UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Disturbo da Stress Post Traumatico e Resilienza: confronto tra Unità di Rianimazione Covid e non Covid. Uno studio osservazionale monocentrico.

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Alessia Massi

Correlatore: Chiar.mo
Dott. Fabrizio Petritoli

A.A. 2021/2022

"Così come il caos tumultuoso di un temporale
porta una pioggia nutriente
che consente alla vita di fiorire,
anche nelle vicende umane i momenti di progresso
sono preceduti da momenti di disordine.
Il successo arride a coloro che sono
in grado di resistere alla tempesta."

Agli operatori sanitari,
pilastri della salute dell'uomo.

INDICE

1. INTRODUZIONE **1**

2. BACKGROUND **4**

2.1 COVID 19: impatto sulle strutture ospedaliere **4**

2.2 Disturbo da stress post traumatico **6**

2.3 Resilienza **13**

3. OBIETTIVO DELLO STUDIO **15**

4. MATERIALI E METODI **15**

4.1 Disegno di ricerca 15

4.2 Criteri di inclusione **15**

4.2.1 Dimensione del Campione 15

4.3 Criteri di esclusione 16

4.4 Periodo di analisi (Timing) 16

4.5 Strumenti 16

4.6 Autorizzazione Aziendale 17

4.7 Analisi statistica 18

4.8 Limiti 18

5. RISULTATI **18**

6. DISCUSSIONE **22**

7. CONCLUSIONI **26**

8. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA **29**

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA **31**

Allegato 1: Questionario PTSS-10 ..... **37**

Allegato 2: Questionario di Autovalutazione della Resilienza **39**

Allegato 3: Richiesta di Autorizzazione allo svolgimento dello studio **41**

Abstract:

Introduzione. La rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 a livello mondiale ha gravato pesantemente sulle strutture ospedaliere imponendo un carico di lavoro notevole per gli operatori sanitari, sia fisico che emotivo. (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Obiettivo. L'obiettivo dello studio è rilevare il livello di Stress Post-Traumatico e il grado di Resilienza nelle unità di Rianimazione COVID e non COVID, per valutare l'eventuale ruolo della pandemia sull'insorgenza di tali sintomi.

Materiali e metodi. Lo studio osservazionale è stato condotto presso le Unità Operative di Rianimazione degli Stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, dal 1° luglio 2022 al 30 settembre 2022, proponendo a tutti gli operatori sanitari l'autosomministrazione della scala PTSS-10 e il Questionario della Resilienza.

Risultati. Il campione di convenienza comprende 47 professionisti sanitari (infermieri e medici), prevalentemente di sesso femminile (70,22%), con età media di 44 anni (sd = 11,28) e con presenza media in servizio nell'Unità Operativa di Rianimazione di 14 anni (sd =11,28). Il livello medio di Stress Post- Traumatico è pari a 25,96 (sd = 9,50) per gli operatori sanitari dell'Unità operativa di Rianimazione Covid e di 19,72 (sd = 10,70) per gli operatori sanitari dell'Unità operativa di Rianimazione non Covid. In entrambi i casi il livello di PTSD risulta essere inversamente correlato con il livello medio di Resilienza.

Discussione e conclusioni. Nell'Unità Operativa di Rianimazione Covid, il campione accusa Disturbo da Stress Post Traumatico maggiore rispetto l'Unità Operativa di Rianimazione non Covid, nonostante le risorse di Resilienza siano risultate "buone" in entrambi i campioni. Nella Rianimazione Covid sono più marcati i sintomi che appartengono al cluster dei sintomi psicologici (irritabilità e sbalzi d'umore) che superano la soglia del *cut off* di 3, mentre nell' Unità Operativa non Covid solo l'irritabilità raggiunge il valore limite di 3. In situazione di elevato stress è fondamentale praticare uno screening precoce, per prevenirne l'impatto psicologico negli operatori sanitari, e di attuare interventi per attenuare il rischio di Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Parole chiave: operatori sanitari di rianimazione, disturbo da stress post-traumatico, resilienza, Unità di Rianimazione, Covid 19.

Abstract:

Introduction. The fast spread of the SARS-CoV-2 virus worldwide has put a heavy burden on hospitals, imposing a significant workload on health professionals, both physical and emotional. (Istituto Superiore di Sanità, 2020)

Aims. The aim of the study is to detect the level of Post-Traumatic Stress and the degree of resilience in the COVID and non-COVID Intensive Care Units, to evaluate the possible role of the pandemic on the onset of these symptoms.

Materials and methods. The observational study was conducted at the Intensive Care Units of the "Madonna del Soccorso" Hospital in San Benedetto del Tronto and "C. & G. Mazzoni" of Ascoli Piceno, from 1 July 2022 to 30 September 2022, proposing self-administration of the PTSS-10 scale and the Resilience Questionnaire to all health professionals.

Results. The convenience sample includes 47 health professionals (nurses and doctors), mainly female (70.22%), with an average age of 44 years (sd= 11.28) and with an average presence in service in the Intensive Care Unit of 14 years (sd = 11.28). The average level of Post-Traumatic Stress is equal to 25.96 (sd = 9.50) for the healthcare workers of the Covid Intensive Care Unit and 19.72 (sd = 10.70) for the healthcare workers of the Non-Covid Intensive Care Unit. In both cases, the level of PTSD is inversely correlated with the average level of Resilience.

Discussion and conclusions. In the Covid Intensive Care Unit, the sample accuses Post Traumatic Stress Disorder higher than the non-Covid Intensive Care Unit, even though the Resilience resources were found to be "good" in both samples. In Covid Intensive Care Unit, the symptoms belonging to the cluster of psychological symptoms (irritability and mood swings) that exceed the cut-off threshold of 3 are more marked, while in the non-Covid Intensive Care Unit only the irritability reaches the limit value of 3. In situation of high stress, it is essential to carry out an early screening, to prevent the psychological impact on health professionals, and to implement interventions to mitigate the risk of Post-Traumatic Stress Disorder.

Keywords: intensive care unit health workers, post-traumatic stress disorder, resilience, Intensive Care Unit, Covid-19.

1. INTRODUZIONE

Il 31 gennaio 2020 con una delibera del Consiglio dei Ministri viene emessa la "dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili" e di conseguenza vengono messe in atto le prime misure di contenimento dal contagio su tutto il territorio nazionale. Il mese successivo il Ministero della Salute emana la circolare per la gestione dei casi COVID nelle strutture sanitarie e a marzo l'epidemia da COVID 19 viene dichiarata "pandemia" dall'OMS.

Negli ospedali questa situazione si è tradotta in sovraccarico di lavoro, sia fisico che psicologico, in uno scenario completamente stravolto: gestire il nuovo virus con le risorse disponibili.

Se infatti nei primi tempi tutti gli operatori sanitari si sono dovuti reinventare e cercare soluzioni per fronteggiare il virus, nei successivi periodi si sono trovati in completa difficoltà a causa di migliaia di nuovi casi. La rapidità di diffusione ha infatti provocato un aumento del lavoro sanitario, sproporzionato rispetto le risorse reali degli ospedali italiani.

Tutto il personale sanitario si è trovato obbligato in un nuovo scenario lavorativo. Dall'oggi al domani si è dovuta gestire una patologia sconosciuta molto contagiosa, con la consapevolezza di esporre la propria salute ad elevato rischio anche a causa di carenza di dispositivi di protezione individuale, turni di lavoro massacranti, fatica fisica e precarietà organizzativa.

Infatti, l'infezione causata dal virus SARS-CoV-2 può diffondersi in piccole particelle liquide che fuoriescono dalle vie aeree di una persona infetta, ad esempio tossendo, starnutendo, parlando, cantando o respirando. Tali particelle sono di varie dimensioni, dalle più grandi goccioline respiratorie fino ai più piccoli aerosol. Si può contrarre l'infezione respirando il virus se ci si trova nelle vicinanze di una persona affetta da COVID-19, oppure toccando una superficie contaminata e poi toccandosi gli occhi, il naso o la bocca. Il virus si diffonde più facilmente al chiuso o in ambienti affollati. Questo ha reso quindi il virus altamente e facilmente trasmissibile.

A causa delle sue caratteristiche, quindi, l'intero mondo della sanità è stato travolto e stravolto dalla pandemia che, come conseguenza, ha generato una nuova modalità lavorativa. Il Covid 19 ha da subito cambiato il modo di vivere e di lavorare degli operatori sanitari e ha determinato un cambiamento epocale nella sanità stessa.

A marzo 2020 infatti, come in tutte le realtà ospedaliere, anche nell'Area Vasta 5 si è dovuto provvedere a creare dei percorsi dedicati ai malati Covid con il potenziamento dei reparti di terapia intensiva.

La Direzione, infatti, attraverso una nota ufficiale, proprio in quel periodo dichiarò che:

-Lo Stabilimento Ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto è stato individuato tra quelli destinati al ricovero e cura di pazienti infetti da COVID 19, mentre il nosocomio di "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno dovrà garantire l'assistenza ospedaliera per le altre patologie;

-Al fine di effettuare la riconversione funzionale dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto, per tutta la durata dell'emergenza Covid-19, i pazienti, in esso attualmente ricoverati, verranno trasferiti nelle locali Case di Cura convenzionate, mentre solo i casi più gravi verranno trasportati presso l'Ospedale di Ascoli Piceno;

-Con i suddetti interventi organizzativi, saranno disponibili a regime, nell'Ospedale costiero, circa n. 120 posti letto da utilizzare per i pazienti risultati positivi e n. 10 posti letto in terapia intensiva. (Asur Marche – Area Vasta 5)

In poco tempo quindi, tutti i reparti del "Madonna del Soccorso" si sono trasformati per accogliere pazienti Covid positivi. Tra tutti di fondamentale importanza spicca l'Unità Operativa di Rianimazione: reparto fondamentale per la gestione di malattie respiratorie, che proprio a causa del Covid erano in forte aumento.

I quadri gravi di Covid, infatti, configurano una condizione di polmonite interstiziale con importante interessamento respiratorio. L'infezione da SARS-Cov-2 provoca in circa 10% dei casi complicanze respiratorie gravi con possibile sindrome da distress respiratorio (ARDS).

La rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 a livello mondiale ha gravato pesantemente sulle strutture ospedaliere e sul personale sanitario, imponendo un carico di lavoro

notevole, sia dal lato fisico che dal lato emotivo. (Dott. Antonio Capodilupo, Rivista "L'infermiere", 2022)

I professionisti sanitari hanno dovuto da subito contrastare in prima linea questo nuovo virus nei vari setting assistenziali del servizio sanitario, esponendo la propria salute a rischio soprattutto a causa di:

- carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale,
- maggiore rischio di contagio per sé e per la propria famiglia,
- turni di lavoro estenuanti e lontananza dai propri cari,
- contatto quotidiano con la sofferenza e la morte,
- mancanza di conoscenze scientifiche del virus.

Tutto questo ha determinato lo sviluppo di vulnerabilità psico- fisiche e manifestazioni sintomatiche quali: shock, tremori, disturbi sensoriali, amnesie che sono riferibili a un quadro clinico post – traumatico. (Dott. Antonio Capodilupo, Rivista "L'infermiere", 2022)

In particolare, nello studio, è stata indagata la resilienza, come capacità di un individuo di resistere alle avversità della vita, senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo o potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale. (Zavaglio e Corniati, 2017)

Ad aver ispirato l'elaborato di tesi è uno studio osservazionale condotto presso un ospedale del Centro Italia dal 10 gennaio al 10 Febbraio 2021 da Antonio Capodilupo, psicologo, che ha evidenziato come il Disturbo da Stress post traumatico nei reparti di rianimazione e terapia intensiva è presente nonostante le risorse di Resilienza siano risultate buone.

Nello studio condotto sono stati messi a confronto i risultati ottenuti dalla somministrazione di due questionari agli operatori delle unità operative di Rianimazione dell'Asur Area Vasta 5, rispettivamente l'una destinata all' isolamento per i malati Covid e l'altra Covid free, con lo scopo di indagare e rilevare l'eventuale ruolo della pandemia sull'insorgenza del Disturbo da stress post traumatico (PTSD) e di conseguenza sul grado di Resilienza sviluppato dagli operatori sanitari.

2. BACKGROUND

2.1 COVID 19: impatto sulle strutture ospedaliere

La letteratura scientifica ha ampiamente confermato come il settore sanitario sia di per sé caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociale strettamente legati all'organizzazione lavorativa, alla sicurezza e alla salute degli operatori. Fattori che in questo momento di emergenza sono grandemente amplificati, a partire da quelli relativi alle misure di prevenzione e protezione. ("COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari", Rivista Epicentro, 2020)

Ma se da una parte questa situazione fa luce sui disagi provocati dalla pandemia, dall'altro lato mette anche in risalto la capacità dell'uomo di adattarsi alle situazioni di emergenza attraverso strategie adattive.

L'Unità Operativa di Rianimazione del "Madonna del Soccorso" divenne esclusivamente a gestione Covid: l'impatto iniziale per tutti i dipendenti fu devastante, come ha dichiarato lo stesso Direttore di reparto, la Dottoressa Tiziana Principi, in un'intervista sulla testata giornalistica "L'Ancora Online". Nessuno sapeva o poteva immaginare, infatti, cosa sarebbe successo e come sarebbe andata a finire.

D'altronde, invece, nello Stabilimento Ospedaliero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, tutti le Unità Operative si sono dovute preparare ad accogliere diverse tipologie di pazienti con patologie gravi, trasferiti direttamente dall'Ospedale di San Benedetto del Tronto dovendo, allo stesso tempo, gestire tutte le altre tipologie di urgenze non Covid. Il reparto di rianimazione, invece, rimase Covid free quindi pronto ad accogliere pazienti non infetti.

Tutti i servizi sanitari dell'Area Vasta 5, dato l'enorme richiesta di cure, hanno cercato di potenziare la loro capacità di risposta alla pandemia, adottando misure come l'aumento di posti letto, acquisto di attrezzature necessarie per fornire terapie intensive, il richiamo a lavoro di professionisti già in pensione e nuove assunzioni che hanno supportato coloro che lavorano nei servizi sanitari.

La trasformazione di un servizio di degenza medico in un ambito che accoglie pazienti positivi al Covid-19 richiede la ridefinizione degli spazi, centrata sulle nuove necessità. Di conseguenza il primo fattore da tenere in considerazione è stato isolare i pazienti

positivi con la predisposizione di stanze di degenza dedicate, percorsi “puliti” e percorsi “sporchi”, stanze per garantire l’adeguata vestizione del personale e di zone filtro. (Rivista “L’infermiere”, 2020)

Questi nuovi cambiamenti alla struttura e alla funzionalità dei servizi sanitari ha implicato un adeguamento immediato di tutti gli operatori sanitari al novo setting assistenziale, con conseguente aumento del lavoro e dello stress.

In particolare, tutti i professionisti sanitari si sono trovati ad affrontare:

- Aumento delle ore e del carico di lavoro: per fronteggiare la pandemia agli operatori sanitari è stata richiesta più disponibilità lavorativa, turni di lavoro prolungati e reperibilità sempre crescente;
- Aumento fattori di rischio: in particolar modo all’inizio della pandemia, gli operatori sanitari si sono trovati costretti a lavorare senza dispositivi di protezione adeguati che li hanno costretti a convivere con la paura di potersi ammalare e, soprattutto, mettere in pericolo gli altri: i pazienti, ma anche familiari e amici;
- Precarietà organizzativa e carenza di personale sanitario;
- Cambiamento radicale nel rapporto con i pazienti;
- Isolamento, causato dalla separazione dai propri cari e dal senso di impotenza di fronte alla sofferenza dei propri pazienti;
- Contatto quotidiano con la sofferenza e la morte ben oltre le normali patologie;
- Carenza di linee guida tecniche e linee guida cliniche per gestire adeguatamente i pazienti.

Oltre al lato tecnico, anche il lato emotivo è stato particolarmente toccante: con i pazienti COVID-19 isolati e senza accesso ai visitatori, gli infermieri hanno dovuto fornire supporto emotivo ai pazienti e alle loro famiglie, pur in presenza di DPI che hanno mutato radicalmente le possibilità di comunicazione. In molti casi, gli infermieri hanno avuto il difficile compito di aiutare le famiglie a dire addio ai propri cari tramite telefono e video-conferenza. (Walter De Caro, Professioni Infermieristiche, 2021)

A tutto questo si aggiungono situazioni determinate dalla forte pressione a cui è già di solito sottoposto il servizio sanitario, che hanno contribuito ad appesantire ulteriormente il vissuto dei professionisti: essere chiamati a intervenire in discipline diverse da quelle di appartenenza, la possibilità di trovarsi a fronteggiare condizioni critiche che

richiederebbero maggiore esperienza, l'invito a continuare a lavorare anche se si è stati a contatto con pazienti affetti da COVID-19 e permanga il timore del contagio.

Tutti questi fattori hanno creato uno scenario perfetto per determinare un forte impatto sul benessere emotivo e psicologico soprattutto degli infermieri. Nella norma, infatti, ogni tipo di cambiamento comporta una dose di ansia dovuta dalla perdita dell'equilibrio esistente. La pandemia ha travolto improvvisamente gli equilibri di tutto il sistema, mettendo a soqquadro la vita degli operatori sanitari, l'organizzazione delle strutture e le pratiche sanitarie.

La letteratura scientifica dedicata allo stress lavoro-correlato ha ampiamente confermato come il settore sanitario sia di per sé caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociale strettamente legati all'organizzazione lavorativa, alla sicurezza e alla salute degli operatori: turni, reperibilità, gestione di emergenze/urgenze, carenza di personale, potenziale rischio di episodi di aggressione verbale e/o fisica. Tutti fattori che durante la pandemia sono stati amplificati, determinando effetti negativi a livello sociale e psicologico.

Gli studi sul periodo pandemico in atto confermano la presenza di disagi psicologici, tra cui il PTSD, tra gli infermieri e il personale medico impegnati nell'assistenza al COVID. La pandemia e le relative conseguenze, infatti, presentano caratteristiche tipiche degli eventi traumatici. (Horesh & Brown, 2020; Shevlin et al., 2020)

2.2 Disturbo da stress post traumatico

Lo stress post-traumatico (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD), è una forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito a esperienze fortemente traumatiche. Definito e studiato negli Stati Uniti soprattutto a partire dalla guerra del Vietnam e dai suoi effetti sui veterani, riproposti poi in tutte le più recenti esperienze belliche, il PTSD può manifestarsi in persone di tutte le età, dai bambini e adolescenti alle persone adulte, e può verificarsi anche nei familiari, nei testimoni, nei soccorritori coinvolti in un evento traumatico. Il PTSD può derivare anche da una esposizione ripetuta e continua a episodi di violenza e di degrado. (Istituto Superiore Di Sanità, "Stress post traumatico")

Il PTSD è caratterizzato da un insieme di sintomi che hanno un'intensità ed una durata variabile, in grado di provocare significativi disagi per il soggetto che ne è affetto, tanto

da compromettere la sua vita sociale e/o lavorativa. (Dr. Cristiano Ardovini, “Disturbo post-traumatico da stress”)

Il quadro clinico di questo disturbo è stato spiegato da Carlo Bonomi nel “La psicologizzazione del trauma” (2000), uno studio attraverso cui l’autore ha voluto tracciare la storia del trauma psichico.

La storia del trauma psichico si può dividere in tre fasi:

– la prima fase coincide con la nascita del concetto di “*nevrosi traumatica*”. Nella seconda metà dell’Ottocento a causa del processo di industrializzazione, iniziarono ad essere molto frequenti gli incidenti sul lavoro, soprattutto lungo i binari delle ferrovie. Molti incidenti non comportarono danni fisici apparenti, ma le persone coinvolte presentavano dei sintomi inediti: shock con confusione mentale e agitazione, paralisi, tremori, anestesie, afasie e “attacchi” ossia ripetizione delle sequenze dell’incidente anche nei sogni. Questo disturbo andò quindi a determinare gravi danni alle vittime, tanto che venne inserito tra le malattie che davano diritto alla pensione.

Allo scoppio delle Prima guerra mondiale, i pazienti affetti da malattie nervose o psichiche aumentarono improvvisamente: le cause principali vennero identificate nel violento shock conseguente all’esplosione di una granata e il devastante effetto della visione dei compagni morti in guerra.

In un primo momento questi sintomi furono trascurati, gli stessi medici non trovarono fondamento a queste patologie: i soldati furono accusati di voler evitare la guerra rifugiandosi nella malattia. La risposta terapeutica era un trattamento coatto diretto a rigenerare la presunta “debole volontà” del “nevrotico di guerra” (Kaufmann, 1999, p. 133).

Le cause presunte dei sintomi, quindi, erano principalmente la paura di morire e il desiderio di salvarsi che portavano i soldati a scappare dal proprio dovere.

Negli anni del dopoguerra ci furono continui dibattiti e cambi di idee sulla questione, ma la visione che si impone in quegli anni è quella medica: l’insorgenza di questi sintomi, secondo i medici, era determinata sulla base di una predisposizione personale del malato. Si iniziò quindi a parlare di “nevrosi di guerra” piuttosto che “nevrosi traumatica”, facendo quindi scomparire il riferimento al trauma.

– la seconda è una fase intermedia, caratterizzata dalla "*riorganizzazione delle idee*". Il termine trauma fu cancellato ma allo stesso tempo fu introdotto l'utilizzo del termine "shock". Secondo Freud, infatti, i disturbi erano più simili alla "antica e ingenua teoria dello shock" piuttosto che alla sofisticata e moderna teoria psicologica (Freud, 1920, p. 217).

In Inghilterra si iniziò a parlare di "*Shell-shock*" (shock da granata) e allo stesso tempo le teorie legate al trauma, anche se cadute in disuso, cominciarono a ritornare.

Allo scoppio della Seconda guerra mondiale, furono effettuati importanti studi clinici per elaborare tutta la psicotraumatologia. In particolare, tra tutti, spicca il lavoro di Abraham Kardiner, in collaborazione con Herbert Spiegel "War Stress and Neurotic Illness" (1941/1947), che traccia un ponte tra la prima e la Seconda guerra mondiale. Dal titolo del lavoro, si nota che non si parla più di "trauma" bensì di "stress".

Questo studio andò quindi a spostare l'attenzione su aspetti fisici: fatica, mancate energie, freddo, mettendo in risalto lo stress.

– la terza fase è quella della rinascita del concetto di "*trauma psichico*". Se inizialmente si credeva che il trauma fosse determinato solo da un evento accidentale, nell'ultima fase si arrivò a capire che il trauma era anche legato alla connessione dell'uomo con la comunità, come si era visto dalla guerra in Vietnam. Da qui si venne a determinare la caratterizzazione sociale del trauma, sottolineando l'importanza della condivisione delle esperienze traumatiche con gli altri.

L'esperienza del Vietnam ha quindi condizionato la determinazione della categoria "Disturbo Post-Traumatico da Stress" nel DSM III (manuale diagnostico dell'Associazione Psichiatrica Americana). Questa categoria venne introdotta per dare una risposta medica, sociale e politica al gran numero di veterani della guerra in Vietnam che presentavano disturbi psichici.

Nel decennio successivo fino ad oggi, la nozione di trauma si è ulteriormente ampliata includendo situazioni sempre nuove, collettive o individuali, fisiche o psichiche, concentrate in un unico evento eccezionale o ripetute più volte nel tempo, subite in prima persona o da spettatori (Carlo Bonomi, "La psicologizzazione del trauma.").

Il Disturbo da Stress Post Traumatico è entrato nel Manuale Diagnostico e Statistico (Diagnostic and Statistical Manual – DSM) dei Disturbi Mentali, e va a distinguere tre tipologie di vittime:

- vittime primarie: tutti coloro che sono stati colpiti direttamente da eventi gravi (guerre, catastrofi naturali, attacchi terroristici, incidenti devastanti);
- vittime secondarie: testimoni dell'evento traumatico e ai parenti recentemente;
- vittime terziarie: tutti quelli che prendono parte agli eventi come soccorritori od operatori di assistenza. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5)

Seppure in maniera grossolana, la pandemia è stata definita da alcuni uno "stato di guerra" sia per la mole di risorse mobilitate (sociali ed economiche) che per il numero di morti con la differenza che le cerchie umane colpite dalla pandemia sono tangibilmente più ampie. Parenti, amici, colleghi: tutti potevano diventare vittime. La morte di massa portata dalla pandemia ha generato un "sisma psicologico" senza paragoni rispetto i decenni precedenti quando, chi non apparteneva alla comunità colpita, chi non viaggiava, chi pensava di potersi isolare nella propria dimensione locale, poteva sempre credere che la catastrofe non lo riguardasse da vicino. (Marco Mondini, "In Guerra Senza Guerra", 2020)

Il Disturbo da Stress Post Traumatico è comunque una condizione di disagio mentale complessa e derivante da molteplici fattori; la diagnosi quindi non è semplice. Le persone, infatti, hanno una diversa suscettibilità e vulnerabilità alla condizione di stress, anche in relazione al maggiore o minore coinvolgimento diretto nell'esperienza traumatica. (Istituto Superiore di Sanità)

L'esposizione all' evento traumatico, secondo il Manuale statistico e diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5), può avvenire in diversi modi:

- l'esperienza dell'evento è diretta;
- assistere ad un trauma accaduto ad altri;
- venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto a un proprio caro;
- ripetuta esposizione ai dettagli dell'evento traumatico (frequente nei primi soccorritori di catastrofi naturali o nelle forze dell'ordine).

Come riportato dall' Istituto Superiore di Sanità, tra i fattori che certamente contribuiscono allo sviluppo di diversi livelli di PTSD, ci sono le caratteristiche specifiche dell'evento che lo causano e il grado o la modalità di esposizione della vittima, le caratteristiche degli individui, della loro storia medica, psichica e familiare, le modalità di intervento nel periodo post-trauma.

In alcune vittime i sintomi si risolvono con un adeguato trattamento e con il tempo, mentre per altri l'evento traumatico può causare effetti negativi a lungo termine, come testimoniano numerose ricerche sugli individui esposti a violenza, tortura, maltrattamenti continuativi.

È da ricordare come lo stress in realtà è una reazione funzionale al mantenimento dello stato di equilibrio omeostatico organismo-ambiente; tuttavia, diventa problematico quando questa risposta è stata sollecitata troppo a lungo o in modo troppo intenso (Atkinson & Hilgard, 2017; Damour & Hansell, 2018; Craparo, 2013; Trombini & Baldoni, 2001; Trombini & Baldoni, 1999). Se gli stimoli stressanti si protraggono, lo stato di tensione costante conduce ad una iper-attivazione psichica e fisiologica. All'inizio si ha sopportazione-resistenza, poi esaurimento e logorio, con peggioramento del rendimento mentale e fisico.

Nel nostro organismo ciò che partecipa all'elaborazione di stati emozionali come ansia e paura è l'amigdala, una piccola ghiandola endocrina posta alla base del cervello. Normalmente, in situazione di stress, l'amigdala si attiva producendo temporaneamente molecole di oppiacei naturali che riducono la sensazione spiacevole. Da alcune ricerche è emerso che in persone affette da PTSD questa produzione si protrae invece a lungo anche dopo la cessazione dell'evento, causando alterazione dello stato emotivo. (Istituto Superiore di Sanità)

Il National Institute of Mental Health (NIMH) ha individuato diverse caratteristiche delle persone affetti da PTSD. La vittima può:

- Rivivere ripetutamente l'esperienza traumatica attraverso flashback, ricordi, incubi o in occasione di anniversari e commemorazioni;
- Manifestare con alterato controllo delle emozioni: irritabilità, rabbia improvvisa o confusione emotiva, depressione e ansia, insonnia;

- Provare senso di colpa, per essere sopravvissuti o per non aver potuto salvare altri individui;
- Riferire dal punto di vista fisico: dolore al torace, vertigini, problemi gastrointestinali, emicranie, indebolimento del sistema immunitario.

L'American Psychiatric Association (APA), invece, ha fornito un elenco più dettagliato dei sintomi del PTSD che possono comparire entro tre mesi dal trauma. Secondo l'APA i sintomi sono classificabili in tre categorie:

–*episodi di intrusione*: le persone affette da PTSD hanno ricordi improvvisi che si manifestano in modo molto vivido e sono accompagnati da emozioni dolorose e dal 'rivivere' il dramma. A volte, l'esperienza è talmente forte da far sembrare all'individuo coinvolto che l'evento traumatico si stia ripetendo.

–*volontà di evitare e mancata elaborazione*: l'individuo cerca di evitare contatti con chiunque e con qualunque cosa che lo riporti al trauma. Inizialmente, la persona sperimenta uno stato emozionale di disinteresse e di distacco, riducendo la sua capacità di interazione emotiva e riuscendo a condurre solo attività semplici e di routine. La mancata elaborazione emozionale causa un accumulo di ansia e tensione che può cronicizzate portando a veri e propri stati depressivi. Al tempo stesso si manifesta frequentemente il senso di colpa.

–*ipersensibilità e ipervigilanza:* le persone si comportano come se fossero costantemente minacciate dal trauma. Reagiscono in modo violento e improvviso, non riescono a concentrarsi, hanno problemi di memoria e si sentono costantemente in pericolo. A volte, per alleviare il proprio stato di dolore, le persone si rivolgono al consumo di alcol o di droghe. Una persona affetta da PTSD può anche perdere il controllo sulla propria vita ed essere quindi a rischio di comportamenti suicidi.

Il PTSD tra i professionisti sanitari, soprattutto quelli che lavorano in contesti di emergenza, prevale rispetto altre categorie: in Norvegia, su 1.773 operatori sanitari, il 28,9% ha presentato sintomi clinici o subclinici di PTSD (Johnson et al., 2020); analoghi riscontri sono stati evidenziati in Cina, per il 25,1% (Nie et al., 2020; Wang et al., 2020) e in India e a Singapore, per il 5,2%, la metà dei quali con range di PTSD da moderato a grave (Chew et al., 2020).

Le circostanze che possono mettere a rischio l'emotività dei soccorritori si dividono attraverso tre fattori (Cusano M., Napoli A., 2003):

1) Fattori di rischio oggettivi:

- Eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini.
- Eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto).
- Eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime.
- Eventi che causano la morte di colleghi.
- Il fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone.
- La necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo
- La necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.

2) Fattori di rischio soggettivi:

- Tendenza eccessiva del soccorritore a identificarsi con la vittima.
- Bisogno marcato del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime.
- Presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o la presenza di traumi pregressi non elaborati.
- Mancanza di idonee strategie per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress.
- Scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress.
- Lesioni personali.

3) Fattori di rischio legati all'organizzazione:

- Ritmi di lavoro eccessivi.
- Inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori.
- Carenze nei processi di comunicazione.
- Conflitti interni all'organizzazione e tra soccorritori.
- Carenze nei processi di selezione e formazione degli operatori.

- Mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori.

La pandemia ha quindi sicuramente amplificato il peso emotivo che già di norma dovevano sopportare tutti i professionisti nella sanità; anche se ha dato ugualmente modo di sviluppare delle strategie adattive e di riposta per far fronte alle situazioni difficili che si sono presentate.

Le strategie di adattamento hanno lo scopo di ridurre il disagio emotivo generato dall'evento stressante diminuendo gli effetti dello stress.

Tra tutte, gli studiosi hanno identificato come il coping sia di norma efficace per fronteggiare situazioni difficili che possono provocare reazioni di stress.

Il concetto di coping è stato introdotto dallo psicologo Richard Lazarus e può essere definito come il processo messo in atto in una situazione valutata come personalmente significativa ed eccedente o comunque gravosa sulle risorse individuali per farvi fronte (Lazarus & Folkman, 1984).

Il termine è stato importato dalla lingua inglese dove la traduzione di coping è "fronteggiare" dal verbo "to cope". In psicologia il significato di coping indica tutte quelle azioni che vengono messe in atto per affrontare una situazione avversa o nuova. Tra le azioni messe in atto dal soggetto sotto stress, c'è la resilienza.

2.3 Resilienza

Il concetto di resilienza è già noto da tempo in diverse discipline: in fisica indica la proprietà di alcuni materiali di resistere agli urti senza deformarsi, in ecologia indica la capacità di un ecosistema di riprendersi dopo gravi shock e ritornare in equilibrio.

Fu Micheael Rutter a introdurre nel 1985 il concetto di resilienza nell'ambito sociale definendola "la capacità di evolvere in modo accettabile a dispetto di uno stress o di un'avversità in grado di comportare normalmente, un rischio o un esito negativo".

Il termine viene utilizzato dalla psicologia e dalla sociologia per indicare la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale (Oliviero Ferraris, 2003).

La resilienza non è un concetto statico, non è una caratteristica osservabile né valutabile. È un concetto interattivo che è connesso alla capacità di comprendere una situazione

stressante e usare risorse disponibili per muoversi in una direzione di promozione della salute e senso di sicurezza. In tal senso la resilienza è promossa quando un evento stressante è vissuto come comprensibile, gestibile e significativo (Antonovsky, 1987).

La resilienza è per la psiche ciò che per il sistema immunitario è il corpo, e dato che psiche e corpo lavorano insieme, i due sistemi possono potenziarsi oppure reprimersi a vicenda (Putton e Fortugno, 2006).

L'ambito di lavoro ospedaliero è in costante cambiamento e mutamento e richiede quindi ai dipendenti capacità di adattamento costante. Nei contesti sanitari è richiesta flessibilità, benessere e maggiore destrezza nel fronteggiare innumerevoli pressioni (Saletnik, 2018). Ogni giorno i sanitari devono sia soddisfare richieste di origine fisica, sia devono far fronte a vere e proprie sfide emotive: assistere alla sofferenza umana e all'angoscia, alle difficoltà intrapersonali correlate e anche agli eventuali conflitti con i colleghi.

Alcuni studi hanno dimostrato come alti livelli di resilienza negli operatori sanitari preservano lo stato di salute e permetterebbero di rimanere più a lungo attivi nella professione (Saletnik, 2018). Le principali caratteristiche dell'infermiere resiliente: forza, auto-efficacia, ottimismo, pazienza, tolleranza, fede, adattabilità, autostima e humor (Grafton et al., 2010).

È importante quindi, in contesti lavorativi molto stressanti, avere o cercare di sviluppare strategie che aiutano ad affrontare le innumerevoli richieste presenti.

Nel corso del primo periodo pandemico, le prime evidenze hanno messo in risalto la relazione negativa tra sintomatologia ansiosa e depressiva e livelli di resilienza (Barzilay et al., 2020). Successivamente uno studio longitudinale condotto in Cina nel 2021, che ha coinvolto un gruppo di operatori sanitari, ha mostrato come la resilienza eserciti un'importante funzione di promozione della crescita post-traumatica (Lyu et al., 2021).

Questi studi hanno quindi indicato il processo che può consentire a individui che affrontano esperienze critiche di rafforzare la percezione delle proprie risorse, riconsiderare obiettivi e priorità individuali e ristrutturare il significato attribuito alle esperienze traumatiche vissute (Tedeschi & Calhoun, 2004).

3. OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo generale dello studio è rilevare tra gli operatori sanitari in servizio presso le Unità Operative Rianimazione dell'ASUR Area Vasta 5, il rischio di esposizione al Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD).

L'Obiettivo specifico dello studio è indagare l'eventuale ruolo della pandemia sul rischio di insorgenza del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) e il livello di Resilienza sviluppati dagli operatori sanitari, mettendo a confronto le unità operative di Rianimazione dell'Asur Area Vasta 5, rispettivamente l'unità adibita ad isolamento per i malati Covid presso lo stabilimento ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e l'altra Covid free presso lo stabilimento ospedaliero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno.

4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno di ricerca

Lo studio effettuato è osservazionale di tipo trasversale o cross-sectional, ed è stato condotto presso le Unità Operative di Rianimazione dei due stabilimenti ospedalieri dell'Area Vasta 5:

- "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto,
- "C. & G. Mazzoni" Ascoli Piceno.

4.2 Criteri di inclusione

È stato effettuato un campionamento di convenienza, arruolando nello studio, tutti i medici e gli infermieri in servizio nelle due Unità di Rianimazione dell'ASUR Area Vasta 5.

4.2.1 Dimensione del Campione

L'endpoint primario dello studio è stato quello di valutare il livello di esposizione al rischio di sviluppare il DPTS nel personale infermieristico e medico delle UO Rianimazione-Covid vs UO Rianimazione Covid-free.

Poiché risulta impossibile stabilire a priori la percentuale di adesione e di partecipazione all'indagine conoscitiva, è stato stimato che un numero di 47 operatori, potesse essere sufficiente per garantire un'adeguata valutazione dei risultati

4.3 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi dallo studio tutti gli altri professionisti in servizio nelle altre Unità Operative dell'ASUR Area Vasta 5.

4.4 Periodo di analisi (Timing)

La raccolta dati è avvenuta dal 1° luglio al 30 settembre 2022, proponendo a tutti gli operatori sanitari delle Unità Operative l'autosomministrazione di due scale.

4.5 Strumenti

Lo studio ha previsto l'autosomministrazione di due questionari:

- PTSS (Post-Traumatic Symptoms Scale)
- Questionario della Resilienza, QR (Blickpunkt Identität & Medizinische Universität, 2019).

La somministrazione dei questionari è stata effettuata personalmente dal ricercatore, attraverso materiale cartaceo invitando tutti i professionisti sanitari arruolati, alla compilazione volontaria e anonima.

La PTSS-10 – Post-Traumatic Symptoms Scale (Raphael, Lundin, & Weisæth, 1989; Schüffel, Schade, & Schunk, 1998) è un questionario di autovalutazione che si compone di 10 item e valuta la presenza e l'intensità dei sintomi relativi al Disturbo da Stress Post Traumatico. Ciascun sintomo è valutato attraverso una scala Likert che va da 0 a 6, in relazione al fattore tempo, con il valore 0 che corrisponde a "mai" e 6 a "sempre" (Mehlum & Weisæth 2002). I 10 sintomi psicosomatici e/o psicologici legati ad un trauma sono: disturbi del sonno, incubi, depressione, sobbalzi, isolamento, irritabilità, sbalzi d'umore, sensi di colpa, paura dei ricordi, tensione muscolare (Eid et al. 1999).

È stato riscontrato che la PTSS-10 ha una buona validità interna (Eid et al. 1999) ed è uno strumento affidabile per lo screening del PTSD (Stoll et al. 1999).

Il punteggio limite di *cut off* è stabilito sulla soglia ≤ 3, al di sopra della quale i sintomi di PTSD cominciano a manifestarsi "qualche volta". Il punteggio totale ha un range dal minimo di 0 al massimo di 60. L'analisi fattoriale, effettuata da Schüffel, Schade, & Schunk (1998), ha raggruppato le dimensioni della PTSS-10 in due fattori principali: la instabilità mentale (sintomi: depressione, sobbalzi, isolamento, irritabilità, sbalzi d'umore) e l'intrusione (sintomi: disturbi del sonno, incubi, sensi di colpa, paura dei ricordi, tensione muscolare), (Capodilupo et al., 2012).

Il Questionario sulla Resilienza (Blickpunkt Identität e Medizinische Universität, 2019), indaga 7 dimensioni, che descrivono le caratteristiche del soggetto resiliente:

- *Percezione*: consapevolezza dei propri sentimenti e considerazione positiva della vita;
- *Responsabilità*: capacità di poter decidere autonomamente della propria vita, escludendo interferenze esterne;
- *Relazionalità:* capacità di intessere relazioni basate sulla fiducia e sulla disponibilità;
- *Ottimismo*: accettazione delle esperienze, pensiero ottimistico, fiducia nel futuro;
- *Problem solving*: orientamento alla soluzione dei problemi ed al perseguimento di obiettivi definiti;
- *Stile salutare*: adozione di uno stile di vita sano;
- *Auto-efficacia*: capacità di credere in sé stessi.

Le 7 dimensioni sono considerate separatamente attraverso tre affermazioni, valutabili con la scala Likert che va da 0 a 10. Lo 0 corrisponde a "in completo disaccordo" e il 10 a "concordo pienamente". Lo score massimo per ciascuna dimensione è pari a 30 e il punteggio medio riportato è interpretato per fasce, intendendo come capacità "carente" la quota entro 0-10 punti, "da migliorare" entro 11-20 punti, "buona" entro 21-30 punti. (Capodilupo et al., 2021)

4.6 Autorizzazione Aziendale

Per effettuare lo studio è stata chiesta autorizzazione per la raccolta dati alla Direzione Medica Ospedaliera (DMO) dell'ASUR Area Vasta 5, ai Direttore UOC Rianimazione "Madonna del Soccorso" e "C. & G. Mazzoni", al Direttore UOC Dipartimento Professioni Sanitarie- Area Infermieristico- Ostetrica.

Lo studio è stato effettuato nel rispetto della riservatezza dei dati personali, come previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica clinica (Decreto Ministero della sanità 14 luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003).

4.7 Analisi statistica

Le variabili continue verranno sintetizzate mediante media e deviazione standard (SD) e le variabili categoriche mediante frequenze e percentuali. Le analisi statistiche verranno condotte mediante la strutturazione di tavole di contingenza e saranno effettuate utilizzando il software Microsoft 365® con l'utilizzo del foglio di calcolo (Seattle-WA, USA).

Nello studio, verrà individuata la relazione lineare tra il livello complessivo di DSPT e le sottodimensioni del QR, analizzati mediante il coefficiente *r* di Pearson.

4.8 Limiti

Nello studio sono presenti limiti da tenere in considerazione per un maggiore rigore metodologico: il campione, di convenienza per adesione spontanea, si compone nella maggior parte da soggetti di genere femminile; non è preso in considerazione la qualità dell'ambiente di lavoro, già stressante di suo; nelle Unità Operative, il livello di PTSD non è confrontato con un livello pre- Covid, per cui non si può dedurre, nello specifico, che lo stress sia attribuito direttamente alla pandemia; il livello di PTSD valutato, non è confrontabile con risultati ottenuti in altri studi, perché condotti su personale infermieristico di setting diversi e questionari e scale di misurazione differenti.

Inoltre, lo studio non è in grado di determinare se e come le risorse di Resilienza possano contrastare l'insorgenza del DSPT, mancando di confronto con altre strutture sanitarie in situazione di emergenza pandemica.

5. RISULTATI

Il campione totale osservato è composto da 47 operatori sanitari, in particolare:

- 8 medici e 14 infermieri, stabilimento ospedaliero "C. & G. Mazzoni" Ascoli Piceno;

- 5 medici e 20 infermieri, stabilimento ospedaliero “Madonna del Soccorso” San Benedetto del Tronto.

Il 70,22 % del totale è rappresentato da professionisti di sesso femminile. L’età media è di 44 anni (DS=11,28), gli anni di lavoro in media sono di 20 (DS=12,18) e il periodo medio di servizio nell’Unità Operativa di Rianimazione è di 14 anni (DS=11,28).

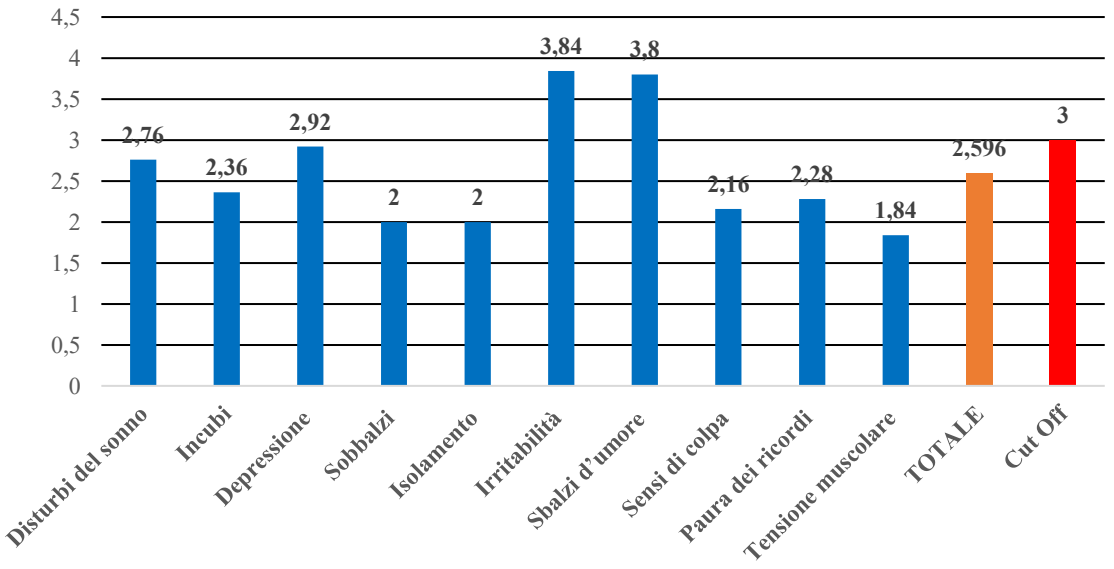
In riferimento alla formazione infermieristica il 44,11% degli infermieri ha conseguito la Laurea Triennale, il 5,88% è in possesso della Laurea Magistrale e il 50% ha conseguito il Corso Triennale Regionale. Il 100% dei medici è in possesso della Laurea Magistrale.

Risultati relativi ai due questionari:

1. Stabilimento Ospedaliero “Madonna del Soccorso” – Unità di Rianimazione Covid.

- PTSS (Post-Traumatic Symptoms Scale): il punteggio medio totale del PTSD riportato dalla PTSS è di 25,96 (DS= 9,50). Il profilo delle singole dimensioni e della media totale rispetto al *cut off* di 3 è rappresentato nella Figura 1.

Figura 1 - *Livello medio sintomi rilevati dalla scala PTSS (UOC Rianimazione "Madonna del Soccorso")*



I punteggi medi che riguardano instabilità mentale (sintomi: depressione, sobbalzi, isolamento, irritabilità, sbalzi d'umore) e intrusione (sintomi: disturbi del sonno, incubi, sensi di colpa, paura dei ricordi, tensione muscolare) sono rispettivamente di 2,91 (ds= 0,81) e 2,28 (DS= 0,30). I sintomi che superano la quota del *cut off* di 3 sono irritabilità e sbalzi d'umore. Entrambi appartengono al cluster dei sintomi psicologici.

- Questionario della Resilienza: i punteggi medi relativi alla capacità di Resilienza degli operatori sanitari rientrano nel range 20 – 30, indicando quindi una "buona" capacità di Resilienza (Tabella 1).

	MEDIA	DS
Percezione	21,26	5,7
Responsabilità	23,48	3,45
Relazionalità	25,48	5,01
Ottimismo	22,44	5,79
Problem Solving	26	2,78
Stile di vita sano	23,16	7,44
Auto efficacia	24,92	5,15

Tabella 1 – *Punteggio medio delle dimensioni della Resilienza.*

La relazione lineare tra le dimensioni della Resilienza e il punteggio alla PTSS-10, analizzata con il coefficiente *r* di Pearson, è riportata nella Tabella 2.

	Percezione	Responsabilità	Relazionalità	Ottimismo	Problem solving	Stile salutare	Auto efficacia
PTSS	-0,5660	-0,5430	-0,4178	-0,4824	-0,0816	-0,0842	-0,2615

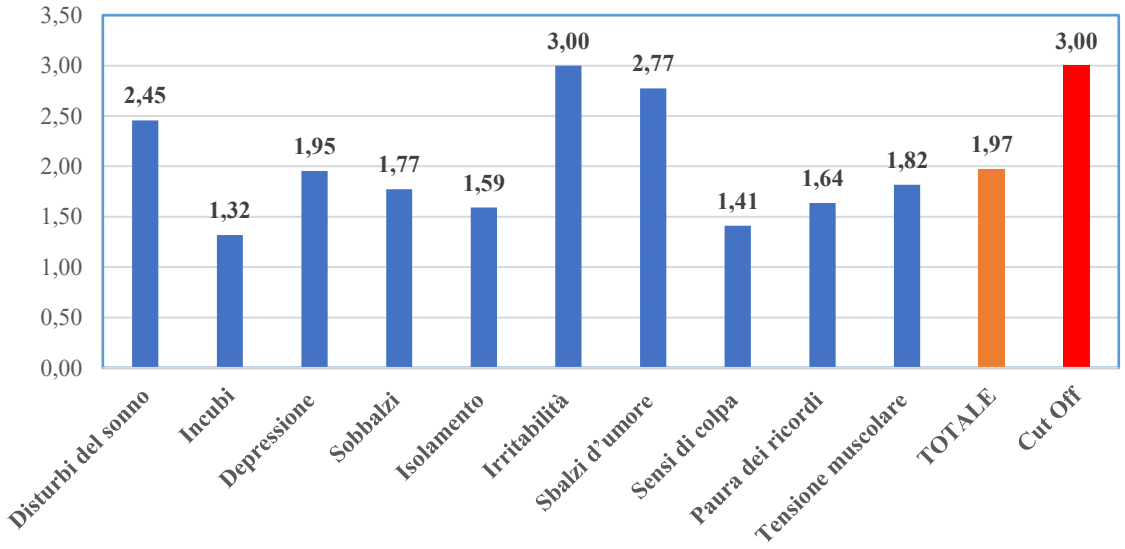
Tabella 2 – *Correlazione r di Pearson tra il livello di Ptss e le dimensioni della Resilienza.*

I coefficienti di correlazione presentano tutti il segno negativo, a significare un andamento in discesa del livello del PTSD al crescere delle dimensioni di Resilienza.

2. Stabilimento ospedaliero “C. & G. Mazzoni” Ascoli Piceno – Unità di Rianimazione non covid.

- PTSS (Post-Traumatic Symptoms Scale): il punteggio medio totale del PTSD riportato dalla PTSS è di 19,72 (DS= 10,70). Il profilo delle singole dimensioni e della media totale rispetto al *cut off* di 3 è rappresentato nella Figura 2.

Figura 2 - *Livello medio sintomi rilevati dalla scala PTSS UOC Rianimazione "C.&G. Mazzoni"*



I punteggi medi che riguardano instabilità mentale (sintomi: depressione, sobbalzi, isolamento, irritabilità, sbalzi d’umore) e intrusione (sintomi: disturbi del sonno, incubi, sensi di colpa, paura dei ricordi, tensione muscolare) sono rispettivamente di 2,22 (DS= 0,56) e di 1,72 (DS= 0,40). Solo il sintomo “irritabilità” raggiunge il valore limite di 3, mentre non ci sono sintomi che superano la quota del *cut off*.

- Questionario della Resilienza: i punteggi medi relativi alla capacità di Resilienza degli operatori sanitari rientrano nel range 20 – 30, indicando quindi una “buona” capacità di Resilienza (Tabella 3).

	MEDIA	DS
Percezione	22,32	5,8
Responsabilità	22,77	3,92
Relazionalità	25,85	5,34
Ottimismo	22,41	4,92
Problem Solving	25,95	2,57
Stile di vita sano	23,04	5,08
Auto efficacia	24,5	5,25

Tabella 3 - *Punteggio medio delle dimensioni della Resilienza.*

La relazione lineare tra le dimensioni della Resilienza e il punteggio alla PTSS-10, analizzata con il coefficiente *r* di Pearson, è riportata nella Tabella 4.

	Percezione	Responsabilità	Relazionalità	Ottimismo	Problem solving	Stile salutare	Auto efficacia
PTSS	-0,6156	-0,2727	-0,4222	-0,3234	-0,2662	-0,0131	-0,1848

Tabella 4 – *Correlazione r di Pearson tra il livello di Ptss e le dimensioni della Resilienza.*

I coefficienti di correlazione presentano tutti il segno negativo, a significare un andamento in discesa del livello del PTSD al crescere delle dimensioni di Resilienza.

6. DISCUSSIONE

La pandemia da COVID – 19, fra tutti i diversi riflessi drammatici, ha determinato una forte incidenza sulla salute e sulla vita dei professionisti che lavorano nelle strutture sanitarie. L'emergenza sanitaria che a sua volta si è determinata a causa del virus ha impresso nelle aziende e per tutti i lavoratori un cambiamento rapido della propria cultura organizzativa con l'introduzione di condizioni nuove e vincolanti. Condizioni che hanno imposto un impegno considerevole, lavorativo ed emotivo, ai professionisti sanitari. Numerosi studi hanno documentato come questa categoria professionale abbia riportato nel periodo pandemico livelli più elevati di ansia e depressione rispetto alla popolazione generale, nonché l'esposizione a un elevato rischio di sviluppare sintomi di Disturbo Post-

traumatico da Stress (Guo et al., 2021; Smallwood et al., 2021). La pandemia e le relative conseguenze, infatti, presentano caratteristiche tipiche degli eventi traumatici (Horesh & Brown, 2020; Shevlin et al., 2020).

Nello studio condotto si è rilevata la presenza di PTSD tra gli operatori sanitari (medici e infermieri) in servizio presso le Unità Operative di Rianimazione dell'ASUR Area Vasta 5: Unità Operativa di Rianimazione Covid e Rianimazione Covid free.

Come già evidenziato negli studi in Norvegia (Johnson et al., 2020), in Cina (Wang et al., 2020) e in India (Chew et al., 2020) il PTSD tra i professionisti sanitari, soprattutto quelli che lavorano in contesti di emergenza, prevale rispetto altre categorie.

Il personale dell'Unità Operativa di Rianimazione è costantemente impegnato in un servizio ad alto carico assistenziale. In Rianimazione, infatti, vengono collocati pazienti ad elevata criticità vitale con necessità di supporto intensivo dei parametri vitali, con lo scopo di ripristinare le funzioni fisiologiche spontanee.

Oltre al carico di lavoro già presente, determinato dalla fragilità dei pazienti che devono essere assistiti nell'Unità Operativa il personale sanitario ha dovuto affrontare anche l'arrivo del virus con incremento esponenziale del carico di lavoro, in aggiunta alla paura di contagio per sé e per i familiari, il tutto appesantito dai dispositivi di protezione individuale. Attraverso i risultati dello studio, ottenuti mediante la somministrazione della scala PTSS, si è dimostrata la presenza generale di PTSD tra operatori sanitari coinvolti.

In particolare, nell'Unità Operativa di Rianimazione Covid dello stabilimento ospedaliero "Madonna del Soccorso", gli operatori sanitari accusano Disturbo da Stress Post Traumatico maggiore rispetto l'Unità Operativa di Rianimazione non Covid dello Stabilimento Ospedaliero "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, nonostante le risorse di Resilienza siano risultate "buone" in entrambi i campioni.

Nell' Unità di Rianimazione Covid sono più marcati i sintomi che appartengono al cluster dei sintomi psicologici (irritabilità e sbalzi d'umore) che superano la soglia del *cut off*, mentre i sintomi intrusivi sono meno incisivi.

Nell' Unità Operativa non Covid tra i sintomi psicologici solo l'irritabilità raggiunge il valore limite di 3, i sintomi intrusivi invece sono allo stesso modo meno marcati.

Mettendo a confronto le due Unità Operative di Rianimazione quindi si è dimostrato che la pandemia può avere determinato il rischio di insorgenza del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), anche se non può essere dimostrato in maniera certa dato che lo studio presenta diversi limiti. Non si è a conoscenza, infatti, dell'ambiente lavorativo, l'eventuale supporto da parte di colleghi e superiori e della presenza di fattori stressanti pre- Covid.

Molti studi hanno documentato e accertato la presenza di maggiori sintomi di disagio psicologico durante la pandemia. Rispetto ad altre situazioni di emergenza sanitaria, infatti, i fattori di rischio che hanno contribuito ad accrescere lo stress psicofisico degli operatori sono stati maggiori. Quindi, anche da questo studio si può dedurre che la pandemia può aver determinato l'insorgenza o il peggioramento dei disturbi psicologici.

Gli operatori sanitari, infatti, sono stati da sempre esposti a una elevata probabilità di contagio, a volte essi stessi sono stati "veicolo di trasmissione" con la conseguente necessità di isolarsi dai propri affetti e con il rischio di subire pesanti discriminazioni. Oltre a dover affrontare le situazioni difficili a lavoro, hanno dovuto anche rispettare le restrizioni obbligatorie imposte dai governi (lockdown). Sono stati costretti a ritmi di lavoro intensissimi e a dover assumere in breve tempo scelte emotivamente ed eticamente molto complicate. Questa condizione ha comportato un elevato tasso di frustrazione: il personale si è trovato isolato, lontano dalla famiglia, a contatto con sentimenti fortemente negativi e con la frustrazione di non riuscire a debellare un virus che per mesi e mesi ha mostrato tutta la sua letalità (Journal of Health Care Education in Practice, Nov 2021). Gli operatori sanitari sono identificabili già di norma tra i lavoratori a maggior rischio di stress lavoro correlato, e con la pandemia la situazione è sicuramente andata in peggioramento.

Altri fattori correlati al PTSD sono il sesso e l'età: il campione indagato è costituito per il 70,22% da operatori sanitari di sesso femminile, di età variabile da 25 a 59 anni.

In Italia uno studio trasversale su 1.379 operatori sanitari ha mostrato come la giovane età e il sesso femminile siano fortemente correlati allo sviluppo di 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%. L'età più avanzata, a cui corrisponde probabilmente una maggiore esperienza, sembra rappresentare un fattore di

protezione. Le donne, il 47,4% del campione, risultano più colpite dai problemi psicologici. (Marina Penasso, DoRS 2021)

Nello studio, mettendo a confronto il livello di PTSD rilevato nel personale sanitario di sesso femminile con quello maschile, si evidenzia che:

-nelle donne il livello medio di PTSD è di 26,46;

-negli uomini il livello medio è di 16,19.

I risultati ottenuti non possono essere presi in considerazione in senso ampio, in quanto il campione di sesso femminile è più grande rispetto quello maschile, ma i risultati ottenuti mettono in evidenza che in linea generale lo stress è più elevato nelle donne.

La gestione delle problematiche derivate dalla pandemia non può essere limitata alla rilevazione di sintomi psicologici e psicosociali. Diversi studi infatti hanno evidenziato il ruolo fondamentale delle risorse personali e ambientali nel favorire risposte adattive a situazioni critiche, stressanti e parzialmente invalidanti (Sleijpen et al., 2019; Tugade & Fredrickson, 2004).

Nello studio è stata indagata la Resilienza, come capacità di adattamento positivo a condizioni di vita sfavorevoli ad eventi avversi tramite la mobilizzazione di risorse individuali e sociali prende il nome di resilienza (Luthar et al., 2000; Masten & Wright, 2010). I risultati dello studio hanno indicato come gli operatori sanitari delle due Unità Operative, Covid e non Covid, hanno riportato alla stessa maniera un livello "buono" di resilienza.

La resilienza non è un tratto stabile e immodificabile della personalità, ma può essere appresa, sviluppata e migliorata in ciascun individuo. La letteratura scientifica dimostra che le persone comunemente e generalmente si dimostrano resilienti, col trascorrere del tempo riescono a adattarsi a situazioni oggettivamente drammatiche come incidenti, lutti ed eventi traumatici. La resilienza è quindi una funzione che si modifica nel tempo in rapporto alle esperienze e ai vissuti. (Masten, A. S. 2001)

Le persone più resilienti, e che quindi spesso riescono meglio a fronteggiare le avversità della vita, presentano:

1. Impegno, ovvero la tendenza a lasciarsi coinvolgere nelle attività;

2. Locus of control interno, la convinzione di poter dominare gli eventi che si verificano al punto da non sentirsi in balia degli stessi;
3. Gusto per le sfide, ossia predisposizione ad accettare i cambiamenti non vivendoli come problematici.

Sono stati individuati cinque fattori psicosociali che alimenterebbero la resilienza e sono: l'ottimismo e le emozioni positive, la flessibilità cognitiva, la religione e la spiritualità, l'opinione della propria vita come significativa, una rete di sostegno sociale e uno stile di coping attivo (Southwick et al., 2005).

Avere un buon livello di resilienza, quindi, significa avere risorse adatte per affrontare le difficoltà senza farsi sopraffare dagli eventi stessi. Non significa essere infallibili ma disposti al cambiamento quando necessario. (Masten, A. S.,2001)

7. CONCLUSIONI

L'Organizzazione mondiale della sanità ha definito lo stress "il male del secolo". In Italia, secondo alcuni studi, ne soffrono 9 persone su 10, mentre negli USA circa il 40% della popolazione asserisce di essere più stressato dell'anno precedente. Se all'interno di questo quadro generale inseriamo tutto ciò che ha comportato la pandemia, si può determinare quanto fattori stressanti siano aumentati, andando ad amplificare paure ed ansie. Tra questi si può considerare la situazione sanitaria, la crisi economica, l'isolamento sociale e i dubbi legati al futuro.

Lo studio ha evidenziato come la pandemia ha influenzato maggiormente sull'esordio o il peggioramento dei sintomi psicologici caratteristici del PTSD, soprattutto del personale sanitario nei reparti di Rianimazione Covid. Allo stesso tempo ha messo in risalto anche la capacità di resilienza adottata dagli operatori sanitari per fronteggiare i periodi difficili.

La salute è una componente fondamentale della vita di ognuno. L'Organizzazione Mondiale della sanità OMS la definisce «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia».

In linea a questa definizione, quindi, è fondamentale salvaguardare la salute delle persone più a rischio, tra cui gli operatori sanitari.

I sintomi che possono scaturire da situazioni stressanti, infatti, possono compromettere la capacità del personale sanitario di fornire cure di alta qualità, oltre ad avere un impatto negativo sulla loro qualità di vita.

James Campbell, direttore del Dipartimento operatori sanitari dell'Oms ha dichiarato che: "Il COVID-19 ha messo in luce i costi derivanti dalle carenze sistematiche di misure di salvaguardia della salute, sicurezza e benessere del personale sanitario".
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ricorda che il primo passo per tutelare la salute del personale sanitario durante un'epidemia è l'attuazione di tutte le misure necessarie a proteggerne la sicurezza occupazionale. Il datore di lavoro e i dirigenti delle strutture sanitarie devono garantire l'adozione delle misure preventive e protettive necessarie rendendo disponibili forniture adeguate dei dispositivi di protezione individuale in quantità sufficiente per gli operatori sanitari o altro personale che si occupi di pazienti sospetti o confermati, consultando gli operatori sanitari sugli aspetti della sicurezza e della salute sul lavoro nella propria attività quotidiana. Va tuttavia considerato che nel corso di un'epidemia, anche quando le misure preventive e protettive siano adeguate, il personale sanitario resta esposto a un alto livello di stress psicologico oltre che fisico: timore di contrarre l'infezione e di trasmetterla ai propri familiari, elevata mortalità, sofferenza per la perdita di pazienti e colleghi, separazione spesso prolungata dalla famiglia, cambiamenti nelle pratiche e procedure di lavoro, necessità di fornire un maggiore supporto emotivo ai pazienti in isolamento, fatica fisica legata all'utilizzo dei dispositivi di protezione. (Istituto Superiore di Sanità)

Il documento pubblicato dall'ISS, dal titolo "Indicazioni per la gestione dello stress lavoro–correlato negli operatori sanitari nel contesto COVID" ha messo in luce numerosi fattori stressanti secondari alla pandemia da COVID–19, fra cui:

- esposizione al rischio biologico;
- difficoltà iniziale nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale;
- carico di lavoro eccessivo e mancanza di riposi;
- gestione di pazienti complessi;
- assenza di cure che avessero un'efficacia dimostrata;

- discrepanza tra i bisogni dei pazienti e le risorse a disposizione;
- sentimenti di vulnerabilità o perdita di controllo;
- preoccupazione per la propria salute e paura di diffondere l'infezione ai propri familiari;
- mancanza di contatto con le famiglie;
- difficoltà a condividere con la propria famiglia le emozioni connesse al lavoro;
- preoccupazione per l'improvvisa interruzione delle relazioni con i figli;
- elevata responsabilità;
- carico delle aspettative;
- paura di non fare abbastanza e rabbia verso l'organizzazione.

A fronte di tali considerazioni, appare evidente la necessità di attivare politiche sanitarie mirate a ridurre l'esposizione degli operatori sanitari al rischio di stress, promovendo la loro salute mentale tramite il rafforzamento di risorse psicologiche e sociali.
Gli operatori sanitari sono i pilastri su cui si fonda l'assistenza sanitaria. È quindi fondamentale garantire loro un livello di salute adeguato, investendo per proteggere la salute fisica e mentale. Inoltre, è importante implementare le risorse di supporto psicologico per sostenere gli operatori durante e nel periodo successivo di emergenza, contribuire a potenziare le abilità di adattamento e promuovere l'empowerment personale. Oltre a mitigare gli effetti negativi della pandemia sul vissuto lavorativo dagli operatori sanitari, infatti, tali interventi offrirebbero ai professionisti della cura la possibilità di trasformare le enormi risorse investite in questo periodo in un'occasione di crescita individuale e collettiva. (Barzilay et al, 2020)

Gli operatori sanitari sono ormai da due anni al centro dei riflettori. Sono stati descritti come eroi, generando in loro forte senso di responsabilità e imponendo determinati comportamenti per dimostrare sempre forza e resistenza. Tutto questo però, porta anche a sopprimere o impedire la loro capacità di riconoscere debolezza e problemi personali.
Questo è anche determinato dalla discriminazione che è presente e diffusa in Italia verso i problemi mentali, che va ad essere una barriera all'inclusione sociale e all'accesso di cure adeguate.

Il primo passo da affrontare quindi è sicuramente quello di promuovere e aumentare il

riconoscimento di segni e sintomi di fattori stressogeni che possano innescare problemi cognitivo-comportamentali, abbattere ogni tabù sull'argomento, promuovendo la valorizzazione della salute mentale.

8. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Dall'analisi dello studio e di studi simili sul periodo pandemico, risulta fondamentale e necessario migliorare la condizione lavorativa e psicologica degli operatori sanitari alla base, con interventi preventivi e protettivi per evitare stress lavoro correlato e di conseguenza PTSD.

L' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), hanno messo a punto una nuova guida per rafforzare le misure di sicurezza degli operatori della sanità.

La guida "Caring for those who care" parte da questa premessa: "La salute è un diritto umano universale e contribuisce in modo determinante al benessere, allo sviluppo economico, alla crescita e alla ricchezza e prosperità per tutti. I sistemi sanitari svolgono un ruolo chiave nella protezione, ripristino e mantenimento della salute dei pazienti e della popolazione. Una forza lavoro sanitaria ben formata, motivata e supportata è la spina dorsale di ogni sistema sanitario. Condizioni di lavoro non sicure aumentano il rischio di malattie e infortuni tra gli operatori sanitari e mettono a repentaglio la sicurezza dei pazienti, la qualità delle cure e la resilienza complessiva dei sistemi sanitari."

Le principali indicazioni della guida presentano sia programmi di sicurezza a livello internazionale, nazionale e per ogni singola struttura e mirano a:

- salvaguardare e promuovere la sicurezza sul lavoro attraverso l'attivazione di un protocollo scritto sulla sicurezza;
- fornire istruzione e formazione continua (o periodica) appropriata a tutti i lavoratori;
- identificare i pericoli e le condizioni di lavoro pericolose al fine di prevenirli e gestire i rischi;
- garantire l'accesso ai servizi di salute sul lavoro, aumentando le risorse/budget;
- sviluppare un protocollo scritto sulla sicurezza, salute e condizioni di lavoro per la protezione del personale sanitario.

L'Inter-Agency Standing Committee (IASC) invece, ha divulgato una nota informativa che riassume le considerazioni chiave sulla salute mentale e sul supporto psicosociale (MHPSS) in relazione alla pandemia da COVID-19. Il documento fornisce indicazioni sui comportamenti che il personale sanitario può adottare per prevenire e ridurre lo stress legato alla particolare situazione che si trova a fronteggiare:

-Organizzare, per quanto possibile, il lavoro mantenendo un monte ore ragionevole e facendo delle pause. Durante la fase acuta dell'emergenza è fondamentale garantirsi degli spazi di tregua per riposare e riflettere sull'esperienza che si sta vivendo. Gestire lo stress e occuparsi della propria salute mentale è importante per mantenere la salute fisica.

-Utilizzare strategie individuali di gestione delle difficoltà (coping) rivelatesi efficaci in altri contesti può aiutare a superare anche una situazione completamente nuova e senza precedenti come l'attuale emergenza da COVID-19.

-Confrontarsi con i colleghi è fondamentale sia per coordinare le attività, sia per condividere la percezione personale e trovare un supporto reciproco, rispettando i diversi modi di reagire alla situazione critica. Esplicitare un riconoscimento professionale nei confronti di un collega può rafforzare la motivazione e moderare lo stress.

-Cercare di mantenere stili di vita salutari, mangiando e idratandosi a sufficienza e in modo sano per essere in condizioni di affrontare la pressione che inevitabilmente viene accumulata. Ridurre l'assunzione di caffeina, nicotina e alcol. Concedersi sonno e riposo adeguati a ricaricarsi, fare un po' di esercizio fisico.

-La pressione, lo stress e i sentimenti associati, possono far emergere sensazioni di impotenza e inadeguatezza verso il proprio lavoro. È importante, quindi, riconoscere ciò che si è effettivamente in grado di fare per aiutare gli altri, valorizzando anche i piccoli risultati positivi; riflettere su ciò che è andato bene e accettare ciò che non è andato secondo le aspettative, riconoscendo i limiti legati alle circostanze. È anche importante stare in contatto con gli stati d'animo personali, essere consapevoli del carico emotivo, imparando a riconoscere sintomi fisici e psicologici secondari allo stress. Prendersi cura di sé e incoraggiare i colleghi a farlo è il modo migliore per continuare a essere disponibili con i pazienti.

-Rimanere in contatto con gli amici, la famiglia o altre persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

Antonovsky, A.,1987, Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, raggiungibile al sito:
<https://psycnet.apa.org/record/1987-97506-000>
Consultato in data: 25 Settembre 2022.

Ardovini Cristiano, Disturbo post-traumatico da stress, raggiungibile al sito:
<https://www.idoctors.it/patologia-disturbo-post-traumatico-da-stress-26815>
Consultato in data: 24 Giugno 2022.

Barnhill John W., MD, New York-Presbyterian Hospital, 2020: Manuale MSD, Disturbo post-traumatico da stress, raggiungibile al sito:
<https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/ansia-e-disturbi-correlati-allo-stress/disturbo-da-stress-post-traumatico>
Consultato in data: 26 Giugno 2022.

Barzilay, R., Moore, T.M., Greenberg, D.M. et al., 2020: Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers, raggiungibile al sito:
<https://www.nature.com/articles/s41398-020-00982-4>
Consultato in data: 10 Luglio 2022.

Bonomi Carlo, 2000: La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920ca), raggiungibile al sito:
<http://carlobonomi.it/files/psicologgizzazione-del-trauma.pdf>
Consultato in data: 22 Giugno 2022.

Camera dei deputati - Documentazione parlamentare, 2022: Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus, raggiungibile al sito:
<https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html> Consultato in data: 23 Giugno 2022.

Capodilupo Antonio, 2022. Rivista “L’infermiere”: Disturbo da stress post- traumatico secondario e resilienza durante il Covid-19: risultati di uno studio osservazionale condotto in reparti di terapia intensiva, raggiungibile al sito:
<https://www.infermiereonline.org/2022/03/05/disturbo-da-stress-post-traumatico-secondario-e-resilienza-durante-il-covid-19/>
Consultato in data: 9 Maggio 2022.

Caporale Cinzia, Pirn Alberto, 2020: Pandemia e Resilienza, raggiungibile al sito:
<https://www.cnr.it/sites/default/files/public/media/attivita/editoria/Pandemia-e-resilienza-9-7-2020.pdf> Consultato in data: 27 Settembre 2022.

Casol S., 2020: Le strategie di coping, raggiungibile al sito:
< https://www.psicoterapiascientifica.it/strategie-di-coping/ >
Consultato in data: 20 Settembre 2022.

De Caro Walter, 2021: Il 2020, Anno Internazionale dell’Infermiere e del COVID-19, raggiungibile al sito: <https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/852>
Consultato in data: 22 Giugno 2022.

Delle Fave Antonella, Negri Luca, 2022: Resilienza e salute mentale degli operatori sanitari durante la pandemia da Covid-19, raggiungibile al sito:
<https://rivistedigitali.erickson.it/counseling/archivio/vol-15-n-1/resilienza-e-salute-mentale-degli-operatori-sanitari-durante-la-pandemia-da-covid-19/>
Consultato in data: 28 Settembre 2022.

Epicentro, Istituto Superiore di Sanità, 2020: COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari, raggiungibile al sito:
< https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori >
Consultato in data: 26 Settembre 2022.

Epicentro, Istituto Superiore di Sanità, Aspetti epidemiologici - Stress post traumatico, raggiungibile al sito: < https://www.epicentro.iss.it/stress/epidemiologia>
Consultato in data: 24 Giugno 2022.

Epicentro, Istituto Superiore di Sanità: Stress Post Traumatico, raggiungibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/stress/>
Consultato in data: 24 Giugno 2022.
Epicentro, Istituto Superiore di Sanità,2020: L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale, raggiungibile al sito:
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale>
Consultato in data: 22 Giugno 2022.

Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M., 2020: COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology, raggiungibile al sito:
< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312976/>
Consultato in data: 1 Giugno 2022.

Gazzetta Ufficiale, 31 Gennaio 2020: Delibera del Consiglio dei ministri,
raggiungibile al sito:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg>
Consultato in data: 10 Giugno 2022.

Giannantonio M., Cusano M., 2003: Lo stress post-traumatico nel personale di soccorso, raggiungibile al sito:
<http://www.psicotraumatologia.com/pdf/ipasvi%202003.PDF>
Consultato in data: 20 Luglio 2022.

Horesh, D., & Brown, A. D.,2020. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities, raggiungibile al sito:
< https://psycnet.apa.org/record/2020-25108-001>
Consultato in data: 26 Settembre 2022.

Istituto Superiore di Sanità, 2020: Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro–correlato negli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2, raggiungibile al sito:
<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-490f59ea0a99?t=1589209502179>
Consultato in data: 10 Agosto 2022.

Lazarus, S Folkman, 1984: Stress, appraisal, and coping, raggiungibile al sito:
<https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=(Lazarus+%26+Folkman,+1984).&ots=DgIRlqleTb&sig=JvgxZy53DD9BXtPkhwGkwT0W1ao#v=onepage&q=(Lazarus%20%26%20Folkman%2C%201984).&f=false>
Consultato in data: 5 Luglio 2022.

Longo Rita, Ragazzoni Paola, Dors 2020: Lo sviluppo della resilienza organizzativa: un approccio evidence-based per favorire la gestione dello stress degli operatori sanitari in situazioni di epidemia, raggiungibile al sito: <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3426> Consultato in data: 28 Settembre 2022.

Masten AS, 2001: Ordinary magic. Resilience processes in development, raggiungibile al sito: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11315249/>
Consultato in data: 28 Settembre 2022.

Ministero della Salute, 2007: Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari, raggiungibile al sito:
<https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf>
Consultato in data: 30 Agosto 2022.

Ministero della salute, 2020: Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19, raggiungibile al sito: <https://www.ordias.marche.it/wp-content/uploads/2020/04/Affrontare-la-salute-mentale-e-gli-aspetti-psicosociali-LINEE-guida-IASC.pdf> Consultato in data: 28 Settembre 2022.

Mondini Marco,2020: In guerra senza una guerra: pandemia e narrazioni guerriere, raggiungibile al sito:
<https://ilbolive.unipd.it/it/blog-page/guerra-senza-guerra-pandemia-narrazioni-guerriere>
Consultato in data: 20 Giugno 2022.

Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), 2022: Nuova guida OIL-OMS per rafforzare la protezione degli operatori sanitari, raggiungibile al sito:
<https://www.ilo.org/rome/risorse-informative/comunicati-stampa/WCMS_837696/lang--it/index.htm> Consultato in data: 5 Ottobre 2022.

Penasso Marina, Dors, 2021: Operatori sanitari e salute mentale durante la pandemia: fattori protettivi e interventi di supporto, raggiungibile al sito:
<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3536#:~:text=In%20Italia%20uno%20studio%20trasversale,stress%20percepito%20elevato%20nel%2021>
Consultato in data: 28 settembre 2022.

Picenotime, 2020: Coronavirus, Asur: "San Benedetto centro per il Covid-19, ad Ascoli assistenza per altre patologie", raggiungibile al sito:
<https://www.picenotime.it/it/pagine/59F89E34-F658-11E9-BA84-B0A97E8EE179,FD99864A-FBDC-11EA-85A3-B832108FCDFE,45991/>
Consultato in data: 1 Giugno 2022.

Raphael, Lundin & Weisaeth, 1989: POSTTRAUMATIC SYMPTOM SCALE, 10 ITEMS (PTSS-10), raggiungibile al sito:
<https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/1023/1/artikel.pdf>
Consultato in data: 9 Maggio 2022.

Richard G. Tedeschi & Lawrence G. Calhoun, 2009: Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, raggiungibile al sito:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327965pli1501_01>
Consultato in data: 20 Giugno 2022.

Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J., Hartman, T., Levita, L., Bentall, R., 2020. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic, raggiungibile al sito: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/anxiety-depression-traumatic-stress-and-covid19related-anxiety-in-the-uk-general-population-during-the-covid19-pandemic/50A4F50EF32B5D75C531B77FB913D53A>
Consultato in data: 16 Settembre 2022.

Southwick Steven M., Vythilingam Meena, Charney Dennis S., 2005: THE PSYCHOBIOLOGY OF DEPRESSION AND RESILIENCE TO STRESS: Implications for Prevention and Treatment. Raggiungibile al sito: <https://www.psychiatry.wisc.edu/courses/Nitschke/seminar/southwick%202005%20annurev.clinpsy.pdf> Consultato in data: 20 Settembre 2022.
Tugade MM, Fredrickson BL,2004: Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences, raggiungibile al sito: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14769087/> Consultato in data: 26 Settembre 2022.

Veronese M., Tosato F., Rivista "L'infermiere", 2020: LA RIORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI DEGENZA IN EPOCA COVID-19, raggiungibile al sito: <https://www.infermiereonline.org/2021/01/13/la-riorganizzazione-epoca-covid-19/>
Consultato in data: 10 Luglio 2022.

Zavaglio A., Corniati I., Rivista L'Infermiere, 2017: LA RESILIENZA NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: STRATEGIE PER POTENZIARLA, raggiungibile al sito: <https://www.infermiereonline.org/2017/11/09/la-resilienza-nella-professione-infermieristica-strategie-per-potenziarla/> Consultato in data 20 Settembre 2022.

Allegato 1: Questionario PTSS-10

Buongiorno,
Mi chiamo Alessia Massi, sono una studentessa del III° anno del Cdl Infermieristica UNIVPM della sede di Ascoli Piceno. Chiedo la Sua gentile collaborazione nella compilazione di due questionari in anonimo per la raccolta di dati inerenti alla rilevazione del livello di Stress Post-Traumatico e il grado di Resilienza negli Infermieri e Medici delle UU.OO Rianimazione dell'ASUR AREA VASTA 5.
Lo scopo della mia ricerca è quello di confrontare unità di Rianimazione COVID e non COVID, per valutare il reale ruolo della pandemia sull'insorgenza del Disturbo da Stress Post-Traumatico.
I questionari proposti sono il PTSS-10 (Mehlum & Weisæth 2002), predittore di reazioni allo stress post-traumatico, validato a livello internazionale e il Questionario di Autovalutazione della Resilienza, attraverso i quali vi chiedo gentilmente di potermi dare un aiuto per la raccolta dati, utile alla realizzazione del mio progetto di tesi di laurea.
Vi ringrazio anticipatamente.

(Barrare con una crocetta o scrivere in maniera leggibile)

Presidio Ospedaliero – U.O. Rianimazione	1) C.&G. Mazzoni - AP	
	2) Madonna del Soccorso - SBT	
Genere	(1) Maschio	(2) Femmina
Età	……	
Da quanti anni lavora?	……	
Da quanti anni è in servizio nell'unità operativa dove attualmente lavora?	……	
Qual è il livello di formazione più elevato che possiede?	(1) Corso Biennale Regionale	
	(2) Corso Triennale Regionale	
	(3) Diploma Universitario	
	(4) Laurea Triennale	
	(5) Laurea Magistrale	
	(6) Dottorato di Ricerca	
Quale delle seguenti opzioni descrive il suo attuale ruolo lavorativo?	(1) Infermiere	
	(2) Medico	

1- POST TRAUMATIC SYMPTOM SCALE (PTSS-10)

Questa scala rileva il suo attuale stato di benessere e fa domande sulle reazioni tipiche che si verificano a seguito di tensione o stress. Si prega di contrassegnare il numero che esprime al meglio la sua condizione.

0	NON E' MAI CAPITATO	4	E' CAPITATO SPESSO
1	E' CAPITATO RARE VOLTE	5	E' CAPITATO MOLTO SPESSO
2	E' CAPITATO POCHE VOLTE	6	E' CAPITATO SEMPRE
3	E' CAPITATO ABBASTANZA VOLTE		

1. DISTURBI DEL SONNO						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
2. INCUBI						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
3. DEPRESSIONE (mi sento abbattuto, oppresso)						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
4. SOBBALZI (sono facilmente spaventato da suoni o movimenti improvvisi)						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
5. ISOLAMENTO						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
6. IRRITABILITA' (mi agito/infastidisco/arrabbio facilmente)						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
7. SBALZI D'UMORE						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
8. SENSI DI COLPA (incolpo me stesso)						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
9. PAURA DEI RICORDI (luoghi o situazioni che le hanno creato stress)						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6
10. TENSIONE MUSCOLARE						
MAI	RARE VOLTE	POCHE VOLTE	ABBASTANZA VOLTE	SPESSO	MOLTO SPESSO	SEMPRE
0	1	2	3	4	5	6

Allegato 2: Questionario di Autovalutazione della Resilienza

2- Questionario di Autovalutazione della Resilienza

Accanto ad ogni affermazione, è associata una scala likert numerata da 0 a 10. Le chiedo gentilmente di selezionare il numero relativo allo stato d'animo che corrisponde meglio alla sua situazione.

0	in completo disaccordo	6	concordo di rado
1	in disaccordo molto spesso	7	concordo lievemente
2	in disaccordo spesso	8	concordo spesso
3	abbastanza in disaccordo	9	concordo molto spesso
4	in disaccordo lieve	10	concordo pienamente
5	incerto		

1. **PERCEZIONE**

Credo che la mia vita sia significativa e degna di essere vissuta.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Noto cose nuove e positive più che cose negative.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sono consapevole dei miei sentimenti e non permetto loro di controllarmi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. **PRENDERE IN MANO LA PROPRIA VITA**

Ritengo di poter influenzare la mia vita e non sono vittima delle circostanze.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mi avvicino alle cose (piacevoli e spiacevoli) e agisco.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ho impostato chiare priorità per la mia vita.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. **RELAZIONALITA'**

Ho almeno una persona nella mia vita con cui posso condividere tutto – il bene e il male.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ritaglio del tempo per le persone che sono importanti per me.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ho fiducia negli altri e posso contare sul loro sostegno quando ne ho bisogno.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. **OTTIMISMO** (fiducia nel futuro)

Vedo un futuro luminoso e so che posso gestire le difficoltà.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valuto le mie esperienze e imparo sia dagli errori che dai successi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mi adatto in modo flessibile ai cambiamenti e accetto facilmente ciò che non posso cambiare.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. PROBLEM SOLVING

Preferisco trovare soluzioni invece che cercare gli errori e qualcuno da incolpare.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sono consapevole dei miei obiettivi e sono disposto a impegnarmi per raggiungerli.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ho obiettivi per la mia vita e sono in sintonia con i miei valori.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. STILE DI VITA SANO

La mia vita è importante e mi prendo cura di me.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ho un buon rapporto con il mio corpo e sono consapevole di cosa è buono e ciò che è cattivo per me.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
In una situazione difficile, metto la mia salute prima delle aspettative degli altri.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. AUTO EFFICACIA

Sono consapevole di ciò che sono in grado di fare ed ho fiducia in me stesso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posso fare affidamento sulle mie capacità e sulle mie risorse nei momenti difficili.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Credo in me stesso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Grazie per la collaborazione,

Alessia Massi

Allegato 3: Richiesta di Autorizzazione allo svolgimento dello studio

Azienda Sanitaria Unica Regionale
0064691 28/07/2022
ASURAV5 S.A.G.C.-A

Al Direttore Sanitario
Dott. Giancarlo Viviani

Al Direttore UOC Rianimazione "Madonna del Soccorso"
Dott.ssa Tiziana Principi

Al Direttore UOC Rianimazione "C.&G. Mazzoni"
Dott.ssa Ida Di Giacinto

Al Direttore UOC Dipartimento Professioni Sanitarie – Area Infermieristico-Ostetrica
Dott.ssa Maria Rosa La Rocca

ASUR Area Vasta 5 - ASCOLI PICENO

OGGETTO: Domanda di autorizzazione alla raccolta dati per elaborazione Tesi di Laurea

La sottoscritta **MASSI ALESSIA** (matricola n. 1094113), iscritta al III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Ascoli Piceno, laureanda sessione di Novembre 2022

CHIEDE

La VS autorizzazione a condurre un'indagine esplorativa con finalità di **raccogliere dati inerenti l'individuazione del disturbo da stress post-traumatico secondario a resilienza durante la pandemia Covid-19, nelle UU.OO. Rianimazione dell'Asur Area Vasta 5**, per la realizzazione della propria tesi di laurea.

La survey avrà le caratteristiche di uno studio osservazionale di tipo longitudinale. La raccolta dei dati è prevista nel periodo **1 Luglio 2022 – 30 Settembre 2022** e verrà realizzata in aderenza alla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) e non esporrà gli utenti a nessun rischio. I dati raccolti dalla presente indagine, saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali, successivamente soggetti ad elaborazione statistica e quindi trasformati in forma totalmente anonima e, in questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

Ringrazio cordialmente e porgo Distinti saluti

Ascoli Piceno, 21 Luglio 2022

SI AUTORIZZA

Alessia Massi
Studentessa UNIVPM

Dott. Giancarlo Viviani
Direttore Sanitario ASUR Area Vasta 5

Dott.ssa Ida Di Giacinto
Direttore UOC Rianimazione "C.G. Mazzoni"

Dott.ssa Tiziana Principi
Direttore UOC Rianimazione "Madonna del Soccorso"

Dott.ssa Tiziana Traini
Relatore Tesi di Laurea

Dott.ssa Maria Rosa La Rocca
Direttore UOC Dipartimento Sanitario – Area Infermi. Ost.

A.S.U.R. MARCHE
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
Dott.ssa MARIA ROSA LA ROCCA