



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

Corso di Laurea Triennale di Scienze e Tecniche Psicologiche

**Convivere con la paura del contagio, burnout e disagio psicologico del  
personale infermieristico durante il COVID-19**

Relatore:

Prof. Angelo Benozzo

Tesi di Laurea Triennale

Sara Clelia BELDI

Matricola: 20 D03 191

Anno Accademico 2022/2023

# Convivere con la paura del contagio, burnout e disagio psicologico del personale infermieristico durante il COVID-19

Introduzione .....	1
Conseguenze del COVID-19 e risposta dell'OMS alla crisi pandemica .....	2
1.1 Il contesto: COVID-19 e panoramica del virus .....	2
1.2 Il COVID-19 e le ripercussioni sulle health care professions .....	5
1.3 La risposta dell'OMS tramite gli interim guidance .....	10
Burnout e organizzazioni in stato di emergenza .....	15
2.1 Burnout: definizione e origine del costrutto .....	15
2.2 I principali approcci al burnout .....	19
2.3 Gli effetti del burnout .....	21
2.4 Gli interventi.....	21
2.5 Le organizzazioni in situazioni di emergenza .....	24
Conseguenze della pandemia sul personale infermieristico .....	27
3.1 Gli infermieri dopo un anno di pandemia: studi quantitativi.....	27
3.2 Attraverso le parole degli infermieri: studi qualitativi.....	29
3.3 Conclusioni alla luce delle Interim Guidance proposte dall'OMS.....	36
Conclusioni.....	41
Bibliografia.....	42

## Introduzione

Le professioni sanitarie comprendono tutte le attività lavorative nel campo della salute che implicano la cura, la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti. Tra i professionisti qualificati che si occupano della cura diretta dei pazienti, si distinguono gli infermieri, che sono al centro di questa tesi.

Alla base di questa tesi vi è l'interesse di indagare le condizioni lavorative degli infermieri e più in generale delle professioni sanitarie durante il periodo critico della pandemia di COVID-19 e comprendere se questo periodo possa considerarsi un fattore di rischio per la salute fisica e psicologica dei lavoratori.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema riguardano il valore e l'importanza di coloro che si occupano di cura e salute per la società, spesso dimenticati o sottovalutati sia dalla società stessa, la quale usufruisce dei loro servizi, sia dallo stato che per anni ha depotenziato il Sistema Sanitario Nazionale.

La tesi è articolata in tre capitoli. Il primo capitolo ha il compito di introdurre il contesto che accompagnerà l'intera tesi: il COVID-19. In particolare, presenterà il tema principale, ovvero il rischio di burnout e di disagio psicologico per le *health-care profession* all'interno degli ospedali e in prima linea. Verranno analizzate le Interim Guidance proposte dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), allo scopo di mettere in luce le problematiche correlate alla pandemia e le direttive per cercare di prevenire e arginare i rischi di burnout per il personale sanitario. Il secondo capitolo prevede l'analisi del burnout, nella quale ci si concentrerà sulle varie definizioni di burnout, i diversi approcci, le metodologie per misurarlo e le strategie per prevenire o intervenire se questa condizione è già presente sull'ambiente lavorativo. Questo capitolo proverà, inoltre, ad analizzare i corretti comportamenti e le strategie da mettere in atto in un'organizzazione nella gestione di un'emergenza, come può essere quella del COVID-19. Il terzo e ultimo capitolo si concentrerà sugli infermieri e il modo in cui questa categoria ha affrontato la pandemia.

La tesi ha prodotto dei risultati che confermano il ruolo della pandemia nell'aumentare il rischio di disagio psicologico e di burnout. I principali risultati sono dettagliatamente esposti succintamente nelle conclusioni.

## **Conseguenze del COVID-19 e risposta dell'OMS alla crisi pandemica**

### *1.1 Il contesto: COVID-19 e panoramica del virus*

Il 5 maggio 2023 l'OMS<sup>1</sup> (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2023) ha dichiarato definitivamente la fine dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19. Il periodo critico che ci ha caratterizzato globalmente può considerarsi concluso, con una stima di circa 7 milioni di morti, stima che secondo il direttore generale dell'OMS potrebbe essere di molto maggiore, pari all'incirca a 20 milioni di morti.

Il COVID-19 e le misure adottate per contrastarlo, hanno sicuramente colpito in profondità l'intera società a più livelli: psicologico, sociale, politico, lavorativo ed economico. Il mio obiettivo è quello di indagare le conseguenze che questo delicato periodo ha comportato sulla sanità e il personale sanitario. Risulta quindi fondamentale, per gli scopi della mia tesi, ripercorrere le tappe più importanti che hanno caratterizzato questi tre anni di pandemia.

Lo stato di emergenza internazionale sanitaria viene dichiarata dall'OMS il 30 gennaio 2020, in seguito allo scoppio del focolaio originario di Wuhan. Nello stesso pomeriggio vengono confermati in Italia i primi due casi accertati di COVID-19, e il 31 gennaio viene dichiarato lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da nuovo coronavirus in Italia ([https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=4035](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=4035)). In seguito a questi primi casi, l'Italia ha ritenuto opportuno chiudere i collegamenti con la Cina.

I contagi aumentano considerevolmente e l'Italia a marzo si ritrova in lockdown. Insieme ai contagi, l'accumulo di lavoro all'interno degli ospedali aumenta considerevolmente. Risale

---

<sup>1</sup> OMS, Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic, 2023

infatti a questo periodo la famosissima foto di Elena Pagliarini, infermiera quarantenne, diventata simbolo del lavoro estenuante a cui il personale sanitario era costretto.

*Figura 1 – L’infermiera Elena Pagliarini, simbolo della lotta al COVID-19*



*Tratta dal sito [nursetimes.org](https://nursetimes.org) <https://nursetimes.org/due-anni-di-pandemia-le-infermiere-simbolo-che-hanno-combattuto-il-covid/137158> consultato il 25 luglio*

Sono molte le immagini simboliche che ripercorrono la prima ondata di contagi in Italia. Una delle più note, nonché maggiormente toccante, vede rappresentati i camion dell’esercito italiano. Decine di camion attraversano la città di Bergamo, fortemente colpita durante la prima ondata, per trasportare le bare delle persone vittime di coronavirus verso altri crematori della Lombardia che si sono resi disponibili.

*Figura 2 – Corteo di camion militari a Bergamo*



*Tratta dal sito [rainews.it](https://www.rainews.it) <https://www.rainews.it/archivio-rainews/articoli/istat-morti-20-per-cento-in-piu-678b12aa-026e-4b4f-a224-33c6cc5cb8a0.html> consultato il 25 luglio*

Fin da subito la comunità si trova vicina al personale sanitario che, anche nonostante la diminuzione dei contagi dei primi periodi caldi, rimane costretto a subire turni di lavoro

estenuanti a causa delle difficoltà di risposta a questa emergenza improvvisa. Un esempio della vicinanza e riconoscenza al personale sanitario è il murales dell'ospedale Papa Giovanni XXIII, raffigurante un'infermiera che culla l'Italia.

Figura 3 – Gigantografia sulla facciata dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo



Tratta dal sito [ilgiorno.it](https://www.ilgiorno.it/bergamo/cronaca/coronavirus-estrazione-anticorpi-12ef7647) <https://www.ilgiorno.it/bergamo/cronaca/coronavirus-estrazione-anticorpi-12ef7647> consultato il 25 luglio

Con l'arrivo del nuovo autunno e del nuovo inverno l'Italia si ritrova a dover affrontare la seconda e la terza ondata di contagi, le più importanti a livello di numerosità effettiva di contagi e numero di morti. Il 27 dicembre 2021 rappresenta una giornata importantissima per l'evoluzione del COVID-19 nel nostro paese. In questa data viene somministrata la prima dose di vaccino in Italia. La prima paziente è proprio un'infermiera dell'ospedale Spallanzani, Claudia Alivernini. È così quindi che si dà il via alla campagna vaccinale, che segnerà il futuro di molti italiani nei mesi successivi.

Figura 4 – Claudia Alivernini è la prima vaccinata in Italia



Tratta dal sito [ansa.it](https://www.ansa.it/lazio/notizie/2020/12/27/vax-day-damatoclaudia-alivernini-prima-vaccinata-italiana_e47a3130-2082-4cec-a2b4-19babe398cb2.html) [https://www.ansa.it/lazio/notizie/2020/12/27/vax-day-damatoclaudia-alivernini-prima-vaccinata-italiana\\_e47a3130-2082-4cec-a2b4-19babe398cb2.html](https://www.ansa.it/lazio/notizie/2020/12/27/vax-day-damatoclaudia-alivernini-prima-vaccinata-italiana_e47a3130-2082-4cec-a2b4-19babe398cb2.html) consultato il 25 luglio

Come l'estate precedente, anche l'estate 2021 è caratterizzata da una notevole diminuzione di contagi. Novità però di questo periodo estivo è l'introduzione del green pass, un "lasciapassare" utile per accedere in diversi luoghi e a diverse attività.

La novità del green pass caratterizza l'inverno 2021-2022, i contagi subiscono certamente un aumento, ma il green pass ottenuto tramite le vaccinazioni rappresenta il mezzo tramite il quale poter accedere dopo lungo tempo ad una vita quotidiana simile alla normalità pre-COVID.

A partire da aprile le misure restrittive cominciano a diminuire, fino a cessare del tutto con l'estate e il nuovo inverno. La paura del virus si allontana sempre di più, la normalità torna a farsi strada fino all'annuncio del 5 maggio 2023 riguardante la fine dell'emergenza sanitaria.

Questi tre anni caratterizzati dalla presenza del virus hanno portato non poche conseguenze al sistema sanitario e al suo personale. La capacità di tenuta del sistema sanitario è stata fortemente minacciata dal sovraccarico di lavoro, dallo stress dovuto alle nuove condizioni lavorative di emergenza e dalle inefficienze strutturali di sistema (<https://www.puntosicuro.it/coronavirus-covid19-C-131/covid-19-il-sovraccarico-da-lavoro-di-medici-infermieri-AR-20664/>).

## *1.2 Il COVID-19 e le ripercussioni sulle health care professions*

Il personale medico sanitario rappresenta uno dei target più duramente colpiti dalle ripercussioni del COVID-19. Le ripercussioni, sia fisiche che mentali, sono dovute in parte a inefficienze strutturali di sistema. Infatti, negli ultimi anni il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) ha subito un notevole sottodimensionamento di personale, creando notevoli difficoltà nella gestione di un elevato carico di pazienti, soprattutto durante l'emergenza sanitaria (<https://www.puntosicuro.it/coronavirus-covid19-C-131/covid-19-il-sovraccarico-da-lavoro-di-medici-infermieri-AR-20664/>). Il sottodimensionamento è solo una delle diverse realtà che caratterizzano questa categoria di lavoratori. Infatti, una delle caratteristiche principali, nonché rappresentante di un elevato fattore di rischio per il contagio, è rappresentata dall'età particolarmente elevata di questa forza lavoro. Negli ultimi dieci anni la quota dei medici over 59 anni è passata dal 7,3% al 28,5%, mentre la quota degli under 50 è passata dal 41,8% al

38,1%. La stessa tendenza la si nota nel personale infermieristico: la quota over 50 è passata dal 32,7% al 46,3%, mentre la quota degli under 35 rimane sostanzialmente invariata. Questi numeri spaventano, soprattutto considerando che le health care professions presentano il rischio più alto di contagio. I contagi sono infatti dilagati più spesso tra gli operatori sanitari durante la prima fase della pandemia, momento nel quale i dispositivi di protezione non erano accuratamente adeguati per proteggere dal rischio di contagio (Magnavita et al., 2021). La paura del contagio, oltre a condizionare l'ambito lavorativo, ha condizionato l'ambito familiare degli operatori sanitari. Una paura molto sentita tra gli operatori sanitari ha riguardato proprio il rischio di infettare i propri parenti e metterli in questo modo in pericolo. Di contro, uno dei fattori di protezione dallo stress è rappresentato dal sapere la propria famiglia al sicuro (De Kock et al., 2021).

Durante la pandemia l'ambito familiare è entrato in contrasto con quello lavorativo anche per un'altra ragione. L'elevata presenza delle donne all'interno del personale sanitario unita all'aumento considerevole dei turni di lavoro ha fatto sì che si creasse per le donne lavoratrici una situazione di stress derivante dal cercare di conciliare mondo lavorativo e familiare. Questa esigenza poco si concilia con un sistema pubblico a "misura d'uomo".

Oltre alle importanti conseguenze fisiche, gli operatori sanitari hanno dovuto affrontare forti pressioni psicologiche, che hanno rischiato di peggiorare la salute mentale di questa categoria di lavoratori.

Secondo una revisione della letteratura (De Kock et al., 2021) condotta su 24 studi (18 dei quali prendono in considerazione dati provenienti dalla Cina), il COVID-19 ha avuto un forte impatto sulla salute mentale delle health-care professions. L'impatto sul benessere psicologico ha gravato principalmente sugli operatori in prima linea e ha coinvolto in maniera preponderante gli infermieri. In particolare, ci sono diverse caratteristiche della pandemia che hanno aumentato il rischio di malessere psicologico nelle professioni sanitarie. In primo luogo, l'immagine che i media hanno proposto della pandemia si è concentrata sul numero dei decessi e sull'incredibile diffusione della malattia soprattutto in ambito ospedaliero, lasciando l'impressione di un'impossibilità di salvezza dal rischio elevato di contagio (soprattutto



all'interno degli ospedali). In secondo luogo, ad aver scombussolato la normalità della vita quotidiana, non solo si è inserito il lockdown, ma anche il dover lavorare al di fuori del proprio contesto abituale e la redistribuzione del lavoro, che ha portato molto più personale in prima linea, costringendolo ad un rischio più elevato. Infine, i dispositivi di protezione individuale hanno accresciuto l'impatto negativo sulla salute mentale del personale sanitario a causa dell'incertezza sull'efficacia di queste attrezzature nel proteggere dal rischio di contagio. In particolare, i dispositivi di protezione hanno rappresentato un fattore di protezione psicologica se adeguati, mentre un fattore di rischio per lo stress se inadeguati a difendere dal rischio di contagio. Dall'analisi degli studi è emerso che la maggior parte degli operatori sanitari (in 22 studi su 24) ha riscontrato livelli di ansia (14.5% – 44.6%), depressione (8.9% - 50.4%), insonnia (34%), angoscia o sintomi di Disturbo Ossessivo Compulsivo. Ad un malessere psicologico è anche associato un elevato livello di stress e di ansia, che in ambito lavorativo comporta ad un aumento dell'assenteismo, bassi livelli di soddisfazione sul lavoro e di qualità dell'assistenza.

Secondo uno studio trasversale condotto su due ospedali del centro Italia, lo stress riscontrato nel personale sanitario tra la prima e la terza ondata è aumentato considerevolmente per diversi fattori (Magnavita et al., 2021). In particolare, lo studio trae le sue conclusioni confrontando i risultati relativi ad un questionario somministrato e presentato in tempi diversi. La prima raccolta di dati è riferita alla prima ondata (aprile-maggio 2020), la seconda raccolta è relativa alla seconda ondata (dicembre 2020) e l'ultima raccolta è stata effettuata esattamente un anno dopo la prima (aprile-maggio 2021). Il questionario utilizzato è composto da una serie di domande riguardanti la prima fase della pandemia e si serve di alcuni strumenti standardizzati per misurare la giustizia organizzativa, lo stress, la qualità del sonno, la salute mentale e la soddisfazione sul lavoro.

Dall'analisi e il confronto dei risultati è emerso che durante la prima fase della pandemia i principali fattori di stress sono legati alla “carenza dei dispositivi di protezione individuale, la paura del contagio e l'incertezza sulle nuove misure di sicurezza” (Magnavita et al., 2021, p.7). In particolare, coloro che hanno manifestato livelli elevati di ansia, depressione e disturbi del

sonno corrispondono a operatori sanitari che hanno subito un contatto non protetto con pazienti COVID-19 e coloro che sono stati contagiati. Sulla qualità del sonno ha influito molto lo stato di allarme e paura sentito nei confronti della propria salute e quella dei propri familiari. In questa prima fase della pandemia, e in accordo con lo studio di DeLock Latham e Leslie, uno dei principali fattori di stress riscontrato ha riguardato “la necessità di aderire a nuove procedure di sicurezza e l'incertezza sulla loro efficacia”. In maniera particolare i giovani, nell'affrontare la pandemia, hanno ritenuto di non possedere abbastanza conoscenze e informazioni rispetto a colleghi più esperti.

Con l'aumento di esperienza “sul campo” e con l'arrivo di nuove e più efficienti misure di protezione, sono emerse nuove problematiche che si sono rivelate successive fonti di stress. La prima è rappresentata dal deterioramento dell'immagine del personale sanitario nei confronti della società. Ciò è dovuto dalla difficoltà del rapporto tra medici e pazienti e dalle conseguenti denunce per malasanità. Gli operatori sanitari sono stati fortemente isolati nella loro vita sociale, al di fuori di quella lavorativa-ospedaliera, a causa dei rapporti negativi sviluppati con i pazienti. Ad aumentare la percezione di isolamento è il lavoro stesso, svolto in completa solitudine unita alla necessità, nonostante i pochissimi contatti con i parenti, di doverli informare in caso di esito sfavorevole delle terapie. Ciò ha sicuramente concorso all'aumento dell'opinione pubblica negativa del personale medico. In secondo luogo, nonostante test di screening più efficaci e rapidi, i contagi sono continuati a circolare tra il personale sanitario, andando a colpire e ridurre sempre di più la forza lavoro “anche in settori in cui il carico di lavoro era già eccessivo”. In ultimo, durante questa seconda fase, la mancanza di tempo per tutte quelle “attività che consentono il recupero mentale” (meditazione, sport, religione), ha rappresentato la fonte di stress principale. Il prolungarsi dell'epidemia in un ambiente lavorativo già duramente provato ha contribuito all'aumento dei sintomi della depressione.

Durante l'ultima rilevazione i dati che hanno riguardato la percezione di isolamento sociale diminuiscono. La diminuzione è data probabilmente dall'aumento del tasso di vaccinazioni, che ha permesso al personale sanitario di sentirsi non solo più sicuro sul lavoro, ma anche nei confronti della famiglia. In ogni caso, al momento della rilevazione sono stati pochi i

cambiamenti che hanno avuto un impatto significativo sul miglioramento della salute mentale. Angoscia, ansia e depressione sono rimaste invariate, mentre si nota un miglioramento nei valori relativi al sonno. C'è da sottolineare che “è stato dimostrato che il sonno è un moderatore della relazione tra stress e salute mentale e potrebbe quindi essere un'indicazione positiva di possibili futuri miglioramenti della salute” (Magnavita et al., 2021, p.8). Il fattore di stress più importante di questa fase diventa la disorganizzazione del lavoro.

Tra le ripercussioni associate al COVID-19 è possibile riscontrare altresì un aumento del tasso di burnout tra gli operatori sanitari. Lo studio di Lasalvia (2021) rileva come la percentuale di burnout tra gli operatori sanitari di prima linea sia notevolmente aumentata rispetto ai dati pre-pandemia. Risulta quindi possibile imputare la causa di questo elevato aumento alle condizioni lavorative poste dalla pandemia, che ha comportato un onere lavorativo molto superiore alla norma. Lo studio rivela che non sia il semplice contatto con il paziente ad aumentare il rischio di burnout, ma il contatto con pazienti critici e particolarmente gravi, coloro che richiedono accesso in terapia intensiva o subintensiva. Lo studio, ad esempio, evidenzia che all'interno dell'ospedale di Verona l'impatto del burnout è stato più importante per gli operatori sanitari di prima linea. Sono risultati in particolare gli infermieri e i medici residenti le categorie di operatori più duramente provate dal burnout. I dati riguardanti gli infermieri non risultano inattesi, in quanto rappresentano una categoria particolarmente sensibile al burnout, data la loro posizione all'interno dell'organizzazione e ai compiti a loro assegnati. Questo effetto potrebbe essere stato amplificato durante la pandemia, proprio perché gli infermieri “hanno affrontato sfide improvvise e drammatiche sul posto di lavoro in termini di aumento del carico di lavoro, riassegnazione ad altri ruoli o mansioni, minaccia di infezione, eventi traumatici correlati al COVID-19 e frustrazione per la morte dei pazienti a cui tengono” (Lasalvia et al., 2021, p.10). Considerazioni più approfondite riguardanti gli infermieri verranno affrontate nel terzo capitolo.

Lo studio evidenzia che i fattori che aumentano il rischio di burnout durante il periodo di pandemia sono diversi, nella fattispecie:

- Aumento del carico di lavoro e dei turni

- Avere un problema psicologico preesistente
- Aver vissuto un evento traumatico correlato al COVID-19
- Evitamento interpersonale
- Lavorare a contatto con pazienti critici.

Fattori protettivi (De Kock et al., 2021) per il burnout sono invece raggruppabili in tre categorie:

- Occupazionali: la precedente esperienza degli operatori sanitari di un'emergenza sanitaria pubblica rappresenta un fattore di protezione contro lo sviluppo di un malessere psicologico. Una corretta formazione e conoscenza su come affrontare l'emergenza è stata indicata come utile nell'alleviare lo stress. L'utilizzo di dispositivi di protezione efficaci, come già detto in precedenza, rappresenta un forte fattore protettivo.
- Psicosociali: l'autoefficacia e la resilienza rappresentano fattori protettivi che permettono anche di migliorare la qualità del sonno. Come già citato, anche la sicurezza della famiglia rispetto al rischio di contagio permette di diminuire il livello di stress.
- Ambientali: il supporto sociale dei colleghi del personale sanitario, del governo e della comunità sono indicati come fattori protettivi utili per diminuire ansia, stress.

Il burnout, oltre ad avere importanti conseguenze sulla salute mentale e fisica degli operatori, incide sul lavoro stesso, influenzando negativamente la qualità delle cure fornite e il benessere all'interno dell'organizzazione stessa.

### *1.3 La risposta dell'OMS tramite gli interim guidance*

Giovedì 19 marzo 2020, alla luce dei primi contagi di COVID-19 in Europa, l'OMS pubblica un documento utile per riconoscere i diritti, i ruoli e le responsabilità del personale sanitario e le considerazioni per garantire sicurezza sul lavoro (OMS, 2020). Di seguito vengono descritti i contenuti essenziali del documento.

Dalle direttive che risultano dall'OMS si evidenzia il ruolo dei datori di lavoro e dei dirigenti delle strutture sanitarie di assumersi la responsabilità nel garantire che tutte le misure protettive

per ridurre al minimo i rischi di contagio siano rispettate, così da assicurare il maggior livello di sicurezza possibile sul lavoro. A loro è anche attribuita la responsabilità di fornire informazioni, istruzione, formazione di aggiornamento in materia di sicurezza e salute sul lavoro. Di conseguenza è loro compito garantire una fornitura adeguata di dispositivi personali di protezione e tutte le misure necessarie ad assicurare la sicurezza del personale sul luogo di lavoro. È importante inoltre fornire un ambiente che non colpevolizzi, in cui gli operatori sanitari possano sentirsi liberi di riferire in merito a incidenti che possono mettere a rischio la sicurezza sul lavoro. Per quanto riguarda invece la presenza del personale sanitario in ambiente lavorativo, viene ribadito di rispettare e mantenere orari di lavoro adeguati consentendo le relative pause. Consigliare ai lavoratori di automonitorarsi, al fine di rimanere a casa in caso di contagio per non mettere a rischio ulteriormente il luogo di lavoro. In tal senso, l'OMS dichiara doveroso onorare il diritto al risarcimento, alla riabilitazione e ai servizi curativi per tutti quegli operatori sanitari che sono risultati infetti da COVID-19, proprio a seguito della continua esposizione del virus nel luogo di lavoro. Agli operatori sanitari deve essere garantita la possibilità di allontanarsi dal luogo di lavoro, se è ragionevole considerare il luogo di lavoro troppo pericoloso e grave nei confronti della propria sicurezza e salute. Inoltre, non bisogna esigere che gli operatori sanitari rientrino in servizio, nel momento in cui le misure di sicurezza non vengono rispettate. Infine, datori di lavoro e dirigenti sanitari dovrebbero fornire accesso alle risorse per la salute mentale e la consulenza per tutti gli operatori che la necessitano.

Se i datori di lavoro e i dirigenti delle strutture sanitarie si devono impegnare nel creare un ambiente di lavoro che sia in sicurezza, gli operatori sanitari devono seguire le procedure che vengono stabilite per mantenere la sicurezza e per evitare di non esporre a rischi di contagio nessuno. A questo scopo devono automonitorarsi per controllare di non essere stati contagiati e devono riferire ai supervisori di qualsiasi situazione che presenti pericoli gravi per la salute. Devono anche impegnarsi ad utilizzare i protocolli forniti sia per trattare i pazienti nel modo corretto sia per il corretto utilizzo delle misure di protezione. È loro compito impegnarsi a segnalare in maniera rapida i casi sospetti e confermati e fornire informazioni accurate sulla salute pubblica anche a tutti coloro che sono interessati ma non presentano sintomi né rischi.

Infine, viene consigliato loro di rivolgersi ai loro supervisori se ritengono di riscontrare segni di stress eccessivo e/o qualsiasi problema di salute mentale.

A seguito di questa prima guida, il 2 febbraio 2021, alla luce delle evidenze riscontrate dal personale sanitario nell'affrontare la pandemia, l'OMS aggiorna le sue direttive riguardanti la sicurezza e la salute di coloro che operano in contesti sanitari (OMS, 2021). Le evidenze mettono in luce che gli operatori sanitari che lavorano nella risposta al COVID-19 possono essere esposti a rischi professionali che li mettono a rischio di malattia, lesioni e persino morte. Questi rischi includono infezioni professionali con COVID-19, disturbi della pelle e stress da calore dovuti all'uso prolungato di dispositivi di protezione individuale, esposizioni a tossine a causa di un maggiore uso di disinfettanti, disagio psicologico, stanchezza cronica e stigmatizzazione, discriminazione, violenza fisica e psicologica e molestie. Per proteggere la salute degli operatori sanitari sono necessarie misure ben coordinate e globali per la prevenzione e il controllo delle infezioni, la salute e la sicurezza sul lavoro, la gestione del personale sanitario e il sostegno psicosociale e della salute mentale. Misure insufficienti in materia di salute e sicurezza sul lavoro possono comportare un aumento dei tassi di malattie professionali tra gli operatori sanitari, alti tassi di assenteismo, riduzione della produttività e diminuzione della qualità dell'assistenza.

Il documento si sofferma ad analizzare il carico di lavoro, il tempo e l'organizzazione del lavoro, evidenziando come gli operatori sanitari siano costretti a carichi di lavoro molto più pesanti con orari di lavoro particolarmente dilatati nel tempo. Questa situazione può causare mancanza di energia, stanchezza cronica, diminuzione di vigilanza, coordinazione ed efficienza, aumento del tempo di reazione, cognizione alterata e cambiamenti di umore. È quindi necessario adottare misure per organizzare in modo ottimale gli orari di servizio, i turni e i riposi. Solitamente, cinque turni di 8 ore o quattro turni di 10 ore a settimana sono tollerabili, turni più lunghi possono causare affaticamento e richiedere giorni di riposo più frequenti. Durante la sera e la notte, i turni più brevi (ad esempio otto ore) sono meglio tollerati rispetto a turni più lunghi. L'affaticamento è intensificato dal lavoro notturno a causa della sonnolenza e del sonno diurno inadeguato. Si consiglia di preferire la rotazione dei turni in senso orario (dalla

mattina al pomeriggio alla sera), tenendo conto delle preferenze dei lavoratori e delle condizioni locali. L'OMS suggerisce di bilanciare turni di lavoro più leggeri e più pesanti, di esaminare le richieste di lavoro rispetto alla lunghezza del turno e di stabilire politiche relative alla durata dell'orario di lavoro e delle pause di riposo. Inoltre, consiglia di fornire frequenti brevi pause di riposo durante i compiti lavorativi più impegnativi e di pianificare uno o due giorni interi di riposo in seguito a cinque turni consecutivi di 8 ore o quattro turni di 10 ore. Se necessario, suggerisce di fornire alloggi agli operatori sanitari durante le operazioni di emergenza con accesso a servizi di ristorazione o pasti pronti, servizi igienici e opportunità ricreative.

Il documento specifica, inoltre, che grossa parte del personale sanitario è vittima di violenze, molestie e stigmatizzazione. I fattori di rischio più diffusi per la violenza sul posto del lavoro includono stress e affaticamento, affollamento, misure di prevenzione e controllo specifiche per COVID-19, tracciamento dei contatti e relazione difficoltosa con pazienti e/o loro parenti (es. lunghi tempi di attesa dei pazienti, onere della trasmissione di prognosi negative e il non consentire l'accesso ai corpi dei propri cari defunti). Gli operatori sanitari possono essere visti come "minacce di infezione" all'interno della comunità, proprio per il loro stretto contatto giornaliero con pazienti contagiati, e a causa di ciò devono affrontare discriminazione e stigma da parte della società. È stato riportato infatti che diversi operatori sanitari sono stati vittime di violenze sia sul posto di lavoro, sia sul tragitto casa-lavoro. Può aumentare il rischio di violenza indossare indumenti da lavoro o altri segni che rendono riconoscibile la professione nel momento in cui ci si trova in spazi aperti o pubblici. Le violenze e le molestie sul posto di lavoro hanno effetti particolarmente negativi sull'organizzazione, sul mantenimento del personale, sul benessere fisico e mentale degli operatori sanitari e sulla qualità di servizio offerto ai pazienti. Queste violenze e discriminazioni devono essere prevenute ed eliminate, alcuni paesi a questo scopo hanno adottato una legislazione specifica che fornisce protezione al personale sanitario. L'OMS suggerisce di stabilire procedure per vietare discriminazioni e molestie e promuovere un trattamento equo dei lavoratori. Propone di effettuare briefing sulla sicurezza personale nelle aree ad alto rischio e intraprendere iniziative atte a sensibilizzare nonché provvedere alla formazione su violenza e molestie. Altre misure suggerite includono il fornire indicazioni tempestive e accurate al personale e ai pazienti per ridurre l'incertezza e

l'angoscia, semplificare il flusso dei pazienti onde evitare affollamenti e lunghi tempi di attesa, garantire un accesso sicuro da e verso il luogo di lavoro e uscite di emergenza facilmente identificabili, dotare di sistemi di allarme dove è previsto il rischio, avere protocolli in atto per segnalare, indagare e rispondere ad episodi di violenza, stigma e discriminazione in un ambiente privo di colpe.

Il testo suggerisce, inoltre, di introdurre misure per proteggere i denunciatori, le vittime, i testimoni e gli informatori contro la vittimizzazione o le ritorsioni e garantire la protezione della riservatezza. Infine, propone di fornire assistenza confidenziale, consulenza e sostegno alle vittime di violenza, molestie e stigmatizzazione.

Il documento riferisce che la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari possono essere influenzati dagli effetti del COVID-19. Ciò può essere causato dal contatto con i pazienti infetti, da impedimenti percepiti a svolgere il proprio lavoro, da un supporto organizzativo insufficiente, dalla redistribuzione forzata a posti di lavoro con livelli di rischio più elevati, dalla mancanza di fiducia nelle misure protettive e dal lavoro come infermiere. I fattori di rischio personali per la salute mentale degli operatori sanitari includono livelli più bassi di istruzione, formazione inadeguata, minore esperienza clinica, lavoro come dipendente part-time, aumento del tempo in quarantena, isolamento sociale, avere figli a casa, reddito familiare inferiore, età più giovane, sesso femminile, condizioni di salute fisica comorbide e l'impatto della pandemia sul loro stile di vita personale. Questi rischi rendono gli operatori sanitari vulnerabili alle comuni condizioni di salute mentale, tra cui ansia, depressione e insonnia. I problemi di salute mentale possono contribuire a ridurre le prestazioni, aumentare le assenze, le dimissioni del personale o un maggiore turnover, una riduzione dell'efficienza e una maggiore possibilità di errore umano. La guida provvisoria dell'OMS specifica gli interventi a sostegno dei problemi di salute mentale degli operatori sanitari a livello individuale:

1. Attuare misure di sorveglianza per rilevare incidenti critici e mitigare il loro impatto sulla salute mentale degli operatori sanitari.



2. Garantire che a tutti gli operatori sanitari siano fornite comunicazioni di qualità e aggiornamenti accurati delle informazioni e che i lavoratori passino da funzioni a stress più elevato a funzioni a stress inferiore.
3. Associa lavoratori inesperti con colleghi esperti
4. Garantire la disponibilità e facilitare l'accesso ai servizi riservati di salute mentale e di sostegno psicosociale per gli operatori sanitari, compresi i servizi forniti a distanza o in loco.
5. Fornire meccanismi per l'identificazione precoce e confidenziale e la gestione di ansia, depressione e altre condizioni di salute mentale e avviare strategie di supporto psicosociale e interventi di prima linea.
6. Promuovere una cultura della prevenzione della salute mentale tra gli operatori sanitari e i dirigenti sanitari.
7. Garantire che gli operatori sanitari che sviluppano condizioni di salute mentale e cercano aiuto possano tornare (Maslach et al., 2001) al loro lavoro senza stigmatizzazione o discriminazione

In sintesi, questo capitolo ha introdotto il contesto entro quale questa tesi si vuole muovere: la pandemia di COVID-19 e le conseguenze riguardanti il personale sanitario. Nei successivi capitoli si andrà ad analizzare dapprima il fenomeno del burnout, successivamente si offrirà una panoramica più dettagliata delle conseguenze della pandemia sulla categoria degli infermieri tramite studi quantitativi e qualitativi. Infine, verranno tratte conclusioni relativamente alle interim guidance proposte dall'OMS.

## **Burnout e organizzazioni in stato di emergenza**

### *2.1 Burnout: definizione e origine del costrutto*

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato una sfida per il sistema sanitario italiano, esponendo gli operatori sanitari ad un carico di lavoro molto superiore al normale. Il burnout, in questo contesto, si figura come una minaccia per la salute fisica e psicologica degli operatori

sanitari. Questo secondo capitolo esaminerà quindi il fenomeno del burnout, descrivendone definizioni, origini, caratteristiche, approcci, effetti sui lavoratori e possibili interventi. Proverà inoltre ad analizzare i corretti comportamenti e le strategie da mettere in atto in un'organizzazione nella gestione di un'emergenza, come può essere quella del COVID-19.

Il job burnout (Maslach et al., 2001) è un fenomeno caratterizzato da esaurimento (sensazione di essere emotivamente svuotato unita a stanchezza psicofisica), disaffezione lavorativa (atteggiamento negativo e distacco verso l'attività lavorativa) e ridotta efficacia professionale (percezione di diminuzione o perdita della propria competenza professionale e del proprio desiderio di successo). Originariamente questo concetto era in prevalenza conosciuto in ambito socio-sanitario, ma numerosi studi analizzarono e rilevarono la sua generalizzabilità e rilevanza nei contesti più diversificati (Leiter & Schaufeli, 1996). Il job burnout può essere considerato come un segnale di malessere diffuso che si esprime attraverso più individui, di conseguenza può essere affrontato e compreso solo se lo si considera all'interno del contesto dell'organizzazione entro la quale si manifesta (Borgogni & Consiglio, 2005). Può essere inoltre osservato all'interno di un continuum, ai quali estremi si collocano il job burnout e il suo opposto, ovvero il job engagement (inteso come la propensione dell'individuo a lavorare con molta energia, essendo emotivamente coinvolto e sentendosi efficace nelle proprie mansioni) (Maslach et al., 2001).

L'origine di questo concetto non è da ricercare in ambito accademico, bensì come effettiva esperienza di alcune e particolari categorie di lavoratori e professionisti. Nasce infatti all'interno di tutte quelle professioni il cui l'obiettivo dell'attività lavorativa è orientato alla cura, all'aiuto e alla riabilitazione dell'utenza. Il target del burnout è quindi rappresentato da medici, infermieri, insegnanti, educatori, poliziotti, operatori sociali che riferiscono di un malessere diffuso che nasce e si sviluppa all'interno della propria organizzazione lavorativa. Queste professioni sono accomunate dall'essere disponibili, empatici, presenti nella relazione di aiuto e dal prestare cure. Tutte queste attività richiedono un forte dispendio di energia psicologica, in modo particolare quando l'utente presenta un disagio non curabile o non vuole essere aiutato. Per ridurre la frustrazione e il senso di colpa provato, l'operatore diventa pessimista, cinico, e risulta anche freddo e distaccato nei confronti degli utenti. I primi sintomi

dimostrati, quali il distacco emotivo e l'insofferenza verso l'utenza, sono sintomi che insorgono allo scopo di aiutare e proteggere psicologicamente l'operatore che si interfaccia con gli utenti. In questo contesto, di distacco, pessimismo e ostilità, il burnout si auto-rinforza. L'auto-rinforzo è dato proprio dai sentimenti che l'operatore prova, che lo conducono al fallimento della relazione di aiuto. Il fallimento provoca altri sentimenti negativi, che creano un processo a spirale che va a rafforzare i sentimenti di burnout (Borgogni et al., 2005). Il burnout può essere quindi considerato come il risultato di uno squilibrio prolungato tra investimenti e risultati e tra richieste e risorse (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Fu Freudenberg il primo studioso a individuare e affrontare in ambito accademico il burnout, definendo il costrutto riscontrato nelle helping professions. Cristina Maslach propose la prima sistematizzazione teorica del burnout all'interno del suo testo *Burnout. The cost of caring* (1982). All'interno di questo classico l'autrice raccoglie testimonianze di lavoratori colpiti da burnout, ed in base agli aspetti comuni riscontrati l'autrice elabora una definizione di burnout - ancora oggi molto utilizzata -. Per Maslach il job burnout può essere definito come una sindrome da stress cronico, caratterizzato da tre dimensioni:

1. Esaurimento emotivo: sensazione della persona di aver bruciato tutte le energie psicologiche, in quanto si sente svuotata e senza risorse fisiche ed emozionali utili ad affrontare la vita lavorativa. Rappresenta la componente più legata al benessere fisico e psicologico della persona. Può considerarsi una dimensione necessaria, ma non sufficiente alla comparsa del job burnout.
2. Depersonalizzazione: è la componente intrapersonale del job burnout e si caratterizza da un distacco nella relazione con gli utenti/clienti tramite un processo di deumanizzazione. Gli utenti vengono trattati come oggetti e numeri, piuttosto che come persone. Questo processo potrebbe essere ricondotto al meccanismo proiettivo di colpevolizzazione della vittima, nel tentativo di evitare la sensazione di minaccia percepita dalla relazione con l'utente.

3. Ridotto senso di riuscita personale: rappresenta la componente di valutazione di se del job burnout ed è caratterizzata da un senso di inadeguatezza sempre crescente, dalla mancanza di fiducia circa le proprie possibilità di riuscita nell'attività professionale.

A partire dalle sue definizioni, Maslach crea il primo questionario per il burnout, l'MBI-Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981) (Maslach et al., 1996). Sempre secondo i primi scritti della Maslach (1978), le tipologie di utenza più stressanti sono quelle in relazione alle quali l'operatore patisce un confronto tra ruolo di aiuto e funzione di controllo sociale (come nel caso di psicotici, detenuti e tossicodipendenti).

Alla luce dell'estensione del costrutto del burnout a contesti lavorativi più generali, anche lo strumento di misura viene modificato. L'MBI, dapprima costruito solo in relazione al burnout relativo alle helping professions, viene modificato in MBI-General Survey estendendo il costrutto a più organizzazioni e contesti lavorativi.

Un ulteriore lavoro sul costrutto del burnout effettuato da Maslach e Leiter (1999) riformula le tre dimensioni costitutive del burnout: esaurimento, efficacia professionale o inefficacia, disaffezione lavorativa. La disaffezione lavorativa è la dimensione che più si scosta dalla definizione originale, per cui si intende un generico atteggiamento di indifferenza, freddezza e distanza emotiva dal lavoro.

Il burnout viene definito oggi dall'ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) come una sindrome concepita come risultato dello stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo. Si riferisce specificamente a fenomeni nel contesto occupazionale e non dovrebbe essere applicato per descrivere esperienze in altre aree della vita.

Si caratterizza per tre dimensioni: (Borgogni & Consiglio , 2005)

1. Sentimenti di esaurimento o esaurimento dell'energia
2. Aumento della distanza mentale dal proprio lavoro o sentimenti di negativismo o cinismo legati al proprio lavoro;
3. Senso di inefficacia e mancanza di realizzazione.

## 2.2 I principali approcci al burnout

Nella loro ricognizione della letteratura del job burnout, Borgogni e Consiglio (2005) mettono in luce i principali approcci al concetto in esame, riassumendoli e dividendoli in quattro prospettive generali.

Una delle prime prospettive che le autrici analizzano pone l'accento sull'individuo e la centralità delle sue predisposizioni individuali (per esempio tratti, caratteristiche e vulnerabilità psicologiche) nel determinare l'insorgere del fenomeno. Questa prospettiva, che vede la presenza di determinate caratteristiche individuali come causa principale del burnout, conduce a proporre interventi che si concentrano sulla cura dell'individuo, andando ad agire e modificare le dimensioni personali piuttosto che quelle organizzative o di contesto. All'interno di questa prospettiva si possono distinguere tre approcci:

- **Approcci psicodinamici:** questo approccio sostiene che il burnout colpisca i *super-achiever*, ossia le persone con un commitment molto elevato e che presentano un'immagine idealizzata di sé stessi. Chi soffre di job burnout utilizza le sue energie, anche di fronte ad errori, per mantenere la percezione idealistica di sé attraverso strategie di difesa dalla realtà e dal proprio vero sé, come ad esempio il distacco e il disimpegno. La persona colpita da job burnout può quindi presentare un disturbo narcisistico di personalità che influenza le sue attività lavorative. Il concetto di burnout ruota attorno al senso di autostima dell'operatore fondato su un'illusione di grandezza.
- **Approcci cognitivi:** Edelwich e Brodsky (1980) sostengono che il job burnout ha origine dalle aspettative idealistiche nei confronti dell'attività lavorativa. Queste giocano un ruolo fondamentale, soprattutto nell'insorgenza del processo di illusione che caratterizza il burnout. Il processo di illusione si sviluppa tramite il confronto tra le aspettative e la realtà lavorativa. Meier (1983), in linea con l'approccio cognitivo-comportamentale, parla di aspettative (e non di ideali), distinguendone tre tipologie: aspettative di rinforzo, di risultato e di efficacia, che vengono deluse non trovando corrispondenza con la realtà lavorativa quotidiana. Secondo Pines (1993) l'individuo,

trovandosi in un ambiente lavorativo stressante e che non corrisponde alle sue aspettative, sperimenta un senso di fallimento che lo conduce al burnout.

- Approcci appartenenti alla tradizione degli studi sullo stress lavorativo: il job burnout insorge nel momento in cui l'individuo si rende conto di non possedere le risorse che gli sono necessarie per affrontare le richieste esterne.

La seconda prospettiva individuata dalle autrici risulta più attenta alla dimensione interpersonale. Maslach, per prima, ipotizza come causa primaria di burnout oltre che le caratteristiche individuali, anche il sovraccarico emozionale a cui l'operatore si trova esposto. L'ipotesi è che l'esaurimento emotivo sia la prima conseguenza delle eccessive richieste interpersonali quantitative e qualitative. Maslach sottolinea il ruolo fondamentale del sostegno sociale come mediatore nella relazione tra caratteristiche individuali e sviluppo della sindrome del burnout. Anche la prospettiva di Buunk e Schaufeli (1993) risulta condividere una dimensione interpersonale. La loro prospettiva si basa sul principio di reciprocità delle relazioni sociali e si concentra sulla modalità degli individui di percepire e interpretare il comportamento delle altre persone. Nel caso del burnout lavorativo, si ha la percezione di una mancanza di reciprocità dei soggetti coinvolti nella relazione di aiuto. Ciò provoca malessere nei soggetti, che li spinge a tentare di ricreare un equilibrio nella relazione. L'operatore però, dopo aver provato a moltiplicare i suoi sforzi per soddisfare l'utente senza alcun risultato, tende a dare sempre meno nelle sue attività lavorative in modo da trovare una maggiore equità tra investimento di risorse ed energie in relazione al guadagno. I due autori sostengono inoltre che il job burnout è caratterizzato da contagio emozionale: una volta sviluppatosi burnout in alcuni soggetti, esso si diffonde a macchia d'olio anche in altri colleghi.

L'ultima prospettiva porta avanti un approccio di tipo sociologico al burnout. Secondo questa prospettiva il burnout è visto come conseguenza del declino del senso di comunità. Questa prospettiva parte dalle considerazioni di Émile Durkheim e Ferdinand Tönnies riguardo il passaggio dalla comunità alla società industrializzata. Questo passaggio, caratterizzato dall'organizzazione burocratica, ha portato alla perdita dei sistemi di sostegno primario e alla

conseguente tendenza verso uno stato di anomia. È il declino dello stile di vita comunitario a favorire il job burnout attraverso quattro modalità:

- Incremento della domanda dei servizi sociosanitari
- Diminuzione della capacità delle reti informali di far fronte a tale disagio
- Mancanza di fiducia dei cittadini verso servizi sociali e il sistema sanitario
- Diverso atteggiamento nei confronti dell'attività lavorativa, oggi vissuta come elemento di sostegno all'identità e all'autenticità individuale.

Borgogni e Consiglio sottolineano però l'esistenza di una prospettiva integrativa dei vari approcci precedentemente analizzati. Questa vede il burnout alla luce dell'integrazione e dell'intreccio tra caratteristiche individuali, fattori interpersonali, ambientali e sociali.

### *2.3 Gli effetti del burnout*

Gli effetti e le conseguenze del burnout possono essere individuati a tre livelli diversi: il primo livello è quello individuale, il secondo è relativo agli atteggiamenti verso il lavoro, mentre l'ultimo è il livello organizzativo. A livello individuale è possibile riscontrare disturbi psicosomatici, disturbi depressivi e abuso di sostanze. A livello di atteggiamenti verso il lavoro sono stati riscontrati abbassamento della soddisfazione lavorativa e dell'organizational commitment e un aumento dell'intenzione di lasciare il posto di lavoro. Secondo Cherniss (1992) però, molti lavoratori colpiti da job burnout sono costretti, per ragioni diverse, a restare in quel posto di lavoro, creando così ulteriori effetti negativi a livello sia individuale che organizzativo. A livello organizzativo gli effetti riscontrati riguardano l'assenteismo, il turnover, il calo della performance e della qualità del servizio ai clienti (Borgogni & Consiglio, 2005). Più in generale il burnout può contribuire allo sviluppo di comportamenti sul lavoro negativi, ostili e cinici (Patel et al., 2018).

### *2.4 Gli interventi*

Gli interventi e le tipologie di trattamento in relazione al burnout possono essere distinti in due gruppi: azioni di prevenzione e interventi volti al trattamento e alla riabilitazione. Gli interventi

di prevenzione si pongono come obiettivo quello di ridurre i fattori di rischio del job burnout e di potenziare le capacità delle persone di affrontare gli stressor. Questa tipologia di interventi ha anche lo scopo di promuovere il job engagement. Invece, gli interventi di trattamento e riabilitazione agiscono nel momento in cui i soggetti già sperimentano burnout.

Secondo un'ulteriore classificazione, proposta da Schaufeli ed Enzmann (1998), gli interventi in relazione al burnout possono essere distinti a seconda dei soggetti a cui sono rivolti: individuo, organizzazione o relazione tra individuo e organizzazione.

Gli interventi rivolti ai singoli individui sono più spesso interventi rivolti alla prevenzione del job burnout. Tra le tecniche utilizzate si trovano il self-monitoring e il self-assessment, tecniche di gestione dello stress e di rilassamento e tecniche cognitivo-comportamentali (ad esempio la terapia relazionale emotiva per la prevenzione secondaria). Lo scopo di queste tecniche è volta all'aumento della consapevolezza di sé, delle proprie emozioni e al miglioramento della capacità individuale di affrontare lo stress lavorativo. La psicoterapia e il counseling possono essere utilizzati nel momento in cui un individuo è già stato colpito da burnout. Questa tipologia di interventi risulta comunque poco efficace, poiché si concentra unicamente sull'atteggiamento dell'individuo, senza tenere conto dell'organizzazione e del contesto all'interno della quale la problematica nasce, si sviluppa e permane. L'individuo, quindi, può capire come affrontare lo stress lavorativo, ma le cause dello stress permarranno all'interno dell'organizzazione.

Gli interventi rivolti all'organizzazione si concentrano sui fattori organizzativi, quantitativi e qualitativi che solitamente sono legati all'insorgenza dello stress. Tipologie di interventi comprendono l'alleggerimento del carico di lavoro, la riduzione dell'orario di lavoro, l'allargamento delle attività lavorative (includendo attività più significative e challenging), la realizzazione di chiare e definite job descriptions (per ridurre l'ambiguità di ruolo), la promozione dello sviluppo delle carriere e della presa di decisione partecipata. In altri casi le organizzazioni hanno creato dei propri servizi di counseling, oppure hanno aderito a programmi EAP's (Employee Assistance Programmes) per l'assistenza ai lavoratori e la promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori. Nel caso di estrema necessità, l'ultima strada che è



possibile percorrere è quella dell'outplacement; caso in cui non vi sia l'opportunità o la volontà di recuperare in qualche modo l'individuo e il rapporto lavorativo.

Gli interventi centrati sull'interazione individuo-organizzazione considerano il grado di mismatch tra la persona e l'organizzazione e si focalizzano sulle percezioni del proprio lavoro, dell'organizzazione, dei valori, degli utenti, del capo e del gruppo di lavoro. In questo caso è necessario uno sforzo di tutta l'organizzazione per la strutturazione di un intervento. L'organizzazione deve dimostrare la volontà di intraprendere un percorso di riflessione e di cambiamento, contando contemporaneamente sull'attiva partecipazione e il coinvolgimento dei dipendenti. L'intervento prevede un momento diagnostico (realizzato tramite la somministrazione di questionari a tutto il personale), uno di restituzione dei risultati e in ultimo la fase di intervento vera e propria in cui vengono istituiti dei gruppi di lavoro che discutono dei diversi risultati emersi e avanzano proposte per il cambiamento.

Qualsiasi tipologia di intervento venga intrapreso, esso rimane essenzialmente legato alla «domanda» posta dall'organizzazione, ed è quindi connesso alla percezione del problema da parte del committente e dalla sua disponibilità. Spesso le organizzazioni preferiscono attuare interventi che rivolgono la loro attenzione ai soli singoli individui, sia per la convinzione che il job burnout rappresenti una problematica individuale, sia per evitare di mettere in discussione le abitudini organizzative ormai consolidate. Azioni rivolte ai singoli individui rischiano però di tradursi in interventi «tampone» o di facciata, e raramente possono incidere sui reali fattori che contribuiscono all'insorgenza del fenomeno.

Alcuni aspetti di cui tenere conto nell'adottare una strategia di intervento (Borgogni & Consiglio, 2005):

1. Analizzare la domanda di intervento;
2. Definire la committenza dell'intervento e gli obiettivi che si intendono raggiungere;
3. Procedere con un programma di ricerca-intervento indagando, oltre al job burnout, quell'insieme di variabili che possono essere ad esso collegate (efficacia personale, efficacia collettiva, carico di lavoro, riconoscimento, rapporto con i superiori, con i colleghi...);

4. Utilizzare un approccio multimetodo, attraverso la somministrazione di questionari, colloqui e focus group;
5. Prestare attenzione al grado di compatibilità (fit) tra individuo e organizzazione;
6. Restituire al committente e al personale i risultati della parte diagnostica in modo tale da intraprendere un percorso di intervento comune e condiviso;
7. Procedere a più livelli (individuo-gruppo-organizzazione) intervenendo sulle criticità emerse.

### *2.5 Le organizzazioni in situazioni di emergenza*

Le organizzazioni nel corso della loro esistenza possono ritrovarsi a dover gestire situazioni di emergenza, come può essere l'emergenza del COVID-19 per il Sistema Sanitario (Argentero & Cortese, 2018). Le emergenze, per essere chiamate tali devono provocare forti emozioni ed evidenti ripercussioni negative sull'equilibrio psicofisico. Un'altra caratteristica distintiva dell'emergenza è l'imprevedibilità e la conseguente impossibilità di essere preparati psicologicamente per affrontarla.

Con crisis management ci si riferisce allo studio e all'implementazione di strategie di gestione di situazioni critiche e di emergenza. L'intervento psicologico nei contesti di emergenza ha l'obiettivo di ristabilire condizioni di normalità, aiutando soprattutto le persone che si sono ritrovate a contatto di situazioni estremamente traumatiche. Le funzioni svolte dalla psicologia applicata nella gestione delle emergenze riguardano: il lavoro con organismi pubblici e privati nell'attivazione di interventi, la promozione del recupero dell'identità e della sicurezza collettiva e la facilitazione della riparazione del tessuto sociale lacerato.

È possibile definire una crisi come un evento dotato di scarsa probabilità e di un forte impatto, in grado di incidere negativamente sul normale funzionamento dell'individuo e del sistema sociale. La crisi è caratterizzata da cause a volte non immediatamente identificabili e da interventi non univoci, che spesso necessitano di elevata rapidità decisionale. Per affrontare una crisi è necessario che vengano progettate in maniera anticipata tutte le possibili strategie per affrontare l'evento critico. Nella gestione di una crisi è necessaria una comunicazione chiara e

rapida tra gli operatori impegnati nelle attività di gestione e soccorso, ma anche la capacità di elaborare rapidamente gli elementi del problema da fronteggiare osservando la situazione da molteplici punti di vista.

Il crisis management si compone di tre momenti: *prevenzione, intervento e gestione degli effetti a lungo termine*. Importante nell'ottica di *prevenzione* è formare adeguatamente gli operatori su come affrontare possibili situazioni minacciose e creare di conseguenza un team adatto al crisis management e un centro di comando. Allo scopo di definire piani d'azione strutturati per i possibili eventi critici, è necessario condurre delle valutazioni dei rischi individuando le vulnerabilità dell'ambiente sul quale si sta effettuando l'intervento preventivo. Le squadre addette al soccorso devono conoscere i piani d'azione per poterli mettere in atto in situazioni critiche, a questo scopo infatti vengono svolte esercitazioni. Sempre in ottica preventiva vengono preparati dei piani di comunicazione per poter mettersi in contatto con altre strutture addette al soccorso. È fondamentale che gli operatori possano comunicare rapidamente e in modo continuativo con i colleghi appartenenti ad altre strutture operative. La prevenzione, infine, prevede anche l'impostazione di possibili piani di recupero da realizzare in seguito all'evento critico. Ogni *intervento* dovrebbe essere strutturato in modo da attivare tempestivamente le squadre di intervento e valutare la crisi tramite quattro fattori principali:

- Fattori protettivi: Fattori in grado di mitigare gli effetti negativi di possibili situazioni critiche
- Fattori di predisposizione: Elementi che rendono un sistema più vulnerabile a situazioni pericolose o ne diminuiscono le capacità di gestione efficace
- Fattori di precipitazione: Elementi in grado di far scaturire l'evento critico
- Fattori di perpetuazione: permettono di verificare se il sistema possiede elementi in grado di perpetuare la crisi nel tempo o che altri eventi della stessa natura si verifichino in seguito

Ogni intervento ha l'obiettivo di contenere la crisi, limitando il più possibile i possibili esiti negativi di natura fisica e psicologica. La *gestione degli effetti a lungo termine* include tutte le operazioni svolte al fine di gestire le conseguenze negative a lungo termine derivanti

dall'evento critico e di riabilitare le persone e l'intera comunità dal punto di vista fisico, psicologico ed economico. Gli effetti a lungo termine comprendono: rischi psicosociali per il personale di emergenza, stress, traumatizzazione vicaria e burnout. I rischi psicosociali per il personale d'emergenza riguardano le conseguenze che gli eventi traumatici possono esercitare sulle professioni a rischio. In questi casi il personale di emergenza presenta spesso reazioni negative livello psicologico, sociale e fisico, con potenziali conseguenze sul piano sia personale sia professionale. Lo stress è uno dei principali rischi occupazionali e perché si sviluppi una condizione patologica di stress posttraumatico è necessaria l'interazione tra fonti di stress acuto e stress cronico, nonché la pregressa storia del soggetto in termini di traumi vissuti. Il soggetto risulta maggiormente in grado di far fronte alla situazione se si è già confrontato precedentemente con esperienze traumatiche e di stress, viceversa, se la situazione risulta totalmente nuova per il soggetto esso rimane privo delle necessarie risorse per fronteggiarla. La traumatizzazione vicaria è un malessere psicologico che si vive a causa del contatto diretto con persone che stanno vivendo o hanno vissuto eventi fortemente traumatici. Il malessere psicologico provato in questi casi dagli operatori delle emergenze è del tutto sovrapponibile a quella provata dalle vittime dirette. Il burnout, come già citato in precedenza, può portare allo sviluppo di sintomi di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta efficacia personale. Affinché si sviluppi è necessaria l'esperienza di stressor acuti (situazioni violente a impatto estremamente stressante) e la presenza di stressor cronici sul piano organizzativo. Il burnout include sensazioni di scarsa efficacia professionale, di incompetenza e di mancata capacità di raggiungere i propri risultati lavorativi.

Al fine di gestire il post-emergenza, possono essere utilizzate due tecniche psicologiche: il defusing e il debriefing. Il defusing è un primo soccorso emotivo delle vittime dirette e indirette condotto non necessariamente da uno psicologo. La finalità è condividere l'esperienza vissuta riducendo il senso di isolamento che i singoli possono percepire dopo il trauma e aiutandoli a riacquisire una sorta di normalità. Può essere individuale oppure prevedere la costituzione di gruppi omogenei di sei o otto persone che abbiano condiviso la medesima situazione. Il debriefing è un efficace processo psicologico che consente di prevenire risposte disfunzionali in seguito a situazioni critiche, ristabilire un adeguato funzionamento psicologico e attivare il

necessario supporto sociale, affinché le vittime dirette o indirette siano di nuovo in grado di dare un senso alla propria vita, limitando il rischio che le reazioni sviluppate immediatamente dopo l'evento possano aggravarsi e cronicizzarsi. Viene effettuato solitamente dopo il defusing e tale tecnica è particolarmente raccomandata alle helping professions. Entrambe le tecniche possono essere condotte individualmente o possono prevedere la costituzione di gruppi omogenei di sei/otto persone che abbiano condiviso la medesima situazione.

### **Conseguenze della pandemia sul personale infermieristico**

#### *3.1 Gli infermieri dopo un anno di pandemia: studi quantitativi*

L'interesse e lo studio nei confronti dell'ambiente lavorativo infermieristico ha sempre destato notevole interesse. Questa particolare professione, unita al suo ambiente lavorativo, risulta non poco incline allo sviluppo non solo di burnout, ma anche di insoddisfazione lavorativa, che induce ad alti livelli di turnover (Purdy et al., 2010). Il lavoro infermieristico è un lavoro composto di pratiche legate soprattutto alla cura e all'assistenza dell'utenza, caratteristiche lavorative che risultano i fattori cardine di predisposizione per il burnout. Secondo una revisione teorica relativa al burnout in ambito infermieristico (Dall'ora et al., 2020), altri fattori che predicano la presenza del burnout sono: carico di lavoro elevato, incongruenza di valori, scarso controllo sul lavoro e sulla autonomia gestionale, clima e supporto sociale poco favorevoli, nonché basse ricompense. Non sono però gli unici, altri fattori comprendono livelli bassi o inadeguati di personale infermieristico, turni superiori o uguali alle 12 ore, bassa flessibilità di orario, elevate richieste lavorative o psicologiche, bassa varietà di compiti, conflitti di ruolo, autonomia limitata, rapporto infermiere-medico negativo, poco supporto e leadership inadeguata, rapporti tra colleghi negativi e insicurezza lavorativa. Le conseguenze, e quindi gli esiti del burnout si riscontrano successivamente in prestazioni lavorative ridotte, qualità delle cure inadeguata, limitato interesse verso il paziente che porta ad una scarsa qualità delle cure, errori terapeutici e rischi di infezione.

Il COVID-19 e le condizioni lavorative ad esso associate non hanno fatto altro che accentuare e incrementare i livelli di burnout e le sue conseguenze. Una meta-analisi, condotta allo scopo

di monitorare i cambiamenti psicologici degli infermieri dopo un anno di pandemia, sottolinea come questa categoria di lavoratori sia stata la più colpita lavorativamente e abbia dovuto subire le conseguenze più dure (Al Maqbali et al., 2021). Il rischio di infezione portato dalla pandemia ha aumentato il carico di lavoro degli infermieri, poiché non solo rappresentano la maggior parte del personale sanitario, ma lavorano anche a stretto contatto con i pazienti infetti. Il Consiglio Nazionale degli infermieri ha stimato che nel giugno 2020, in tutto il mondo e a pochi mesi dall'inizio della pandemia, sono 600 gli infermieri morti a causa del virus contratto in ambiente lavorativo. I risultati della meta-analisi condotta su 93 studi ha riportato livelli di stress, ansia, depressione e disturbi del sonno elevati nel personale infermieristico, con una prevalenza in coloro che prestano servizio in prima linea. La prevalenza di stress, ansia, depressione e disturbi del sonno (rispettivamente 43%, 37%, 35% e 43%) suggerisce che almeno un terzo degli infermieri ha sperimentato durante il periodo pandemico queste condizioni psicologiche. Questi risultati sono superiori non solo a quelli riportati dalla popolazione generale nello stesso periodo, ma anche rispetto alla prevalenza riportata durante le epidemie di MERS e SARS tra gli infermieri (11% stress, 20% depressione, 30% ansia, 10% disturbi del sonno). Livelli così differenti potrebbero essere dovuti alla rapidità di diffusione del COVID-19 e alla sua mortalità, nonché alla carenza di dispositivi di protezione individuale, all'aumento dell'orario di lavoro e alle nuove linee guida per la gestione dei pazienti COVID.

Uno studio italiano (Rossi et al., 2020) condotto su infermieri nei giorni immediatamente precedenti al picco di contagio, rileva, oltre a tassi elevati di depressione, ansia, insonnia e stress, sintomi da stress post traumatico. Un secondo studio trasversale italiano (Gorini et al., 2020) imputa questa significativa incidenza di sintomi psicologici ad un'alta percezione del rischio di contagio per sé e per i familiari e ad una nuova routine lavorativa ospedaliera che comprende l'uso di dispositivi di protezione, aumento di tensione lavorativa e impossibilità di svolgere attività normali nel proprio tempo libero a causa del lockdown. Buselli et al. (2020) suggeriscono che lo stress post-traumatico derivi dalla conoscenza di eventi traumatici subiti da altri e dalla tensione derivante dall'esposizione al lavoro con coloro che soffrono le conseguenze di eventi traumatici.

È evidente come la salute psicologica degli infermieri, soprattutto in contesti di emergenza come quelli del COVID-19, debba essere riguardata. Essa, infatti, può avere un forte impatto sulle prestazioni e ridurre la qualità dell'assistenza fornita. Sono stati segnalati, purtroppo, diversi suicidi tra gli operatori sanitari, dovuti alle pressioni psicologiche e alla possibile paura di morire.

### *3.2 Attraverso le parole degli infermieri: studi qualitativi*

Ritengo sia fondamentale approfondire il tema anche attraverso le parole stesse di chi ha vissuto queste esperienze, così da comprendere a pieno quelle che sono le emozioni e i vissuti di chi ha lavorato in prima linea.

Uno studio descrittivo qualitativo condotto in Italia (Catania et al., 2021) ha esplorato le problematiche relative alla gestione infermieristica durante la pandemia, attraverso i racconti di infermieri italiani. Agli infermieri di prima linea e con esperienza diretta con pazienti COVID è stato chiesto di raccontare la propria esperienza in maniera libera, seguendo delle brevi linee guida su come preparare la narrazione. Sono state raccolte 23 testimonianze e da queste sono stati sviluppati sei metatemi.

Il primo tema riguarda il cambiamento organizzativo e la riorganizzazione aziendale. All'interno viene descritto come la pandemia abbia richiesto urgenti e importanti cambiamenti in brevissimo tempo. I cambiamenti hanno riguardato l'aumento di risorse materiali, come l'allestimento di nuovi reparti COVID-19, e la riassegnazione repentina del personale. Dalle parole degli infermieri si evidenzia come il cambiamento della struttura risulti particolarmente destabilizzante. Sono diversi invece i fattori a creare problemi nella riassegnazione del personale. Innanzitutto, in un clima di emergenza e di pandemia, nemmeno i lavoratori più anziani ed esperti hanno capacità e conoscenze per affrontare la situazione. In secondo luogo, a causa del forte tasso di contagio, non solo gli infermieri dovevano prendersi cura dei colleghi più anziani infettati, ma in alcuni casi gli infermieri neolaureati si sono trovati improvvisamente i professionisti più anziani nel reparto. Di seguito alcuni estratti delle testimonianze relative a questa prima tematica.

*(ID4): “È stato completamente stravolto, smontato e rimontato in pochi giorni, con la costruzione di nuovi reparti e nuovi gruppi di lavoro. Siamo sempre qui da un mese, tutti insieme abbiamo dovuto rivedere tutte le pratiche, rimettere in gioco tutte le consapevolezze per affrontare questa nuova situazione.” (p.407)*

*(ID8): “Il direttore del reparto stava prendendo accordi per cambiare il nostro bellissimo reparto. Da un giorno all’altro, il nostro reparto di urologia si è trasformato in una realtà COVID.” (p.407)*

*(ID22): “All’età di 22 anni, sono l’infermiera più anziana del dipartimento... Non hanno fornito alcuna formazione; eravamo a corto di personale e tutti inesperti.” (p.407)*

La seconda tematica analizzata riguarda i modelli di leadership adottati per gestire l’emergenza. All’interno dei diversi ospedali sono stati adottati diversi modelli di leadership, che influenzano in maniera diversa la qualità del posto di lavoro e la collaborazione tra colleghi. Nonostante i diversi modelli, un tema comune è l’identificazione del ruolo del coordinatore degli infermieri COVID-19. Questo ruolo è stato descritto positivamente dalla maggior parte degli infermieri, che lo hanno ritenuto uno strumento cruciale per affrontare la pandemia. All’interno di questa tematica rientrano i problemi relativi alla comunicazione riguardante la gestione dei cambiamenti. La comunicazione poteva avvenire in diversi modi: o direttamente con comunicazioni verbali a coloro che erano presenti, oppure tramite mezzi formali (ad esempio tramite e-mail o avvisi al personale). Molto spesso però, a causa delle continue direttive che annunciavano cambiamenti nelle diverse misure e procedure da adottare, la comunicazione risultava inefficace.

*(ID22): “Devo ringraziare la coordinatrice infermieristica che in due giorni ha trasformato il reparto.” (p.408)*

*(ID23): “Ogni giorno bisognava stare attenti alle mail che arrivavano con una modifica sui protocolli e sulle procedure... Una mattina ci hanno detto*



*che l'ospedale stava chiudendo e non sapevamo dove saremmo andati.”*

*(p.408)*

Il terzo tema riguarda i cambiamenti negli approcci infermieristici. Gli approcci sono dovuti mutare proprio a causa delle esigenze poste dal COVID-19 e questo mutamento ha evidenziato come nessun operatore avesse esperienza in questo tipo di emergenza. La mancanza di esperienza e le scarse direttive di comportamento hanno portato gli infermieri ad agire autonomamente, spesso a scapito della cura del paziente. La mancanza di autonomia, dovuta all'incertezza sulla maniera più corretta di offrire assistenza, ha portato molti infermieri a perdere fiducia nelle proprie certezze e competenze.

*(ID7): “Adesso devi prestare attenzione a tutto quello che fai, non ti senti più sicuro di fare quello a cui eri abituato, dipendi sempre da qualcun altro.”*

*(p.408)*

La successiva tematica tratta i problemi con l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Come già detto precedentemente, i dispositivi di protezione individuale hanno rappresentato una delle questioni più sentite dagli operatori sanitari e in grado di influenzare enormemente il loro comportamento e stato d'animo. Dai racconti viene citata la mancanza dei dispositivi, la loro inadeguatezza e la mancanza di indicazioni riguardo il corretto utilizzo.

*(ID20): “La mancanza di DPI ci sta distruggendo.” (p.408)*

*(ID18): “Una delle maggiori difficoltà è stata la mancanza di DPI, che ha creato grande frustrazione.” (p.408)*

La penultima tematica illustra l'impatto fisico e psicologico della pandemia sugli infermieri. Le emozioni più espresse dai racconti fanno riferimento all'iniziale stupore all'insorgere della pandemia, seguito dai dubbi e dalla continua paura di essere contagiati. L'ansia è stata spesso riportata in relazione all'incapacità di prendersi cura correttamente dei pazienti a causa delle restrizioni delle procedure di controllo delle infezioni. Ciò che è risultato faticoso dal punto di vista emotivo è stato il dover convivere con l'isolamento dei pazienti, impossibilitati a qualsiasi tipo di contatto esterno. Stress è stato inoltre causato dall'aumento del carico di lavoro e dal

trasferimento in reparti COVID-19. Conseguenze della pandemia si sono verificate anche nei confronti dell'ambito familiare: nel prevenire il contagio della famiglia, molti infermieri si sono auto isolati, costretti a stare lontani dai propri cari. Le conseguenze di questo isolamento si sono manifestate con insonnia e stati depressivi.

*(ID13): "Per la prima volta ho avuto paura di entrare in ospedale e di incontrare pazienti e colleghi." (p.409)*

*(ID3): "Sentire il disagio delle persone sole per così tanto tempo e senza poterle guardare negli occhi è stato devastante." (p.409)*

*(ID16): "Ho infettato mia madre che è morta." (p.409)*

Il sesto e ultimo tema estrapolato dalle narrazioni riguarda l'impatto che il COVID-19 ha avuto sul lavoro di squadra. Esso è risultato fondamentale per garantire assistenza sicura ai pazienti, ma anche per fornire supporto reciproco. La pandemia ha sicuramente causato diversi disagi nel lavoro in team, ma ha anche saputo innescare resilienza e rafforzare legami tra colleghi.

*(ID21): "Collaborazione con i colleghi, spirito di squadra, disponibilità verso pazienti e parenti e voglia di aiutare a superare questo terribile momento." (p.409)*

*(ID7): "La collaborazione con i medici è diventata ormai importante. Bisogna organizzare i ritmi l'uno dell'altro. C'è una collaborazione e una fiducia diversa." (p.409)*

*(ID7): "Stiamo crescendo come squadra: ci sentiamo come un esercito che combatte contro un nemico comune." (p.409)*

Arcadi et al. (2021) hanno condotto interviste semi-strutturate allo scopo di esplorare l'esperienza degli infermieri italiani impegnati nella cura di pazienti COVID-19. Dall'analisi delle interviste sono stati ricavati quattro temi principali: incertezza e paura, alterazione delle percezioni del tempo e dello spazio, cambiamento nel significato di "prendersi cura" e cambiamenti nei ruoli e nelle relazioni.

La paura è stata identificata come l'emozione che ha accompagnato gli infermieri durante tutta la pandemia. Si parla all'inizio di paura dell'ignoto, di una malattia sconosciuta che provoca alti tassi di contagi e di morte. Successivamente la paura si manifesta anche in inadeguatezza, relativa all'incapacità iniziale del personale di gestire l'emergenza. Ma la paura si manifesta anche come angoscia, in particolare angoscia e senso di colpa nella possibilità concreta di contagiare i propri familiari. Questi sono alcuni estratti delle interviste:

*(AD01): "Non c'è più alcun riferimento, lo sai. Eravamo semplicemente sopraffatti. Non sapevamo cosa fare e come intervenire. Ci siamo sentiti semplicemente sopraffatti." (p. 1114)*

*(AD02): "L'altra grande paura è portare il virus a casa e infettare le persone a te care, motivo per cui mi sono messo in autoisolamento [parla con voce tremante] e ho deciso di affittare una casa e andare a vivere da solo dove mi trovo adesso." (p. 1115)*

Dalle interviste emerge una percezione del tempo diversificata rispetto alla normalità. Il tempo viene spesso denominato come "prima del COVID-19" e "dopo il COVID-19", sintomo di una realtà vissuta prima e dopo l'avvenimento dell'emergenza. L'attenzione viene concentrata sul presente, il passato è il "prima del COVID-19" e il futuro è incertezza.

*(RA01): "Mi sembrano anni che non ho ricevuto la comunicazione, e invece sono passati solo tre mesi, perché tutto si era dilatato molto, come se ci fosse stata una bolla in cui rimanevamo tutti chiusi. C'è un prima e un dopo." (p.1115)*

*(PA01): "Eravamo stretti nella morsa del tempo, che ci ricordava la nostra impotenza [pianto], e vedevamo i pazienti peggiorare senza poter fare qualcosa per aiutarli." (p.1115)*

Tutti i partecipanti hanno poi parlato dell'esperienza di morte e della sua inevitabilità. Il COVID-19 contagia, non tiene conto delle differenze individuali tra le persone e miete vittime.

Vittime che vengono descritte come sole e abbandonate a loro stesse, il cui unico mezzo di comunicazione con il mondo esterno e i propri familiari è il cellulare.

*(PA02): “Non riesco nemmeno a 'digerire' tutte queste morti, cioè a rivedere il corpo avvolto nelle lenzuola, nelle stesse lenzuola del letto che abbiamo cambiato prima, per dire, nemmeno un ultimo cambio di lenzuola, un gesto di dignità, di cura, per onorare il corpo di ciò che era stato in vita.” (p.1115)*

*(SS03): “Vedere queste persone morire in totale solitudine mi ha colpito molto perché non avevano assolutamente modo di comunicare con i parenti o con le persone per loro importanti. C'eravamo solo noi.” (p.1115)*

*(AD 02): “Quasi tutti i pazienti prima della fase di induzione... prima di addormentarsi chiedevano la mano... contatto, come se fosse l'ultimo contatto con qualcuno, oltre la distanza.” (p.1115)*

Un cambiamento si è notato tramite i racconti dei partecipanti: gli infermieri riferiscono esperienze all'interno del gruppo di lavoro molto più positive. Percepiscono forte collaborazione non solo tra infermieri stessi, ma anche tra tutti gli altri gruppi professionali, nonostante le “*etichette dei titoli*”. Affrontare insieme l'emergenza ha aumentato lo spirito di coesione e di solidarietà reciproca. Nonostante ciò, gli infermieri riferiscono di aver percepito un forte senso di abbandono da parte dell'organizzazione degli ospedali, probabilmente a causa della mancanza di linee guida chiare e di adeguati dispositivi di protezione personale.

*(VS 01): “Allora aiutatevi a vicenda; aiutarsi a vicenda. Sappiamo che tutti noi eravamo sotto stress. Ecco diciamo che c'era molta vicinanza tra noi perché alla fine eravamo noi...solo noi.... Questo era particolarmente importante per noi soli a casa come me. La famiglia era il luogo di lavoro, i colleghi.” (p.1116)*

*(AD01): “L'aspetto negativo, con grande rammarico, lo segnalo al mio responsabile. Era una figura completamente assente e questo a livello infermieristico è disarmante, ci siamo sentiti completamente abbandonati dai*

*dirigenti e dall'organizzazione. (...) È stata un'assenza disarmante (...) il gruppo aveva bisogno di un riferimento (...) ci siamo salvati da soli...”*  
(p.1116)

*(PA 01): “Se devo essere sincero, non c'è stata una vera e propria linea di indirizzo da parte della direzione che dicesse: 'Guarda, domani farai questo; ci sarà questo e questo. Ci aspettiamo da voi tante cose e cambierà l'organizzazione aziendale'... Abbiamo usato male i DPI; all'inizio non c'era chiarezza... se ci penso eravamo tutti esposti al contagio.”* (p.1116)

Un ultimo studio interessante descrive le esperienze degli infermieri italiani che sono stati assegnati con urgenza ad una unità di terapia subintensiva COVID-19 (Danielis et al., 2021). È uno studio qualitativo condotto su 24 infermieri che hanno partecipato a quattro focus group. La domanda principale che è stata posta è la seguente: *“Puoi descrivere la tua esperienza di trasferimento urgente e obbligatorio in questa unità di terapia subintensiva di nuova creazione che si prende cura di pazienti affetti da COVID-19?”* È stata condotta un'analisi tematica sulle interviste, che sono riassumibili in 3 linee che descrivono l'esperienza di essere trasferiti in un reparto COVID-19: diventare un infermiere di prima linea, vivere un'esperienza professionale a doppia faccia e avanzare nella pratica infermieristica.

Nel vivere questo cambiamento gli infermieri riportano di aver sperimentato emozioni contrastanti soprattutto nella fase iniziale di reclutamento urgente dentro il reparto COVID-19. Alcuni hanno riferito di essere spaventati dall'idea di affrontare questa esperienza, altri hanno riscontrato una mancanza di informazione e preparazione. Mentre in generale sembra che questa nuova situazione abbia innescato un senso diffuso di inadeguatezza. *“Nel superare il primo impatto del trasferimento d'urgenza, gli infermieri cominciarono a vivere un'esperienza a doppia faccia, dove da un lato sperimentavano un'assistenza infermieristica sempre desiderata, e dall'altro subivano rotture nei processi assistenziali mai sperimentate prima”* (Danielis et al., 2021, p.1152). Molti infermieri hanno riportato di avere meno pazienti da curare, così da garantire un buon rapporto infermiere-paziente e hanno riferito di aver implementato un modello assistenziale infermieristico *“in grado di garantire assistenza a 360°*,

*ampliare le competenze sociali e i tempi”* (RN20) (p.1152). Gli infermieri hanno però ritenuto molto impegnativo svolgere l’attività di documentazione infermieristica su nuovi moduli, proprio perché *“nessuno aveva mai visto quella documentazione”* (RN7) (p.1154). Il rapporto con gli altri è stata un’altra sfida da affrontare, a causa della mancanza di conoscenza, di fiducia tra colleghi e di esperienza di squadra. In ogni caso l’esperienza nella sua interezza è stata descritta come un’opportunità per ampliare le proprie competenze nella pratica infermieristica.

Gli studi qui riportati evidenziano a pieno l’impatto negativo del COVID-19 sul personale infermieristico. Mettono in luce come il sistema sanitario italiano non fosse assolutamente preparato per affrontare una simile emergenza, sia dal punto di vista strutturale sia per la forte mancanza di personale. L’esperienza del COVID-19 evidenzia il valore e l’importanza del personale infermieristico e dell’assistenza infermieristica per il sistema sanitario, motivo per il quale dovrebbero essere sviluppate politiche di miglioramento dell’organizzazione infermieristica. Così da garantire migliore qualità dell’assistenza, maggior numero di professionisti e aumento della sicurezza di coloro che lavorano.

### *3.3 Conclusioni alla luce delle Interim Guidance proposte dall’OMS*

Alla luce delle esperienze del personale sanitario durante il periodo COVID-19 è possibile condurre un bilancio generale rispetto l’attuazione o alla mancata attuazione delle direttive proposte dall’OMS tramite le Interim Guidance per affrontare al meglio la pandemia.

Una delle prime puntualizzazioni del documento del 19 marzo 2020 dell’OMS riguarda la responsabilità dei dirigenti e delle strutture sanitarie nei confronti della reperibilità, fornitura e adeguata conformità dei dispositivi di protezione individuale, assicurando il maggior livello di sicurezza sul lavoro possibile. L’OMS cita anche come responsabilità delle stesse fornire informazioni, istruzione, formazione di aggiornamento in materia di sicurezza e salute sul lavoro. Dai dati e dagli studi analizzati risulta che una delle maggiori difficoltà affrontate durante il periodo di pandemia riguarda proprio i dispositivi di protezione individuale. Come si è visto i dispositivi, soprattutto durante i primi momenti di emergenza, sono stati innanzitutto carenti. Da più studi è stato riportato come la maggior preoccupazione degli operatori sanitari riguardasse inoltre la scarsa efficacia di questi dispositivi, in termini di protezione e difesa dal

contagio. I maggiori sintomi e conseguenze psicologiche degli operatori sanitari derivano non solo dalla paura del contagio, ma dalla consapevolezza di lavorare a contatto con pazienti infetti utilizzando dispositivi di protezione non efficaci al 100% per garantire sicurezza sul lavoro. Ad aggiungersi alla mancanza dei dispositivi e della loro inefficacia, viene riportato spesso la mancanza di direttive ed esplicazioni sul corretto utilizzo delle misure di protezione fornite.

A non essere in linea con le direttive proposte dall'OMS sono gli orari e il carico di lavoro. L'OMS consigliava di adottare misure per organizzare in modo ottimale gli orari di servizio, i turni e i riposi frequenti e consistenti. Dai documenti studiati si rileva però una mancata corrispondenza tra le direttive proposte e l'effettiva realtà dei fatti. In un contesto, soprattutto italiano, già carente di personale sanitario e quindi incapace di contenere la richiesta di servizi da parte dell'utenza, è risultato difficile apportare miglioramenti all'orario di lavoro. Anzi, con un personale già di per sé sottodimensionato e colpito duramente dai contagi, i turni di lavoro sono aumentati. Con uno scarso personale attivo, oltre all'aumento degli orari, si è visto un ulteriore aumento del carico di lavoro. Ciò ha contribuito a causare mancanza di energia, stanchezza cronica, diminuzione di vigilanza, coordinazione ed efficienza, aumento del tempo di reazione, cognizione alterata e cambiamenti di umore.

Una questione fondamentale sottolineata dall'OMS, che influisce con il corretto svolgimento del proprio lavoro e con il mantenimento della propria e altrui sicurezza, riguarda l'adesione ai protocolli da parte per personale sanitario. I protocolli e le direttive proposte dalle strutture sanitarie dovrebbero riguardare le corrette procedure per svolgere al meglio il lavoro. Di conseguenza dovrebbero trattare di tutte quelle pratiche da utilizzare per mantenere la sicurezza sia del personale, sia dei pazienti. I protocolli possiedono un ruolo fondamentale, dal momento in cui la maggior parte del personale si è trovato impreparato ad affrontare un'emergenza simile. Prerogativa dei protocolli è quindi la chiarezza e l'univocità delle direttive, così da essere comprese al meglio e applicate correttamente. Il personale sanitario afferma di aver ricevuto direttive per svolgere il lavoro, ma queste spesso sono risultate poco chiare. Oltre alla poca chiarezza si rilevano continui cambiamenti ai protocolli. È stato più volte riportato che le comunicazioni riguardanti le procedure da adottare con i pazienti cambiassero in continuazione,

portando il personale ad uno stato di confusione e di conseguenza mettendo a rischio la sicurezza dei presenti.

Ciò che l'OMS ha ritenuto fondamentale per gli operatori sanitari, è il cercare di adottare misure per la loro salute mentale. Come già detto precedentemente, il personale sanitario è stato fortemente sottoposto a stress e pressioni, causando un peggioramento della salute mentale. L'OMS a questo riguardo prevedeva specifici interventi a sostegno dei problemi di salute mentale degli operatori sanitari a livello individuale. Ciò che è stato rilevato è che la maggior parte degli operatori sanitari bisognosi di cure per la salute mentale non ha richiesto aiuto psicologico e soprattutto non era disposta ad ammettere di avere alcun tipo di problema. Questa riluttanza è comune tra gli operatori sanitari, in particolare tra i medici. Inoltre, gli operatori sanitari con livelli di burnout più elevati sono risultati i più riluttanti a richiedere aiuto, perché hanno più probabilità di percepire lo stigma associato alla ricerca di aiuto per il loro disagio, rendendoli quindi ancora più vulnerabili.

In conclusione, volendo fare “tesoro” di questa esperienza valutando sia i punti critici che i punti di forza, è possibile evidenziare delle questioni chiave su cui riflettere in previsione di un possibile miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza lavorativa in situazioni di emergenza (Catania et al., 2021). In primo luogo, gli infermieri, così come tutto il personale sanitario, devono essere preparati all'impatto psicologico che un'emergenza come quella del COVID-19 può causare. Il personale sanitario e infermieristico deve essere pronto ad affrontare la paura legata all'infezione e a vedere i colleghi ammalarsi. In questo contesto un buon supporto psicologico e un'ottima preparazione professionale sono fondamentali per affrontare la situazione causata da periodi di crisi simili. Il supporto psicologico non può però esaurirsi con il termine dello stato di emergenza, deve essere pensato come un supporto a lungo termine, data l'importanza e la difficoltà di questo tipo di lavoro. In secondo luogo, non si può affrontare un'emergenza senza i dispositivi che permettono la sicurezza del personale e dei pazienti. È fondamentale che i dirigenti garantiscano la disponibilità di corretti ed efficienti dispositivi di protezione e che garantiscano a tutto il personale una formazione sul loro corretto utilizzo. Da migliorare è anche la gestione della comunicazione con i parenti dei pazienti. In Italia questa



gestione è di per sé non stata assolutamente gestita, escludendo completamente i familiari dai reparti. I parenti rimanevano per lungo tempo senza avere notizie dei propri cari ospedalizzati e questo ha non poco contribuito al peggioramento dell'opinione pubblica nei confronti degli operatori sanitari. Probabilmente la comunicazione con i parenti dovrebbe essere pensata e gestita meglio dagli infermieri stessi. Ultimo, ma non meno importante è la necessità di collaborazione internazionale tra governi, sistemi sanitari e management al fine di garantire tempistiche e comunicazioni corrette in caso di nuove emergenze sanitarie.

Il COVID-19 ha dato la possibilità di ripensare in maniera radicale e critica al benessere, non inteso in maniera individuale (come le maggiori narrazioni propongono) ma relazionale (Murtola & Valletly, 2023). Il benessere, infatti, è sempre stato localizzato all'interno dell'individuo, e l'individuo è visto come unico responsabile della creazione e del mantenimento del suo benessere. È infatti il lavoratore a dover assicurarsi di svolgere tutte quelle attività che migliorano e contribuiscono al suo stato di benessere (mangiar bene, fare esercizio, ecc.), rimanendo sempre e comunque produttivo. Questa logica mira a rinforzare tendenze individualistiche e spinge i lavoratori a vedere come causa dei problemi strutturali la propria incapacità di adattarsi. La relazionalità del benessere è cominciata ad essere evidente grazie all'ascesa della categoria del lavoratore essenziale, il quale lavoro è ritenuto essenziale per il funzionamento dell'intera società. Il contributo lavorativo di questa categoria è così importante da dover essere consentito loro di lavorare anche in condizioni di lockdown nazionale, a costo di mettere a rischio la loro salute e incolumità. Tra questa tipologia di lavoratori rientra anche e soprattutto l'assistenza sanitaria e i servizi di emergenza. Il benessere del singolo lavoratore è quindi un benessere relazionale, che non dipende da egli stesso, ma dai servizi che altri lavoratori offrono a lui. Il benessere è relazionale, prodotto socialmente e materialmente radicato nel mondo esterno, al di fuori del solo luogo di lavoro. Con il COVID-19 è stato possibile capire come e quanto il benessere di questi lavoratori essenziali sia sottovalutato, come è sottovalutata, sottopagata e resa invisibile la loro categoria lavorativa. “La teoria della riproduzione sociale ci consente di vedere che il benessere sul posto di lavoro dipende dalla più ampia riproduzione sociale del benessere che avviene al di fuori del posto di lavoro, e che varie forme di oppressione sociale che si intersecano sono parte integrante della

distribuzione ineguale di questo lavoro e delle sue ricompense” (Murtola & Vallelly, 2023, p. 515). Cibo, alloggi, strutture pubbliche e ospedali sono servizi fondamentali e producono benessere per tutti i lavoratori e le loro famiglie: “Ma il capitale è riluttante a spendere qualsiasi parte dei suoi profitti in processi che sostengono e preservano la vita. Questo è il motivo per cui nel capitalismo tutto il lavoro di assistenza è svalutato o non retribuito, mentre le istituzioni vitali come le scuole e gli ospedali sono costantemente privatizzate o sottofinanziate” (Murtola & Vallelly, 2023, p. 517). Il sottofinanziamento delle strutture sanitarie e ospedaliere, i sistemi sanitari intenzionalmente trascurati e le misure di protezione sociale pietose hanno intensificato la crisi dell’assistenza e le diseguaglianze coinvolte, e hanno portato gli operatori sanitari (soprattutto coloro che hanno agito in prima linea durante la pandemia) a lavorare in contesti e condizioni non adatte, soprattutto nei confronti dell’importanza del lavoro svolto. “In altre parole, le condizioni sociali per la riproduzione del benessere sono state smantellate negli ultimi quattro decenni, e la pandemia ha messo in luce ed esacerbato i danni di questo processo sull’esperienza del benessere sia individuale che collettivo” (Murtola & Vallelly, 2023, p. 521). Il benessere aziendale trarrebbe vantaggio dal prendere in considerazione le oppressioni che contribuiscono a rendere invisibili alcuni individui e gruppi sociali, minando sia il riconoscimento del loro ruolo nella produzione del benessere sociale e del proprio benessere individuale. Una delle misure adottabili per dare il giusto riconoscimento a queste professioni, come alle professioni sanitarie, consiste nell’alzare i salari. Questa è una questione particolarmente sensibile in Italia, specialmente per quanto riguarda le professioni infermieristiche. Molti infermieri decidono di uscire dal nostro paese per vivere in posti in cui alla loro professione viene attribuito il giusto peso e la giusta importanza. Il loro salario è più alto, i loro turni non sono infiniti e il loro carico di lavoro è adeguato; si tratta di condizioni che permettono un netto miglioramento del benessere e della qualità di vita.

## **Conclusioni**

Questo lavoro ha cercato di comprendere come e in che modo la pandemia di COVID-19 possa aver rappresentato un fattore di rischio per l'insorgenza di forme di burnout e disagio psicologico nelle professioni sanitarie. Nonostante i contesti lavorativi infermieristici e più in generale sanitari siano particolarmente predisposti al burnout, il COVID-19 ha contribuito ad aumentarne i livelli. Il COVID-19 ha portato un'alta esposizione al virus e un conseguente aumento del rischio di contagio, un sovraccarico di lavoro dovuto soprattutto alla carenza di personale, la frustrazione di non poter curare in maniera adeguata i pazienti contagiati a causa delle scarse risorse disponibili, il senso di impotenza di fronte alla morte dei pazienti e l'isolamento sociale dovuto alla paura di trasmettere il virus. Tutto ciò ha comportato un effettivo aumento di burnout soprattutto sugli operatori in prima linea. Tra le conseguenze psicologiche dovute dalle condizioni lavorative si riscontrano livelli di stress, ansia, depressione e disturbi del sonno elevati. È importante che queste condizioni causate dalla pandemia non vengano dimenticate, ma continuamente studiate e riviste. È fondamentale cercare di trarre vantaggio dall'esperienza vissuta, così da non risultare nuovamente impreparati ad una nuova emergenza. La preparazione ad una futura emergenza però si concretizza anche con un nuovo reinvestimento di risorse nel SSN, fortemente gravato da tagli continui negli ultimi anni.

## **Bibliografia**

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 141, 110343.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>

Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E., Durante, A. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *J Nursing Management*, 29 (5), 1111–1119. <https://doi.org/10.1111/jonm.13249>

Argentero, P., Cortese, C.G. (2018). Psicologia delle organizzazioni. *RaffaelloCortinaEditore*

Borgogni, L., Armandi, F., Consiglio, C., & Petitta, L. (2005). Job burnout ed efficacia personale. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 245, 31-44.

Borgogni, L., Consiglio, C. (2005). Job burnout: evoluzione di un costrutto. *Giornale italiano di psicologia*, 1, 23-58.

Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (COVID-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>

Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2021). Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of nursing management*, 29(3), 404–411.

<https://doi.org/10.1111/jonm.13194>

Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 1-11.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030130102>

Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., Griffiths, P. (2020), Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health* 18 (1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>

Danielis, M., Peressoni, L., Piani, T., Colaetta, T., Mesaglio, M., Mattiussi, E., & Palese, A. (2021). Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients. *Journal of nursing management*, 29(5), 1149–1158. <https://doi.org/10.1111/jonm.13253>

De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J., Grindle, M., Munoz, S., Ellis, L., Polson, R. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1), 104-122. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>

Gorini, A., Fiabane, E., Sommaruga, M., Barbieri, S., Sottotetti, F., La Rovere, M. T., Tremoli, E., & Gabanelli, P. (2020). Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic. *Archives of psychiatric nursing*, 34(6), 537–544. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.007>

Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ open*, 11(1), e0455127. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>

Leiter, M.P., Schaufeli, W.B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress & Coping*, 9(3), 229-243. <https://doi.org/10.1080/10615809608249404>

Magnavita, N., Soave, P. M., & Antonelli, M. (2021). A One-Year Prospective Study of Work-Related Mental Health in the Intensivists of a COVID-19 Hub Hospital. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9888. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189888>

Maslach, C., Jackson, S. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*.

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3<sup>rd</sup> ed.). *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.*

Maslach, C., Leiter, M.P. (1999). Burnout and engagement in the workplace: A contextual analysis. *Advances in Motivation and Achievement*, 11, 275-302.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Murtola, A.M., Vallely, N. (2023). Who cares for wellbeing? Corporate wellness, social reproduction and the essential worker. *Organization*, 30(3), 510-527.  
<https://doi.org/10.1177/13505084221131642>

Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 8(11), 98.  
<https://doi.org/10.3390/bs8110098>

Purdy, N., Heather, K., Laschinger, S., Finegan, J., Kerr, M., Olivera, F. (2010), Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 901-913. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01172.x>

Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA network open*, 3(5), e2010185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>

Schaufeli, W., Enzmann, D. (1988). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. *CRC Press*

World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: right, roles and responsibilities of health, including key considerations for occupational safety and health. Interim guidance, WHO/2019-nCov/HCW\_advice/2020.2.

World Health Organization (2021). Occupational health safety for health worker. Interim guidance, WHO/2019-nCoV/HCW\_advice/2021.1.

World Health Organization (2023). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the Covid-19 pandemic, (p.4). [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

## Ringraziamenti

Al termine di questo elaborato vorrei riservare uno spazio al fine di ringraziare chi, in questo periodo e in questo percorso di studi, mi ha sempre supportato e aiutato.

In primo luogo, tengo a ringraziare il mio relatore Angelo Benozzo, per la sua estrema disponibilità, per il suo ruolo di guida in questo lavoro e per la capacità con cui, fin da subito, ha saputo riordinare e attribuire un chiaro significato alle mie idee.

Vorrei ringraziare i miei genitori, per essermi stati sempre di sostegno, per avere sempre creduto in me e nelle mie capacità. Siete la mia forza, la mia aspirazione ed un chiaro e sicuro esempio di chi un giorno vorrei essere e diventare.

Un ringraziamento importante va a mia sorella Giulia, la persona che più di tutte mi conosce, nel bene e nel male. Lei è origine dei miei sorrisi e delle mie risate più sincere, rappresenta la mia fonte di spensieratezza e serenità. Sei la mia metà, sei ciò di cui non potrei mai fare a meno, nonostante la temporanea lontananza. Ovunque tu andrai, lo sai, che ci sarò. Ovviamente un ringraziamento speciale va alla nostra sorellina pelosa, Ginka, che riempie sempre di gioia il mio cuore e che mi ha sopportato ogni volta che dovevo ripetere gli esami.

Ringrazio i miei nonni per avermi in grande parte cresciuto e educato, grazie a voi ho gettato le basi che mi hanno permesso di diventare la persona che sono, e che mi accompagneranno per il resto della vita. In questo percorso siete stati i miei grandi sostenitori, gioendo con me e sostenendomi in ogni mio singolo e piccolo successo. Insieme a voi ringrazio i miei zii che si sono sempre interessati al mio percorso educativo e che mi hanno sempre incoraggiato a dare del mio meglio.

Non posso non ringraziare le mie compagne di viaggio Anais, Sabrina e Mila, coloro con le quali ho condiviso momenti di spensieratezza, di felicità e risate, moltissimi pranzi e diverse cene. Siete state amiche con le quali ridere, ma anche con le quali condividere preoccupazioni, gioie e dolori dentro e al di fuori di questo percorso. Vi voglio veramente bene, rimarrete sempre nel mio cuore.



Un posto speciale è per la mia amica di vita Catrina, colei alla quale posso confidare tutto perché ha la capacità di capirmi in profondità. Grazie per tutti i momenti che abbiamo condiviso insieme, per tutti i momenti in cui mi hai consolato e mi hai capito. Sei e sarai sempre parte della mia vita, e sono grata di averti al mio fianco.

Ringrazio anche te, Matteo, per il tuo supporto e la tua comprensione che con amore hai saputo darmi in questo difficile periodo. Ti ringrazio per tutti i momenti in cui mi hai trasmesso la tua forza e il tuo coraggio, per aver sempre creduto in me e per avermi consolato in tutti i momenti più bui.

Nel chiudere questo percorso, tengo molto a ringraziare la Valle d'Aosta che mi ha accolta a braccia aperte e tutte le persone che ho avuto modo di conoscere e incontrare qui, a cui lascio parte del mio cuore.

In ultimo, vorrei anche ringraziare me stessa, per essere riuscita ad arrivare fino a qui, nella speranza che questo sia solo il punto di partenza di possibili altri successi da raggiungere nel corso della mia vita.

Davanti a me c'è sicuramente ancora molta strada da percorrere, una strada che ancora non conosco e che a tratti mi spaventa molto. Ma se a fianco a me camminerete anche voi, voi che ci siete e che mi volete bene, non avrò nulla da temere.