, disturbi del sonno.

3. La gestione dello stress lavorativo

3.1 La resilienza: etimologia del termine e definizioni in ambito psicologico

Nell'esercizio delle professioni d'aiuto, insito nella natura di questi lavori, vi è spesso il confronto con situazioni forti dal punto di vista emotivo per l'assistito e per i propri famigliari, il cui impatto inevitabilmente non viene meno all'occhio di chi assiste. L'importanza, però, di non risentirne sul piano personale e lavorativo è una condizione necessaria per garantire un'assistenza idonea, efficace per ogni persona bisognosa d'aiuto.

Queste dinamiche caratterizzano la quotidianità lavorativa di chi opera nel settore delle professioni della salute ed ovviamente risultano accentuate in situazioni clinicamente sconosciute, dimensionalmente estese e nuove.

Questo è quanto è accaduto con la pandemia COVID-19.

Sin dall'inizio dell'emergenza medici, infermieri, operatori sanitari in generale sono stati posti di fronte a situazioni straordinarie, sia in termini di carico lavorativo che di forte impatto emotivo, a livello ospedaliero e territoriale.

Carenza dei dispositivi di protezione individuale, personale non sufficiente per la copertura dei turni, prolungamento di questi, organizzazione a volte precaria, spostamento in nuove unità operative rispetto quelle a cui si era precedentemente assegnati.

È stato necessario, ancora più del solito, introdurre abilità tecniche, relazionali, educative differenti, prendersi cura di assistiti aventi una patologia sconosciuta in termini di trattamento specifico, evoluzione e prognosi. Questo ha inevitabilmente richiesto una forte resilienza da parte di medici, infermieri e tutto il personale sanitario.

Il concetto di resilienza trova le sue origini in ambito scientifico, prettamente fisico, in relazione alla proprietà dei materiali di resistere ad una forza applicata improvvisamente ed in modo brusco, senza spezzarsi e propagare incrinature.

In ambito psicopatologico Rutter (1987) è stato il primo a darne una definizione, considerando la resilienza come un insieme di fattori individuali che possono modificare la risposta che un individuo ha di fronte ad una situazione che potrebbe sfociare in un esito mal adattativo.

Secondo Fletcher e Sakar (2013) ha due dimensioni, avversità e adattamento positivo e consiste in diversi fattori promuoventi lo sviluppo di risorse personali tali da proteggere l'individuo da situazioni stressanti.

La resilienza presume la capacità di riprendersi da un'avversità; affinché si realizzi sono necessarie una condizione stressante e potenzialmente traumatizzante e la conseguente evoluzione positiva del benessere psicosociale.

In una situazione così fatta l'evento critico da un lato è fonte di stress per la persona, minacciandone l'equilibrio psicofisico e la capacità di farvi fronte; dall'altro è una sfida e potrebbe promuovere una crescita individuale.

Sono stati individuati alcuni fattori definiti "risorse della resilienza" di tipo biologico e culturale, distali o prossimali al sé, risorse chiave, multi-componenziali, integrate, interne ed esterne (Magrin M.E., 2008).

Attraverso la ricerca di questi elementi è stata dimostrata l'importanza degli aspetti sopra citati come risorse nella promozione e nel sostegno della resilienza.

Sono, ovvero, predittivi di un esito positivo di fronte ad una situazione stressante.

Essere resilienti aiuta ad affrontare gli eventi estenuanti e traumatici avendo gestione delle possibili conseguenze negative; un modo attraverso il quale mitigare potenziali ripercussioni a breve e lungo termine.

3.2 L’intelligenza emotiva

L’intelligenza emotiva è stata definita da Goleman (1996) come “capacità di motivare sé stessi e di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione; di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare; e, ancora, la capacità di essere empatici e di sperare”.

È stato dimostrato come l’aumento dell’intelligenza emotiva e la gestione delle emozioni siano fondamentali negli operatori della salute per il controllo di eventi emotivamente importanti, quali nascita, sofferenza, morte e come possano ridurre gli effetti del burn-out.

Nei reparti di emergenza si affrontano momenti critici che seppur spesso hanno breve durata, il loro impatto potrebbe essere comunque intenso.

In queste situazioni è fondamentale la gestione del lavoro emotivo per mantenere i confini dell’intimità e della distanza; in caso contrario l’operatore potrebbe sviluppare comportamenti di distanziamento per non esser riuscito a gestire la situazione sul piano emozionale.

Riconoscendo lo sforzo emotivo gli infermieri possono sviluppare la propria intelligenza emotiva utile per la risoluzione dei problemi, per facilitare l’apprendimento e gestire il cambiamento.

Goleman (1996) ha identificato quattro principali componenti dell'intelligenza emotiva:

-autoconsapevolezza;

-autogestione;

-consapevolezza sociale;

-gestione delle relazioni, le quali consentono di comprendere le proprie e le altrui emozioni.

L'autoconsapevolezza consente di riflettere sulle esperienze passate, valutare e identificare punti di forza e debolezza della loro attività lavorativa. L'autogestione invece implica la capacità di controllare le emozioni in risposta a rapidi cambiamenti ambientali.

Per ciò che concerne le ulteriori componenti dell'intelligenza emotiva sono entrambe correlate al rapporto con altri individui, in particolar modo alla comprensione delle emozioni altrui e alla gestione delle relazioni interpersonali.

Sebbene nell'assistenza a persone bisognose l'impatto emotivo possa risultare molto forte, gli operatori che hanno sviluppato una buona intelligenza emotiva riescono a gestire in modo migliore la situazione critica dal punto di vista emozionale. Ed è in questo contesto che si può instaurare una relazione reciproca tra assistito ed infermiere, caratterizzata dalla comprensione della situazione. Se ne deduce, quindi, che l'intelligenza emotiva consenta sia di riconoscere le

emozioni, proprie e dell'altro, ma anche di adoperarle al fine di superare le avversità.

Attraverso uno studio (Nespereira-Campuzano & Vàzquez-Campo, 2017), avente l'obiettivo di valutare un'eventuale correlazione tra i livelli di intelligenza emotiva e lo stress lavorativo negli infermieri dei dipartimenti di emergenza, è stato dimostrato che le persone con livelli più elevati di intelligenza emotiva sviluppano delle strategie di coping più efficaci.

Queste riescono, inoltre, a percepire una maggiore soddisfazione lavorativa.

Sebbene gli infermieri maggiormente sottoposti a livelli di forte stress emotivo siano quelli che lavorano nell'area dell'emergenza-urgenza, durante la pandemia COVID-19 tali dinamiche si sono estese anche a quelle unità operative che normalmente sono reparti di degenza ordinaria.

Questo in quanto, spesso, in piena emergenza vi sono stati collocati anche assistiti con un livello di complessità maggiore rispetto a quello che era lo standard dei mesi precedenti.

Sulla base dell'importanza che le quattro componenti dell'intelligenza emotiva hanno nel processo di assistenza, per il team di lavoro e per la prevenzione del burn out, è stata individuata una relazione tra intelligenza emotiva stessa, abilità e performance infermieristica.

Mayer et al (2008) hanno elaborato un modello, Ability model, per la valutazione dell'intelligenza emotiva considerando questa come l'insieme di quattro capacità:

-identificare le proprie e le emozioni altrui;

-utilizzare le emozioni anche nei processi di ragionamento;

-comprendere le emozioni;

-gestire le emozioni in sé e le situazioni emozionali.

L'identificazione delle emozioni è essenziale per selezionare interventi appropriati, sicuri ed efficaci; la comprensione di queste e dei loro effetti è fondamentale per ogni aspetto dell'assistenza infermieristica, anche per migliorare l'efficacia professionale ed interdisciplinare.

3.3 Il coping: definizione e stili differenti

Il termine coping è stato diffuso da R. S. Lazarus dopo aver condotto uno studio sulle risposte individuali di fronte ad una situazione stressante (Lazarus 1966).

Da questa indagine Lazarus dedusse che ogni persona sottoposta ad una minaccia attiva un processo psico-comportamentale con il fine di contrastarla; ancora oggi il termine coping indica l'insieme delle modalità con cui ognuno risponde e/o si adatta agli eventi stressanti. Questo processo, quindi, è individuato da:

-azioni che fronteggiano gli stressor che causano squilibrio nella vita;

-ricorso a strategie situazionali e/o personali;

-risposte adottate, mantenute per gestire fattori stressanti che mutano mentre sono affrontati.

È un modello incentrato sullo studio delle relazioni che intercorrono tra diversi aspetti coinvolti in una situazione stressante, dando lo stesso peso alla persona, all'ambiente ed al modo d'interazione.

Di fronte ad un evento critico ognuno attua una valutazione soggettiva delle proprie emozioni: si tratta dell'appraisal.

Dapprima è una valutazione inconsapevole, poi si considerano le risorse disponibili e le strategie da poter adottare. Infine, si valutano le azioni e gli effetti che ne derivano.

Si distinguono due stili di coping: quello focalizzato sul problema (PFCS) e quello incentrato sulle emozioni (EFCS) (Spagna G. et al, 2014).

Nel primo caso si cerca di risolvere la causa che è fonte di stress; nel secondo l'approccio è spesso caratterizzato da una forte componente emotiva che può incrementarlo.

Il coping può avere anche ripercussioni negative che includono le misure estreme adottate per fronteggiare una situazione stressante, quali abuso di alcol, droghe, autopunizione, eccessiva preoccupazione ed esternazione dei propri sentimenti negativi agli altri. Sono disfunzionali poiché l'individuo tende a focalizzare costantemente l'attenzione su di esse, con conseguente aumento dello stress e

rischio che sviluppi ulteriori emozioni e pensieri negativi riguardo la propria abilità di gestire una situazione stressante. Inoltre, tale approccio può essere sfavorevole poiché, incrementando le idee negative a riguardo, riduce la capacità di agire effettivamente sulla gestione della situazione e dei sintomi derivanti da questa. Di conseguenza l'adozione di strategie mal adattive di coping diviene essa stessa fonte di stress, portando la persona in un circolo vizioso in cui dover gestire una sintomatologia ansiogena di duplice origine.

Oltre alla distinzione PFCS ed EFCS esiste un'ulteriore differenza tra coping di approccio e coping di evitamento. Il primo consiste nell'orientare le proprie azioni per la risoluzione del problema; il secondo, invece, mira ad alleviare la negatività della situazione.

Dalla combinazione fra tendenza all'approccio vs evitamento e fra tendenza ad un impegno cognitivo vs comportamentale ne derivano quattro stili: approccio-cognitivo, approccio-comportamentale, evitamento-cognitivo, evitamento-comportamentale (Spagna G. et al, 2014).

È inevitabile, quindi, come la risposta messa in atto sia il prodotto di una serie di fattori concomitanti, circostanti alla persona ed all'evento in sé ed è chiaro che, indipendentemente dalle modalità, il fine ultimo resta condiviso: avere il controllo della situazione per evitare uno squilibrio mentale e non solo.

A seconda che la persona riesca ad avere una gestione efficiente della fonte di stress, le componenti del benessere psicologico quali autonomia, crescita personale, padronanza ambientale, relazioni positive con gli altri, accettazione di sé, obiettivo di vita, possono avere uno sviluppo in senso positivo o negativo. Inevitabilmente in ambito sanitario sull'approccio che si ha di fronte alla dinamica cui ci si trova, l'influenza è multifattoriale proprio perché l'assistenza ad una persona bisognosa di aiuto va affrontata da più punti di vista. Entrano in gioco diverse dimensioni e diversi aspetti pratici e non che, seppur noti e conosciuti da medici, infermieri, operatori sanitari in generale che svolgono quotidianamente il proprio lavoro, ogni volta possono agire in maniera differente. Situazioni impreviste, peggioramento del quadro clinico, decisioni, stanchezza, sentimenti di inadeguatezza, confronto con le emozioni dell'assistito e della famiglia, problemi organizzativi.

Seppur importante al pari della resilienza, il coping differisce da questa. Essere resilienti influisce sulla valutazione dell'evento stressante e ne fornisce una risposta positiva. In modo diverso l'adozione di strategie di coping costituisce il passo successivo: ovvero è inerente alle modalità a cui si fa ricorso dopo aver analizzato l'evento critico e potenzialmente traumatizzante. Oltre che essere differenti per quanto concerne la tempistica di utilizzo dell'una e dell'altra modalità, il coping può favorire il beneficio atteso ma condurre anche ad esito

negativo. Quindi da un lato la resilienza si connota per un'elevata capacità di resistenza e di orientamento verso una situazione migliore e più vantaggiosa. Dall'altro il coping costituisce un lavoro d'insieme successivo e finalizzato al ripristino di una condizione di equilibrio, neutralizzando i fattori di stress non avendo, però, certezza della positività dell'esito.

Durante la pandemia l'Organizzazione mondiale della salute (OMS) ha consigliato ai lavoratori di adottare strategie di coping, tali da contribuire al mantenimento del benessere psichico, importante tanto quanto quello fisico. L'organizzazione ha sottolineato l'importanza di tutelare il personale impiegato in prima linea durante una pandemia, attraverso misure adeguate a proteggerlo da potenziali ripercussioni che potrebbero manifestarsi successivamente alla situazione di emergenza.

L'importanza di specificare come l'adozione di strategie di coping sia d'aiuto in situazioni di emergenza, deriva dal fatto che le professioni medico-sanitarie rientrino nella categoria di lavori con maggiori livelli di stress.

Poiché la gestione di tali circostanze risente anche di fattori soggettivi, oltre che della dinamica in sé, ne consegue che ognuno adotti modalità differenti di reazione, ovvero diverse strategie di coping.

3.4 Lavoro in team: educazione preventiva e Buddy system come supporto alla pari

In relazione alla situazione d'emergenza del COVID-19 l'OMS ha evidenziato anche l'importanza di promuovere il lavoro in team raccomandando, a tal proposito, di confrontarsi con i colleghi sia per coordinare le attività ma anche per trovare supporto reciproco.

Spesso le situazioni stressanti a lungo termine sono più difficili da identificare rispetto a quelle in cui lo stress è intenso ma limitato al verificarsi dell'evento.

In queste circostanze può essere favorevole organizzare delle sessioni di colloquio per individuare gli stressor formando, così, lo staff sulla gestione dell'impatto emotivo e psicologico che questi possono determinare.

Eseguire tali incontri consente, inoltre, ai lavoratori di poter esprimere le proprie emozioni in un clima di supporto e non di giudizio circa il proprio vissuto, le proprie sensazioni ed il modo con cui hanno affrontato l'emergenza.

Un fattore aggiunto e favorevole nella discussione dell'impatto avuto è dato dalla conduzione del colloquio da parte di un membro interno al team con capacità di lavoro di gruppo, in quanto l'esternazione delle emozioni di fronte a persone che hanno affrontato la medesima circostanza è facilitata da un maggiore livello di empatia e comprensione.

La riunione, quindi, oltre a favorire la discussione sulle emozioni vissute fornisce anche una forma di educazione, dando al lavoratore i mezzi attraverso i quali poter gestire le conseguenze della situazione affrontata.

Per quanto riguarda la fase inziale della situazione emergenziale sono necessari pianificazione, orientamento e formazione del personale, sia in relazione ad eventuali ruoli specifici che ognuno dovrà assumere ma anche per ciò che riguarda la preparazione dello staff sui fattori di stress che potrebbero manifestarsi. Ciò in quanto, l'informazione e la conoscenza a priori su quello che potrebbe essere lo scenario seguente, potrebbe agevolare lo sviluppo di abilità tali da gestire al meglio la vulnerabilità ed aumentare la propria efficacia. Durante la fase di emergenza gli interventi che potrebbero essere d'aiuto per lo staff sono differenti:

-fare un briefing ad ogni cambio turno poiché permette ai colleghi di poter ipotizzare eventuali scenari che potrebbero configurarsi nelle proprie ore di lavoro;

-fare attività ed esercizio fisico;

-considerare sé stessi ed il proprio operato in modo positivo;

-fare delle pause durante le ore di lavoro;

-nelle ore extra lavorative concedersi del tempo per divagare dalla situazione che si sta affrontando;

-adottare programmi di gestione dello stress;

-partecipare a gruppi di supporto per i lavoratori;

- sviluppare il Buddy system con un proprio collaboratore.

Quest'ultima è una modalità lavorativa in cui colleghi coinvolti nella stessa situazione emergenziale sono l'uno di supporto per l'altro, occupandosi reciprocamente della sicurezza personale. In un team così costituito si assicura un sistema in cui ognuno provvede al controllo e all'equilibrio per l'altro, valutandone i bisogni e concordando le decisioni. Affinché risulti efficace dovrebbe essere comunicato al proprio buddy, ovvero al proprio collega "di supporto", come riconoscere quando si è stressati.

Occuparsi del benessere reciproco all'interno di questa tipologia lavorativa prevede sia una forma di supporto pratico, ad esempio accordarsi per una pausa, provvedere ad uno snack per il proprio collega, che una più astratta ma non meno importante.

In situazioni emergenziali l'aiuto è dato anche dal riconoscimento per l'altro del buon lavoro svolto, dalla comprensione empatica delle emozioni che il proprio buddy sta vivendo.

Nel periodo successivo, invece, potrebbe essere utile:

-esternare il proprio vissuto;

-non arrabbiarsi sul personale: spesso la rabbia è un'emozione comune dopo una situazione di stress o disastro che potrebbe portare il lavoratore a sfogarsi involontariamente con i colleghi;

-mostrare riconoscimento e dare un feedback positivo agli altri membri del team per il lavoro fatto;

-cercare di ristabilire un normale routine;

-concedersi del tempo per riflettere, se necessario, senza separarsi completamente dagli altri.

Al termine di una situazione fortemente stressante sono comuni sentimenti di sollievo e contemporanea fatica psicologica ed emotiva che derivano dagli eventi affrontati, a cui si affianca spesso la sensazione che la propria vita, lavorativa e non, sia cambiata.

Tutto quanto affermato costituisce l'insieme di strategie preventive antecedenti all'emergenza, di gestione e controllo durante e dopo il verificarsi di questa soprattutto in relazione al carico psichico ed emotivo che potrebbe avere.

In una circostanza come quella dell'epidemia COVID-19, a causa dell'inaspettato, della velocità con cui si è diffuso il virus Sars-Cov2 e della mancata conoscenza di questo, non è stato possibile intervenire anticipatamente con formazione e prevenzione. Considerando le dinamiche lavorative, la necessità di dover indossare i dispositivi di protezione individuale per un tempo prolungato,

non è stato possibile applicare tutti i sistemi sopra citati per ridurre lo stress durante il turno. Molte volte le uniche forme di supporto possibili sono state il dialogo con il collega, l'esternazione delle proprie emozioni e la comprensione reciproca di queste. Inevitabilmente questa epidemia ha portato alti livelli di stress tra i lavoratori, una conseguenza che in una situazione differente, conosciuta e prevenibile, probabilmente sarebbe stata evitata oppure dimensionalmente ridotta, attraverso l'adozione di strategie idonee intervenendo nelle varie fasi dell'emergenza.

3.5 Il team building e gli stili di leadership

In relazione alla cooperazione per la gestione di una situazione stressante è stato constatato che le emergenze nella maggior parte dei casi vengono superate in team e non singolarmente. Affinché una squadra risulti eccellente e valida nell'affrontare un'emergenza sono necessari un sentimento di unione e partecipazione ed una guida adeguata.

Questo caratterizza quello che viene definito team building, ovvero la realizzazione di un gruppo coeso, motivato che condivide le idee del leader ed è determinato nel raggiungimento degli obiettivi individuati (Paganelli G., 2019). È un team in cui i membri sono di supporto l'uno per l'altro, uniti da sentimenti di stima reciproca. In un gruppo così costituito l'operatività efficace, efficiente, organizzata deriva da un addestramento adeguato dei componenti, tale da

consentire loro di affrontare situazioni emergenziali, di mantenere la stabilità di gruppo anche in assenza della guida, in sostituzione della quale potrebbe essere nominato un vice. In base al modo in cui il leader adopera il proprio ruolo per raggiungere i risultati attesi si distinguono due tipologie di gruppi diversi. Quello sopra descritto viene definito auto-diretto: è un team in cui il leader guida un gruppo di collaboratori, di cui considera le motivazioni per conseguire gli obiettivi stabiliti. Si ha in questo caso un'azione mutevole della figura di leadership rispetto al gruppo poiché vi sono circostanze in cui è il capo che prende decisioni, altre in cui in queste provengono dal team e sono valutate, interpretate e poi coordinate dal leader stesso. Questa tipologia di approccio definisce la figura di leadership situazionale, la quale mostra flessibilità in relazione alle azioni da intraprendere in base alla situazione, abilità, competenze del gruppo. Diversamente può esserci la squadra che è guidata da una forte leadership esercitata dal capo della stessa.

Durante l'emergenza COVID-19 alcuni team sono stati costituiti al momento, sia in relazione al personale infermieristico che al coordinatore; di conseguenza erano persone che non avevano mai fatto parte dello stesso gruppo lavorativo, spesso non si conoscevano neanche. Questo, seppur necessario per la situazione, potrebbe non aver favorito lo stesso clima lavorativo di un team consolidato in cui c'è conoscenza tra i membri stessi e il coordinatore, poiché i sentimenti di

coesione, stima, unione, conoscenza del metodo lavorativo dell'altro, condivisione delle idee, probabilmente sono venuti a mancare.

3.6 L'effetto buffer: moderazione all'interferenza tra lavoro e vita privata

Il fenomeno dell'effetto buffer è stato analizzato in relazione all'interferenza che potrebbe esserci, in ambito sanitario, tra le risorse lavorative ed il lavoro in sé con la vita privata dell'operatore (Viotti S, Converso D., 2016).

Quando la richiesta lavorativa è eccessiva, secondo il modello di recupero da uno sforzo, il lavoratore non avrebbe la possibilità di recuperare effettivamente le energie spese con conseguente impatto negativo sulla vita privata.

L'effetto buffer, ovvero effetto tampone, ha alla base due principi secondo cui ci sarebbe una correlazione tra richiesta lavorativa e vita privata e la possibilità di mitigare tale connessione attraverso idonee risorse di lavoro.

Il primo punto è rappresentato dall'ipotesi di compromissione della salute, in base alla quale il protrarsi della richiesta lavorativa nel tempo potrebbe ridurre le potenzialità psicofisiche del lavoratore, portando ad un decremento del benessere dello stesso. Il secondo aspetto riguarda l'ipotesi di buffer, secondo cui le risorse potrebbero attenuare l'impatto delle richieste lavorative sulla vita dell'operatore. Questi due principi trovano conferma nella realtà lavorativa in ambito sanitario in relazione al nesso esistente tra domanda lavorativa, l'effetto di questa sulla vita privata e l'azione mitigatrice delle risorse disponibili.

Questo è quanto ha caratterizzato l'atmosfera lavorativa durante l'emergenza COVID-19 in cui, però, l'effetto buffer sopra citato probabilmente è venuto a mancare. Ciò proprio per la rapidità con cui questo si è inserito, quindi per la non prontezza delle strutture e del personale a sopportare un fenomeno di tale entità. Le risorse disponibili, sia in termini di operatori che dispositivi, non sono state sufficienti per soddisfare la richiesta riuscendo contemporaneamente ad evitare le conseguenze psicofisiche negative manifestatesi. Considerando il timore di contrarre il virus, diversi operatori hanno scelto di non tornare a casa dopo i turni di lavoro e di allontanarsi dalla propria famiglia. Di conseguenza non c'è stato neanche l'effetto mitigatore della vita privata; al contrario c'è stata la privazione degli affetti e delle relazioni con i propri cari per il timore di contagiarli.

4. Effetti e conseguenze dello stress lavoro correlato

4.1 Rischi psicosociali: l'impatto del lavoro sulla salute e sul benessere degli operatori

Il National Insititute of Occupational and Safety Health (1999) ha definito lo stress da lavoro come un insieme di reazioni fisiche ed emotive che si manifestano quando le richieste non sono proporzionali alle capacità ed alle risorse del lavoratore, tale da poter influire negativamente sulla salute degli operatori.

Tra gli effetti che ne conseguono, lo stress organizzativo produce un senso di inadeguatezza dell'operatore con il timore di non riuscire a far fronte alle esigenze lavorative ed allo stesso tempo con la paura di non saper trovare una via di fuga.

Sulla qualità del lavoro erogato influisce anche la salute organizzativa, ovvero l'instaurarsi di un'organizzazione tale da promuovere e mantenere il massimo livello di benessere psicofisico dei lavoratori e garantire ambienti di lavoro che possano migliorare la qualità di vita degli operatori stessi. Difatti lavorare in un contesto di scambio, trasparenza, professionalità favorisce il miglioramento delle prestazioni e riduce il rischio di stress occupazionale.

Il clima organizzativo, inteso come l'insieme delle percezioni e dei sentimenti dei membri che colgono le caratteristiche e l'atmosfera dell'ambiente di lavoro, è determinante per l'efficienza e lo sviluppo della professione. Gli indicatori che consentono di definirne la qualità sono rappresentati:

-dalla fiducia nella possibilità di ottenere tutte le risorse necessarie per lo svolgimento del proprio lavoro;

-dalla relazione esistente tra i membri;

-dal riconoscimento reciproco dei rispettivi ruoli, favorevole per poter confermare la propria identità all'interno del gruppo e rendersi disponibile per offrire supporto ai colleghi;

-dall'opportunità di poter esprimere le proprie idee, potersi confrontare come fondamento di lavoro all'interno di un'equipe.

Una buona qualità del clima organizzativo, quindi, è fondamentale sia per il benessere dei lavoratori ma anche per l'efficacia e l'efficienza del lavoro in sé in quanto, in un contesto fatto di tolleranza, sostegno, condivisione, supporto l'organizzazione è funzionale ed i rischi psicosociali sono ridotti al minimo.

I fattori di rischio contro cui può andare un lavoratore possono essere diversi: chimici, biologici, fisici, organizzativi. Questi ultimi, se non precocemente individuati ed adeguatamente gestiti, possono agire in acuto oppure manifestare i propri effetti a distanza nel tempo con la probabilità di intaccare l'integrità psicofisica del lavoratore ed avere conseguenze negative anche sul proprio operato. Un'ulteriore circostanza pericolosa per l'instaurarsi dello stress da lavoro è la sproporzione tra la domanda di lavoro, in termini di ritmi e contenuto, ed il controllo che il lavoratore riesce ad esercitare.

Lo stress e le disfunzioni organizzative dell'ambiente di lavoro possono essere alla base di patologie per i lavoratori in cui l'organismo risponde mettendo in atto una serie di meccanismi di difesa che ne consentono l'adattamento solo fin quando non si esauriscono.

Ad uno stesso fattore stressante, però, i membri della collettività lavorativa possono rispondere in maniera differente sia in termini qualitativi che quantitativi,

in virtù delle modulazioni neuroendocrine e psicologiche che sono alla base, potenzialmente diverse in ogni individuo.

A questa dimensione soggettiva vanno aggiunti tipologia ed intensità dell'evento psico-traumatizzante come ulteriori fattori gravanti.

In una prima fase di stress i segni iniziali d'allarme che compaiono sono di natura psicosomatica, emozionale e comportamentale, come cefalea, epigastralgia, dolori osteoarticolari, ansia, tensione, disturbi del sonno e dell'umore, abuso di sostanze.

Una manifestazione nota correlata ad eventi avversi in ambito lavorativo è il disturbo d'adattamento (DA). Questo è caratterizzato da sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi che insorgono entro tre mesi dall'esordio di uno o più fattori stressanti, regrediti i quali, i sintomi non permangono per più di sei mesi.

Un segno ulteriore è rappresentato dal disturbo acuto da stress (DAS): è una risposta emotiva che si manifesta in modo grave a breve distanza dall'evento potenzialmente traumatico, con una possibile durata che si estende da un minimo di due giorni ad un massimo di quattro settimane.

Per evitare l'insorgenza di tali sintomatologie è di fondamentale importanza valutare i rischi, ovvero individuarli, identificare i fattori di pericolo per la salute; successivamente gestirli ed intervenire. Tutto ciò attraverso tecniche di

prevenzione, inizialmente, ed in seguito mediante modalità di gestione in modo da averne un controllo esteso nel tempo, dal periodo antecedente l'evento stressante sino ai tempi successivi. Questo consente di eliminare e/o ridurre la probabilità che si configurino situazioni di stress, diagnosticare precocemente i primi sintomi, evitare ulteriori complicanze rispettivamente attraverso tecniche di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

4.2 Il disturbo post traumatico da stress: sintomatologia e trattamento

Le condizioni in cui il personale ha fronteggiato l'emergenza COVID-19 sono state terreno fertile per il disturbo post traumatico da stress (DPTS).

Se già spesso per natura della professione medico-infermieristica spesso risulta difficile gestire ed affrontare situazioni di emergenza, di dolore per assistiti e famigliari, in questa condizione di pandemia il tutto è stato incrementato.

Le nuove dinamiche tecniche, organizzative e la poca conoscenza hanno portato alla preoccupazione, per medici, infermieri e tutto il personale sanitario, di non poter controllare questo fenomeno. Un aspetto ulteriormente gravante, sia in strutture ospedaliere che in ambito extraospedaliero, è stato il pericolo di contrarre il virus e soprattutto il conseguente rischio di far ammalare i propri cari. La paura di contagio per sé e per la propria famiglia spesso ha portato all'auto-isolamento. A questo timore si sono aggiunti la quarantena ed il distanziamento sociale, imposti a tutta la comunità come misure di contenimento e di prevenzione per la

diffusione del virus Sars-Cov2. Queste sono state tutte condizioni che hanno favorito l'aumento dello stress psicofisico, sia per tutto ciò che quotidianamente è stato affrontato durante i turni di lavoro, ma anche per il mancato appoggio dei famigliari.

Il DPTS è una forma di disagio mentale che, successivamente ad una vicenda traumatica, può manifestarsi in persone di ogni età e ruolo nell'evento, da chi ne è stato coinvolto in prima persona, passando per i famigliari sino ai soccorritori (Istituto superiore di sanità, n.d.).

Non ci sono manifestazioni univoche ma sono diverse le modalità con cui questo si evidenzia, poiché sono molteplici i fattori da cui dipende.

Tra questi influiscono la modalità ed il tempo di esposizione all'evento traumatico, le caratteristiche di quest'ultimo, la personalità dell'individuo coinvolto e gli strumenti che vengono adottati nel periodo successivo per contrastare gli effetti lasciati dal trauma.

È caratterizzato da continui cambiamenti dell'umore, alterazione della memoria, dell'apprendimento e manifestazione improvvisa e dolorosa di ricordi connessi al trauma. Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH), caratteristica del DPTS è la condizione in cui la vittima rivive ripetutamente l'esperienza traumatizzante sotto forma di flashback, ricordi, incubi o in occasione di anniversari e commemorazioni.

A queste si aggiungono altre manifestazioni psichiche, quali labilità emotiva, rabbia improvvisa, depressione, ansia, insonnia, tendenza ad evitare tutto ciò che possa ricordare il trauma ed il senso di colpa.

Dal punto di vista fisico spesso le vittime riferiscono capogiri, sintomi gastrointestinali, emicrania, dolore al torace.

La diagnosi viene confermata se la sintomatologia si protrae per oltre un mese dopo l'evento responsabile.

Un altro approccio alle modalità con cui il DPTS si manifesta è dato dall'American Psychiatric Association (APA), secondo cui i sintomi compaiono entro i primi tre mesi successivi al trauma e sono divisibili in tre categorie:

-episodi di intrusione: i ricordi improvvisi del dramma si manifestano in modo molto vivido e spesso accompagnato da sensazioni dolorose tali da far percepire alla persona coinvolta di rivivere il trauma;

-volontà di evitare e mancata elaborazione: l'individuo cerca di evitare tutto ciò che possa ricordare l'evento, vivendo inizialmente una sorta di distacco dalla realtà e riuscendo a compiere solo semplici attività routinarie. Questo può sfociare in un accumulo d'ansia e depressione a cui si affianca il senso di colpa;

-ipersensibilità ed iper-vigilanza: la persona si sente costantemente minacciata dal dramma, reagisce in modo violento, improvviso, ha difficoltà di memoria e concentrazione sino al rischio suicidario.

Non c'è una linea unica di trattamento e non è esclusa la possibilità di risoluzione senza una vera e propria terapia qualora, però, la persona sia adeguatamente supportata sul piano socio-famigliare e la personalità stessa lo consenta. In alternativa, se necessario, la risoluzione può avvenire attraverso interventi farmacologici o tramite la psicoterapia.

Secondo il NIMH e l'APA sono efficaci sia la terapia del comportamento cognitivo in cui viene insegnata la gestione dell'ansia e della depressione, sia la terapia di gruppo; entrambe le modalità con una durata di 6 – 12 settimane, variabile da soggetto a soggetto, con la partecipazione di coloro che vivono a più stretto contatto con la vittima del trauma.

Per un buon esito del percorso di trattamento è importante che la persona coinvolta e la famiglia acquisiscano la consapevolezza che esiste la probabilità che questo disturbo possa manifestarsi dopo il dramma. Non meno rilevante è il riconoscimento precoce dei sintomi per poter agire tempestivamente nella gestione di questi.

5. Studio "Indagine di risposta emotiva all'emergenza Coronavirus di infermieri ed OSS"

5.1 Materiali e metodi

Nel periodo compreso dal 23 luglio 2020 al 15 settembre 2020 è stato somministrato un questionario con domande a risposta multipla ad infermieri ed

OSS, attraverso la piattaforma Moduli Google. La raccolta delle risposte è stata interrotta dopo aver superato la soglia minima prevista nello studio di 200 partecipanti.

Il test è stato suddiviso in cinque sezioni:

1. sono stati analizzati aspetti sociodemografici ed occupazionali;
2. attraverso il questionario State trait anxiety inventory – ansia di tratto (Spielberger 1983; adattamento italiano a cura di Pedrabissi e Santinello 1989) è stata valutata la personalità;
3. con il questionario Beck inventory (AT Beck, 1967) è stata rilevata la sintomatologia manifestata;
4. mediante la Brief Cope (Carver, 1997; modificata Ercolani-Catalano) è stata individuata la risposta avuta di fronte alla situazione stressante;
5. in questa ultima parte si è valutata la conoscenza del Buddy system, l'eventuale adozione di questo sistema e se sia considerato utile oppure no.

Il questionario è stato compilato su base volontaria ed anonima, dopo esser stati informati sulla tipologia di studio che si intendeva svolgere. I dati ottenuti sono stati analizzati ed incrociati tra loro.

Un limite dello studio è stato quello di aver diffuso il questionario online: di conseguenza non si ha la certezza che le risposte siano state date da persone che appartengano, effettivamente, alle categorie di infermiere oppure di OSS.

Ne deriva che i risultati ottenuti rappresentino una stima della reale situazione.

5.2 Analisi dei risultati

Le unità campionarie sono state in totale 203 con predominanza del sesso femminile, con l'83,3% rispetto al maschile, con il 16,7% (grafico 1).

In relazione all'età il 33,5% dei partecipanti ha dichiarato di avere tra i 41 ed i 50 anni, costituendo la percentuale più elevata del campione (grafico 2).

Grafico 1

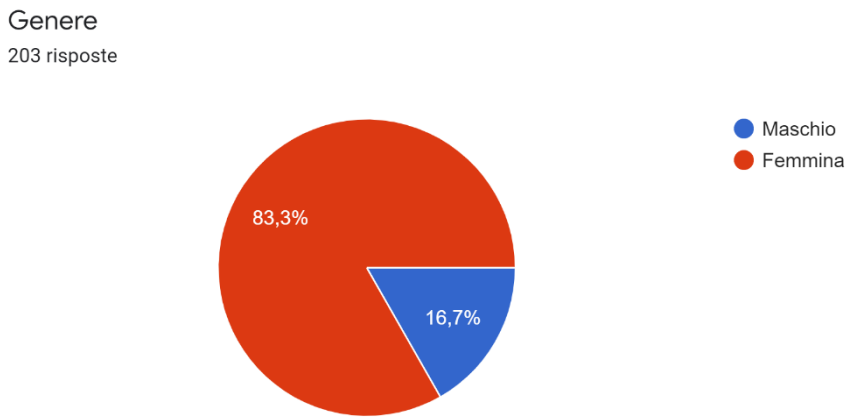
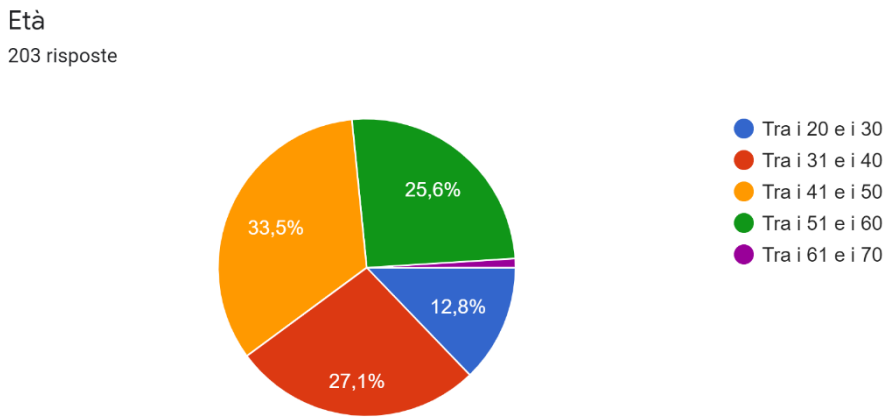


Grafico 2



Per quanto riguarda le relazioni interpersonali il 43,8% vive in famiglia con figli, il 16,3% da solo ed un ulteriore 16,3% con il proprio coniuge, l'11,3% con i conviventi, l'8,4% con i genitori, il 2% non rientra in alcuna categoria, l'1% con i parenti ed il restante 1% con coinquilini (grafico 3).

Quasi metà del campione, il 49,8% ha figli conviventi, il 40,9% non ne ha ed il 9,4% ha figli non conviventi (grafico 4).

Grafico 3

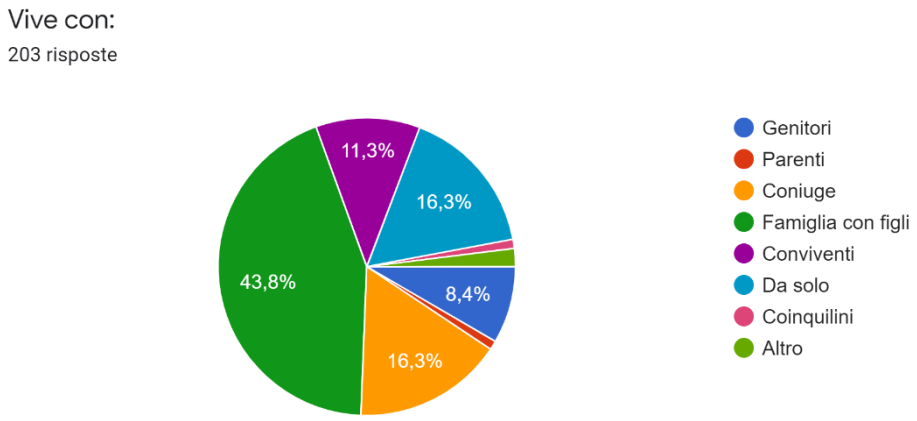
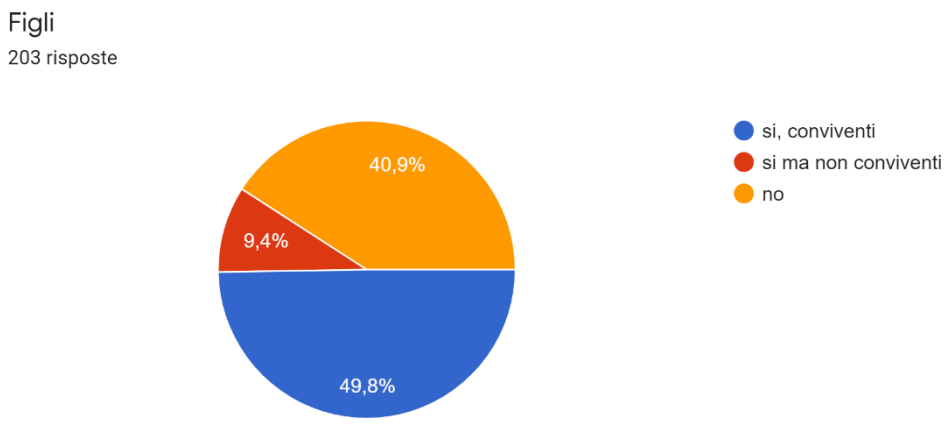


Grafico 4



Per ciò che concerne la sfera professionale il campione è costituito dal 75,9% di infermieri e dal 24,1% di OSS (grafico 5).

Il 25,6% lavora da 1 a 5 anni (grafico 6) ed il 58,1% è risultato essere soccorritore o operatore sanitario che è entrato in contatto con persone positive o con persone che conoscono qualcuno risultato positivo. Soltanto lo 0,5% è risultato positivo al virus Sars-Cov2 ed ospedalizzato; il 4,9% invece ha dichiarato di esser stato positivo ma di aver trascorso il periodo di positività in quarantena (grafico 7).

Una buona notizia è che la maggior parte del campione ha riferito di esser stato sottoposto a test per la diagnosi di COVID-19: il 48,8% durante la fase 1, il 45,3% dopo la fase 1; solo 5,9% non è stato testato (grafico 8).

In relazione alle unità operative d'impiego il 21,7% ha lavorato in area critica emergenza-urgenza, rappresentando la maggior parte delle unità campionarie, seguito dal 16,7% in area medica-geriatrica riabilitativa (grafico 9).

Inoltre, il 77,8% del totale ha riferito di aver assistito persone affette dal virus Sars-Cov2 (grafico 10).

In relazione alla valutazione del fenomeno il 74,4% del campione ritiene di aver sottostimato gli effetti possibili sulla salute pubblica, contro il restante 25,6% che ritiene di averlo sovrastimato (grafico 11).

Grafico 5

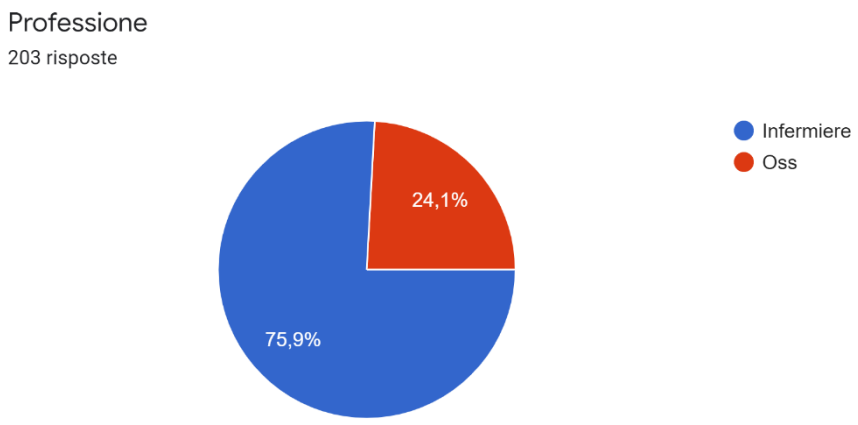


Grafico 6

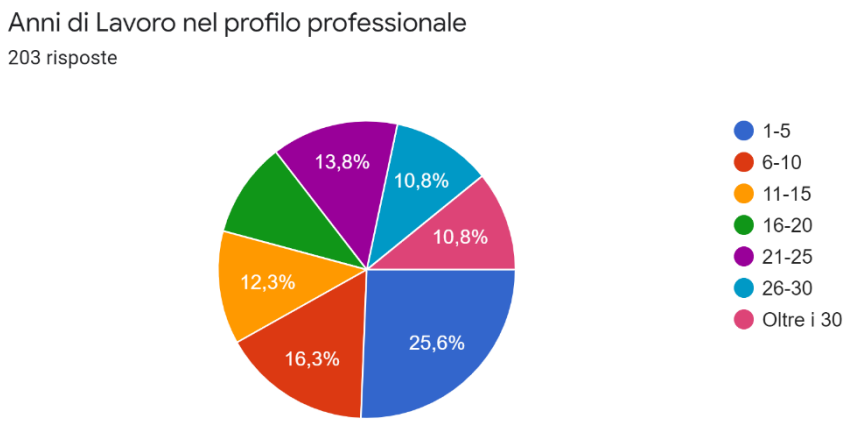


Grafico 7

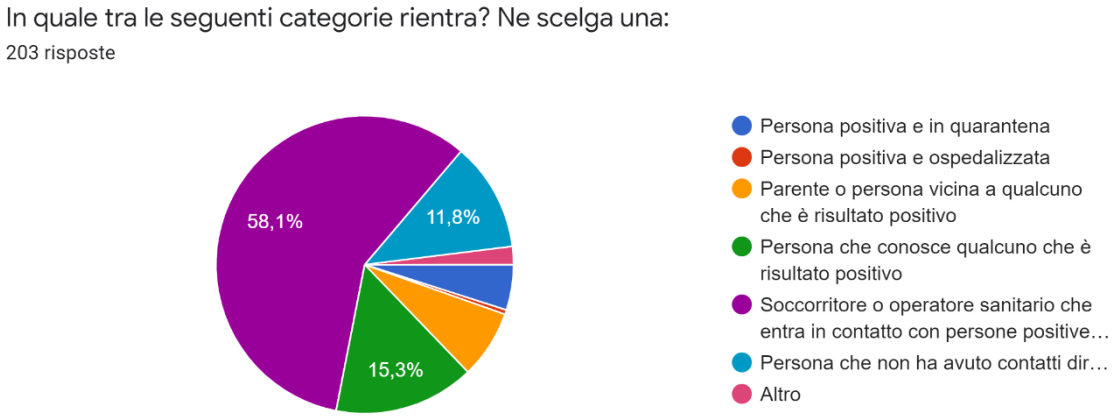


Grafico 8

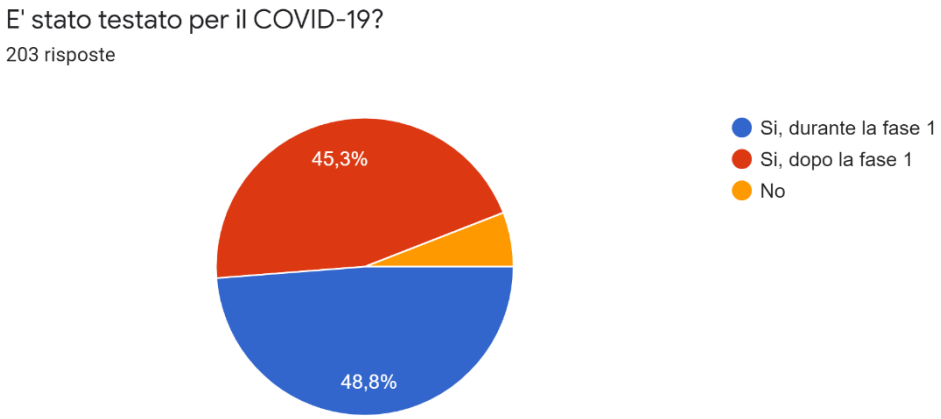


Grafico 9

Indichi l'area lavorativa dove era impegnato durante i mesi dell'emergenza COVID-19
203 risposte

Grafico 10

Ha lavorato a stretto contatto con i pazienti affetti da COVID-19 (non necessariamente in un reparto COVID)?
203 risposte

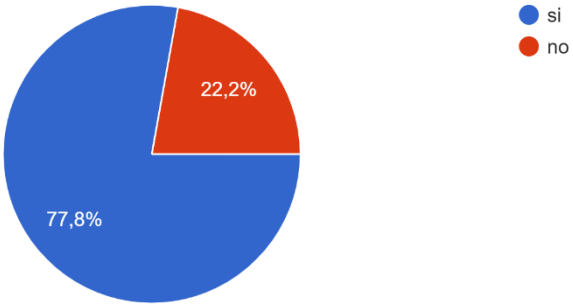
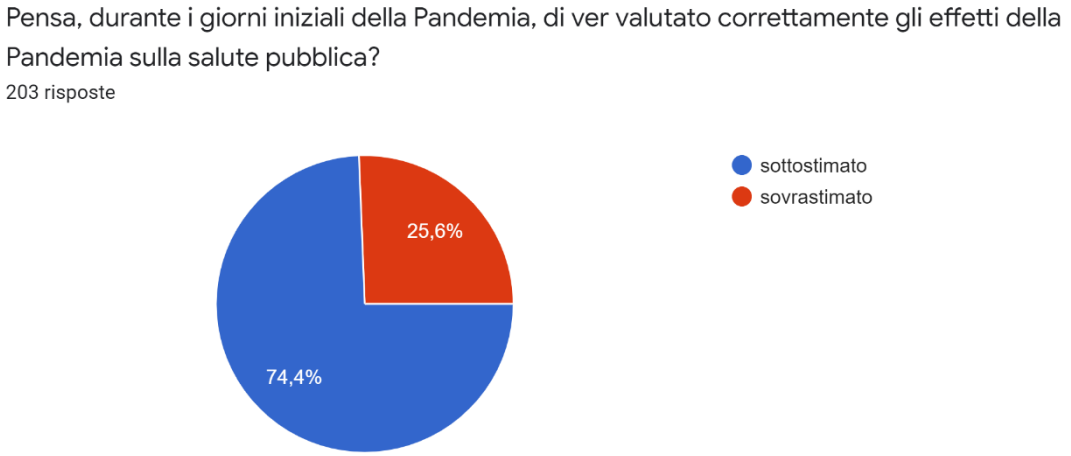


Grafico 11



Tra le manifestazioni psicofisiche lo stress è stato riferito dal 77,8% (grafico 12), seguito dal 69% di ansia (grafico 13).

Il 57,6% ritiene di non essere pessimista riguardo al futuro, mentre il restante 42,4%, in misure differenti, sostiene il contrario (grafico 14).

In relazione all'interesse verso gli altri il 52,2% considera che sia invariato rispetto al passato, a differenza dei restanti i quali ne hanno riferito un cambiamento (grafico 15).

Grafico 12

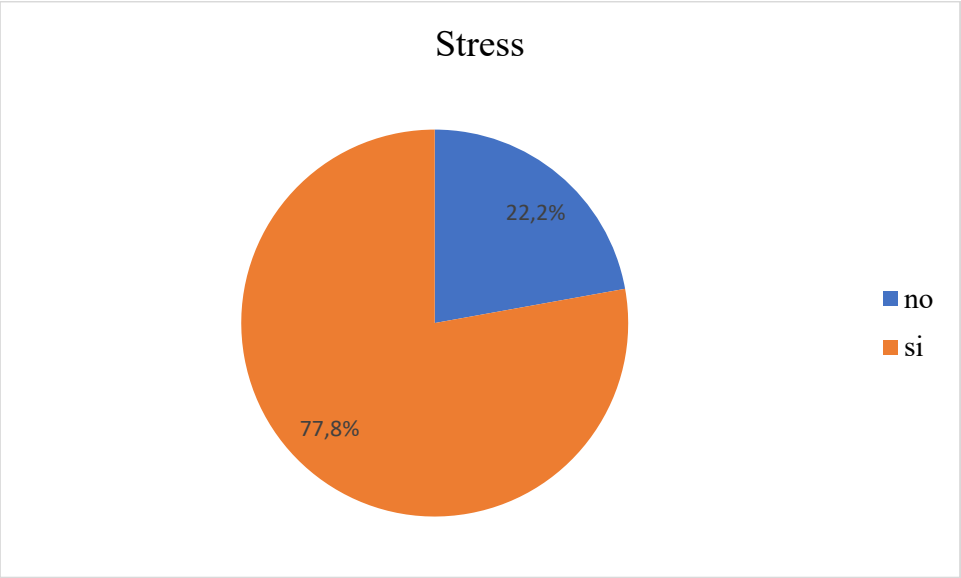


Grafico 13

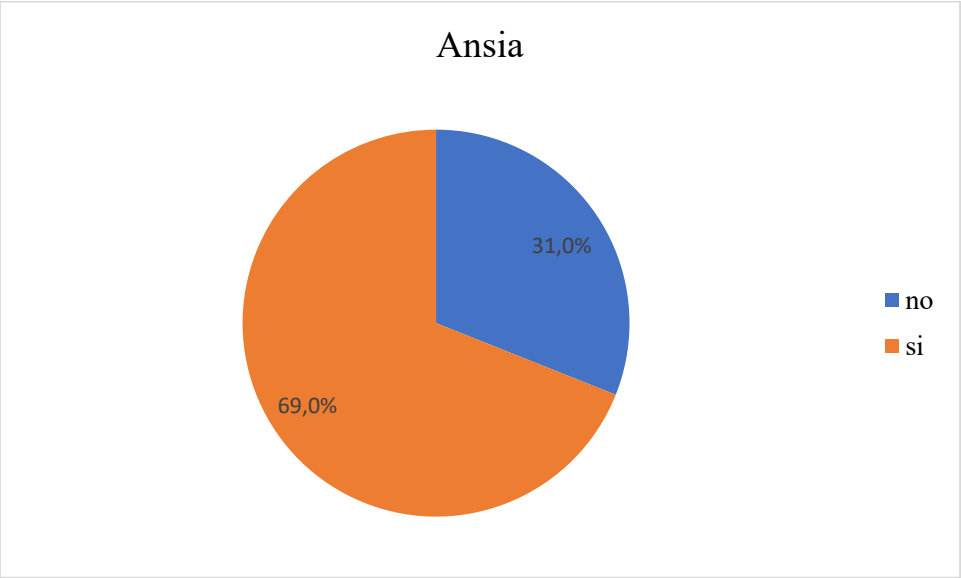


Grafico 14

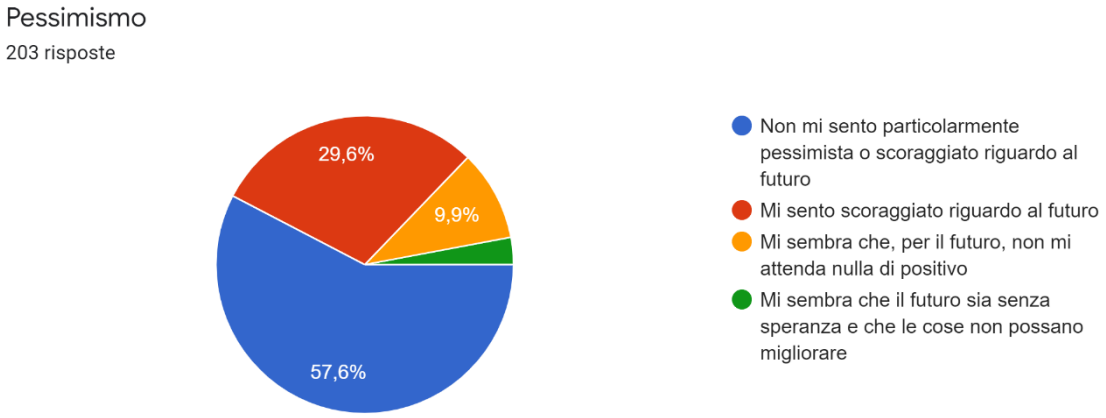
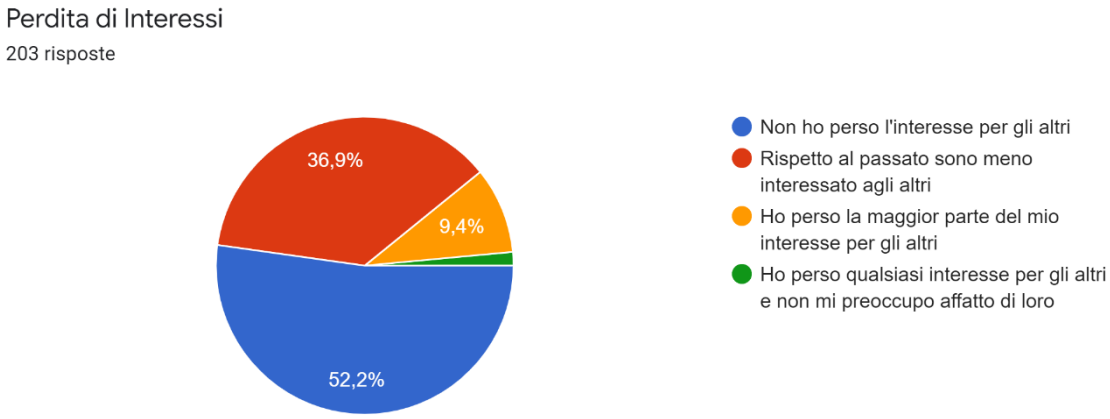
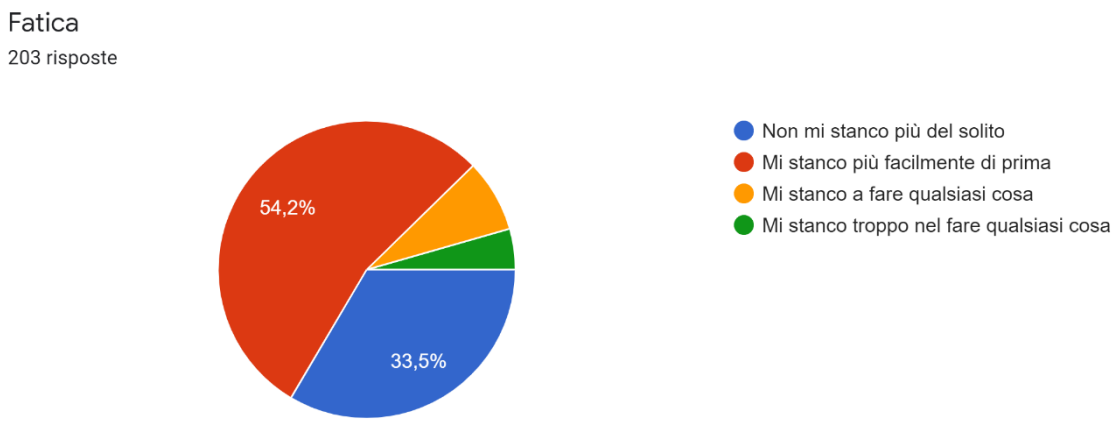


Grafico 15



Tra i sintomi prevalentemente fisici è emerso come solo il 33,5% non si stanchi più del solito, mentre il 54,2% riferisce di stancarsi più di prima, il 7,9% si stanca nel fare qualunque cosa, il 4,4% si stanca troppo (grafico 16).

Grafico 16



Per quanto concerne l'importanza del lavoro in equipe è stata valutata la conoscenza, o meno, del Buddy system: solo il 39,9% ne era informato (grafico 17), però solo il 19,2% sul totale ritiene di non aver avuto né in passato né durante l'emergenza COVID-19 un collega di supporto (grafico 18).

Nonostante la poca informazione circa questo sistema il 95,1% ritiene che sia utile individuare un collega con cui scambiare supporto reciproco, durante il lavoro, in situazioni stressanti e di emergenza (grafico 19).

Grafico 17

E' a conoscenza di tale sistema di supporto reciproco tra colleghi per fronteggiare situazioni stressanti dal punto di vista psico-emotivo?
203 risposte

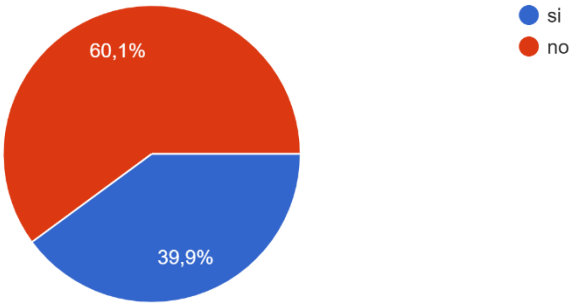


Grafico 18

Indipendentemente dalla conoscenza di tale sistema ha avuto in passato o durante questa emergenza, un collega su cui fare affidamento durante le ore di lavoro?
203 risposte

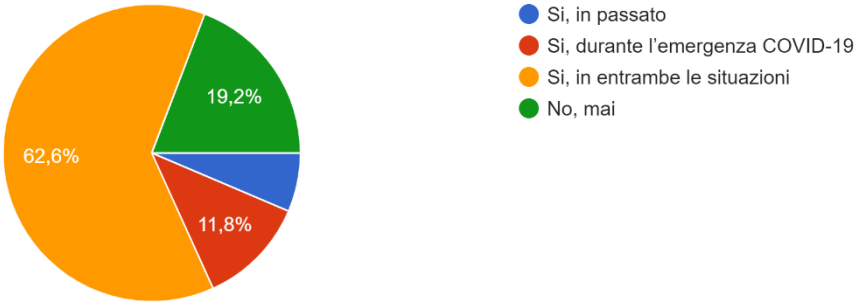
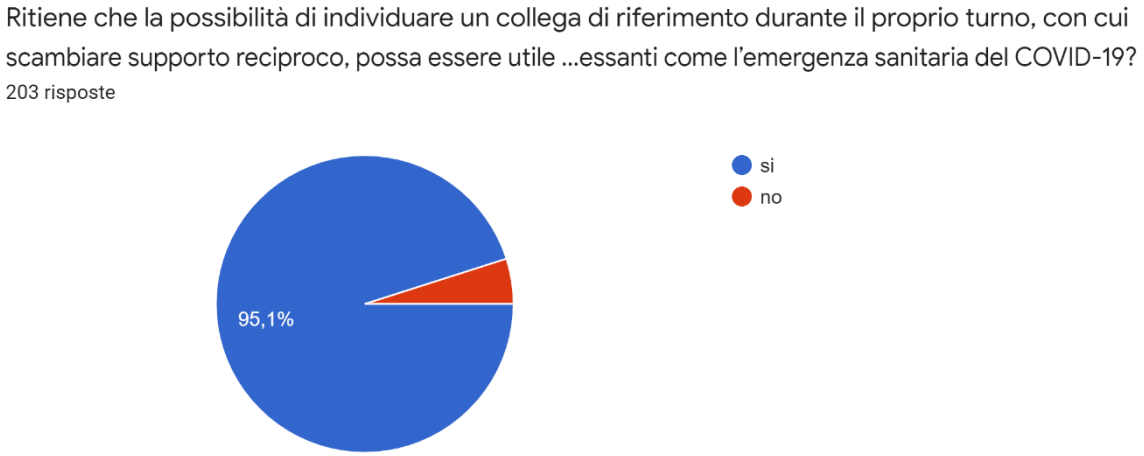


Grafico 19



6. Discussione

Dal punto di vista antropologico sia la maggior parte degli infermieri che di OSS sono donne (62,1% e 21,2%); inoltre in ogni fascia d'età considerata risulta predominante il sesso femminile rispetto al maschile. Per quanto riguarda l'età anagrafica è prevalsa quella compresa tra i 41 ed i 50 anni per entrambe le figure lavorative, avendo così un campione rappresentativo di quella categoria di professionisti che non è all'inizio del percorso lavorativo e che per certi aspetti psicofisici può aver affrontato, durante la propria carriera, ulteriori situazioni di emergenza o stressanti e quindi aver già avuto a che fare con particolari e forti emozioni. Anche qualora sia stato così comunque l'esposizione precedente a situazioni emotivamente forti non costituirebbe un fattore protettivo, in quanto la fascia di età tra i 41 ed i 50 anni risulta quella maggiormente interessata dal fenomeno stress (23,6%). Considerando, invece, tale sintomatologia in relazione

agli anni di lavoro se ne riscontra una maggiore presenza tra chi lavora da 1 a 5 anni, con il 22,2%; non è, però, possibile affermare che più esperienza corrisponda a minor incidenza dello stress, in quanto non c'è una diretta proporzionalità tra le due variabili esaminate.

Prendendo in esame soltanto coloro che hanno riferito episodi di stress e ponendo questo in relazione agli ulteriori aspetti che potrebbero influenzarlo, il 20,3% è rappresentato da infermieri di area critica.

Per quanto concerne la composizione famigliare, questa potrebbe rappresentare un ulteriore fattore gravante sullo stress riferito, considerando che la maggior parte vive in famiglia e con figli: difatti la percentuale maggiore di stress è stata riscontrata per questa categoria (35,5%). Tale considerazione deriva dal fatto che possa essere stato preoccupante vivere con i propri cari per il timore di contagiarli, in una situazione in cui la diffusione del virus è stata estremamente facile ma difficile da controllare.

La stessa tendenza la si riscontra per l'ansia con il 33%, probabilmente correlata alla medesima preoccupazione. Quindi in entrambi i casi le due manifestazioni potrebbero essere legate ad un senso di responsabilità verso l'altro.

Considerando la sintomatologia stressante e la stima che infermieri ed OSS hanno avuto del fenomeno all'inizio della pandemia, per ciò che concerne gli effetti, è emerso come ci sia stata una netta predominanza di stress tra coloro che hanno

dichiarato di aver sottostimato il fenomeno con il 60,6% e sul totale il 43,3% sono infermiere donne. Lo stress in questo caso può essere stato accentuato dalla ridotta considerazione iniziale che è stata avuta del fenomeno ma anche dalla non conoscenza di questo.

Se si valutano le manifestazioni di stress ed ansia correlate all'unità operativa d'impiego, la maggior parte del campione ha riferito di aver lavorato in area critica ma con una diversa percentuale: seppur con differenze non eccessive è risultata predominante la sintomatologia stressante (17,7%), piuttosto che quella ansiogena (14,8%). Questo dato, però, potrebbe dipendere dal fatto che si tratta di reparti in cui si affrontano quotidianamente situazioni che sono potenzialmente fonte di stress: quindi il risultato potrebbe risentire anche della routine del reparto a cui i lavoratori sono costantemente esposti, già dal periodo precedente all'emergenza COVID-19.

Inoltre, è stato riscontrato che il 62,6% ha assistito persone affette dal virus Sars-cov2 e ha riferito la sintomatologia stressante come problema psicofisico avuto durante l'attività lavorativa. Lo stesso sintomo, valutato tra le possibili categorie di appartenenza, è stato rilevato tra i soccorritori/operatori sanitari che sono entrati in contatto con persone positive o con persone conoscenti qualcuno risultato positivo, con il 47,8%. In entrambi i casi lo stress potrebbe derivare proprio dal contatto ravvicinato con il virus Sars-Cov2, sia per il timore di contrarlo e quindi

per la paura di contagiare i propri cari, ma anche dalle nuove dinamiche lavorative introdotte, dalla possibile carenza dei dispositivi di protezione individuale, dai turni più intensi per carico lavorativo e clima differente, dato anche dalla costituzione di nuovi team.

Valutando come il campione abbia percepito il proprio stato, coloro che hanno confermato di "sentirsi per nulla riposato" sono rappresentati per la maggior parte da infermiere di sesso femminile (75,3%); lo stesso profilo dominante, con il 65,5%, tra coloro che hanno riferito di "stancarsi più di prima".

Considerando come questa situazione di emergenza possa aver impattato sulla prospettiva futura ne è emerso che il 57,6% non si senta scoraggiato o pessimista riguardo i tempi avvenire. I restanti, in forma differente, percepiscono un senso di sfiducia; tra questi il 48,8%, rappresentato da infermiere donne, ha riferito di essere scoraggiato per il futuro.

Inoltre, l'indagine ha mostrato come ci sia una variazione di interesse verso il prossimo nel 47,8%: in particolare il 23,6%, appartenente alle categorie di infermiere di sesso femminile, ha ritenuto di essere meno interessato agli altri rispetto al passato e l'1,5%, infermieri di sesso maschile, ha affermato di aver perso qualsiasi interesse per gli altri e di non preoccuparsi di loro. L'interesse ridotto ed in minima parte scomparso potrebbe essere dato dall'impatto causato dal nuovo virus che ha diffuso una forma di timore correlata soprattutto alla

probabilità di contrarlo, tale per cui questo senso di disinteresse potrebbe, in realtà, esserne diretta conseguenza: la paura che porta a chiudersi verso l'altro.

Considerando il rapporto avuto in ambito lavorativo durante l'emergenza ne è emerso che, sul totale, il 30,5% ha chiesto aiuto ai colleghi. Inoltre, tra questi, gli infermieri di area critica hanno costituito la categoria che maggiormente ha adottato questa tipologia di aiuto (24,2%), nonché coloro che hanno riferito, più delle altre, episodi di stress (17,7%).

Tra chi ha ricevuto il supporto da un collega il 53,2% ha riferito di non essere a conoscenza del Buddy system. Sulla base di questi dati emerge che in situazioni di emergenza, nuove, potenzialmente stressanti, pur non conoscendo questo sistema di sostegno, si è portati a chiedere aiuto a chi ha vissuto la stessa circostanza.

Se si analizza la frazione del campione formata da coloro che ritengono il Buddy system una metodologia utile in situazioni psicologicamente ed emotivamente forti, risulta dominante il 20,7% costituito da infermiere femmine con un'età compresa tra i 41 ed i 50 anni. Queste caratteristiche rispecchiano il profilo di coloro che per fascia di età, genere e professione sono stati tra i più interessati dallo stress e dalla diminuzione di interesse verso il prossimo. Sulla base di questi dati si può dedurre che, probabilmente, in situazioni simili a quella vissuta durante il periodo acuto di emergenza del COVID-19, si cerchi il supporto alla

pari poiché l'aiuto dato da chi vive lo stesso clima lavorativo, forse le medesime emozioni, ha un contorno di maggiore comprensione ed empatia.

7. Conclusione

Attraverso il questionario diffuso è stato raggiunto l'obiettivo stabilito ed è stata trovata risposta al quesito formulato.

I dati ottenuti trovano conferma nei diversi studi analizzati circa lo stress lavoro correlato inerente alle professioni d'aiuto, proprio per la natura del lavoro stesso che inevitabilmente prevede il confronto con situazioni emotivamente forti, a volte nuove e che richiedono un notevole impegno psicofisico. L'esposizione a queste si ripercuote sul lavoratore ed implica cambiamenti sia sulla sfera personale ma anche sulle relazioni interpersonali considerando, ad esempio, come sia mutato l'interesse verso gli altri per una parte del campione esaminato. Non meno importante è la valutazione temporale degli effetti che questa pandemia ha avuto: sulla considerazione pessimistica del futuro potrebbe influire anche lo scenario affrontato e vissuto durante i turni di lavoro nel periodo di emergenza acuta. Inoltre, va considerato che il questionario, seppur diffuso nei mesi successivi il periodo di massima emergenza, abbia dato riscontro di come la sintomatologia prevalentemente stressante sia ancora presente tra gli infermieri e gli OSS che hanno lavorato sin dall'inizio della pandemia. Questo trova riscontro negli studi analizzati circa il ripercuotersi degli effetti negativi, quando si è

sottoposti ad una situazione impegnativa dal punto di vista psicofisico per un tempo prolungato nel tempo.

Valutando la disponibilità di risorse, materiali e non, in relazione alla domanda lavorativa, l'eventuale sproporzione in tal senso potrebbe aver agito negativamente ostacolando l'effetto Buffer che, appunto, è venuto a mancare.

Per quanto riguarda la domanda d'indagine non è possibile, sulla base delle informazioni ottenute con il questionario, affermare che la conoscenza del Buddy system consenta di evitare la sintomatologia stressante, probabilmente perché sono molteplici i fattori che determinano l'insorgenza ed il suo permanere.

Nonostante sia poco conosciuto è stato comunque adottato durante l'emergenza COVID-19, considerando che spesso la vicinanza dei propri cari, le altre relazioni interpersonali non sono state possibili; quindi il dialogo con il collega, il supporto reciproco con questo sono stati una fonte di sostegno importante ed una modalità con cui cercare di gestire lo stress.

Di conseguenza, proprio perché è stato utilizzato nonostante la ridotta conoscenza, una formazione più intensa e mirata a riguardo potrebbe costituire un punto di forza nella diffusione di questo sistema e migliorare la risposta agli stressor stessi.

Bibliografia e sitografia

-Argentero, P., Dell'Olivo, B., Setti, I., & Zanaletti, W. (2008). I rischi psicosociali. *Argentero P., Cortese CG e Piccardo C., Psicologia del lavoro. Milano: Raffaello Cortina*.

-Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20 (23-24), 3364-3372.

-Caciolli S. (Ed.). Corso. Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato. Roma, Istituto Superiore di Sanità 21-24 settembre 2009. (Rapporti ISTISAN 10/21).

-CES, sindacato Europeo, UNICE-Confindustria europea, UEAPME-associazione europea artigianato e PMI, CEEP-associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale (8 ottobre 2004). *Accordo europeo sullo stress sul lavoro*. Bruxelles**.**

-Codier, E., & Codier, D. (2015). Do emergency nurses have enough emotional intelligence? *Emergency Nurse*, 23(3).

-De Mei B., Lega I., Sampaolo L., Valli M. (28 marzo 2020). *COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari.* https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori

-Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, *10*(2), 109-120.

-Goleman D. (1996). Quando intelligente è uguale a ottuso. In *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano. https://www.arditodonbosco.edu.it/images/sito_documenti/Life_Skills/Materiali%20corso/Intelligenza%20emotiva%20-%20Daniel%20Goleman.pdf

-Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International journal of nursing practice*, 22(6), 625-632**.**

--Istituto superiore di sanità (n.d.), *Stress post traumatico*. https://www.epicentro.iss.it/stress/

-Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, *3*(3), e203976-e203976.

-Limardi S, Alvaro R., Rocco G., Stievano A., Vellone E., De Marinis M. G. (2013). Il concetto di resilienza nel contesto infermieristico. *L'infermiere.*

https://www.infermiereonline.org/2013/10/10/il-concetto-di-resilienza-nel-contesto-infermieristico/

-Magno S. (2020), Self-care per operatori sanitari. *Recenti progressi in medicina*, 111, 205-206 http://dx.doi.org/10.1701/3347.33182.

-Magrin M. E. (2008). [From resistance [corrected] to resilience: promoting wellbeing in the workplace]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, *30*(1 Suppl A), A11-9.

-Meyers D., R. N., M. S. N. (1994). Support and stress management for disaster mental health staff. In *Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals.* (pp 101-110).

-Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(3), 172-178.

-Paganelli G. (2019). La gestione delle risorse umane in situazioni di emergenza. Leadership e team building in condizioni di stress. *Azienditalia*, 10, 1466-1470. https://www.segretaricomunalivighenzi.it/la-gestione-delle-risorse-umane.pdf

-Spagna G., Russo S., Roccato M. (2014) Inevitabilmente positivo? Il coping e le sue conseguenze individuali e sociali. *Psicologia sociale***.** http://hdl.handle.net/2318/144617

-Viotti S., Converso D. (2016). Buffering Effect of Job Resources in the Relationship between Job Demands and Work-to-Private-Life Interference: A Study among Health-Care Workers. Safety and health at work, 7, 354-362.

-World Health Organisation. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsabilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health.* https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0