



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

Elaborato finale

**I professionisti della salute accusano il colpo?
I vissuti psicologici a un anno dalla prima ondata pandemica**

**Do health professionals feel the blow?
The psychological effects one year after the first pandemic wave**

Relatrice

Prof.ssa Silvia Salcuni

Dipartimento di Psicologia dello

Sviluppo e della Socializzazione

Laureanda

Elena Russo

Matricola: 1207287

Anno Accademico 2021-2022

Sommario

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | Introduzione..... | 2 |
| 2. | Teoria | 3 |
| 2.1 | <i>La pandemia all'origine di un trauma collettivo.....</i> | 3 |
| 2.2 | <i>Stress e trauma individuale</i> | 3 |
| 2.3 | <i>Clinica.....</i> | 5 |
| 2.4 | <i>Il costo della cura</i> | 7 |
| 2.5 | <i>HCWs gruppo a rischio?.....</i> | 10 |
| 2.6 | <i>Ipotesi e obiettivo di ricerca.....</i> | 12 |
| 3. | Ricerca - Materiali e metodi | 15 |
| 3.1 | <i>Metodo.....</i> | 15 |
| 3.2 | <i>Campione.....</i> | 15 |
| 3.3 | <i>Strumenti</i> | 15 |
| 3.4 | <i>Analisi.....</i> | 17 |
| 4. | Risultati | 18 |
| 4.1. | <i>Descrittive sociodemografiche.....</i> | 18 |
| 4.2. | <i>Effetti sulla salute psicologica</i> | 20 |
| 4.3. | <i>Predittori di disagio psicologico.....</i> | 21 |
| 5. | Discussione | 23 |
| 6. | Conclusione..... | 24 |
| 7. | Bibliografia..... | 25 |
| 8. | Ringraziamenti | 32 |

1. Introduzione

Dal 2013 nel sud Italia un'epidemia sta colpendo gli olivi del Salento: il complesso del disseccamento rapido dell'ulivo (CoDiRO) (*Olive Quick Decline Syndrome*, o OQDS, nella letteratura scientifica internazionale) è una fitopatologia causata da un batterio che si chiama *Xylella fastidiosa*. Questo patogeno ostruisce il flusso della linfa: blocca in misura maggiore i vasi Xylematici dei rami, e in misura minore il corpo principale del tronco della pianta, gli alberi non riescono più a respirare in assenza di foglie verdi. A oggi non è nota una cura per la patologia causata dalla *Xylella*, essendo pertanto un patogeno da quarantena occorre limitarne la diffusione con l'isolamento (eradicazione e contenimento) e con la prevenzione, per esempio nei confronti del principale vettore di diffusione del batterio, che sembra essere la "sputacchina" (*Philaenus spumarius*) una specie di cicalina. La sintomatologia colpisce per lo più olivi secolari, gli esemplari più giovani sembrano essere più resistenti o tolleranti alla *Xylella*; sembrano esserci diversi livelli di suscettibilità all'aggressione microbica anche tra diverse cultivar dell'olivo (Saponari et al., 2019).

L'epidemia di *Xylella* negli olivi e quella da *Coronavirus* nelle persone sembrano mostrare caratteristiche comuni, ma nella specie umana la pandemia non ha solo privato del respiro, anche le difese psicologiche sono state colpite.

Durante la prima ondata di questa pandemia, nacque dall'idea di tre ricercatrici dell'Università degli studi di Padova un questionario rivolto ai professionisti sanitari¹ (*HealthCare Workers – HCWs*), che si proponeva di individuare situazioni di disagio e di fornire eventualmente un supporto psicologico gratuito per coloro che lo richiedessero. Al termine della terza ondata, ormai lontani dalla fase eroica (Marzana et al., 2021) che aveva contraddistinto il primo periodo dell'emergenza sanitaria, si decise di diffondere nuovamente il questionario.

¹ Per la ricerca sono state arruolate le seguenti figure: operatori di supporto, professionisti sanitari tecnici, fisioterapisti, ostetrici, infermieri, psicologi, medici.

2. Teoria

2.1 La pandemia all'origine di un trauma collettivo

Un'epidemia di peste oscurò uno dei momenti di maggior splendore dell'impero bizantino, molti storici considerano la peste di Giustiniano come una linea di separazione tra il mondo dell'antichità e la nascita del medioevo.

Le epidemie sono eventi improvvisi che minacciano la propria o altrui integrità fisica e come le guerre o i disastri naturali (Erikson, 1976) sono eventi destabilizzanti, potenzialmente in grado di determinare un cambiamento nell'intero tessuto della società. È probabile che la pandemia da *COronaVirus Disease-2019* (COVID-19) sia all'origine di un cambiamento di tale entità. In letteratura c'è chi si interroga se si possa già parlare di trauma collettivo (Taylor, 2020) e chi già lo definisce tale (Masiero et al., 2020; Vigorelli, 2020). Hirschberger definisce tale trauma come una crisi di significato a livello sociale, da cui generalmente prende avvio un processo di generazione di una memoria collettiva, a cui segue poi una creazione di un nuovo sistema di significati, che consente ai gruppi sociali di ridefinire la propria direzione (Hirschberger, 2018).

Se da un lato vi sono i presupposti per parlare di trauma, per esempio è comune l'esperienza di disconnessione con il passato pre-pandemico, dall'altro lato, solo il tempo sarà in grado di mostrare quali saranno gli effetti di questa pandemia: se gli eventi verranno rielaborati in una coscienza collettiva, oppure rimarranno all'origine di un trauma sullo sfondo o transgenerazionale.

Il potenziale di questo trauma storico per i suoi effetti intergenerazionali è riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), che ha inserito il concetto di trauma collettivo nell'undicesima revisione dell'*International Classification of Diseases* (ICD). Quanto lo stress collettivo influirà sulla salute mentale dipenderà da diversi fattori come “le differenze culturali, la cronicità del trauma e le differenze nella creazione di significato” (Ali et al., 2021, pag. 2).

2.2 Stress e trauma individuale

All'interno di questa cornice collettiva vi sono le esperienze individuali che sono oggetto di questa ricerca. Poiché si intende per trauma non l'evento in sé, ma la risposta dell'individuo all'evento stressante, questa risposta dipende dall'attribuzione di

significato che viene fatta a livello individuale, ma anche da altri significativi, dalla rete sociale e dal contesto su larga scala dell'evento. Se a livello sociale questa pandemia sembrerebbe aver già creato un punto di rottura, a livello individuale solo per alcune persone questa rottura ha determinato una vera e propria ferita dell'anima ovvero un trauma². A partire da un evento potenzialmente traumatizzante (“*événement potentiellement traumatisant*”) (Crocq, 2003, pag. 15) si possono configurare reazioni di stress e adattamento, come si può assistere allo sviluppo di un vero e proprio trauma psichico. La configurazione di un evento come traumatico dipende non solo dalle caratteristiche degli eventi e dalle attribuzioni di significato collettive, ma anche dalla vulnerabilità individuale (età, aspetti psicologici temperamentali e caratteriali, predisposizione genetica, resilienza, esperienza, rappresentazione di sé), e dalla disponibilità di supporti familiari e sociali.

L'emergenza sanitaria ha richiesto a tutti una mobilitazione di risorse e strategie di adattamento nuove, in particolar modo alla categoria dei HCWs. Ognuno può fare esperienza di questo stress in forma variabile, ma in generale le principali reazioni psicologiche alle situazioni di emergenza si possono così riassumere (Giannantonio, 2003, pagg. 331–332):

- area emotiva: ottundimento³ emozionale, ansia, rabbia, irritabilità, disperazione, senso di colpa, vergogna, tristezza, senso di invulnerabilità, sentimenti di solitudine, vuoto, incertezza, impotenza, sentimenti di irrealtà, preoccupazione per la propria e altrui sicurezza;
- area cognitiva: difficoltà di concentrazione, confusione, disorientamento, difficoltà nella presa di decisioni, ridotte capacità di concentrazione e ridotte risorse attentive, suggestionabilità, vulnerabilità, dimenticanze, pensieri di perdita del controllo, ipervigilanza, diminuzione dell'autoefficacia, pensieri e ricordi intrusivi;
- area comportamentale: iperattività/torpore, impulsività, aggressività, disturbi del sonno e dell'addormentamento, incremento nell'uso di alcol, tabacco, stupefacenti, farmaci; evitamento di attività o luoghi che ricordano un evento traumatico, riluttanza ad abbandonare la proprietà, calo nelle performance, calo dell'appetito, calo della libido;

² Trauma: s. m. dal gr. τραῦμα (-ατος) «ferita»

³ *numbing*

- area somatica: algie, cefalea, malessere e affaticamento, problemi gastrointestinali, nausea, difficoltà respiratorie, senso di costrizione alla gola/soffocamento, sete, tachicardia e ipertensione;

- area relazionale: ritiro sociale, conflitti nei rapporti interpersonali in vari ambiti.

La differenza nelle manifestazioni sintomatiche dipende dalla variabilità individuale nelle capacità di adattamento e dalla resilienza al momento dell'evento traumatico. Ciò che differenzia le risposte di stress da quelle traumatiche è che nel primo caso si attivano risposte fisiologiche e psicologiche di natura adattiva, questa mobilitazione di risorse genera nella persona uno stato di vulnerabilità, ma è mantenuto il piano della realtà, cosa che non accade nel trauma, nel quale l'esperienza ha un'intensità tale da disorganizzare la mente e rendere momentaneamente impossibile l'elaborazione psichica dell'evento (Roulet, 2018, pag. 38).

“Il comune denominatore delle situazioni traumatiche è generalmente individuato in esperienze soverchianti, che vincono prevedibilità e gestibilità, suscitano impotenza, perdita di controllo, minacciano annichilimento, sospendono le ordinarie operazioni di coping e difesa, turbano l'integrità della coscienza, non sono elaborabili e integrabili, inducono l'interruzione relativa della continuità del Sé (anche nella sua evoluzione) attraverso l'invalidazione degli schemi di significato che organizzano l'esperienza di chi si è” (Laguzzi & Marconetto, 2018, pag. 10).

Nel 75-85% (Yehuda et al., 2017, pag. 104) dei casi le reazioni di stress fisiologiche si risolvono spontaneamente senza un intervento specialistico, ma quando questo non accade?

2.3 Clinica

I quadri clinici che si possono manifestare più frequentemente sono il Disturbo da Stress Acuto (*Acute Stress Disorder* - ASD) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post Traumatic Stress Disorder* - PTSD). Questi disturbi sono caratterizzati dal rivivere l'esperienza traumatica, ovvero le sensazioni, le emozioni e i pensieri negativi già esperiti. Il quadro sintomatologico è sovrapponibile per i due disturbi, ma nel disturbo acuto i sintomi durano da 3 giorni a un mese; nel PTSD “acuto” si presentano entro i tre mesi dall'evento; se la sintomatologia si protrae per tre mesi o più si parla di PTSD “cronico”; nel PTSD “a esordio ritardato” i sintomi insorgono almeno sei mesi dopo

l'esperienza traumatica (American Psychiatric Association, 2014, pagg. 314–332). Alcuni studiosi criticano l'inserimento del ASD come categoria diagnostica in quanto rischia di patologizzare reazioni a breve termine dei traumi (Harvey & Bryant, 2002).

La diagnosi di questi due disturbi è possibile solo in seguito a un evento che ha implicato morte o minaccia di morte, gravi lesioni, violenza reale o minacciata; l'evento può essere vissuto per esperienza diretta o la persona può essere testimone dell'evento accaduto ad altri.

Nonostante in questi disturbi il trauma sia un'esperienza circoscritta nel passato, la realtà è caratterizzata da sensazioni continue di minaccia e di paura, l'evento traumatico viene rivissuto, tramite ricordi spiacevoli involontari, flashback e incubi ricorrenti (sintomi di intrusione). Vengono evitati tutti gli stimoli (situazioni, discorsi, persone, luoghi) che possono ricordare il trauma (sintomi di evitamento). Molto spesso, vi sono difficoltà del sonno, si prova una forte irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate e irrequietezza motoria (alterazioni dell'arousal e della reattività). Sono presenti, inoltre, sintomi marcati di ansia, incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento, pensieri e stati dell'umore negativi (alterazioni cognitive e dell'umore).

I disturbi per considerarsi tali causano alla persona un disagio clinicamente significativo tale da comprometterne il funzionamento. Spesso a questo disagio si aggiunge quello di altri disturbi: disturbo d'ansia, depressione maggiore, abuso di sostanze e disturbo della condotta sono diagnosi spesso in comorbidità con il PTSD (Koenen et al., 2007; Kring et al., 2017).

Tra i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti occorre menzionare anche il Disturbo dell'Adattamento (*Adjustment Disorder* - AD), il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM-5) definisce tale disturbo come una risposta disadattiva a uno o più eventi psicosociali stressanti identificabili (American Psychiatric Association, 2014, pagg. 332–335; Carati & Dell'Erba, 2014). Questi eventi di solito, non rappresentano una minaccia per la vita umana e hanno un'intensità minore rispetto all'evento traumatico del PTSD. Li potremmo ricollocare tra queglii eventi di vita stressanti, che vengono anche chiamati traumi con la "t" minuscola (Luft, 2016): trasferimenti, malattie, conflitti lavorativi, divorzi, problemi finanziari, licenziamenti e

calandoci nel contesto pandemico aggiungerei confinamento sociale per quarantena o lockdown.

Di solito la persona con disturbo dell'adattamento riferisce di provare preoccupazione eccessiva, pensieri ricorrenti e angoscianti, umore depresso, ansia, insonnia e bassi livelli di concentrazione (Zelviene & Kazlauskas, 2018). Questo *mancato adattamento* generalmente ha una remissione spontanea nell'arco di sei mesi, se l'evento stressante non si protrae nel tempo, cosicché viene considerato come una condizione transitoria tra la condizione normale e patologica (O'Donnell et al., 2019). Nonostante la sua remissione spontanea il AD si associa ad alti tassi di suicidio (Kryzhanovskaya & Canterbury, 2001).

A seguito di un evento traumatizzante si possono manifestare anche sintomi dissociativi, come depersonalizzazione (sensazione di essere distaccati dal proprio corpo) e derealizzazione (estraneità all'ambiente circostante); generalmente la loro insorgenza può essere considerata una normale reazione a eventi traumatici particolarmente gravi, ma occorre considerare il fatto che fenomeni dissociativi al momento del trauma o immediatamente dopo aumentano la probabilità di sviluppare un PTSD (Ozer et al., 2008). Infine in clinica quando questi sintomi si generalizzano ad altre situazioni o persistono oltre l'esperienza traumatica può emergere un Disturbo di Depersonalizzazione e Derealizzazione (*Depersonalization/Derealization Disorder - DDD*) (American Psychiatric Association, 2014, pagg. 350–355), nel quale la persona prova un forte disagio nonostante possa apparire priva di emozioni o non reattiva.

2.4 Il costo della cura

“There is a cost to caring. Professionals who listen to clients’ stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care.” (Figley, 1995)

Già in tempi di pace in letteratura diversi autori si sono interessati al tema della salute mentale nelle professioni d'aiuto, focalizzandosi in particolare sul trauma secondario derivante dal confronto quotidiano con la sofferenza altrui. Le condizioni che sono state descritte nelle diverse teorie sono: *Compassion Fatigue* (CF; Figley, 1995); *Secondary Traumatic Stress* (STS; Stamm, 1995, 1997); *Vicarious Traumatization* (VT; McCann & Pearlman, 1990). Gli autori delineano bene le differenze di significato tra queste tre denominazioni e le differenziano dal costrutto del *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981).

Figley parla di CF riferendosi all'esaurimento emotivo e fisico da cui possono essere affetti i professionisti da tempo esposti a ripetute esperienze di compassione, intendendo questa come la capacità di percepire emotivamente la sofferenza altrui, unita al contempo al desiderio di poter alleviare tale sofferenza (Goetz et al., 2010). Lo studioso parla di 'costo della cura' poiché a essere colpita dagli effetti di questa *stanchezza mentale* è proprio la capacità empatica, che contraddistingue le professioni d'aiuto, pertanto le conseguenze si possono manifestare sia in ambito lavorativo, sia si possono allargare anche alla sfera privata: la CF per esempio è stata associata a una graduale desensibilizzazione alle storie dei pazienti, a una diminuzione dell'efficienza lavorativa, a sentimenti di tristezza e ansia (Bobbo, 2015; Cavanagh et al., 2020; Figley & Figley, 2017; Li et al., 2022; Nimmo & Huggard, 2013).

Questo disagio psicologico è stato descritto da Figley come una forma di PTSD (Figley & Ludick, 2017), come esito dello stress che deriva dall'esposizione ripetuta e indiretta al trauma altrui, mentre il STS è l'antecedente della CF ovvero la reazione acuta di stress. Anche per Stamm il STS ha una rapida insorgenza, ma i sintomi si associano a un evento particolare e possono comprendere difficoltà nel sonno, paura, immagini intrusive o sintomi di evitamento; questa studiosa riconosce una vicinanza tra i costrutti di STS e VT (Stamm, 2005).

McCann e Pearlman hanno introdotto il termine "*Vicarious Traumatization*" (1990) in riferimento all'esperienza degli psicoterapeuti, successivamente altri hanno esteso l'applicazione del costrutto a un ampio gruppo di persone che assistono in modo vicario a un trauma, tra cui figure del clero, operatori sanitari, operatori dei servizi sociali e umanitari, professionisti del sistema giudiziario, giornalisti e soccorritori. La traumatizzazione vicaria comporta una trasformazione negativa nel sé, ciò che la contraddistingue è la compromissione dell'orizzonte di senso, una visione del mondo priva di significato e di speranza. Secondo una visione di matrice costruttivista (da cui prende origine questa teoria) l'esposizione ripetuta a vicende di sofferenza e di malattia può condurre la persona a rivedere i propri valori e minare il senso di sicurezza personale, perché tutta la cornice della comprensione del sé è rivista nella relazione con l'altro (sofferente). La VT può esitare in pessimismo diffuso, angoscia e demotivazione sul piano professionale fino a giungere al totale esaurimento emozionale del burnout (Bobbo, 2015).

Tre sono le dimensioni del disagio psicologico che Maslach (2001) individua nella sindrome da *Burnout*: un completo esaurimento delle risorse fisiche ed emotive (*'overwhelming exhaustion'*); depersonalizzazione e distacco dal lavoro; un senso di inefficacia e mancanza di realizzazione. Il sovraccarico di lavoro, il supporto limitato, dinamiche conflittuali e l'ambiguità tra i ruoli sono stati costantemente associati al burnout e sono considerati i suoi principali antecedenti.

Nella più recente teorizzazione Stamm identifica il *burnout* come uno degli elementi costitutivi della CF, insieme al STS: da una parte la fatica della compassione riguarda sintomi come esaurimento, frustrazione, rabbia e depressione tipiche del *burnout*; dall'altro lato vi è un sentimento negativo guidato dalla paura e dai traumi legati al lavoro, tipico dello stress traumatico secondario. Per questa autrice alla CF si può contrapporre la *Compassion Satisfaction* (CS), che è il benessere che deriva dal poter svolgere con soddisfazione il proprio lavoro, che si accompagna a un sentimento positivo nei confronti dei colleghi e della propria capacità di contribuire all'ambiente di lavoro (Stamm, 2010).

Al di là della parziale e apparente sovrapposizione di questi costrutti (Jenkins & Baird, 2002), la letteratura è concorde nell'evidenziare profondi effetti psicologici derivanti dal lavorare con i traumi e la sofferenza altrui, e già da tempo sottolinea la necessità di un lavoro di prevenzione del disagio psicologico (Yassen, 1995), perché se da un lato vi sono naturali reazioni alla pandemia e non necessariamente queste hanno una natura patologica, dall'altro lato sono diverse le dimensioni della personalità che possono essere coinvolte nei lavori di cura, i fattori sociali e organizzativi che possono minare la resilienza del professionista sanitario. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'avvento della pandemia ricorda quanto sia prioritario investire sulla salute mentale di questi lavoratori.

Durante la pandemia l'attenzione dei ricercatori è tornata a tutti questi ben noti costrutti, ma si è anche soffermata su una tipologia di trauma ancora poco considerata: il *trauma condiviso* (*Shared Trauma*), così definito da Tosone per la prima volta nel 2012, in risposta agli eventi dell'11 settembre e alla successiva richiesta di un costrutto più esigente per descrivere le ramificazioni dell'esposizione diretta e indiretta dei clinici al trauma collettivo. A contraddistinguere questo trauma è infatti la particolare combinazione di trauma primario e secondario, che Tosone aveva definito *'doppia esposizione'* (*'double exposure'*) (Tosone et al., 2012). Ali, Figley e colleghi (2021)

hanno ripreso questa teoria e hanno proposto un modello unico di trauma condiviso, e un modello inclusivo di resilienza e crescita post traumatica. Questi modelli prendono in considerazione gli effetti cumulativi della pandemia valutando anche gli aspetti culturali.

ALI, FIGLEY, TEDESCHI, GALARNEAU, AND AMARA

Figure 2
A Model of Shared Trauma

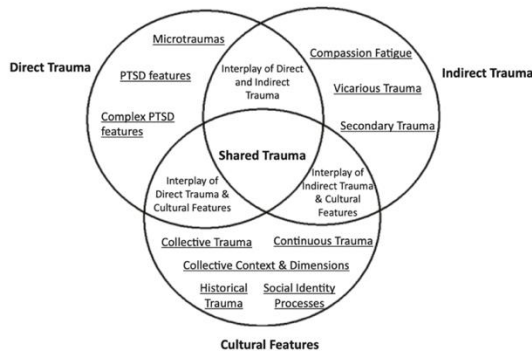
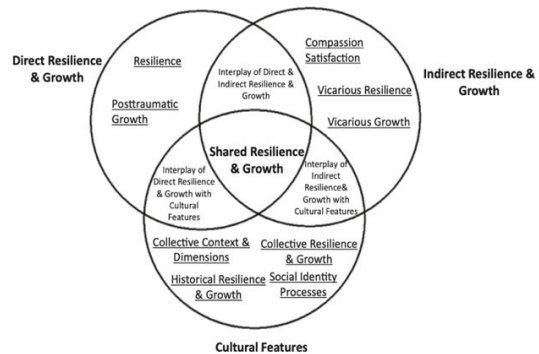


Figure 3
A Model of Shared Resilience and Growth



(Ali et al., 2021)

2.5 HCWs gruppo a rischio?

Il primo passo per fornire servizi di salute mentale e attuare interventi psicologici efficaci è lo screening dello stato di salute mentale dei gruppi a rischio. Gli HCWs sono riconosciuti come un gruppo vulnerabile per il quale le conseguenze psicologiche di una pandemia possono essere significative e sostenute, uno studio longitudinale canadese ha rilevato effetti psicologici a lungo termine conseguenti all'epidemia di *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) per gli HCWs in prima linea che hanno contratto il virus e sono guariti (Moallem et al., 2021).

Per mettere in comune i risultati delle ricerche alcuni studiosi hanno condotto revisioni generali che riportano la prevalenza di diversi disturbi tra gli HCWs durante la pandemia di COVID-19. Per ora le revisioni prendono in esame solo la prima fase della pandemia e complessivamente riportano sintomi d'ansia, depressione, stress, disturbo da stress post-traumatico, insonnia e burnout; con una maggior prevalenza per donne, infermieri, persone più giovani e persone a contatto diretto con pazienti contagiati (*'frontline workers'*) (Batra et al., 2020; Marvaldi et al., 2021). Occorre considerare che nessuno studio ha utilizzato interviste cliniche standardizzate per la diagnosi, la

somministrazione degli strumenti è avvenuta tramite web, quindi non è noto se esista la presenza di un disturbo reale.

Luo e colleghi (2020) nella loro metanalisi riportano una prevalenza di ansia e depressione simile tra i sanitari e la popolazione generale. Gli autori però riconoscono il rischio di un bias di campionamento: poiché l'epidemia di COVID-19 è stata osservata dapprima in Cina e poi in altri paesi, la maggior parte degli studi inclusi nella loro revisione è stata condotta in Cina. La più ampia revisione sistematica e metanalisi condotta da Phiri e colleghi (2021) su più coorti sembra comunque replicare questi risultati; anche per i sintomi di PTSD e insonnia le differenze tra popolazione generale e HCWs sono minime; nel lavoro di revisione svolto da questi autori emerge inoltre una prevalenza di ideazione suicidaria o autolesionismo maggiore tra la popolazione generale rispetto agli HCWs (11% vs 5,8%) e minore stato di benessere ancora per la popolazione (28,2% vs 52,6%).

Bisogna precisare che alcuni studi utilizzano l'ampio termine *'healthcare workers'* che non consente di individuare chiaramente le varie categorie professionali oggetto di studio, oppure altri hanno indagato categorie *'mediche'* e *'non mediche'* non meglio precisando; frequentemente si sono considerati solo medici e infermieri, mentre pressoché dimenticati dalle ricerche sono stati gli psicologi. (Si pensa forse non siano una categoria professionale così a rischio?). Franzoi e colleghi (2021) hanno notato questo limite nei dati presenti in letteratura e hanno proposto uno studio che compara i professionisti della salute mentale con gli altri HCWs. In generale i professionisti della salute mentale hanno riportato un maggior benessere ad eccezione per l'ansia di tratto, dato che, secondo gli autori, può essere interpretato come un effetto della pandemia stessa, poiché ricerche precedenti hanno dimostrato come le esperienze traumatiche possano indurre cambiamenti nelle variabili di tratto, in particolare nell'ansia di tratto. Inoltre psichiatri e psicologi psicoterapeuti non hanno riportato alcun disagio post-traumatico e i loro punteggi dei sintomi post-traumatici, di ipereccitazione, di intrusione, di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione erano statisticamente significativamente inferiori rispetto a quelli degli altri HCWs, mostrando anche un'elevata realizzazione professionale. Gli autori di questo studio ritengono che *"una mente addestrata a pensare come se le bombe stessero cadendo"* sia una fondamentale risorsa emotiva *"quando a tutti gli effetti le bombe stanno cadendo"*; in sintesi sembra che i professionisti della salute

mentale possiedano buone strategie di regolazione affettiva, che gli consentono di essere “più emotivamente reattivi e cognitivamente presenti nella pratica clinica” (Franzoi et al., 2021).

Precedenti indagini durante altre epidemie hanno riportato per gli HCWs una prevalenza significativamente maggiore di problemi psicologici rispetto alla popolazione generale 31/08/2022 15:04:00; occorre quindi attendere con cautela ulteriori ricerche che siano in grado di replicare i risultati presenti e indagare sugli effetti a lungo termine della pandemia anche per i professionisti della salute mentale.

Non tenere in considerazione la salute mentale dei sanitari può avere implicazioni sulla salute pubblica, in termini di produttività e ridotta qualità dell'assistenza (Kim et al., 2018; Pereira-Lima et al., 2019; Tawfik et al., 2019).

2.6 Ipotesi e obiettivo di ricerca

Le fasi attraversate dai HCWs in questa pandemia sono state molto diverse ed è verosimile che anche i vissuti psicologici emersi dai questionari si differenzino tra la prima e la seconda somministrazione.

Nella prima somministrazione (1-30 aprile '20) si stava attraversando il picco pandemico, la paura di infettarsi o di contagiare i propri cari ha riguardato tutti, in particolar modo quei HCWs che non hanno avuto a disposizione i dispositivi di protezione individuale (DPI), parecchi sono stati i contagi sul lavoro, alcuni dei quali mortali⁴. Per alcuni la prima fase d'emergenza ha reso i ritmi di lavoro più intensi e ridotto le ore di sonno a disposizione. I vissuti di impotenza possono essere stati comuni sia per coloro non direttamente coinvolti in servizi a stretto contatto con pazienti positivi al virus, che per coloro in prima linea senza armi in mano (terapie, dispositivi medici insufficienti). L'evento pandemico non è stato solo una calamità naturale, il virus ha trovato un ricco terreno di coltura nel sistema sanitario nazionale italiano già indebolito dai tagli nella spesa pubblica, così le scelte umane hanno in qualche modo contribuito a esacerbare gli effetti traumatizzanti del virus.

All'interno degli ospedali si sono dovuti riorganizzare i reparti presenti e si sono fatti nascere reparti di fortuna (per esempio reparti di rianimazione allestiti all'interno di

⁴ Fonte INAIL: <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-denunce-contagi-covid-30-novembre-2021.html>

vecchie sale operatorie non più in uso), in molti nel giro di poche ore hanno dovuto cambiare reparto di lavoro e/o colleghi, cercando di acquisire nuove competenze nel minor tempo possibile.

Anche gli psicoterapeuti hanno dovuto riorganizzare il setting di lavoro cercando di tutelare i propri assistiti, hanno dovuto metter in campo tutte le conoscenze sulle realtà traumatiche per fornire supporto in una modalità del tutto nuova ai più, a distanza, lontano dai propri studi; in alcuni casi si sono esposti al rischio di contagio per la necessità di un lavoro in presenza.

La scarsa conoscenza iniziale di questo virus ha fatto sì che alcuni HCWs decidessero di autoisolarsi dai propri famigliari; che l'isolamento fosse volontario o necessario possono esser venuti meno i fattori protettivi del supporto familiare e della rete sociale; a questa mancanza ha sopperito in alcuni casi la rete dei colleghi. In principio vi è stato un forte sostegno da parte della popolazione, che a tratti ha elevato a 'eroi' i HCWs (e a tratti ha scemato a 'untori'), sostegno che è venuto meno al termine della prima ondata con la conclusione della 'luna di miele' dell'emergenza⁵.

Ciò che ha segnato in particolar modo questa prima ondata pandemica è stata la realtà della morte (*r el de la mort*⁶), la velocit  con cui la situazione potesse precipitare e il numero delle vittime.

In questa prima fase "eroica" dell'emergenza sanitaria si ipotizza che il questionario abbia rilevato inizialmente una risposta acuta da stress con elevati livelli di arousal, ansia, sensazioni di paura, disturbi del sonno, sintomi di depersonalizzazione o derealizzazione e sintomi da somatizzazione molto simili ai sintomi del COVID-19: fiato corto, cefalea, malessere e dolori articolari; allo stesso tempo non   da escludere che alcune persone non abbiano sviluppato sintomi.

I sintomi depressivi potrebbero essere presenti, ma si ipotizza in prevalenza maggiore nella seconda fase della ricerca, per l'aggravarsi di situazioni di lutto irrisolto e per l'insorgere della 'fatigue'.

La seconda somministrazione del questionario   stata proposta sul finire della terza ondata pandemica italiana (1-30 giugno '21) e forse al termine della fase di disillusione, insomma in uno scenario completamente cambiato: la maggior parte dei sanitari era ormai

⁵ Per le fasi della risposta psicologica a una situazione di emergenza si veda (DeWolfe, 2000)

⁶ Per la scuola francese il trauma   legato a un contatto del soggetto con la realt  della morte (Crocq, 2003; Lebigot, 2009)

vaccinata, la situazione ospedaliera seppur con qualche incognita era più stabile, e le terapie più consolidate; il supporto sociale era venuto meno, così come erano venute meno alcune delle restrizioni del lockdown. Per sintetizzare tra le due somministrazioni si è passati da una situazione straordinaria a una situazione cronica, nella quale la malattia e la sofferenza non sono scomparse, il rischio di contagio è rimasto, ma si è reso necessario un adattamento a una situazione di stress e incertezza. Per questo motivo le risposte potrebbero riflettere sintomi di affaticamento nell'adattamento, sintomi depressivi, oltre a quelli post traumatici. Nonostante il permanere della situazione di disagio si pensa che, tra la prima e la seconda somministrazione la rilevazione dei sintomi mostri un trend in discesa, con un permanere del disagio psichico soprattutto per coloro con esperienze di vita traumatiche.

I HCWs sono stati a diversi livelli coinvolti nella cura delle persone, pertanto nel loro lavoro possono essere stati implicitamente impegnati anche nei confronti del proprio tentativo di evitare la sofferenza, in misura maggiore o minore a seconda del personale coinvolgimento nella cura e della vulnerabilità individuale.

In generale si ipotizza di poter replicare quanto già emerso dagli studi precedenti che mostrano una maggior prevalenza di sintomi per donne, infermieri, persone più giovani, a contatto diretto con la malattia e con scarsa disponibilità di DPI. Inoltre si ritiene che esperienze di vita traumatiche precedenti o vissute durante la pandemia possano predisporre per un minor benessere psicologico.

La ricerca si è posta come obiettivo quello di individuare precocemente eventuali situazioni di disagio e di fornire (su richiesta) un supporto psicologico da parte di professionisti esperti. Per fornire un intervento mirato si sono osservati non solo i vissuti (sintomatologici) individuali, ma anche aspetti di vulnerabilità e fattori di protezione, tenendo in considerazione la difficoltà nel discernere le interazioni tra variabili presenti all'interno della cornice di un possibile trauma condiviso nella quale i HCWs sono inseriti.

3. Ricerca - Materiali e metodi

3.1 Metodo

Lo studio svolto a livello nazionale è stato di tipo osservazionale trasversale, i dati sono stati raccolti in due tempi: dall'1 al 30 aprile 2020 e dall'1 al 30 giugno 2021, principalmente nelle regioni di Veneto (48%) e Lombardia (38%). Si è utilizzato un campionamento a palla di neve attraverso chat o e-mail, il questionario è stato compilato in forma anonima, online, tramite auto somministrazione su base volontaria, previa lettura e adesione del consenso informato. A essere analizzati sono stati i sintomi di disagio psicologico nei due campioni indipendenti in relazione alle diverse caratteristiche socio-demografiche personali, al ruolo lavorativo ricoperto, a eventi avversi legati alla pandemia e a eventi traumatici precedenti.

3.2 Campione

Per questa ricerca sono stati arruolati HCWs impiegati in strutture del servizio sanitario pubblico o privato, oppure in uno studio medico di medicina generale; i principali rispondenti sono stati infermieri (53%), a seguire la categoria medica (24%) e gli altri professionisti della salute (23%) (Operatore Socio Sanitario; tecnico sanitario; tecnico amministrativo; psicologo; educatore; biologo; ostetrico; fisioterapista). Il totale complessivo di HCWs è stato di 557, così suddivisi: 411 nella prima somministrazione del 2020; 146 in quella del 2021. Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche del campione la mediana dell'età dei HCWs era di 44 anni, con un range interquartile di 33-52; il 78% del campione complessivo è di genere femminile, quindi il campione non può dirsi bilanciato per genere.

3.3 Strumenti

La ricerca prevedeva la somministrazione di alcune domande di carattere demografico, domande riguardanti i sintomi percepiti, domande relative a esperienze avverse riguardanti il COVID-19 e la presenza di eventi traumatici durante la vita, con una previsione di tempo di compilazione di circa 15 minuti.

Per la valutazione dei sintomi di disagio psicologico sono stati utilizzati due strumenti:

- l'**SCL-90-R** (*Symptom CheckList 90-Revised*; Derogatis & Savitz, 1999) è un questionario di autovalutazione tra i più ampiamente utilizzati e validati sia in soggetti clinici che non clinici; misura sia sintomi internalizzanti che esternalizzanti e ciascun item valuta la gravità dei sintomi su una scala Likert a 5 punti, nei sette giorni precedenti; gli item (90) sono valutati e interpretati in 9 sottoscale, sulla base delle dimensioni sintomatologiche: Somatizzazione, Ossessivo-Compulsivo, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide e Psicoticismo. Punteggi più alti sono indice di maggior disagio psicologico. Questo strumento fornisce inoltre tre indici globali di valutazione dell'adattamento e del disagio del soggetto. Dato l'interesse solo di alcuni costrutti ai fini della ricerca sono stati somministrati 35 item per la misura dei sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia).

- il **CDS-2** (*Cambridge Depersonalization Scale-2 item*) è la versione a 2 item del CDS (Sierra & Berrios, 2000), che misura i sintomi di depersonalizzazione (DP) e derealizzazione (DR) nelle due settimane precedenti; ha una sensibilità del 78,9% e una specificità del 85,7% per punteggi con cut-off ≥ 3 in pazienti con un disturbo clinicamente significativo rispetto ad altri gruppi, ha inoltre un'alta affidabilità (*Alpha di Cronbach* = 0.92). Punteggi più elevati nei sintomi di DP/DR al CDS-2 (range 0-6) correlano positivamente con la gravità del disagio psicologico misurato tramite intervista clinica strutturata ($r = 0.77$) (Michal et al., 2010, 2011, 2016).

Per indagare eventuali fattori di vulnerabilità individuale in particolare l'esposizione a eventi potenzialmente traumatici si è utilizzato uno strumento sviluppato dal *National Center for Post Traumatic Stress Disorder*:

- la **LEC** (*Life Events Checklist*; Weathers et al., 2013). I primi 16 item di questo self-report valutano l'esposizione, nel corso della vita, a eventi riconosciuti come potenzialmente traumatici, l'ultimo item invece considera un qualsiasi altro evento stressante; per ognuno di questi eventi il soggetto può segnare se "accaduto a me", "ho assistito", "ho saputo", "non sono sicuro/a", "non mi riguarda", fornendo così un grado di esposizione all'evento. Essendo la LEC uno strumento sviluppato per essere somministrato congiuntamente a un'intervista clinica strutturata, non fornisce una misura della gravità dell'esposizione traumatica che sia funzionale alla diagnosi di PTSD, ma si correla fortemente con strumenti con tali proprietà (*Clinician Administered PTSD Scale*,

CAPS; *PTSD Checklist*, PCL-M; *The Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*) (Gray et al., 2004).

Infine in questa ricerca l'attenzione è andata ovviamente anche ad aspetti strettamente legati alla pandemia, nel questionario erano infatti presenti alcune domande che indagavano eventi avversi COVID-19 correlati (*COVID-19 Related Adverse Events, CRAE*), per esempio "Ha perso qualcuno dei suoi colleghi a causa del COVID-19?"; "Lei ha contratto il virus COVID-19?".

3.4 Analisi

Per le analisi delle caratteristiche del campione, complessivo e suddiviso per data di somministrazione, sono stati usati test non parametrici per campioni indipendenti: il test del Chi quadrato di Pearson per le variabili nominali e il test di Mann e Whitney (o *Wilcoxon rank-sum test*) per le variabili continue. Le stesse statistiche sono state utilizzate per l'analisi dei sintomi riportati nei vari gruppi, per le esperienze traumatiche e COVID-19 correlate.

Un modello di regressione dei quantili è stato utilizzato per l'analisi della relazione tra un indice di disagio psicologico e diverse variabili considerate; l'intervallo di confidenza (*Confidence Interval, CI*) è stato fissato al 95%.

4. Risultati

4.1. Descrittive sociodemografiche

Prima di inoltrarsi nei risultati di ricerca riguardanti benessere o malessere psicologico, occorre andare a considerare le analisi descrittive delle condizioni sociodemografiche e professionali dei campioni e le eventuali differenze. Innanzitutto è possibile vedere dai dati come la prevalenza del genere femminile sia invariata tra le due fasi dello studio, rispettivamente 77 e 79% tra la prima e la seconda somministrazione. Le mediane delle età sono abbastanza vicine 45 (2020) e 41 (2021), ma il campione del 2021 è più giovane e le distribuzioni dell'età nelle due ondate sono quindi statisticamente diverse ($p = 0.03$).

Le frequenze percentuali relative alle professioni svolte si differenziano così tra 2020 e 2021: gli infermieri sono la metà dei rispondenti (50%) nel 2020 e il 60 % nel 2021; la categoria medica ha partecipato nel 26 e 18% nelle rispettive fasi; tutte le altre professioni sanitarie costituiscono il 24 e 21% dei campioni. Non vi è una differenza significativa per quanto riguarda la rappresentatività dei ruoli professionali all'interno dei due gruppi ($p = 0.067$).

Rispetto alla regione di provenienza dei dati, i due gruppi provengono da due regioni fortemente colpite dalla pandemia, non sono rappresentativi della stessa popolazione ($p < 0.01$): nel 2020 i rispondenti risiedevano principalmente in Veneto (61%), a seguire in Lombardia (23%) e infine nelle altre regioni (16%); nel 2021 le frequenze percentuali sono rispettivamente del 10, 79 e 11%.

Andando verso aspetti che in altri studi si sono rivelati sfavorevoli in termini di esiti sulla salute psicologica, occorre soffermarsi a considerare il contesto di vita e lavorativo dei HCWs, per esempio solo il 17 e 16% (2020, 2021) dei rispondenti viveva da solo durante la pandemia; nel 24% dei casi nel 2020 e nel 27% nel 2021 i HCWs hanno dichiarato un numero di ore di riposo inferiore a 6.

Nel contesto lavorativo si evidenziano differenze significative tra le due fasi di ricerca, vi è stato un incremento dei HCWs coinvolti nell'assistenza diretta a persone contagiate dal virus (da 47 a 73%) ($p < 0.01$), a cui è corrisposto però anche un miglioramento nell'adeguatezza dei DPI a disposizione ($p = 0.02$).

Un excursus sulle principali caratteristiche del campione nel complesso e per anno di indagine è riportato nella tabella 4.1.

| Tabella 4.1 | Globale N = 557 ⁷ | Anno di ricerca | | p-value ⁸ |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| | | 2020, N = 411 ⁷ | 2021, N = 146 ⁷ | |
| Genere | | | | 0.68 |
| Femmina | 432 (78%) | 317 (77%) | 115 (79%) | |
| Maschio | 125 (22%) | 94 (23%) | 31 (21%) | |
| Età | 44 (33, 52) | 45 (33, 53) | 41 (32, 50) | 0.03 |
| Vivere soli | | | | 0.67 |
| Sì | 94 (17%) | 71 (17%) | 23 (16%) | |
| No | 463 (83%) | 340 (83%) | 123 (84%) | |
| Professione sanitaria | | | | 0.067 |
| Medico | 135 (24%) | 108 (26%) | 27 (18%) | |
| Infermiere | 292 (53%) | 204 (50%) | 88 (60%) | |
| Altro | 130 (23%) | 99 (24%) | 31 (21%) | |
| Regione di residenza | | | | <0.01 |
| Veneto | 267 (48%) | 252 (61%) | 15 (10%) | |
| Lombardia | 209 (38%) | 94 (23%) | 115 (79%) | |
| Altre regioni | 81 (15%) | 65 (16%) | 16 (11%) | |
| Lavoro in reparto COVID-19 | 302 (54%) | 195 (47%) | 107 (73%) | <0.01 |
| DPI | | | | 0.02 |
| Adeguati | 179 (32%) | 118 (29%) | 61 (42%) | |
| Sufficienti | 221 (40%) | 161 (39%) | 60 (41%) | |
| Scarsi | 106 (19%) | 91 (22%) | 15 (10%) | |
| Inadeguati | 51 (9.2%) | 41 (10.0%) | 10 (6.8%) | |
| Luogo di lavoro | | | | 0.053 |
| Azienda Pubblica | 429 (77%) | 307 (75%) | 122 (84%) | |
| Azienda Privata | 107 (19%) | 85 (21%) | 22 (15%) | |
| MMG/Pediatra | 21 (3.8%) | 19 (4.6%) | 2 (1.4%) | |
| Ore di riposo | | | | 0.79 |
| <6 | 139 (25%) | 99 (24%) | 40 (27%) | |
| (6-8] | 233 (42%) | 171 (42%) | 62 (42%) | |
| (8-10] | 98 (18%) | 75 (18%) | 23 (16%) | |
| ≥10 | 87 (16%) | 66 (16%) | 21 (14%) | |

⁷ Mediana (interquartile range, IQR) o Frequenza (%)

⁸ Wilcoxon rank sum test; test del Chi-quadrato di Pearson

4.2. Effetti sulla salute psicologica

Se ci si sofferma su quelli che possono essere considerati fattori di rischio per un peggior outcome psicologico, nel confronto a un anno si sono rilevate queste differenze significative ($p < 0.01$) nei punteggi per gli eventi di vita traumatici: un minor livello di esperienza della grave sofferenza umana e un maggior livello per gravi incidenti e altri eventi stressanti. Si consideri poi che nel 2021 si è registrato un aumento significativo ($p < 0.01$) per ognuna delle esperienze avverse COVID-19 correlate, per esempio tutti i HCWs nel 2021 hanno dichiarato di aver avuto almeno un collega che si sia infettato. Questi risultati sono riportati in dettaglio nella tabella 4.2.

Entrando nel cuore della ricerca si può passare ora ai possibili effetti della pandemia sul benessere psicologico dei HCWs. Così come si è evidenziato in letteratura, anche in questa ricerca la prima ondata pandemica si è caratterizzata per la presenza di sintomi d'ansia, depressivi e di somatizzazione, ma è interessante notare come nella somministrazione del 2021 sono rimasti sullo stesso livello i punteggi relativi ai sintomi d'ansia e di somatizzazione, mentre per quanto riguarda i sintomi depressivi vi è stato un incremento significativo ($p = 0.004$).

| Tabella 4.2 | Globale N = 557 ⁷ | Anno di ricerca 2020, N = 411⁷ | | 2021, N = 146⁷ | p-value⁸ |
|---------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Sintomi | | | | | |
| Depersonalizzazione | 0.00 (0.00, 2.00) | 0.00 (0.00, 2.00) | 0.00 (0.00, 2.00) | 0.00 (0.00, 2.00) | 0.28 |
| Ansia | 0.70 (0.30, 1.20) | 0.70 (0.30, 1.20) | 0.70 (0.30, 1.20) | 0.70 (0.30, 1.17) | 0.60 |
| Depressione | 0.77 (0.31, 1.46) | 0.69 (0.31, 1.38) | 0.92 (0.48, 1.69) | 0.92 (0.48, 1.69) | 0.004 |
| Somatici | 0.58 (0.25, 1.08) | 0.58 (0.25, 1.12) | 0.58 (0.25, 1.08) | 0.58 (0.25, 1.08) | 0.42 |
| Eventi traumatici | | | | | |
| Gravi incidenti | 2.0 (1.0, 3.0) | 2.0 (0.0, 3.0) | 3.0 (3.0, 5.0) | 3.0 (3.0, 5.0) | <0.01 |
| Rischio di morte | 3.0 (2.0, 3.0) | 3.0 (2.0, 3.0) | 2.0 (2.0, 4.0) | 2.0 (2.0, 4.0) | 0.21 |
| Intensa sofferenza umana | 3.0 (2.0, 3.0) | 3.0 (2.0, 3.0) | 2.0 (2.0, 2.0) | 2.0 (2.0, 2.0) | <0.01 |
| Morte improvvisa | 3.0 (2.0, 4.0) | 3.0 (2.0, 4.0) | 3.0 (1.0, 5.0) | 3.0 (1.0, 5.0) | 0.083 |
| Altri eventi stressanti | 3.0 (1.0, 4.0) | 2.0 (0.0, 4.0) | 3.0 (1.0, 5.0) | 3.0 (1.0, 5.0) | <0.01 |
| CRAE | | | | | |
| Contagio collega | 496 (89%) | 350 (85%) | 146 (100%) | 146 (100%) | <0.01 |
| Collega deceduto | 219 (39%) | 133 (32%) | 86 (59%) | 86 (59%) | <0.01 |
| Contagio famigliari/amici | 467 (84%) | 327 (80%) | 140 (96%) | 140 (96%) | <0.01 |
| Famigliare/amico deceduto | 135 (24%) | 76 (18%) | 59 (40%) | 59 (40%) | <0.01 |
| Contagio personale | 65 (12%) | 29 (7.1%) | 36 (25%) | 36 (25%) | <0.01 |

4.3. Predittori di disagio psicologico

Prima di effettuare un modello di regressione che consentisse di misurare il peso delle variabili sull'outcome psicologico, si è reso necessario produrre un indice, che fornisse un livello dello scarso benessere psicologico tramite un'analisi fattoriale su scale di esito; un indice inferiore significa un maggior benessere psicologico.

I risultati del modello di regressione quantile, che sono riportati nella tabella 4.3, si possono così riassumere: il genere femminile, la professione sanitaria infermieristica, la non convivenza, riposare meno di 6 ore, esser stati contagiati dal virus, l'aver avuto a disposizione DPI scarsi o inadeguati, l'aver avuto esperienze di vita traumatiche, sono tutte variabili che influiscono sull'indice di outcome negativo nella direzione di un maggior disagio psicologico. Come già riportato in letteratura, anche il lavoro in prima linea con pazienti positivi al virus è predittivo di un outcome negativo. Nel 2021 l'indice di scarsa salute mentale diminuisce sulla mediana. Nel modello si sono evidenziate delle interazioni significative tra l'anno di somministrazione del questionario e alcune variabili, in particolare nel 2021 un indice più elevato si è evidenziato per i medici e per i HCWs che hanno avuto un familiare o un amico contagiati.

È interessante notare come nel 2021 si sono registrati valori più bassi di punteggi di scarsa salute mentale anche in coloro che hanno riferito eventi traumatici nel corso della vita.

Tabella 4.3

Coefficienti stimati aggiustati* e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%) di un modello di regressione quantile sull'indice di outcome negativo della salute mentale rispetto alla categoria di riferimento**.

| Predittori | β | 95% CI | p-value |
|---------------------------------------------------|---------|---------------|------------------|
| (Intercept) | -0.30 | -0.58 – -0.03 | 0.032 |
| Genere [Maschio] | -0.30 | -0.50 – -0.10 | 0.003 |
| Anno di ricerca [2021] | -0.62 | -1.17 – -0.08 | 0.025 |
| Classe d'età (38-50) | 0.04 | -0.11 – 0.19 | 0.594 |
| Classe d'età (51-77) | -0.13 | -0.27 – 0.02 | 0.100 |
| Vivere soli [No] | -0.22 | -0.39 – -0.05 | 0.012 |
| Lavorare in reparto COVID-19 [Sì] | 0.15 | 0.03 – 0.27 | 0.017 |
| DPI [scarsi o inadeguati] | 0.34 | 0.19 – 0.49 | <0.001 |
| Ore di riposo [meno di 6] | 0.57 | 0.39 – 0.75 | <0.001 |
| Eventi di vita traumatici Punteggio | 0.22 | 0.15 – 0.29 | <0.001 |
| Collega deceduto [Sì] | 0.13 | -0.01 – 0.26 | 0.066 |
| Contagio familiari/amici [Sì] | 0.11 | -0.05 – 0.26 | 0.193 |
| Contagio personale [Sì] | 0.30 | 0.15 – 0.45 | <0.001 |
| Professione sanitaria [Altro] | -0.17 | -0.35 – 0.00 | 0.054 |
| Professione sanitaria [Medico] | -0.18 | -0.34 – -0.03 | 0.023 |
| Anno [2021] * Classe d'età (38-50) | -0.32 | -0.65 – 0.01 | 0.058 |
| Anno [2021] * Classe d'età (51-77) | -0.24 | -0.48 – 0.01 | 0.056 |
| Anno [2021] * Contagio familiari/amici [Sì] | 0.59 | 0.06 – 1.11 | 0.028 |
| Anno [2021] * Genere [Maschio] | -0.36 | -0.63 – -0.08 | 0.011 |
| Anno [2021] * Eventi di vita traumatici Punteggio | -0.31 | -0.45 – -0.17 | <0.001 |
| Anno [2021] * Professione sanitaria [Altro] | 0.36 | 0.07 – 0.65 | 0.015 |
| Anno [2021] * Professione sanitaria [Medico] | 0.41 | 0.10 – 0.71 | 0.009 |
| Observations | 557 | | |
| R ² | 0.193 | | |

*aggiustati anche per regione di residenza [Veneto, Lombardia, Altre Regioni]

** Categorie di riferimento: Genere [Femmina], Anno [2020], Classe di età [≤ 38], Vivere soli [Sì], Lavorare in reparto COVID-19 [No], DPI [adeguato o sufficiente], Ore di riposo [più di 6], Contagio personale [No], Contagio familiari/amici [No], Collega deceduto [No], Professione sanitaria [Infermiere].

5. Discussione

I dati di questa ricerca sembrerebbero confermare tra i HCWs la presenza di sintomi d'ansia, da somatizzazione e depressivi, come già era emerso dai precedenti studi; inoltre, in linea con quanto ipotizzato, nella seconda fase della ricerca sembra essere aumentata la prevalenza di sintomi depressivi in questa popolazione.

I dati sembrano replicare anche una maggiore vulnerabilità per il genere femminile, per le persone non conviventi, per la professione infermieristica e per coloro con un riposo insufficiente (meno di 6 ore di sonno). Anche DPI scarsi o inadeguati e il lavoro a stretto contatto con pazienti affetti da questo virus si sono confermati come fattori di rischio per un peggior outcome psicologico.

Quanto emerge dal modello di regressione quantile in relazione alle precedenti esperienze traumatiche è che nel complesso eventi di vita traumatici siano maggiormente correlati con un minor benessere psicologico, ma analizzando il dato per anno di indagine si ha un effetto d'interazione, per cui sembra che nel 2021 migliori l'outcome psicologico per queste persone. L'analisi svolta per questa variabile sembra andare in direzione opposta con quanto ipotizzato inizialmente.

Per quanto riguarda le variabili legate alla pandemia, nel complesso l'essere stati contagiati dal virus ha predisposto per un indice più alto di disagio psicologico, analizzando gli effetti a lungo termine sembra che nel 2021 sia stato il contagio di un familiare o amico ad aver effetti particolarmente negativi sul benessere psicologico.

Se da un lato sembrava nel complesso fosse un fattore protettivo non essere infermieri, dall'altro lato occorre considerare l'effetto d'interazione emerso tra l'anno di somministrazione del questionario e la professione sanitaria svolta, perché a un anno di distanza dalla prima ondata si alzano i coefficienti stimati dal modello sia per i medici che per gli altri professionisti.

In conclusione, a distanza di un anno dalla prima ondata pandemica il disagio psicologico sembra essersi spostato verso aspetti sintomatologici più depressivi, ma nel complesso l'indice di scarso benessere psicologico sembra essersi ridotto, anche se non per tutti: nel 2021 ad accusare maggiormente il colpo sono stati medici e altri professionisti sanitari, in particolar modo coloro che hanno avuto un familiare o un amico contagiato; mentre non sembra significativamente predittiva di disagio psicologico l'età dei HCWs, anche se sembrano meno a rischio coloro con più di 38 anni.

6. Conclusione

Dopo più di due anni di pandemia alcuni HCWs potrebbero sentirsi senza forze e senza respiro come l'ulivo colpito da *Xylella*, ma al termine di questa ricerca, si può dire che a livello psicologico i HCWs stiano accusando il colpo di questa emergenza sanitaria? Per cercare di rispondere a questo quesito occorre prendere in considerazione i limiti di questo lavoro.

Innanzitutto, per cercare di raggiungere molti professionisti e fornire supporto a coloro in difficoltà, è stato necessario diffondere questo questionario online, in questo modo il campione potrebbe essersi autoselezionato e ciò potrebbe costituire un punto di debolezza della ricerca; inoltre per quanto concerne le variabili età e regione di appartenenza i due campioni potrebbero non essere rappresentativi della stessa popolazione.

Senza dubbio il primo passo per rilevare una situazione di disagio può essere realizzato tramite la somministrazione online di questionari, ma questi strumenti non sono diagnostici, quindi occorre interpretare questi risultati sempre tenendo a mente che 'traumatico' non è sinonimo di 'patologico'; per comprendere meglio fattori di rischio, ma anche fattori di protezione (esempio: grado di resilienza, supporto familiare o sociale) occorrono ulteriori approfondimenti con interviste strutturate e colloqui clinici.

Per rispondere al quesito iniziale alcuni studi hanno ritenuto opportuno un confronto con la popolazione generale, questo può essere utile ai fini di una maggior comprensione degli esiti pandemici, ma per lo scopo di questa ricerca si è preferito soffermarsi sui HCWs, gruppo già vulnerabile in pre pandemia.

Quello che dai dati raccolti sembra emergere è che tra i HCWs siano presenti i sintomi di un disagio psicologico e per comprendere questo disagio le variabili da considerare siano molteplici, come in uno scenario di trauma condiviso. Quanto questo malessere sia profondo e limiti il funzionamento dei HCWs non è possibile inferirlo dai dati e merita sicuramente ulteriori ricerche. Gli interrogativi sugli sviluppi futuri di questa pandemia sono ancora parecchi, per esempio c'è chi si interroga su un possibile incremento del numero di suicidi (Sher, 2020, 2021), ma al di là delle domande ancora aperte è importante ora iniziare a promuovere interventi di sostegno e formazione affinché i HCWs possano narrare la propria vulnerabilità, prima che il disagio psicologico nel mondo sanitario diventi come un elefante in una stanza (Minelli et al., 2022).

7. Bibliografia

- ALI, D. A., FIGLEY, C. R., TEDESCHI, R. G., GALARNEAU, D., & AMARA, S. (2021). Shared trauma, resilience, and growth: A roadmap toward transcultural conceptualization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001044>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore.
- BATRA, K., SINGH, T. P., SHARMA, M., BATRA, R., & SCHVANEVELDT, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- BOBBO, N. (2015). *La fatica della cura: Dalla Compassion Fatigue alla Compassion Satisfaction* / Natascia Bobbo. CLEUP.
- CARATI, M. A., & DELL'ERBA, G. L. (2014). I disturbi dell'adattamento: Un modello di concettualizzazione. *Cognitivismo clinico*, 11(2), 207–226.
- CAVANAGH, N., COCKETT, G., HEINRICH, C., DOIG, L., FIEST, K., GUICHON, J. R., PAGE, S., MITCHELL, I., & DOIG, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing ethics*, 27(3), 639–665.
- CROCQ, C., L. (2003). Stress et trauma. *Le Journal des Psychologues*, 206, 8–12.
- DEROGATIS, L. R., & SAVITZ, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 2nd ed. (pagg. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- DEWOLFE, D. J. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters*. Diana Nordboe, M.Ed.
- ERIKSON, K. (1976). *Everything in Its Path*. Simon and Schuster.
- FIGLEY, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pagg. 1–20). Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C. R., & FIGLEY, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. *The Oxford handbook of compassion science*, 387–398.

- FIGLEY, C. R., & LUDICK, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge*, Vol. 1 (pagg. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>
- FRANZOI, I. G., GRANIERI, A., SAUTA, M. D., AGNESONE, M., GONELLA, M., CAVALLO, R., LOCHNER, P., BRAGAZZI, N. L., & NALDI, A. (2021). Anxiety, Post-Traumatic Stress, and Burnout in Health Professionals during the COVID-19 Pandemic: Comparing Mental Health Professionals and Other Healthcare Workers. *Healthcare*, 9(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare9060635>
- GIANNANTONIO, M. (2003). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Salerno: Ecomind.
- GOETZ, J. L., KELTNER, D., & SIMON-THOMAS, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. PubMed. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- GRAY, M. J., LITZ, B. T., HSU, J. L., & LOMBARDO, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- HARVEY, A. G., & BRYANT, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological bulletin*, 128(6), 886.
- HIRSCHBERGER, G. (2018). Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in Psychology*, 9, 1441. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01441>
- JENKINS, S. R., & BAIRD, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- KIM, J. J., BROOKMAN-FRAZEE, L., GELLATLY, R., STADNICK, N., BARNETT, M. L., & LAU, A. S. (2018). Predictors of burnout among community therapists in the sustainment phase of a system-driven implementation of multiple evidence-based practices in children's mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(2), 132–141. <https://doi.org/10.1037/pro0000182>
- KOENEN, K. C., MOFFITT, T. E., POULTON, R., MARTIN, J., & CASPI, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress

- disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological medicine*, 37(2), 181–192.
- KRING, A. M., JOHNSON, S. L., DAVISON, G. C., & NEALE, J. (2017). *Psicologia clinica*. Zanichelli.
- KRYZHANOVSKAYA, L., & CANTERBURY, R. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(3), 125.
- LAGUZZI, S., & MARCONETTO, F. (2018). Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale,. *Riv. Psicol. Indiv*, 83, 9–36.
- LEBIGOT, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma*, 9(4), 201–204.
- LI, Y., GUO, B., WANG, Y., LV, X., LI, R., GUAN, X., LI, L., LI, J., & CAO, Y. (2022). Serial-Multiple Mediation of Job Burnout and Fatigue in the Relationship Between Sickness Presenteeism and Productivity Loss in Nurses: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.812737>
- LUFT, T. M. (2016). The use of EMDR therapy for couples considering divorce: Theory and practice. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(Supp 3), S43–S61. APA PsycInfo.
- LUO, M., GUO, L., YU, M., JIANG, W., & WANG, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- MARVALDI, M., MALLET, J., DUBERTRET, C., MORO, M. R., & GUESSOUM, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 252–264. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>
- MARZANA, D., NOVARA, C., DE PICCOLI, N., CARDINALI, P., MIGLIORINI, L., DI NAPOLI, I., GUIDI, E., FEDI, A., ROLLERO, C., AGUELI, B., ESPOSITO, C., MARTA, E., GONZÁLEZ LEONE, F., GUAZZINI, A., MERINGOLO, P., ARCIDIACONO, C., & PROCENTESE, F. (2021). Community dimensions and emotions in the era of

- COVID-19. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *casp.2560*.
<https://doi.org/10.1002/casp.2560>
- MASIERO, M., MAZZOCCO, K., HARNOIS, C., CROPLEY, M., & PRAVETTONI, G. (2020). From Individual To Social Trauma: Sources Of Everyday Trauma In Italy, The US And UK During The Covid-19 Pandemic. *Journal of Trauma & Dissociation*, *21(5)*, 513–519. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1787296>
- MASLACH, C., & JACKSON, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2(2)*, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52(1)*, 397–422.
- MCCANN, I. L., & PEARLMAN, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, *3(1)*, 131–149. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- MICHAL, M., ADLER, J., WILTINK, J., REINER, I., TSCHAN, R., WÖFLING, K., WEIMERT, S., TUIN, I., SUBIC-WRANA, C., BEUTEL, M. E., & ZWERENZ, R. (2016). A case series of 223 patients with depersonalization-derealization syndrome. *BMC Psychiatry*, *16(1)*, 203. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0908-4>
- MICHAL, M., GLAESMER, H., ZWERENZ, R., KNEBEL, A., WILTINK, J., BRÄHLER, E., & BEUTEL, M. E. (2011). Base rates for depersonalization according to the 2-item version of the Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2) and its associations with depression/anxiety in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *128(1)*, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.033>
- MICHAL, M., ZWERENZ, R., TSCHAN, R., EDINGER, J., LICHY, M., KNEBEL, A., TUIN, I., & BEUTEL, M. (2010). Screening nach Depersonalisation-Derealisation mittels zweier Items der Cambridge Depersonalisation Scale. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *60(05)*, 175–179.
- MINELLI, A., SILVA, R. C., BARLATI, S., VEZZOLI, M., CARLETTO, S., ISABELLO, C., BORTOLOMASI, M., NIBBIO, G., LISONI, J., MENESELLO, V., PERUSI, G., ACCARDO, V., DESTI, G., & VITA, A. (2022). The Elephant in the Room: A Cross-Sectional Study on the Stressful Psychological Effects of the COVID-19 Pandemic in

- Mental Healthcare Workers. *Brain Sciences*, 12(3).
<https://doi.org/10.3390/brainsci12030408>
- MOALLEF, P., LUEKE, N. A., GARDNER, P. J., & PATCAI, J. (2021). Chronic PTSD and other psychological sequelae in a group of frontline healthcare workers who contracted and survived SARS. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 53(3), 342–352. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1037/cbs0000252>
- NIMMO, A., & HUGGARD, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 2013–1.
- O'DONNELL, M. L., AGATHOS, J. A., METCALF, O., GIBSON, K., & LAU, W. (2019). Adjustment disorder: Current developments and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L., & WEISS, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 3–36. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.3>
- PEREIRA-LIMA, K., MATA, D. A., LOUREIRO, S. R., CRIPPA, J. A., BOLSONI, L. M., & SEN, S. (2019). Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(11), e1916097–e1916097. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16097>
- PHIRI, P., RAMAKRISHNAN, R., RATHOD, S., ELLIOT, K., THAYANANDAN, T., SANDLE, N., HAQUE, N., CHAU, S. W. H., WONG, O. W. H., CHAN, S. S. M., WONG, E. K. Y., RAYMONT, V., AU-YEUNG, S. K., KINGDON, D., & DELANEROLLE, G. (2021). An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 34, 100806. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100806>
- ROULET, G. C. (2018). Soccorritore e vittima: Gli aspetti psicologici nello spazio relazionale. *Soccorritore e vittima*, 1–155.
- SAPONARI, M., GIAMPETRUZZI, A., LOCONSOLE, G., BOSCIA, D., & SALDARELLI, P. (2019). Xylella fastidiosa in Olive in Apulia: Where We Stand. *Phytopathology*, 109(2), 175–186. <https://doi.org/10.1094/PHYTO-08-18-0319-FI>

- SHER, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- SHER, L. (2021). Post-COVID syndrome and suicide risk. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(2), 95–98. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab007>
- SIERRA, M., & BERRIOS, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: A new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*, 93(2), 153–164. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00100-1)
- STAMM, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
- STAMM, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1–6.
- STAMM, B. H. (2005). *The ProQOL manual*. Retrieved July, 16, 2007.
- STAMM, B. H. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale*.
- TAWFIK, D. S., SCHEID, A., PROFIT, J., SHANAFELT, T., TROCKEL, M., ADAIR, K. C., SEXTON, J. B., & IOANNIDIS, J. P. A. (2019). Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care. *Annals of Internal Medicine*, 171(8), 555–567. <https://doi.org/10.7326/M19-1152>
- TAYLOR, M. (2020). Collective trauma and the relational field. *The Humanistic Psychologist*, 48(4), 382.
- TOSONE, C., NUTTMAN-SHWARTZ, O., & STEPHENS, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 231–239.
- VIGORELLI, M. (2020). Il trauma individuale nel trauma collettivo: Stare con il dolore estremo di chi cura. *Il trauma individuale nel trauma collettivo : stare con il dolore estremo di chi cura*, 75–95. <https://doi.org/10.3280/PSP2020-002005>
- WEATHERS, F., BLAKE, D., SCHNURR, P., KALOUPEK, D., MARX, B., & KEANE, T. (2013). The life events checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD.
- YASSEN, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In In: CR Figley (ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pagg. 178–208). Brunner-Routledge.

- YEHUDA, R., LEHRNER, A., & PRATCHETT, L. C. (2017). Trauma-and stressor-related disorders. In A. B. Simon, A. S. New, & W. K. Goodman (A c. Di), *Psychiatry*. (2017-19219-013; pagg. 103–112). Wiley Blackwell; APA PsycInfo. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-19219-013&site=ehost-live>
- ZELVIENE, P., & KAZLAUSKAS, E. (2018). Adjustment disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 375.

8. Ringraziamenti

Ringrazio di cuore...

le professoresse Ferruzza, Salcuni e Simonelli senza le quali questa ricerca non avrebbe avuto inizio;

i professionisti che hanno partecipato alla compilazione e diffusione del questionario;

i dott. Boldrini, Girardi e la dott.ssa Schiano Lomoriello per le analisi statistiche;

la dott.ssa Favalli per esser stata per me un porto sicuro e per avermi insegnato a lasciare gli ormeggi;

Alessandro per avermi supportato e sopportato;

i miei famigliari e amici per avermi allontanato ogni tanto dai libri e dai doveri;

i miei colleghi e coordinatori per la collaborazione.