



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria

**Covid-19: Indagine sul livello di stress correlato all'attività di
contact tracing negli operatori del Dipartimento di
Prevenzione dell'Asur Marche Area Vasta 3**

Relatore: Chiar.ma
LUCIA RUFFINI

Tesi di Laurea di:
IRENE VERDICCHIO

A.A. 2020/2021

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1. MALATTIE INFETTIVE E COVID-19	2
1.1 Cosa sono le malattie infettive.....	2
1.2 Epidemie e pandemie.....	3
1.3 Covid-19.....	3
1.4 Controllo delle malattie infettive.....	5
CAPITOLO 2 CONTACT-TRACING	7
2.1 Sorveglianza sanitaria.....	7
2.2 Contact tracing.....	9
2.3 Tracciamento dei contatti e COVID-19.....	10
2.4 Ruolo dell'assistente sanitario.....	12
CAPITOLO 3 STRESS	15
3.1 Definizione stress e Burnout.....	15
3.2 Emergenze sanitarie e Burnout.....	18
3.3 Gli studi italiani.....	20
CAPITOLO 4 MATERIALI E METODI	23
4.1 Obiettivo.....	23
4.2 Disegno di ricerca.....	23
4.3 Campione.....	23
4.4 Strumenti utilizzati.....	24
4.5 Raccolta dati.....	24
CAPITOLO 5 RISULTATI DELLO STUDIO	26
5.1 Campione dello studio.....	26
5.2 Risultati.....	27

CAPITOLO 6 DISCUSSIONE E LIMITI DELLO STUDIO	30
6.1 Discussione.....	30
6.2 Limiti dello studio.....	31
CAPITOLO 7 CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA	35
ALLEGATI	38
RINGRAZIAMENTI	40

RIASSUNTO

Introduzione: Le emergenze sanitarie, come le epidemie e le pandemie, comportano ulteriore stress negli ambienti sanitari, sia negli operatori sanitari direttamente a contatto con pazienti malati, sia negli operatori che operano in maniera “indiretta”, per esempio svolgendo *contact tracing*.

Obiettivo: Analizzare la prevalenza del rischio di sindrome da *Burnout* negli operatori del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR MARCHE, Area Vasta n°3.

Materiali e Metodi: È stata effettuata un'indagine conoscitiva, di tipo osservazionale, senza gruppo di controllo, nel mese di Settembre 2021. L'indagine è stata effettuata somministrando un questionario, il Maslach *Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS), in forma cartacea o tramite piattaforme di messaggistica, all'interno del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR MARCHE, Area Vasta n°3, a tutto il personale coinvolto nell'attività di *contact tracing*, durante la pandemia COVID-19. Ha partecipato allo studio un campione di 45 operatori.

Risultati: I punteggi medio e alto per i singoli domini della MBI-GS sono stati identificati in almeno il 53% degli operatori, e circa l'87% del personale si trova in una condizione di rischio severo di *Burnout*.

Conclusioni: I risultati suggeriscono come anche gli operatori non direttamente a contatto con il paziente malato di COVID-19 siano a rischio di esaurimento fisico ed emotivo. Bisognerebbe concentrarsi ad analizzare le cause di questa condizione per poter agire tempestivamente e garantire un eventuale supporto psicologico.

ABSTRACT

Introduction: Health emergencies, such as epidemics and pandemics, cause additional stress in healthcare environments, both in healthcare professionals who are directly in contact with patients, and in an indirect manner, for example those involved in contact tracing.

Aim: To analyze the prevalence of Burnout syndrome's risk in the ASUR MARCHE, Area Vasta n° 3 Prevention Department healthcare professionals.

Materials and Methods: An observational survey, was carried out, without a control group, in September of 2021. The survey was done by using paper questionnaire, the Maslach *Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS), or messaging platforms and was

targeting the ASUR MARCHE, Area Vasta n° 3 Prevention Department healthcare professional who were involved in contact tracing during the COVID-19 pandemic. A sample of 45 individuals participated in the study.

Results: The average and high scores for individual domains of the MBI-GS were identified in at least 53% of the participants and about 87% of staff was at severe risk of Burnout.

Conclusions: Results suggest that even workers who are not in direct contact with COVID-19 patients are at risk of physical and emotional exhaustion. We should focus on analyzing the causes of this condition in order to be able to act promptly and guarantee adequate psychological support.

INTRODUZIONE

Le epidemie e le pandemie, causate da microrganismi patogeni, hanno da sempre colpito la specie umana causando paura, morte, trasformazioni sociali, politiche, economiche e demografiche, ma anche scoperte mediche e scientifiche.

La figura professionale dell'Assistente Sanitario nasce con il fine di prevenire la diffusione di malattie contagiose nella popolazione: oggi più che mai, questa figura si occupa di promozione della salute e di prevenzione, grazie ad insegnamenti di igiene e profilassi.

La principale conseguenza della rapida ed incontrollata diffusione di nuovi agenti patogeni è l'aumento della morbosità e della mortalità nella popolazione generale. Ci sono, però, tante altre importanti conseguenze riscontrabili nella salute della popolazione, come tutte quelle condizioni psicologiche causate, per esempio, dal distanziamento sociale, proprio come è accaduto nella pandemia da COVID-19. È proprio con il diffondersi del nuovo Coronavirus che la salute mentale e fisica della popolazione è stata messa a repentaglio: soprattutto gli operatori sanitari a diretto contatto con le persone malate hanno subito uno stress fisico, emotivo e mentale.

La pandemia è stata gestita sin da subito anche grazie al lavoro svolto nei Dipartimenti di Prevenzione, in cui gli operatori hanno il ruolo di effettuare la sorveglianza delle nuove infezioni ed interrompere la catena di trasmissione del virus.

Durante la pandemia da COVID-19 il carico di lavoro del personale all'interno del Dipartimento è notevolmente aumentato, tanto da poter considerare gli operatori a rischio di sindrome da *Burnout*. Gli operatori si sono ritrovati a dover svolgere un'attività aggiuntiva rispetto alle loro solite mansioni: il *contact tracing*, o tracciamento dei contatti.

Per tale motivo nel presente elaborato si è scelto di indagare il carico di stress lavoro correlato negli operatori del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR MARCHE, Area Vasta n° 3, coinvolti nell'attività di *contact tracing* tramite la somministrazione del questionario Maslach *Burnout* Inventory (MBI-GS).

CAPITOLO I: MALATTIE INFETTIVE E COVID-19

Da sempre l'uomo si è trovato a dover combattere una guerra contro gli agenti microbici. È soltanto all'inizio dell'Ottocento che questi sono divenuti oggetto di interesse scientifico, anche se, in realtà, furono osservati con precisione già da Antoni van Leeuwenhoek nel secolo precedente. Questi piccoli organismi, invisibili ad occhio nudo, hanno un'incredibile capacità di devastazione, dimostrata, ad esempio, dalle conseguenze catastrofiche della Peste Senese del 1348.

1.1. Cosa sono le malattie infettive

L'Istituto Superiore di Sanità definisce una malattia infettiva come “una patologia causata da agenti microbici che entrano in contatto con un individuo, si riproducono e causano un'alterazione funzionale: la malattia è quindi il risultato della complessa interazione tra il sistema immunitario e l'organismo estraneo.”.

I microrganismi che causano malattie infettive possono appartenere a diverse categorie; le principali sono virus, batteri o funghi. In ogni caso, per sopravvivere e moltiplicarsi il microrganismo estraneo ha bisogno di sfruttare alcune funzioni vitali dell'ospite, con il quale instaura un rapporto di tipo parassitario. Il soggetto ospitante, al contrario, quando viene a contatto con un microrganismo estraneo si difende adottando sistemi per mantenere il proprio equilibrio interno (Epicentro, s.d.).

Questi meccanismi vengono messi in atto dal sistema immunitario, che è l'arma di difesa dell'organismo contro i patogeni che potrebbero scatenare malattie importanti. Il sistema immunitario può utilizzare sia barriere meccaniche o chimiche, come la pelle, il muco, la saliva, il ph, i succhi gastrici, sia il sistema dell'immunità adattiva, ovvero cellule e anticorpi.

Il periodo di incubazione delle malattie infettive viene definito come quel lasso temporale che va dal momento in cui l'agente microbico entra in contatto con l'organismo alla manifestazione dei primi sintomi; tale intervallo varia a seconda delle caratteristiche del microrganismo e del soggetto che lo ospita.

Qualora l'infezione presenti un decorso senza l'insorgenza di sintomi si parla di infezione asintomatica; se invece dovessero comparire sintomi, si parla di malattia vera e propria. Le manifestazioni cliniche delle infezioni possono quindi variare da quadri di

assenza di sintomi a quadri molto severi che possono portare a complicanze fino ad arrivare al decesso del paziente.

1.2 Epidemia e pandemia

Ogni malattia infettiva ha un andamento epidemiologico peculiare. I fattori principali che permettono di valutare l'andamento della malattia sono la suscettibilità della popolazione, il numero di contagi e il tasso di mortalità. Al variare di questi, si può parlare alternativamente di epidemia o di pandemia.

Si definisce come “epidemica” la comparsa in una collettività o in un'area geografica specifica di un eccesso di casi di una determinata malattia rispetto ai livelli attesi in quella zona e in quel periodo, attribuibili a un'origine comune. Il numero di casi aumenta rapidamente, raggiunge un massimo, poi ridiscende altrettanto rapidamente una volta che la fonte del contagio è stata neutralizzata.

Il termine “pandemia” definisce invece un aumento rapido e progressivo di una malattia che ha origine in un dato territorio in forma epidemica ma si diffonde poi al di fuori dei confini regionali e nazionali, interessando interi continenti o tutto il mondo. L'andamento pandemico è tipico di alcune malattie infettive come la peste, il colera e, soprattutto, l'influenza (S., M., & G., 2014).

Contrariamente a quanto molti potrebbero pensare, il passaggio da un'epidemia a una pandemia non è determinato da un numero di vittime più elevato, ma semplicemente da una più ampia diffusione geografica.

1.3. Il Covid-19

Fin dall'antichità l'essere umano si è trovato a dover fronteggiare un elevato numero di epidemie e pandemie. Soprattutto in quei Paesi dove l'uomo è sempre vissuto a stretto contatto con gli animali, le epidemie sono causate, per la maggior parte dei casi, da virus animali che hanno compiuto un salto di specie a seguito di mutazioni genetiche.

Proprio per il passaggio dell'agente microbico dall'animale all'uomo e viceversa, le malattie che derivano da questo stretto contatto vengono chiamate zoonosi (Treccani, s.d.).

Sembrirebbe proprio questa la causa che ha fatto registrare i primi casi di polmonite ad eziologia sconosciuta nel dicembre 2019, nella provincia Cinese di Hubei, Wuhan.

Come si sarebbe poi scoperto, si trattava del *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV2), un coronavirus del 2019 a monoelica di RNA, mai precedentemente identificato nell'uomo. La malattia associata al virus è chiamata COVID-19.

I coronavirus sono virus che circolano tra gli animali e alcuni di essi infettano anche l'uomo: sono così chiamati perché presentano una serie di glicoproteine superficiali che danno una morfologia "a spinula" che ricorda una corona reale o una corona solare (Wikipedia, s.d.).

I pipistrelli sono considerati ospiti naturali di questi virus, ma anche molte altre specie di animali sono considerate fonti. Ad esempio, il Coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS-CoV) viene trasmesso all'uomo dai cammelli; quello della sindrome respiratoria acuta grave, Coronavirus-1 (SARS-CoV-1), viene trasmesso all'uomo dallo zibetto (Salute.gov, s.d.)

Tuttora non vi è certezza sull'origine del SARS-CoV2 e di come possa essere avvenuta la trasmissione all'uomo. Tuttavia, grazie alle tecniche di sequenziamento genico, si ritiene altamente probabile che il SARS-CoV2 deriva da un ceppo di coronavirus tipico dei pipistrelli e che quindi la trasmissione all'uomo sia avvenuta grazie ad una specie intermedia.

Nel Gennaio 2020 mentre si ipotizzava su un'eventuale trasmissione del virus da uomo a uomo, il numero di casi di polmonite registrava un repentino aumento nella provincia di Wuhan e in Cina. Il 31 Gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza e a causa delle sempre più numerose segnalazioni di nuovi casi in diversi paesi del Mondo, l'11 Marzo 2020 il COVID-19 viene definita una pandemia.

Da un punto di vista clinico il COVID 19 presenta una sintomatologia che varia sulla base della gravità della malattia: dall'assenza di sintomi si passa alla presenza di febbre, tosse, mal di gola, cefalea, astenia, artralgie e, nei casi più gravi, polmonite, insufficienza respiratoria, sepsi e shock settico. I sintomi più frequenti sono la presenza di febbre (>37.5°C) e brividi, anosmia o iposmia (ossia perdita improvvisa o diminuzione

dell'olfatto), ageusia o disgeusia (ossia perdita o alterazione del gusto), mal di gola e diarrea. Il periodo di incubazione, ossia il lasso temporale che intercorre tra l'esposizione al virus e l'insorgenza dei sintomi, va da 1 a 14 giorni, mentre il periodo infettivo può iniziare uno o due giorni prima della comparsa dei sintomi, per proseguire ed essere più importante durante il periodo sintomatico. Il periodo infettivo si stima possa durare 7-12 giorni nei casi moderati e in media fino a 2 settimane nei casi gravi.

Il SARS-CoV2 viene trasmesso principalmente tramite *droplet* e *aerosol* da una persona infetta quando starnutisce, tossisce, parla o respira e si trova in prossimità di altre persone. Il virus è stato anche isolato nelle feci di soggetti infetti, quindi sembra che anche la trasmissione fecale-orale possa essere una via di infezione. Le goccioline possono essere inalate o possono poggiarsi su superfici, con cui altri vengono a contatto e, di conseguenza, si viene infettati toccandosi il naso, la bocca o gli occhi.

Il virus può sopravvivere sulle superfici per poche ore nel caso di rame o cartone o fino a un certo numero di giorni nel caso di plastica e acciaio inossidabile. Tuttavia, la quantità di virus vitale diminuisce nel tempo e potrebbe non essere sempre presente in quantità sufficiente da causare l'infezione.

È noto che il virus può essere trasmesso quando le persone infette presentano sintomi come la tosse. Una persona infetta può anche trasmettere il virus fino a due giorni prima che si manifestino i sintomi; la portata con cui tali infezioni asintomatiche contribuiscono alla trasmissione non è attualmente chiara. Questo è il motivo per cui è essenziale lavarsi correttamente e regolarmente le mani con acqua e sapone o con un prodotto a base alcolica e pulire frequentemente le superfici (Salute.gov, s.d.).

1.4. Controllo delle malattie infettive

Per contrarre una malattia infettiva devono sussistere due condizioni: l'esposizione al microrganismo e uno stato di suscettibilità dell'individuo. In altre parole, il soggetto non deve avere sufficienti difese, naturali o acquisite, contro quel particolare agente infettivo. Per prevenire l'infezione si può intervenire su queste due condizioni, in quanto la rimozione di una delle due implica l'incapacità dell'altra a provocare la malattia.

Alcuni eventi che riguardano la salute pubblica, come appunto le epidemie e le pandemie, possono mettere a rischio l'intera sanità globale se non vengono controllati in

tempo: con la globalizzazione e con gli scambi commerciali, infatti, i contatti tra continenti sono semplicissimi e continui.

Controllare una pandemia significa andare a rallentare il tasso di infezione, riducendo le modalità di diffusione e le esposizioni al virus. Nel caso del COVID-19 è importante andare ad agire sulla possibilità di contatto tra le persone e disporre delle quarantene.

Le principali indicazioni che il Governo Italiano ha fornito in merito a ciò sono le seguenti: <<

- evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute; evitare abbracci e strette di mano;
 - mantenere, nei contatti sociali, una distanza interpersonale di almeno un metro;
 - evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri, in particolare durante l'attività sportiva; non toccare occhi, naso e bocca con le mani;
 - coprire bocca e naso se si starnutisce o tossisce; non prendere farmaci antivirali né antibiotici a meno che siano prescritti dal medico;
 - pulire le superfici con disinfettante a base di cloro o alcol;
 - usare la mascherina se si sospetta di essere malati o se si assiste persone malate;
 - i prodotti MADE IN CHINA e i pacchi ricevuti dalla Cina non sono pericolosi;
 - gli animali da compagnia non diffondono il nuovo coronavirus;
 - se si hanno sintomi simili all'influenza bisogna restare a casa, non recarsi al pronto soccorso o presso gli studi medici, ma contattare il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta, la guardia medica o i numeri regionali.>>
- (Governo, s.d.)

CAPITOLO II: SORVEGLIANZA SANITARIA E CONTACT TRACING

2.1 Sorveglianza sanitaria

Oltre ai comportamenti dei singoli individui e della collettività, per controllare la diffusione delle malattie infettive è fondamentale applicare un'adeguata sorveglianza sanitaria ed epidemiologica.

La sorveglianza epidemiologica, nell'ambito delle malattie infettive, è la raccolta sistematica, l'analisi e l'interpretazione di dati specifici da utilizzare nella pianificazione, implementazione e valutazione delle politiche di intervento sanitario. Un sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili dovrebbe assolvere a due funzioni chiave: l'allerta precoce di potenziali minacce per la salute pubblica ed il monitoraggio dei programmi di contrasto (ARS, s.d.). I dati raccolti possono essere utili ad attuare misure di prevenzione e controllo, come valutare la frequenza di una malattia in termini di incidenza e prevalenza, studiare i trend, identificare le epidemie e gli eventuali gruppi a rischio, valutare l'efficacia degli interventi e fornire ipotesi eziologiche certe. La sorveglianza è quindi lo strumento che consente alla sanità pubblica di stabilire le reali priorità: la cosiddetta "informazione per l'azione" (Martinez, 2013)

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive è affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI). Alla base di questo sistema vi sono le segnalazioni dei Medici; questo comprende segnalazioni immediate per allertare gli operatori di sanità pubblica e riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate, compilati da ogni Azienda sanitaria locale (ASL). Il SIMI è stato ridefinito nel Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi (Decreto ministeriale 29 luglio 1998) (Salute.gov, s.d.).

Il SIMI stabilisce l'obbligo di notifica da parte dei medici per 47 malattie infettive classificate in 5 gruppi in base alla loro rilevanza di sanità pubblica ed al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale. Secondo tale sistema le malattie infettive sono state differenziate in base alle tempistiche di invio dei dati e alle informazioni da raccogliere. La suddivisione in classi risponde anche a criteri di rilevanza epidemiologica e alle diverse esigenze di profilassi (Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse, 1990).

Vi sono anche sorveglianze speciali, per quelle malattie su cui porre più attenzione, come le meningiti, la legionellosi, la malattia di Creutzfeld-Jacob, le tossinfezioni alimentari, il morbillo e la rosolia, le epatiti virali acute, le malattie sessualmente trasmesse e la sindrome emolitica-uremica.

Qualsiasi Medico ha obbligo di segnalare al servizio di Igiene Pubblica, competente per la sua area, qualunque caso di malattia infettiva e diffusiva reale o sospetta, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione.

Il medico deve indicare la malattia sospetta o accertata e quanti più dati possibili riguardo la storia clinica del paziente, secondo criteri di uniformità e semplicità. Oltre al modulo di notifica, alcune Asl accettano anche vie più veloci di comunicazione come telefono, fax ed e-mail.

Il servizio di Igiene e Sanità pubblica, poi, invia copia della notifica all'ufficio regionale competente che, a sua volta, trasmette i dati al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali e all'Istituto Nazionale di Statistica (Salute.gov, s.d.).

L'inchiesta epidemiologica è uno degli strumenti principali di cui si avvale la sorveglianza delle malattie infettive: consiste nella messa in campo di una serie di azioni che hanno l'obiettivo di individuare una fonte di contagio ed impedire che questa possa rappresentare un rischio per la comunità, ovvero contagiare altri soggetti. Per fare ciò è fondamentale conoscere la malattia infettiva in questione: è richiesta la conoscenza dei principali segni e sintomi, del periodo di incubazione e di contagiosità, delle modalità di prevenzione e delle modalità di cura.

I principi generali su cui si fonda un'inchiesta epidemiologica sono: individuazione dell'agente causale, che nella maggior parte dei casi è già indicato nella denuncia; individuazione della/e fonte/i di infezione; individuazione della/e modalità di trasmissione del patogeno; individuazione di eventuali casi secondari; individuazione dei contatti e attuazione di interventi di prevenzione nei contatti o nell'ambiente.

L'inchiesta epidemiologica viene avviata a seguito di una notifica di malattia infettiva e consiste nell'applicare la metodologia epidemiologica per analizzare ed individuare l'agente causale della patologia, la fonte di infezione, la modalità di trasmissione ed eventuali casi secondari. Ha quindi lo scopo di interrompere la catena di contagio e di prevenire la diffusione della malattia, attraverso l'applicazione delle misure di profilassi.

Un elemento cardine della sorveglianza sanitaria, che rappresenta anche il *core* dell'intervento dell'Assistente Sanitario, è l'individuazione dei contatti.

2.2. *Contact tracing*

Il termine *Contact tracing* sta ad indicare il tracciamento dei contatti: nell'ambito della sanità pubblica è il processo di identificazione delle persone che potrebbero essere venute a contatto con una persona infetta. L'obiettivo principale del tracciamento dei contatti è quello di identificare rapidamente le persone esposte a casi esistenti, in quanto potenziali casi secondari, per prevenire l'ulteriore trasmissione dell'infezione.

È quindi un'azione di sanità pubblica, fondamentale per combattere o almeno marginare una epidemia o pandemia.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute, le fasi del *contact tracing* sono fondamentalmente tre:

1. Identificazione dei contatti (*contact identification*): si identificano le persone che nel periodo di contagiosità della malattia, sono entrate in contatto con il caso indice, la persona infetta (familiari, colleghi di lavoro, amici, operatori sanitari). Il caso indice è immediatamente posto in isolamento.
2. Elencazione dei contatti (*contact listing*): vengono contattate e informate del loro stato di contatto, delle azioni che ne conseguiranno e dell'importanza di ricevere assistenza precoce nel caso sviluppino sintomi. Tutte le persone segnalate dal caso indice sono considerate come contatti. I contatti definibili ad alto rischio vanno posti in quarantena.
3. Monitoraggio dei contatti (*contact follow-up*): i contatti vengono monitorati nei loro sintomi e testati per eventuali segni di infezione (politicheeuropee.gov, s.d.).

Il tracciamento dei contatti è stato per decenni un pilastro del controllo delle malattie trasmissibili nella salute pubblica tanto che <<l'eradicazione del vaiolo, ad esempio, non è stata ottenuta soltanto tramite l'immunizzazione universale, ma mediante il tracciamento dei contatti per trovare tutte le persone infette>> (EpiCentro, s.d.).

Tuttavia, nelle aree ad alta prevalenza della malattia, lo *screening* o test mirati possono essere più efficaci in quanto il *contact tracing* potrebbe non essere abbastanza utile per affrontare le malattie infettive (Wikipedia, s.d.).

Il *contact tracing* si svolge generalmente tramite intervista telefonica con la persona direttamente interessata o con un suo rappresentante.

Nel paragrafo successivo verranno descritte in maniera più precisa le azioni che si mettono in atto durante il tracciamento dei contatti per il COVID-19.

2.3 Tracciamento dei contatti e COVID-19

In Italia, dall'inizio dell'epidemia al 14 settembre 2021, sono stati riportati al sistema di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità oltre 4 milioni di casi diagnosticati dai laboratori regionali come positivi al virus SAR-CoV-2.

Identificare e gestire i contatti dei casi confermati di COVID-19 permette di individuare e isolare rapidamente gli eventuali casi secondari e interrompere così la catena di trasmissione: Proprio per questo motivo il *contact-tracing* è divenuta una parte fondamentale della risposta all'epidemia di COVID-19 in molti paesi del mondo.

Per ogni malattia infettiva il *contact-tracing* si articola nelle stesse fasi anche se cambiano le informazioni da richiedere e da indagare, sulla base delle caratteristiche della malattia infettiva.

Per quanto riguarda il COVID-19, il tracciamento può essere sintetizzato nelle seguenti fasi:

1. individuare le persone potenzialmente esposte al virus poiché contatti di una persona infetta;
2. rintracciare i contatti, effettuare un colloquio con loro e valutare il rischio. Bisogna informare le persone del fatto che potrebbero essere state esposte al virus e fare una valutazione del tipo di esposizione, del livello di rischio, la quale permette di classificare i contatti in contatti ad alto rischio o a basso rischio. Vengono fornite loro informazioni e istruzioni dettagliate sui comportamenti e sulle misure preventive da attuare per evitare la trasmissione dell'infezione ad altre persone;
3. monitorare regolarmente i contatti nei giorni successivi l'esposizione: ciò serve ad assicurarsi che non abbiano sintomi o a verificarne l'eventuale insorgenza. Questo controllo è utile al fine di identificare rapidamente gli eventuali casi secondari dell'infezione, quindi isolarli e trattarli il prima possibile.

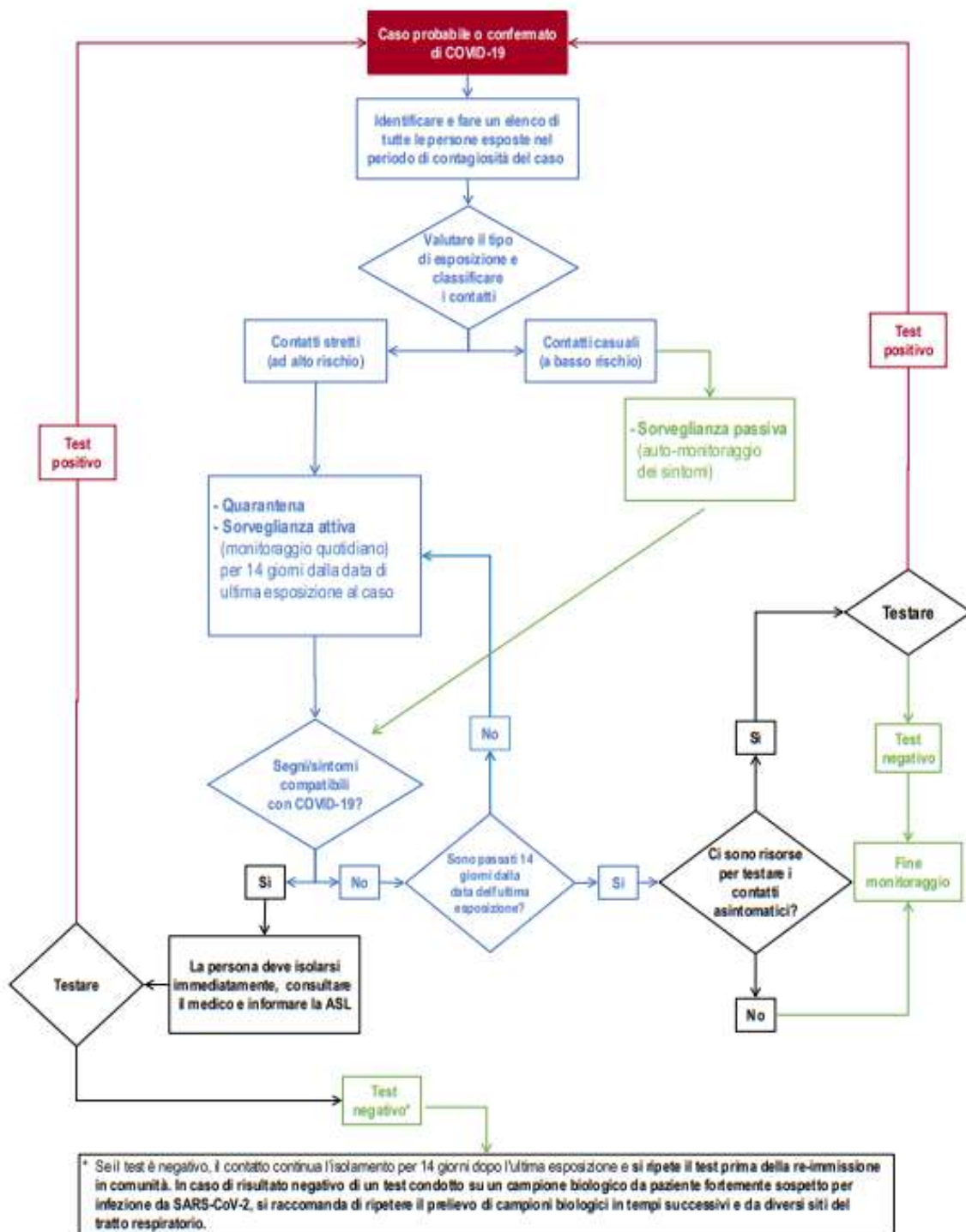


Figura 1. Algoritmo per l'identificazione e il monitoraggio dei contatti dei casi probabili e confermati di COVID-19. Fonte: Rapporto ISS COVID-19 n 53/2020

Per identificare i contatti stretti della persona infetta, dunque, è necessario condurre un'indagine epidemiologica dettagliata: è necessario ripercorrere e ricostruire, ora per ora, le attività del caso indice durante tutto il periodo di contagiosità fino

all'isolamento. È importante considerare gli ambienti e i contesti specifici dove possono essersi verificate esposizioni con il caso, a partire da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi o dalla raccolta del campione biologico risultato positivo.

Vanno raccolte tutte le informazioni anagrafiche del caso indice ma anche di tutti i contatti, in modo da inserirli in un database anche a seconda del loro livello di esposizione. È anche importante cercare di identificare la fonte di contagio del caso positivo, raccogliendo informazioni riguardanti i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi o dalla positività del campione biologico.

L'intervista, in cui si vanno a ricercare tutte queste informazioni, avviene attraverso una chiamata telefonica al diretto interessato oppure al medico curante, ai familiari stretti o a coloro che prestano attività assistenziali al caso indice.

Il *contact-tracing* è un'attività che contribuisce a rallentare la diffusione dell'infezione andando soprattutto a ridurre la pressione sul sistema sanitario: purtroppo all'inizio di nuove epidemie non sempre è possibile fare ciò in maniera adeguata, in quanto servono numerose risorse umane ma soprattutto personale competente e adeguatamente formato.

È fondamentale, oltre all'identificazione dei contatti, svolgere un'azione di *counselling*: le persone sottoposte ad intervista, siano esse casi positivi o persone esposte al virus, devono essere informate riguardo il percorso che devono seguire e i comportamenti da intraprendere nei confronti di eventuali conviventi, ma devono, soprattutto, essere supportate a livello psicologico.

La preparazione del personale che effettua *contact-tracing* deve riguardare in primis le informazioni tecnico-scientifiche ma anche una comunicazione efficace, basata sull'ascolto attivo, sull'autoconsapevolezza e sull'empatia.

2.4 Ruolo dell'Assistente Sanitario

Le indagini epidemiologiche, e quindi anche il *contact-tracing*, vengono eseguite presso le Aziende Sanitarie Locali (ASL), in particolare all'interno delle Unità di Igiene e Sanità Pubblica (ISP) dei Dipartimenti di Prevenzione. I Dipartimenti di Prevenzione, infatti, sono delle macrostrutture in cui ci si occupa di promuovere la salute, di migliorare la qualità della vita e di prevenire le malattie e le disabilità.

Tra le varie unità che costituiscono il Dipartimento di Prevenzione, vi è anche quella di Igiene e Sanità Pubblica nella quale lavora un personale specializzato a carattere multiprofessionale, che durante l'emergenza COVID-19, ha eseguito *contact-tracing*. Al suo interno infatti operano Medici, Assistenti Sanitari, Tecnici della prevenzione, Infermieri e Amministrativi.

In questo elaborato ci si soffermerà sulla figura dell'assistente sanitario, in quanto Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria.

Il Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997, n. 69, all'art 1 afferma: *“È individuata la figura professionale dell'assistente sanitario con il seguente profilo: l'assistente sanitario è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute”* (Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997, n. 69)

L'assistente sanitario, per le sue competenze tecnico-scientifiche in ambito di prevenzione, effettua le indagini epidemiologiche, facendo entrare in campo tutte le sue competenze comunicative fondate sulle conoscenze sanitarie: laddove queste conoscenze non bastassero, l'assistente sanitario deve far sempre riferimento al Medico Igienista presente nella struttura, con il quale è necessario l'instaurarsi di un rapporto di collaborazione.

I responsabili delle attività che devono essere effettuate in seguito a notifica di malattia infettiva sono, dunque, sia l'assistente sanitario che il Medico Igienista, il quale supervisiona l'esecuzione delle indagini epidemiologiche.

La figura dell'assistente sanitario è di importante rilevanza nelle unità di Igiene e Sanità pubblica, in quanto per le sue capacità gestionali, comunicative e tecniche, si può occupare sia di promozione della salute che di prevenzione.

Nella gestione delle malattie infettive, quindi in ambito di prevenzione, si occupa nello specifico di:

- effettuare l'inchiesta epidemiologica in seguito a ricezione di notifica di una malattia infettiva;
- effettuare la sorveglianza sia del caso indice che dei contatti a rischio;
- comunicare il rischio infettivo a tutte le persone coinvolte con il caso indice, attraverso tecniche di counseling specifico;
- collaborare per l'eventuale profilassi farmacologica dei contatti a rischio;

- organizzare e gestire l'eventuale profilassi vaccinale dei contatti a rischio;
- effettuare interventi di educazione sanitaria su tematiche relative alle malattie infettive rivolti alla collettività.

<<Le informazioni tempestive e basate sull'evidenza sono il miglior vaccino contro le voci e la disinformazione.>> Con questa frase il Dr. Jarbas Barbosa, vicedirettore di Pan American Health Organization (PAHO), spiega l'importanza della comunicazione soprattutto nelle epidemie: è ormai noto che alla base di un'adeguata risposta alle emergenze sanitarie vi sia anche un'efficace comunicazione del rischio che preveda il coinvolgimento e la partecipazione della comunità (World Health Organization)

La comunicazione è parte integrante della gestione dell'emergenza, quindi presuppone che ogni professionista coinvolto nella comunicazione del rischio in un'emergenza sanitaria, debba disporre di un bagaglio conoscitivo sia tecnico scientifico sia di competenze di base del counseling.

Proprio queste capacità e competenze sono alla base della formazione di un'assistente sanitario.

CAPITOLO III: LO STRESS

3.1. Lo stress

Lo stress, in medicina e biologia, viene definito come « la risposta funzionale con cui l'organismo risponde a uno stimolo più o meno violento (*stressor*) di qualsiasi natura (microbica, tossica, traumatica, termica, emozionale ecc)>> (Wikipedia, s.d.). Il Dr. Hans Selye (1956) introdusse per la prima volta il termine stress andando ad analizzare le alterazioni della fisiologia dell'organismo stressato. Con i suoi studi si poté stabilire l'esistenza di un rapporto tra stimoli esterni e reazione interna dell'organismo, dimostrabile con dati di laboratorio.

Negli anni successivi, soprattutto negli anni Sessanta del XX secolo, numerosi studi a opera di Selye e di altri ricercatori in varie parti del mondo permisero di approfondire gli aspetti biologici e psicologici dello stress.

Spesso nell'uso comune del termine, si tende a sottolinearne l'accezione negativa, associandolo ad uno stato di malattia: lo stress, in sé, rappresenta un'importante reazione di difesa e di adattamento dell'organismo al variare delle richieste ambientali che, a volte, può avere effetti negativi sull'organismo stesso e portare allo sviluppo di malattie sia psichiatriche che somatiche.

Alla base dello stress, dal punto di vista fisiologico, vi è una notevole complessità: in questo meccanismo sono implicate aree corticali e aree limbiche, ma anche aree periferiche e numerosissimi apparati e sistemi.

Come afferma il Dr. Luciano Rispoli, fondatore e Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Funzionale Corporea, i problemi che si hanno in salute, causati dallo stress, non si ricollegano all'evento stressante, tanto che è impensabile poter eliminare ogni evento stressante dalla propria vita, ma è proprio il trasformarsi dello stress da acuto in cronico a causare delle conseguenze patologiche. Un qualsiasi evento stressante che si verifica una sola volta e che ha una durata limitata produce uno stress chiamato *stress acuto*: questa condizione in realtà è benefica all'uomo perché la forte sollecitazione psico-fisica che riceve, gli permette di intervenire e risolvere tempestivamente la situazione. Al contrario, se il fattore causante lo stress permane nel tempo e coinvolge differenti sfere della vita dell'individuo si parla di *stress cronico* (Rispoli, s.d.).

Un fattore che spesso è all'origine dello stress è proprio il lavoro: quest'ultimo, essendo un evento duraturo nel tempo, causa stress cronico. Si può parlare infatti di stress-lavoro correlato, in tutti quei lavoratori che si trovano in una situazione di prolungata tensione, che può essere causata da molteplici fattori.

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (European Agency for Safety and Health at Work) ha adottato la seguente definizione: "*lo stress lavoro correlato viene esperito nel momento in cui le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo eccedono le capacità dell'individuo nel fronteggiare tali richieste*".

L'*European Risk Observatory* dell'Agenzia ha specificato che esiste anche un rischio di stress-lavoro correlato, infatti una maggior probabilità di sviluppare stress-lavoro correlato interessa tutte quelle figure caricate da una duplice fonte di stress, ovvero quello personale e quello della "persona aiutata". Questo rischio è maggiore nei Medici e nelle altre figure sanitarie, negli addetti ai servizi di emergenza, tra cui poliziotti e vigili del fuoco, negli psicologi, psichiatri e assistenti sociali, nei sacerdoti e religiosi (in particolare se in missione), negli insegnanti e educatori, negli avvocati e nei ricercatori. Questi soggetti cominciano a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacità per sostenere e scaricare lo stress accumulato. Se non vengono opportunamente trattati possono andare incontro alla sindrome da *Burnout*, che comporta esaurimento emotivo, depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta realizzazione personale (Wikipedia, s.d.).

Il termine *Burnout* fu introdotto negli anni 70 del secolo scorso dallo psicologo Herbert Freudenberger per indicare una sindrome caratterizzata da una serie di sintomi psico-fisici e di atteggiamenti verso il lavoro; costituirebbe la fase finale di un processo difensivo-reattivo verso delle condizioni di lavoro vissute come insoddisfacenti. Come si può anche intuire dalla traduzione del termine inglese *burnout*, ossia bruciarsi, esaurirsi, questa sindrome consiste essenzialmente nel logoramento delle emozioni, in una stanchezza e sfiducia, che portano anche ad una marcata riduzione delle motivazioni.

Fin dalla prima analisi, effettuata da Freudenberger, si associa questa sindrome da stress-lavoro correlato alle professioni d'aiuto, le *helping professions*, quali infermieri, medici, assistenti sociali, psicologi, operatori di ospedali psichiatrici, educatori. In realtà il termine *Burnout*, col passare del tempo, è entrato nell'uso comune anche per riferirsi

ad una forma di esaurimento emotivo da stress, caratterizzante altre professioni non necessariamente di aiuto, quindi un po' tutti i lavoratori.

Riguardo questa sindrome sono stati pubblicati migliaia di lavori scientifici e questo fenomeno non sembra affatto diminuire.

Anche la Psicologa sociale americana e Professoressa emerita di psicologia all'Università della California, Christina Maslach, tra gli anni 70 e 80, ha approfondito e studiato questa sindrome, definendola come condizione caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale; queste tre dimensioni sono tra loro indipendenti.

L'operatore si sente svuotato e sfinito, le sue risorse emozionali sono consumate, sente di non essere più in grado di dare qualcosa di sé agli altri, quindi adotta una strategia tesa ad evitare coinvolgimenti emotivi, assumendo un atteggiamento di distacco e instaurando rapporti di indifferenza verso i bisogni degli altri ed un cinico disinteresse per i loro sentimenti. Ciò porta a sminuire gli altri, rifiutarsi di essere cortese, non dare l'aiuto o l'assistenza più idonei. Di conseguenza subentra il sentimento di colpa e di ridotta realizzazione personale, che può indurre un senso di fallimento e quindi diminuzione della propria autostima con possibili sintomi depressivi

Questa condizione, nonostante sia definita una vera e propria sindrome, ad oggi, non è classificata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una condizione medica: il *Burnout* è incluso nell'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) come fenomeno occupazionale. È descritto nel capitolo: "Fattori che influenzano lo stato di salute o il contatto con i servizi sanitari".

<<Il *Burnout* è una sindrome concettualizzata come risultante da uno stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo. È caratterizzato da tre dimensioni:

- sentimenti di esaurimento o esaurimento energetico;
- aumento della distanza mentale dal proprio lavoro, o sentimenti di negativismo o cinismo legati al proprio lavoro;
- ridotta efficacia professionale.

Il *Burnout* si riferisce specificamente a fenomeni nel contesto lavorativo e non dovrebbe essere applicato per descrivere esperienze in altri ambiti della vita.>>

(World Health Organization , s.d.)

Il livello di *Burnout* può essere misurato con diversi strumenti ma quello più utilizzato è il Maslach *Burnout Inventory*, redatto proprio dalla Dr.ssa Maslach e da Susan Jackson nel 1981. Si tratta di un questionario composto da 22 *item*. Ogni *item* prevede una risposta su scala Likert¹ (Wikipedia, s.d.) a sei punti, con una possibilità di scelta da “mai” a “ogni giorno”. È composto da 3 sottogruppi, domini: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale.

<<L'esaurimento emotivo si riferisce alla sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inaridito dal rapporto con gli altri; la depersonalizzazione identifica una risposta negativa e sgarbata nei confronti delle persone che richiedono o che ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura. Infine, quando parlo di ridotta realizzazione personale, mi riferisco alla sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza stia venendo meno>>. Queste sono le definizioni rilasciate dalla Dr.ssa Christina Maslach in un'intervista condotta da Stefanile, presenti in un Bollettino di Psicologia Applicata del 1988 (Stefanile, 1988).

3.2. Emergenze sanitarie e *Burnout*

Come descritto precedentemente, la sindrome da *Burnout*, o comunque lo stress, deriva principalmente da fattori esterni che in maniera continua vanno a ledere la sfera psico-fisica della persona, sottoponendola ad un forte carico stressante.

Una pandemia è considerabile come un evento prolungato che va a produrre uno stress cronico nella popolazione: l'epidemia da coronavirus del 2019 è stata per la popolazione generale un evento stressante che ha intaccato non solo la salute fisica, ma anche e soprattutto la sfera psicologica e la resilienza degli individui. In tanti hanno perso il lavoro e anche per questo motivo in molti sono arrivati a togliersi la vita, tanto che in

¹ La scala Likert è una tecnica psicometrica di misurazione dell'atteggiamento inventata dallo psicologo Rensis Likert. Tale tecnica, consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni – definiti *item*- che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto. Per ogni item si presenta una scala di accordo/disaccordo, generalmente a 5 o 7 modalità. Ai rispondenti si chiede di indicare su di esse il loro grado di accordo o disaccordo con quanto espresso dall'affermazione. Questo metodo è applicabile sia per atteggiamenti di tipo unidimensionale che multidimensionale.

alcuni studi condotti è emerso che nella peggiore delle ipotesi il numero dei suicidi è aumentato di circa 2135 casi (Kawohla & Nordta, 2020).

Le politiche di distanziamento sociale, i periodi di isolamento, l'ansia di essere contagiati e la sospensione delle attività produttive hanno influenzato notevolmente la salute fisica e mentale dei cittadini, tutto confermato da numerosi studi in cui si sono registrati livelli più elevati di stress e sintomi psicopatologici nella popolazione (Rossi, et al., 2020).

Nonostante la pandemia abbia rappresentato un pericolo per tutte le categorie professionali, vi sono comunque delle popolazioni più a rischio, gli operatori sanitari. In uno studio di Lai et al è stato esaminato lo stato di salute mentale di 1257 medici e altri operatori sanitari in Cina, a Wuhan: da questo studio è emerso che il 50,4% dei partecipanti ha riferito depressione, il 44,6% ansia, il 34,0% insonnia e il 71,5% angoscia (Lai, et al., 2020)

A rendere la pandemia un evento stressante, oltre all'aumentato numero di pazienti da gestire e la maggiore responsabilità che ne deriva, sono subentrati anche altri fattori ambientali come l'irregolare fornitura di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e i molteplici interventi organizzativi dell'ambiente lavorativo. La carenza di DPI può verificarsi durante una pandemia, ma da ciò ne deriva una maggiore possibilità di essere contagiati. Il rischio di essere contagiati è effettivamente dimostrato da una metanalisi effettuata nel 2016 per l'influenza suina del 2009 (Influenza A H1N1). Questo studio ha mostrato come le probabilità degli operatori sanitari di contrarre il virus erano il doppio di quelle dei gruppi di controllo, poiché, per loro, l'esposizione alle secrezioni respiratorie dei pazienti, in assenza di adeguati DPI, era maggiore (Lietz, Westermann, Nienhaus, & A., 2016)

Anche con studi e analisi condotte su altre epidemie si può affermare che ci sono dei fattori, legati al lavoro e alla sua organizzazione, soprattutto in ambito sanitario, che possono svolgere un ruolo cruciale nell'aggravare l'effetto della pandemia stessa sulla salute fisica e mentale delle persone. Bisognerebbe, pertanto, concentrarsi su quei fattori lavorativi che possono essere modificati e migliorati, al fine di evitare la presenza di un'ulteriore pandemia, quella legata allo sviluppo di disturbi mentali (Giorgi, et al., 2020).

3.3. *Gli studi italiani*

Per la stesura di questo elaborato, si è fatto riferimento, in particolare, a due studi condotti in Italia: uno effettuato durante l'emergenza COVID-19, mentre l'altro nel 2015 e pubblicato nel 2019

Lo studio del 2015 (Mannocci, et al., 2019) è stato effettuato da Giuseppe La Torre, Alice Mannocci, Claudio Cartoni, Cristina Sestili e altri collaboratori: è stato valutato il *Burnout* nel personale dipendente del reparto di Ematologia di un Policlinico Universitario. In questo studio si è andato a confermare come alcune professioni, le sopraccitate *helping professions*, sono caratterizzate da un intenso coinvolgimento tra operatore e utente e, generalmente, anche da uno squilibrio tra la richiesta e le risorse disponibili. Ciò può portare a un importante logorio emotivo, tipico della sindrome del *Burnout*.

Durante il mese di Marzo del 2015 sono stati somministrati dei questionari anonimi al personale sanitario della Clinica Ematologica di un Policlinico universitario

I questionari erano costituiti da due sezioni, oltre alla parte introduttiva sull'informativa riguardo il trattamento dei dati personali e sui dati sociodemografici: la prima costituita dal questionario SF-12 (Short Form 12 Health Survey) per valutare la qualità della vita degli operatori attraverso la componente MCS (Mental component Score) e la PCS (Physical component Score). Nella seconda sezione hanno analizzato la sindrome da *Burnout* attraverso il questionario MBI adattato al contesto italiano da Sirigatti e Stefanile, composto da 22 *items* a cui attribuire un punteggio da 0 a 6 ciascuno. Il questionario fornisce tre score; Esaurimento emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP), Realizzazione Personale/Professionale (RP). In base alle risposte nelle tre scale si ottiene un valore di *Burnout* basso, medio o alto.

In questo studio è interessante come gli autori abbiano confrontato i dati ottenuti nel campione di operatori sanitari, con quelli medi della popolazione italiana, calcolati nell'ambito dell'indagine multiscopo dell'ISTAT (Anthony, Karen, Steinhauser, Arif, & Vicki, 2016). Dallo studio effettuato negli operatori sanitari emerge che la popolazione in oggetto, se da un lato presenta una percezione dello stato di salute fisico al di sopra della media, dal punto di vista dello stato di salute psichico presenta un valore più basso. Inoltre, per quanto riguarda il *Burnout*, sembrerebbe abbia un livello elevato per la dimensione EE nel 40%, per la DP nel 24% e per il RP nel 15% della popolazione.

Effettuando le correlazioni di Spearman si evidenzia un'associazione inversa tra EE e MCS, mentre l'EE correla in maniera direttamente proporzionale con la DP. Inoltre, l'analisi univariata, mette in evidenza che differenze significative esistono per lo score PCS in relazione all'unità operativa (valori meno elevati nel Reparto Autotrapianti). Tali dati risultano in linea con la letteratura attualmente disponibile sia per quanto riguarda i lavoratori in ambito sanitario in generale, che oncologico. Questo studio conclude proponendo strumenti di rilevazione periodica nelle unità operative degli ospedali e soprattutto in quelle in cui vi è confronto quotidiano degli operatori con situazioni cliniche difficili sia sotto il profilo di cura, che di assistenza clinica e psicologica. Sono importanti anche interventi di counseling e supporto psicologico, a chi ne fa domanda, ma anche indagini sulle fonti principali di esaurimento e conseguenti momenti di condivisione e discussione di questi. La sindrome da *Burnout*, quindi, è a tutti gli effetti una patologia professionale complessa e legata alla presenza di molte variabili sia di natura individuale e organizzativa, che socio-istituzionale.

Un'indagine conoscitiva multicentrica (Damico, et al., 2020), condotta tra Marzo e Luglio del 2020, è stata di aiuto per la stesura di questo elaborato. Gli autori, Vincenzo Damico, Giuseppe Demoro, Giuseppe Russello, Giusy Cataldi, Antonella D'Alessandro, hanno analizzato la prevalenza di *Burnout* tra il personale infermieristico italiano durante l'emergenza COVID-19.

Il campione di questo studio consiste in 208 infermieri, attivi nella pratica clinica durante il periodo di studio da Marzo 2020 a Luglio 2020, compresi i coordinatori infermieristici e il personale sanitario con contratto temporaneo. Al fine di rilevare e misurare la gravità della sindrome da *Burnout* (BOS) è stato utilizzato anche in questo caso il Maslach *Burnout-General Survey* (MBI-GS), inviato tramite la piattaforma Google Forms. La prima sezione del questionario riguardava i dati demografici dei partecipanti, mentre la seconda la valutazione del rischio di *Burnout*. L'analisi in questo studio è stata eseguita in cieco da una persona estranea allo studio, quindi non informato sulla relazione dati-soggetti.

Dall'analisi dei dati è emerso che nel 68% dei partecipanti sono stati identificati sintomi BOS-correlati. Il 77.4% del campione presentava un rischio di esaurimento, il 68.7% un rischio di depersonalizzazione e il 77.9 % un rischio di ridotta realizzazione

personale. Un altro dato importante è che tra gli infermieri dei reparti vi è un rischio staticamente maggiore e alto per tutti e tre i domini.

Il 70.2% del campione ha riscontrato una BOS severa, definita come la presenza di almeno un punteggio alto o almeno due punteggi medi. Il personale maggiormente a rischio è stato osservato tra gli infermieri che gestivano pazienti COVID: nello specifico il personale a maggior rischio riguarda gli infermieri di Terapia Intensiva.

Dallo studio è emerso chiaramente come il personale infermieristico durante l'emergenza abbia avuto alti livelli di sofferenza lavorativa e sia stato a rischio di esaurimento fisico ed emotivo, tanto che la maggioranza del personale rispondente al sondaggio è risultata a rischio di sintomi BOS-correlati, anche se, ovviamente, non è stato possibile affermare se questi sintomi siano veramente legati in maniera diretta all'emergenza COVID-19

L'indagine che si andrà a descrivere in questo elaborato, condotta su un campione composto da operatori sanitari dediti all'attività di *contact tracing* dell'ASUR MARCHE Area Vasta n°3 (AV3), è stata effettuata prendendo come riferimento i suddetti due studi e sulla base dell'esperienza vissuta in prima persona nel Dipartimento di Prevenzione, durante l'emergenza COVID-19.

CAPITOLO IV: MATERIALI E METODI

4.1. Obiettivo dello studio

Lo scopo dello studio è quello di misurare la prevalenza del *Burnout* definito dal MBI-GS tra il personale incaricato di effettuare Contact-tracing nel Dipartimento di Prevenzione, dell'ASUR MARCHE, Area Vasta 3, comprendente le ex zone territoriali di Macerata, Camerino e Civitanova Marche.

4.2. Disegno dello studio

È stata effettuata un'indagine conoscitiva, di tipo osservazionale, senza gruppo di controllo: lo studio è stato svolto somministrando un questionario all'interno del Dipartimento di Prevenzione a tutto il personale che durante la pandemia COVID19 è stato coinvolto nell'attività di *contact tracing*, o tracciamento dei contatti.

Per rilevare la prevalenza del *Burnout* è stato utilizzato il Maslach *Burnout* Inventory-General Survey (MBI-GS), consegnato in forma cartacea o inviato online tramite applicazioni di messaggistica. Il questionario è stato consegnato e somministrato nel mese di Settembre 2021; laddove fosse stato possibile veniva riconsegnato istantaneamente, altrimenti poteva essere inviato per e-mail o tramite applicazioni messaggistiche entro una settimana. Sono state raccolte le informazioni ed inserite manualmente in un foglio di calcolo Excel, in cui sono state inserite le risposte alle domande del questionario.

4.3. Campione

Per questa analisi sono stati coinvolti 45 operatori che hanno effettuato l'attività di *contact tracing* durante la pandemia COVID-19, nel Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR MARCHE, Area Vasta 3, includendo tutte le zone territoriali (Macerata, Camerino e Civitanova). Nello specifico il questionario è stato somministrato a Medici, Assistenti Sanitari, inclusi i Coordinatori, Tecnici della prevenzione, Infermieri, studenti e altre figure assunte con un bando organizzato dalla Protezione Civile a livello nazionale, per svolgere questa tipologia di attività.

4.4. Strumenti utilizzati

Ai fini dello studio è stato deciso di adottare un questionario diviso in due sezioni (ALLEGATO N°1).

La prima sezione riguardava la raccolta di dati demografici dei partecipanti (età, genere, ruolo, zona territoriale in cui opera); ai fini dello studio è stata inserita una domanda riguardante il periodo di assunzione, ossia se l'operatore è stato assunto durante la pandemia o se era già un dipendente dell'ASUR MARCHE, e anche una domanda riguardante un eventuale aumento del carico di lavoro.

La seconda sezione, specifica per la valutazione del rischio di *Burnout*, comprendeva un questionario validato, il Maslach *Burnout* Inventory-General Survey (MBI-GS), ideato e realizzato da Maslach e Jackson nel 1981 come principale misura di *Burnout* nelle professioni sanitarie.

Dalla letteratura emergono validazioni di contenuto, criterio e costruito (Wickramasinghe, Dissanayake, & Abeywardena, 2018). Il questionario è stato tradotto e adattato alla realtà italiana da Sirigatti e Stefanile, nel 1993 (S. & S., 1993).

Il questionario somministrato per questa indagine è costituito da 29 quesiti: i primi 7 fanno parte della sezione riguardante i dati demografici dei partecipanti, mentre gli altri 22 sono le domande del MBI-GS. Per quanto riguarda il questionario MBI-GS, ogni *item*, quesito, appartiene ad uno dei tre domini del questionario: esaurimento emotivo, EE, (9 item), depersonalizzazione, DP, (5 item) e ridotta realizzazione personale, RP (8 item).

I punteggi verranno poi calcolati secondo delle griglie di correzione standard: per ogni dominio sono state identificate tre fasce di rischio, basso, medio e alto (Tabella 1).

Dominio della sindrome di Burnout	Item sommati	Rischio basso	Rischio medio	Rischio alto
Esaurimento emotivo	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	<17	18-29	>30
Depersonalizzazione	5, 10, 11, 15, 22	<5	6-9	>12
Ridotta realizzazione personale	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	>40	34-39	<33

Tabella 1. Questionario Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS): punteggi e classificazione del rischio di *Burnout* per ogni dominio della sindrome da *Burnout*.

4.5. Raccolta dati

Per poter svolgere l'indagine è stata richiesta l'autorizzazione per la somministrazione del questionario al Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta 3 e al Direttore UOC Prevenzione Malattie Infettive e Cronico-Degenerative.

In ogni questionario è stata riportata una breve introduzione con illustrate le modalità con cui si sono stati raccolti i dati. Alcune domande dell'MBI-GS sono state rese più specifiche ai fini dell'indagine. La compilazione dei questionari è avvenuta dal 31 Agosto 2021 al 25 Settembre 2021.

CAPITOLO V: RISULTATI DELLO STUDIO

5.1. Campione di studio

Allo studio hanno partecipato 45 soggetti dei 50 a cui era stato proposto il questionario.

Come illustrato nella Tabella 2, l'età media dei partecipanti è di 38.4 anni, con una deviazione standard di 8.4; gli operatori che lavorano nel Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta n°3 sono divisi in base alla zona territoriale, ma l'attività di *contact tracing* è stata svolta principalmente nella sede di Macerata, tanto che il 71% dei questionari è stato compilato proprio nella ex zona territoriale (ZT) n°9, un 20% nella ex zona territoriale n° 8 di Civitanova Marche, mentre il restante 9% nella ex zona territoriale n° 10 di Camerino.

L'87% dei partecipanti erano donne e il profilo professionale principalmente coinvolto nell'attività di *contact tracing* era quello dell'Assistente sanitario (29%), valore leggermente più alto rispetto alla percentuale dei Medici (27%). Oltre ad Assistenti sanitari e Medici, sono stati coinvolti soprattutto Infermieri, ma anche altro personale quali Tecnici della Prevenzione, studenti iscritti al terzo anno di università e personale amministrativo.

Poco più della metà del personale risultava essere già un dipendente (51%), mentre il 49% del personale coinvolto in questa attività è stato assunto durante la pandemia COVID-19.

Colonna1	Campione di studio	Frequenza
NUMEROSITA'	45	
Età media	38,4	8,4
GENERE		
Uomo	6	13%
Donna	39	87%
RUOLO		
Medico	12	27%
Assistente sanitario	13	29%
Infermiere	7	16%
Tecnico della prevenzione	4	9%
Studente	4	9%
Altro	5	11%
ZONA TERRITORIALE		
ZT 8	9	20%
ZT 9	32	71%
ZT 10	4	9%
ASSUNZIONE		
Pre-pandemia	23	51%
Durante la pandemia	22	49%

Tabella 2 Caratteristiche demografiche dei partecipanti allo studio

5.2. Risultati

Nella Tabella 3 sono riassunte le prevalenze dei tre livelli di rischio per ogni dominio del Maslach Inventory-General Survey (MBI-GS) negli operatori che hanno effettuato l'attività di *contact tracing*.

Dallo studio è emerso che 26 operatori (58%) presentano un rischio di esaurimento emotivo, 24 (53%) di depersonalizzazione e 41 (91%) di ridotta realizzazione personale. Queste percentuali sono date dalla somma dei valori ottenuti nei rischi medio e alto per ogni dominio.

L'87% del campione, ossia 39 operatori, presenta un rischio severo di *Burnout*: sono soggetti a rischio in quanto presentano almeno un punteggio alto oppure due o più punteggi medi per i tre domini.

Dominio del Burnout	Rischio	n	n (%)
EE	Rischio basso	19	42%
	Rischio medio	18	40%
	Rischio alto	8	18%
	Rischio medio-alto	26	58%
DP	Rischio basso	17	38%
	Rischio medio	13	29%
	Rischio alto	11	24%
	Rischio medio-alto	24	53%
RP	Rischio basso	4	9%
	Rischio medio	14	31%
	Rischio alto	27	60%
	Rischio medio-alto	41	91%
Burnout severo	severo	39	87%

Tabella 3. Prevalenza del Burnout nel campione.

Dal grafico 1 si osserva come il 62.5% degli operatori con un rischio alto di esaurimento emotivo fosse già un dipendente del Dipartimento di Prevenzione, mentre il 55% e il 59% del personale con un rischio alto rispettivamente di depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale è rappresentato da personale assunto durante la pandemia.

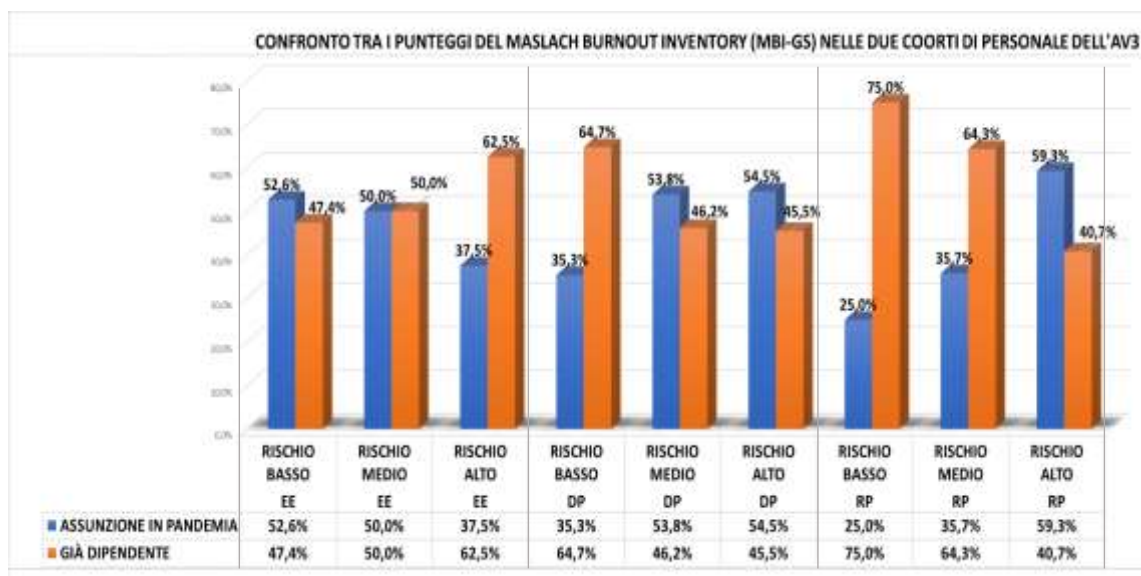


Grafico 1. Confronto tra i punteggi del Maslach Burnout Inventory (MBI-GS) nel personale già dipendente dell'AV3 e nel personale assunto nella pandemia.

Per quanto riguarda il rischio severo di *Burnout* le percentuali sono simili: il 48,7% degli operatori con un rischio severo di *Burnout* sono stati assunti durante la pandemia, mentre il 51% era già un dipendente (Grafico 2.)

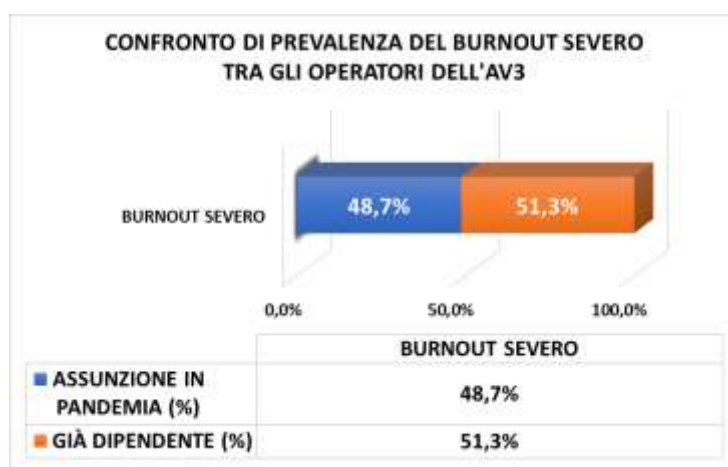


Grafico 2. Confronto di prevalenza del Burnout severo tra gli operatori già dipendenti o assunti durante la pandemia

È emerso, come possibile osservare nel Grafico 3, che gli operatori con un rischio di esaurimento emotivo, dato dalla somma dei punteggi nei rischi medio e alto, sono 3 (75%), 15 (47%) e 8 (89%), rispettivamente nelle ex Zone territoriali di Camerino (ex ZT10), Macerata (ex ZT9) e Civitanova (ex ZT8). Il rischio di depersonalizzazione è presente in 4 operatori su un totale di 4 nella ex zona territoriale di Camerino, in 14 su 15 nella ex zona territoriale di Macerata (44%) e in 6 operatori su 8 nella zona di Camerino

(67%). Il 75% degli operatori della ex ZT10 ha un rischio di ridotta realizzazione personale, il 91% per quanto riguarda la ex ZT9 e un 100% per la ex ZT8.

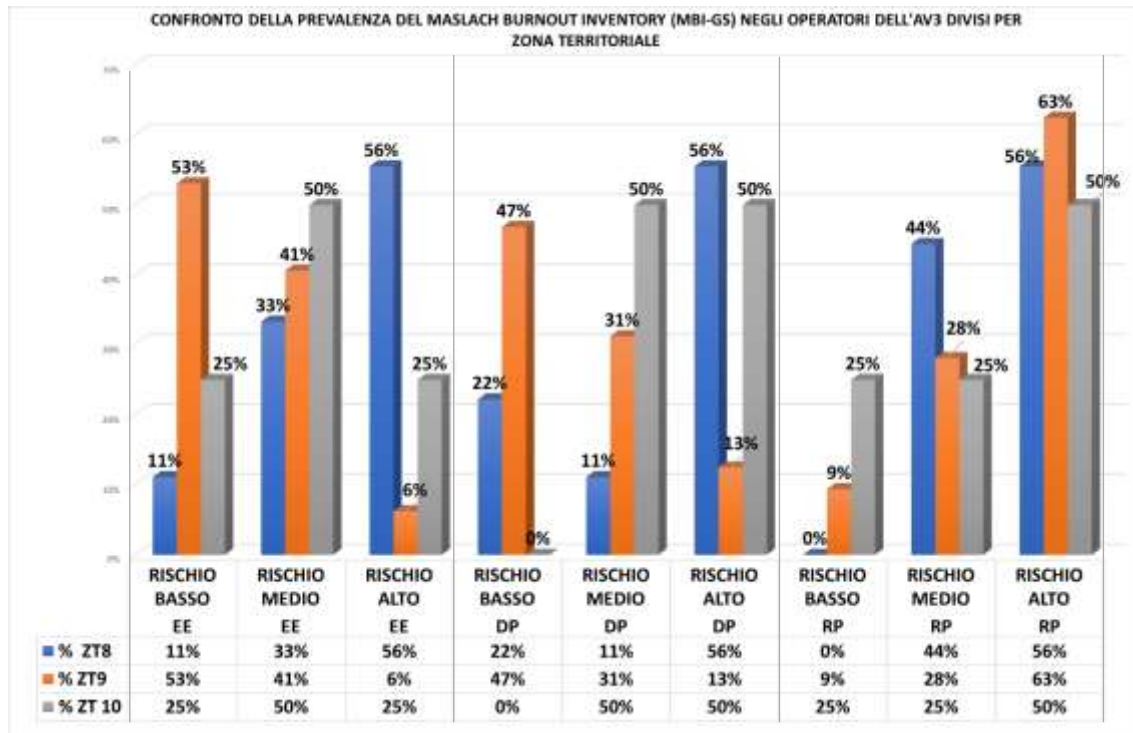


Grafico 3. Confronto per zona territoriale (ZT) della prevalenza del rischio di Burnout

CAPITOLO VI: DISCUSSIONE E LIMITI DELLO STUDIO

6.1. Discussione

Lo scopo di questo elaborato era quello di valutare la presenza del rischio per la sindrome da *Burnout* negli operatori coinvolti nell'attività di *contact tracing* nel Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR MARCHE, Area Vasta n°3 di Macerata, sia nel personale già dipendente, sia nei nuovi assunti durante l'emergenza sanitaria.

I risultati di questo studio hanno fatto emergere un rischio severo di Sindrome da *Burnout* nell'87% degli operatori coinvolti in questa attività. Nello specifico questo dato deriva principalmente dal fatto che il 91% dei partecipanti presenta un rischio di ridotta realizzazione personale (31% di rischio moderato e 60% di rischio elevato), mentre solo il 9% ha evidenziato un rischio basso. Negli altri due domini, esaurimento emotivo e depersonalizzazione, il rischio è sempre elevato con una prevalenza del 58% e del 53%, mentre si registra un rischio medio basso rispettivamente pari al 42% e al 38% degli intervistati (Tabella 3).

Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che negli operatori che hanno un rischio severo di *Burnout* (87%, n=39) non vi è una grande differenza nelle variabili "Assunzione in pandemia" e "Già dipendente": su 39 operatori il 49% è stato assunto durante la pandemia, mentre il 51% era già un dipendente. Da ciò si potrebbe dedurre che il periodo di assunzione non può essere un fattore predittivo della sindrome da *Burnout*, in quanto i valori di prevalenza sono molto simili (Grafico 1).

Il disagio psicologico per gli operatori che lavorano in situazioni di pandemia è stato attribuito a vari fattori tra cui l'aumentato carico lavorativo: in questo studio è infatti emerso che nell'80% dei lavoratori già dipendenti nel Dipartimento di Prevenzione, con un rischio severo di *Burnout*, il carico di lavoro è aumentato. Questo potrebbe essere, quindi, un fattore predisponente tale sindrome.

È per questo motivo che le amministrazioni ospedaliere dovrebbero considerare, anche e soprattutto, l'ipotesi di un aumento del personale, al fine di non aggiungere altro lavoro al personale già presente.

Delle importanti differenze sono presenti per quanto riguarda la suddivisione in zone territoriali: nelle ex ZT8 e ZT10 la prevalenza degli operatori che hanno un rischio di esaurimento emotivo, depersonalizzazione, ridotta realizzazione personale è in linea

con i dati generali del campione, in cui i valori percentuali dati dalla somma dei rischi medio e alto erano superiori a quelli di rischio basso.

Nella ex ZT8, di Civitanova Marche, l'89% del personale è a rischio di esaurimento emotivo mentre il 67% presenta un rischio di depersonalizzazione.

Le percentuali per la ex ZT10, di Camerino, sono del 75% sia per l'esaurimento emotivo sia per la ridotta realizzazione personale.

Nel 100% del personale operante nella ex ZT8 si riscontra una ridotta realizzazione personale mentre, nella ex ZT10, lo stesso dato è riferito al rischio di depersonalizzazione. (Grafico 3).

L'ex ZT9 è rappresentata da un maggior numero di personale coinvolto nell'attività del *contact tracing*. In questa sede si sono ottenuti valori del rischio basso di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione molto simili alla somma dei rischi medio e alto dei due domini. Più nello specifico la prevalenza del personale con un rischio basso di esaurimento emotivo è più alta (53%) rispetto alla somma della prevalenza del rischio medio e alto (47%). La situazione cambia completamente per il dominio di ridotta realizzazione personale: il 91% degli operatori dell'ex ZT9 presenta un rischio di ridotta realizzazione personale medio alto mentre solo il 9% ha un rischio basso. (Grafico 3).

Considerati i valori rilevati in questo studio e considerato il fatto che il *Burnout* negli operatori sanitari sia sicuramente multifattoriale e possa causare effetti dannosi, soprattutto durante le situazioni di emergenza, c'è la necessità di tenere conto di tutte le possibili strategie gestionali e socio-sanitarie, per evitare valori così elevati di rischio di sindrome da *Burnout*.

I valori ottenuti in questo studio non possono essere considerati significativi ma potrebbero rappresentare una piccola realtà sulla quale intervenire il prima possibile fornendo, in aggiunta a risorse di personale, anche un'adeguata supervisione e un supporto psicologico per la gestione delle emozioni e dello stress.

6.2. Limiti dello studio

Lo studio presenta dei limiti.

Il primo e il più evidente è rappresentato dalla ridotta numerosità campionaria che permette di effettuare solo analisi e indagini di tipo esplorativo. Come conseguenza, il

disegno dello studio, di tipo osservazionale, non permette di individuare e valutare i nessi di causalità che possono andare ad alterare o determinare la sindrome da *Burnout*.

Un altro limite è rappresentato dal fatto che, essendo un'analisi condotta durante l'emergenza sanitaria causata dal Sars-CoV2, non ci sono molti studi a cui poter far riferimento, tanto che sono stati utilizzati prevalentemente studi attinenti ad altre epidemie o periodi storici.

Un ulteriore limite è rappresentato dal periodo temporale al quale gli operatori dovevano far riferimento: al momento della compilazione, soprattutto il personale già dipendente, si è chiesto quale fosse il periodo a cui far riferimento per la compilazione, per esempio se considerare il momento iniziale della pandemia o i successivi picchi di contagi. Purtroppo non si è potuto stabilire un preciso momento temporale a cui far riferimento perché altrimenti sarebbe stato escluso la quasi totalità del personale assunto durante tutto l'evolversi della pandemia, così da avere poi un campione ancora più ristretto. Nel corso della pandemia l'ASUR MARCHE ha bandito degli avvisi a tempo determinato per assumere personale addetto al *contact tracing*. Sovente tali contratti non sono stati rinnovati causando un ricambio degli operatori interessati a svolgere tale attività.

Proprio per questa serie di motivi i risultati ottenuti non possono essere generalizzabili alla popolazione da cui provengono ma sicuramente possono offrire numerosi spunti di riflessione.

CAPITOLO VII: CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del virus Sars-Cov2 ha coinvolto tutti i professionisti sanitari. I Dipartimenti di Prevenzione, attraverso i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), si sono rivelati fondamentali per la sorveglianza delle nuove infezioni e per l'interruzione della catena di trasmissione del nuovo virus.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di rilevare la prevalenza del rischio della sindrome da *Burnout* negli operatori che hanno svolto l'attività di *contact tracing* nel Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta n° 3 delle Marche, durante l'emergenza da COVID-19.

Dai risultati è emerso che la maggior parte degli operatori che ha svolto questa attività presenta un rischio medio alto di sviluppare tale sindrome.

Per far fronte all'improvvisa emergenza, nell' Area Vasta 3, così come a livello nazionale, sono state reclutate diverse figure professionali (Infermieri, Tecnici della Prevenzione, ecc) anche se, tra tutte, spicca quella dell'Assistente Sanitario. Quest'ultimo, infatti, è l'unico professionista che, tra le varie figure, grazie al percorso universitario, possiede delle competenze appropriate per svolgere tale attività, come testimoniato dal profilo professionale (Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997, n. 69) .

L' attività di *contact tracing* rappresenta un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso, ma richiede una buona dose di lavoro investigativo, ascolto attivo, profonda umiltà, tatto e un elevato livello di empatia. Spesso, infatti, l'intervento telefonico tra l'operatore e il paziente rappresenta uno dei primi contatti tra le istituzioni sanitarie e la popolazione.

All' operatore viene richiesto di seguire procedure standardizzate di risposta e di utilizzare le proprie competenze al fine di strutturare una relazione telefonica professionale, efficace e incentrata sulle esigenze di ogni singola persona coinvolta nell'emergenza pandemica.

La preoccupazione e la paura della situazione nuova, inattesa e dannosa per la salute, nonché la necessità di isolamento sociale, comportano la messa in atto di vissuti emotivi diversificati, che possono innescare reazioni di forte stress e preoccupazione a carico dell'operatore. L'operatore, oltre a dover svolgere l'attività di indagine e ricerca dei contatti, si trova spesso a dover gestire il carico emotivo, lo stress e le ansie

dell'interlocutore: tutto ciò va a gravare sulla salute psico-fisica del professionista sanitario.

Il presente studio inoltre vuole evidenziare che alti livelli di stress non gravano esclusivamente sugli operatori sociosanitari che lavorano nei reparti di emergenza, ma interessano anche gli operatori coinvolti nell'attività di *contact tracing* a cui andrebbe garantito un supporto psicologico capace di prevenire e ridurre il rischio di patologie come lo stress lavoro correlato

Appare, pertanto, molto importante aumentare la sensibilità e l'informazione riguardanti gli effetti dello stress, non solo nel personale direttamente coinvolto, ma anche negli organi organizzativi.

Bibliografia e Sitografia

- Anthony, L., Karen, E., Steinhäuser, Arif, H., & Vicki, A. (2016). Building Resilience for Palliative Care Clinicians: An Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. *ScienceDirect*.
- ARS, T. (s.d.). *ARS Toscana*. Tratto da <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4018-la-sorveglianza-epidemiologica-delle-malattie-infettive-in-toscana.html>
- Damico, V., Murano, L., Demoro, G., Russello, G., Cataldi, G., & D'Alessandro, A. (2020). Burnout syndrome among Italian nursing staff during the COVID 19 emergency. Multicentric survey study. *Pubmed*.
- Decreto Ministeriale 17 Gennaio 1997, n. 69. (s.d.). *asnas*. Tratto da <http://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale>
- Epicentro. (s.d.). *Epicentro*. Tratto da Epicentro: www.epicentro.iss.it
- EpiCentro. (s.d.). *EpiCentro*. Tratto da EpiCentro: https://www.epicentro.iss.it/vaiolo/pdf/Vaiolo_Storia.pdf
- Giorgi, G., I., L. L., Alessio, F., Finstad, G., Bondanini, G., Lulli, L., . . . Mucci, N. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *National Center for Biotechnology Information*.
- Governo. (s.d.). *governo.it*. Tratto da <https://www.governo.it/it/coronavirus-dieci-regole>
- Kawohla, W., & Nordta, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *National Center for Biotechnology Information*.
- Lai, J., Ma, S., Y., W., Z., C., J., H., N., W., . . . S., H. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Pubmed*.
- Lietz, J., Westermann, C., Nienhaus, A., & A., S. (2016). The Occupational Risk of Influenza A (H1N1) Infection among Healthcare Personnel during the 2009 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Pubmed*.
- Mannocci, A., Sestili, C., Carnevale, F., Minotti, C., De Giusti, M., Villari, P., . . . La Torre, G. (2019). Assessment of burnout in health care personnel in hematological unit of a teaching hospital. *Pubmed*.
- Martinez, M. d. (2013). Manuale per i corsi di laurea in assistenza sanitaria. In M. d. Martinez, *Manuale per i corsi di laurea in assistenza sanitaria* (p. 103-150). Società editrice universo.
- politicheeuropee.gov. (s.d.). *politicheeuropee.gov*. Tratto da [politicheeuropee.gov](http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/europarole/contact-tracing/): <http://www.politicheeuropee.gov.it/it/comunicazione/europarole/contact-tracing/>
- Rispoli, L. (s.d.). *benessereaziende*. Tratto da http://benessereaziende.it/docs/La_valutazione_integrata_dello_stress.pdf

- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., . . . Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*.
- S., B., M., F. G., & G., G. (2014). *Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica*. Napoli: EdiSES.
- S., S., & S., C. (1993). Tratto da https://www.researchgate.net/publication/235656433_MBI_-_Maslach_Burnout_Inventory_Adattamento_e_taratura_per_l'Italia
- Salute.gov. (s.d.). Tratto da Salute.gov:
<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=650&area=Malattie%20infettive&menu=sorveglianza>
- Salute.gov. (s.d.). *salute.gov*. Tratto da
<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257#1>
- Salute.gov. (s.d.). *salute.gov*. Tratto da
<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257#3>
- Salute.gov. (s.d.). *Salute.gov*. Tratto da Salute.gov:
<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=650&area=Malattie%20infettive&menu=sorveglianza>
- Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive. (1990, Dicembre 15). *Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive. (GU Serie Generale n.6 del 08-01-1991)*. Tratto da gazzettaufficiale:
https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/01/08/091A0055/sg;jsessionid=s5dQ9Pi20aWe1fpQDEkNVw__.ntc-as2-guri2b
- Stefanile, C. (1988, Gennaio). Christina Maslach: a proposito di <<burnout-sindrome>>.
- Treccani. (s.d.). *Treccani*. Tratto da <https://www.treccani.it/>
- Wickramasinghe, N., Dissanayake, D., & Abeywardena, G. (2018). Validity and reliability of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey in Sri Lanka. *BMC Psychology*.
- Wikipedia . (s.d.). *Wikipedia*. Tratto da Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Scala_Likert
- Wikipedia. (s.d.). *Wikipedia*. Tratto da <https://it.wikipedia.org/wiki/Orthocoronavirinae>
- Wikipedia. (s.d.). *Wikipedia*. Tratto da Wikipedia:
https://it.wikipedia.org/wiki/Tracciamento_dei_contatti
- Wikipedia. (s.d.). *Wikipedia*. Tratto da <https://www.treccani.it/enciclopedia/stress/>
- Wikipedia. (s.d.). *Wikipedia*. Tratto da Wikipedia:
https://it.wikipedia.org/wiki/Stress_lavoro_correlato
- World Health Organization . (s.d.). *World Health Organization* . Tratto da World Health Organization : <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

World Health Organization. (s.d.). *who.int*. Tratto da
[https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)

ALLEGATO N 1

QUESTIONARIO

Tesi di Laurea di Irene Verdicchio CdL in Assistenza Sanitaria

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.Lgs. 101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy (Reg. UE n. 679/2016, GDPR).

Questa indagine è anonima.

PRIMA PARTE

Quanti anni hai?

Sesso

Maschio Femmina

Ruolo:

Medico Assistente Sanitario Infermiere Tecnico della Prevenzione Studente Altro

Zona territoriale in cui lavori:

Macerata Civitanova Camerino

Sei stato assunto durante la pandemia?

Sì No

Eri già dipendente dell'AV3 prima della pandemia?

Sì No

Durante lo scorso anno, il carico di lavoro è aumentato o il contact-tracing ha sostituito la tua normale attività?

Il carico di lavoro è aumentato

Il contact-tracing ha sostituito la mia normale attività

Sono stato assunto per svolgere contact tracing

SECONDA PARTE:

Per ogni domanda assegnare un numero, da 0 a 6, secondo la legenda.

Legenda:

Mai = 0 Qualche volta l'anno = 1 Una volta al mese = 2 Qualche volta al mese = 3 Una volta la settimana = 4 Diverse volte la settimana = 5 Tutti i giorni = 6

1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro.

0 1 2 3 4 5 6

2. Alla fine della giornata mi sento sfinito, torno a casa e non riesco a fare nulla, neanche i miei hobby.

0 1 2 3 4 5 6

3. Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro.

0 1 2 3 4 5 6

4. Mi immedesimo facilmente nei sentimenti della persona che ho al telefono.

0 1 2 3 4 5 6

5. Mi sembra di trattare alcune persone come se fossero degli oggetti: faccio domande chiuse cercando di non dialogare con la persona per terminare la chiamata il prima possibile.

0 1 2 3 4 5 6

6. Mi sembra che lavorare tutto il giorno al telefono con le persone mi pesi.

0 1 2 3 4 5 6

7. Affronto efficacemente i problemi delle persone

0 1 2 3 4 5 6

8. Mi sento esaurito dal mio lavoro: ho pensato di parlare con qualche specialista riguardo il mio stato d'animo.

0 1 2 3 4 5 6

9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro.

0 1 2 3 4 5 6

10. Da quando ho cominciato a fare contact-tracing sono diventato più insensibile con la gente.

0 1 2 3 4 5 6

11. Ho paura che fare contact-tracing mi possa indurire emotivamente.

0 1 2 3 4 5 6

12. Mi sento pieno di energie nel fare questa attività.

0 1 2 3 4 5 6

13. Sono frustrato dal mio lavoro, non faccio altro che litigare con le persone che ho intorno

0 1 2 3 4 5 6

14. Credo di lavorare troppo duramente.

0 1 2 3 4 5 6

15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcune persone.

0 1 2 3 4 5 6

16. Parlare al telefono con i casi positivi mi crea troppa tensione

0 1 2 3 4 5 6

17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.

0 1 2 3 4 5 6

18. Mi sento rallegrato dopo aver terminato una telefonata

0 1 2 3 4 5 6

19. Ho avuto molte soddisfazioni nel mio lavoro.

0 1 2 3 4 5 6

20. Sento di non farcela più.

0 1 2 3 4 5 6

21. Durante questo tipo di attività affronto i problemi emotivi con calma.

0 1 2 3 4 5 6

22. Ho l'impressione che le persone diano la colpa a me per i loro problemi.

0 1 2 3 4 5 6

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo lavoro, sento la necessità di ringraziare tutte le persone che mi sono state accanto in questo percorso accademico.

Ringrazio in primis la mia relatrice Lucia Ruffini: la ringrazio non solo per il costante aiuto e per l'impegno nel sostenermi in questo percorso, ma anche per la persona che si è dimostrata nel corso di questi tre anni. La sua pazienza, la sua determinazione, il suo sorriso contagioso e l'amore che mette nel fare le cose sono stati per me fonte d'ispirazione.

Ringrazio i miei genitori, Orietta e Rosario, mio fratello Daniele, i nonni Graziella e Giovanni, Paola e Nazzareno. Ho la fortuna di avere una famiglia speciale, unita e forte, che mi ha sempre sostenuta e che mi ha insegnato il più grande valore della vita, l'amore. Questo traguardo è il coronamento degli insegnamenti che ho ricevuto da voi e senza di voi oggi non sarei qui. Siete la mia ricchezza.

Ringrazio gli Zii, Jessica e Daniele (e anche il piccolo Francesco) senza i quali non avrei neanche iniziato questo percorso. Siete stati voi i primi a credere in me.

Un grazie anche agli zii, Stefano e Sabrina e Gianluca, che con gesti solo apparentemente piccolissimi mi hanno fatto capire la fiducia che hanno nei miei confronti.

Ringrazio tutti i miei amici, vicini e lontani. Ringrazio soprattutto quelli con cui ho condiviso l'ultimo periodo di questo percorso, Rossella, Edoardo ed Elena, Martina e Alessandro, Laura. Grazie per le giornate trascorse insieme e per le risate sincere.

Infine, ma non per ultimo, ringrazio il mio fidanzato Riccardo, che mi è sempre stato vicino, con l'infinita pazienza che lo contraddistingue. Grazie perché con la tua umiltà, con i tuoi sguardi e con i tuoi abbracci sei riuscito a trasmettermi la forza per andare avanti. Grazie oggi e sempre.

A voi tutti dedico questo traguardo.